

Univerzita Palackého v Olomouci  
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**Vyrovňávání se se smrtí kolegy při výkonu služby  
u příslušníků Hasičského záchranného sboru  
České republiky a Policie České republiky**

Coping with Death of Colleague During The Service  
among the Members of the Czech Republic Fire Rescue Service  
and the Police of the Czech Republic



Rigorózní práce

Autor: **Mgr. Monika Voleská**

Olomouc

2013

*„Smrt patří k životu a lze se s ní časem srovnat. Ale nelze na to být sám.“*

Jindřiška Gallová  
(Adra, o. s., nedat.)

Mé poděkování patří mjr. Mgr. Davidu Dohnalovi, a dalším hasičským a policejním psychologům za jejich cenné rady a informace, které velkou měrou přispěly ke vzniku této i mé předchozí práce.

Děkuji hasičům a policistům, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu za vstřícnost a ochotu podělit se o své zkušenosti.

Zvláštní poděkování pak patří všem hasičům a policistům, kteří nám denně pomáhají zvládat naše neštěstí.

### **Čestné prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Vyrovnavání se se smrtí kolegy při výkonu služby u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky a Policie České republiky“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Ve Dvoře Králové dne 21. srpna 2013

.....

## **Obsah**

Úvod.....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>9</b>
<b>1. Stres .....</b>	<b>10</b>
1.1. Teoretické přístupy k problematice stresu .....	11
1.1.1. Katecholaminová hypotéza .....	11
1.1.2. Obecný adaptační syndrom.....	12
1.1.3. Steinbergova – Ritzmanova teorie .....	12
1.1.4. Transakční (kognitivní) koncepce stresu.....	13
1.1.5. Teorie alostatické zátěže .....	14
1.2. Odpověď organismu na stresovou situaci .....	14
1.2.1. Stresová reakce a nervový systém .....	15
1.2.2. Hormonální odpověď organismu na stres .....	16
1.3. Stresory .....	17
<b>2. Zvládání zátěžových situací.....</b>	<b>19</b>
2.1. Řešení problémů.....	19
2.2. Obranné mechanismy.....	19
2.3. Coping .....	20
2.3.1. Copingový styl versus copingové strategie.....	21
2.3.2. Teoretické přístupy ke copingu.....	22
2.3.3. Coping a pracovní stres příslušníků bezpečnostních sborů .....	25
2.3.4. Copingové strategie v našem výzkumu .....	27
2.4. Sociální opora .....	28
<b>3. Psychické trauma.....</b>	<b>31</b>
<b>4. Reakce na závažný stres .....</b>	<b>34</b>
4.1. Akutní stresová reakce .....	34
4.2. Posttraumatická stresová porucha .....	35
4.2.1. Diagnostika PTSD .....	37
4.2.2. Diferenciální diagnostika .....	39
4.2.3. Biologické aspekty, patofyziologie .....	40
4.2.4. Léčba posttraumatické stresové poruchy .....	41
4.3. Posttraumatický rozvoj.....	48
4.3.1. Proces posttraumatického rozvoje.....	50
4.3.2. Teoretické přístupy .....	51

<b>5. Smrt a truchlení</b> .....	<b>52</b>
5.1. Náhlá smrt.....	53
5.2. Smrt přítele.....	53
5.3. Truchlení.....	54
5.3.1. Projevy truchlení.....	55
5.3.2. Stádia truchlení a jejich úkoly.....	55
5.3.3. Komplikované truchlení.....	56
5.3.4. Co dělat?.....	57
5.4. Pohřeb.....	58
<b>6. Integrovaný záchranný systém České republiky</b> .....	<b>59</b>
6.1. Hasičský záchranný sbor České republiky.....	59
6.1.1. Profese hasič – záchranář.....	60
6.1.2. Zátěžové situace v profesi hasiče.....	61
6.1.3. Psychologická služba HZS ČR.....	63
6.1.4. Psychologické ověření způsobilosti u HZS ČR.....	64
6.2. Policie České republiky.....	65
6.2.1. Profese policisty.....	66
6.2.2. Zátěžové situace v profesi policisty.....	66
6.2.3. Psychologická služba Policie ČR.....	68
6.2.4. Psychologické ověření způsobilosti u PČR.....	69
6.3. Psychologická služba zdravotnické záchranné služby.....	69
6.4. Critical Incident Stress Management.....	70
6.5. Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísni.....	74
6.6. Pomník padlých policistů a hasičů.....	75
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>77</b>
<b>7. Shrnutí teoretických poznatků</b> .....	<b>78</b>
<b>8. Výzkumný problém a cíl výzkumu</b> .....	<b>81</b>
<b>9. Zkoumaná populace a výběrový soubor</b> .....	<b>82</b>
<b>10. Metodologie výzkumu</b> .....	<b>84</b>
10.1. Příprava interview.....	84
10.2. Tvorba dat.....	85
10.3. Fixování dat.....	87
10.4. Zpracování a příprava dat na analýzu.....	87
10.5. Analýza dat.....	87
10.6. Etika výzkumu.....	89

<b>11. Výsledky .....</b>	<b>91</b>
11.1. Výsledky výběrového souboru příslušníků HZS ČR.....	92
11.1.1. Kontext události .....	93
Blízkost vztahu se zesnulým.....	93
Přítomnost u události.....	93
Ohrožení vlastního života.....	94
Pokus o záchranu .....	94
Reakce okolí .....	94
Osobní myšlenky, pocity a reakce.....	96
11.1.2. Zvládací strategie.....	97
Sociální opora.....	98
Pomoc psychologa .....	100
Fyzická aktivita .....	100
Zájmy.....	101
Samota .....	101
Pomoc rodině zemřelého.....	101
Alkohol, cigarety, káva .....	102
Čas .....	102
Vyhýbání.....	102
11.1.3. Dlouhodobější důsledky .....	102
Zkušenost.....	103
Zranitelnost.....	103
Životní hodnoty .....	103
11.2. Výsledky výběrového souboru příslušníků PČR.....	104
11.2.1. Okolnosti události.....	105
Přítomnost u události.....	105
Ohrožení vlastního života.....	105
Pokus o záchranu a povaha zranění.....	105
Reakce okolí .....	106
Osobní myšlenky, pocity a reakce.....	107
Pokračování pracovního rytmu .....	108
Použití služební zbraně .....	109
Role pachatele a jeho potrestání.....	109
11.2.2. Zvládací strategie.....	110
Sociální opora.....	110

Pomoc psychologa.....	111
Fyzická aktivita.....	112
Samota.....	112
Pomoc rodině zemřelého.....	112
Čas.....	112
Vyhýbání.....	112
Čelení události.....	113
11.2.3. Dlouhodobější důsledky.....	113
Zkušenost.....	114
Opatrnost.....	114
Životní hodnoty.....	114
11.3. Rozdíly v procesech zvládnání u příslušníků PČR a HZS ČR.....	115
11.4. Podobnosti v procesech zvládnání u příslušníků PČR a HZS ČR.....	116
<b>12. Diskuze.....</b>	<b>118</b>
Rozbor výsledků kvalitativní analýzy dat.....	118
Odpovědi na dílčí výzkumné otázky.....	127
Možné zdroje zkreslení.....	128
Podněty pro další výzkumy tohoto tématu.....	129
Zhodnocení průběhu a naplnění cíle výzkumu.....	130
Podněty pro praktické využití Psychologickou službou HZS ČR a Psychologickou službou Policie České republiky.....	130
<b>13. Závěry.....</b>	<b>132</b>
<b>Souhrn.....</b>	<b>134</b>
<b>Seznam použitých zdrojů a literatury.....</b>	<b>135</b>
<b>Abstrakt rigorózní práce.....</b>	<b>148</b>
<b>The Rigorous Thesis' Abstract.....</b>	<b>149</b>
<b>Přílohy rigorózní práce.....</b>	<b>150</b>

## Úvod

Rigorózní práce, kterou právě čtete, vznikla jako pokračování mé původní magisterské diplomové práce, jejímž cílem bylo popsat jednotlivé strategie, které hasiči používají při vyrovnávání se se situací, kdy jim při výkonu služby zemře kolega. Pro zaměření na takto extrémně zatěžující situace jsem se rozhodla z důvodu dřívějšího nerealizování podobného výzkumu v prostředí Hasičského záchranného sboru. V průběhu času se mi zdálo čím dál tím více zajímavé podívat se na podobnou událost také očima policisty. Navázala jsem proto na původní koncept výzkumu, upravila některé podmínky a vznikl tento text.

Cílem tohoto výzkumu bylo popsat vyrovnávací strategie z pohledu hasičů a policistů a porovnat, v čem se jejich přístupy shodují a v čem naopak liší.

Teoretická část práce je rozdělena do šesti kapitol, které byly oproti diplomové práci doplněny o další informace související nejen s PČR. První kapitola je věnována problematice stresu, teoretickým přístupům a biologickým procesům, které při vystavení jedince stresoru v těle probíhají. Ve druhé kapitole jsou popsány strategie zvládání zátěžových situací včetně nejčastějších strategií, které využívají příslušníci hasičského sboru a policie. Třetí kapitola popisuje psychické trauma. Další kapitola vychází z mé ročníkové práce a shrnuje možné reakce na závažný stres. Popsána je zde akutní reakce na stres, posttraumatická stresová porucha a zároveň také možná pozitivní strana – posttraumatický rozvoj. Pátá kapitola se zabývá tématem smrti a truchlení. Popisují zde příznaky truchlení, včetně truchlení komplikovaného. Poslední, šestá kapitola, pojednává o Integrovaném záchranném systému České republiky. Je zde podrobně charakterizována činnost příslušníků HZS a PČR, hasičských i policejních psychologů a také detailně popsána komplexní metoda preventivních a intervenčních technik využívaná u bezpečnostních sborů – metoda *Critical Incident Stress Management*. Řazení kapitol bylo oproti diplomové práci na základě doporučení hodnotitelské komise upraveno.

Praktická část přináší teoretické shrnutí, seznámení s cíli a postupy vytváření dat, výsledky a diskuzi nad nimi. Popisuje intervenující proměnné, které mají na celý proces zvládání vliv, a samozřejmě také zvládací strategie, které hasiči a policisté z tohoto výzkumu použili při vyrovnávání se se smrtí kolegy.

K výzkumu byl doplněn výběrový vzorek policistů a upraven byl také výběrový vzorek hasičů, kteří se zúčastnili původního výzkumného projektu.



Práce jsem rozšířila a rozpracovala především v praktické části. Teoretické informace se za uplynulý rok neposunuly výrazným směrem k odlišným výsledkům a publikace praktických aplikací a výsledků výzkumu se mi zdála důležitější.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

## 1. Stres

Stres je přítomen v životě každého člověka. Spousta situací a nároků dnešního světa způsobuje lidem stres. Moderní civilizace má stále větší nároky, které nutí člověka k vyšším výkonům a které ho samozřejmě také více zatěžují. Pojem stres se tak těší rozsáhlému všeobecnému zájmu. Vyskytuje se v mnoha moderních psychologických a sociologických teoriích. Definicí stresu a pojmů s ním souvisejících proto můžeme najít nepřehledné množství.

Podle Hartla & Hartlové (2010, 555) je stres „fyziologická odpověď organismu na nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede ke stresové reakci“. Hans Selye popisuje stres jako „nespecifickou reakci organismu na jakýkoliv požadavek prostředí“ (Hanzlíček, 1977–1984, in Baštecká & Goldmann, 2001, 241).

Stresem tedy budeme pojmenovávat komplexní reakci organismu na situaci, kterou jedinec vnímá jako ohrožující, zátěžovou. V takové reakci se objevují fyziologické změny, úzkost a napětí a startuje použití dalších obranných mechanismů a zvládacích strategií (Kohlíková, Bartůňková, Melichna, Smitka & Vránová, 2003).

Můžeme také rozlišit několik druhů stresu, které se mohou částečně překrývat a doplňovat. Nejzákladnějším dělením stresu je dělení na **eustres** a **distres**. Mohli bychom říci, že eustres je stresem přijatelným. Jde o situaci, která v člověku vyvolá napětí, které je vnímané pozitivně. Jde o něco, co člověku působí radost, ale vyžaduje určitou námahu. Pocity spojené s tímto druhem stresu jsou úspěch, naplnění apod. Podle Baštecké & Goldmanna (2001, 240) můžeme eustres dále rozlišovat na „reakci na podněty, které jsou považované za příjemné“ a na „reakci na podněty, jejichž zvládnutím člověk roste“. Distres je naopak nepříjemný druh stresu. Člověk ho vnímá velmi negativně a můžeme říci, že stresovou situaci přestává zvládat (Kadlčík, 2004; Hartl & Hartlová, 2010).

Dále známe **stres chronický** a **stres akutní**. Chronickým stresem myslíme stres dlouhodobý. Zátěžová situace působí delší dobu a její intenzita může kolísat. Vede však ke spotřebování energie organismu až k naprostému vyčerpání. Akutní stres je vyvolaný jednou intenzivní událostí, zpravidla krátce trvajícím. Jde o okamžitou reakci na náhlý podnět (Bezpečný podnik, 2005; Hartl & Hartlová, 2010). Pro lidský organismus je ovšem nejnáročnější **stres intermitentní** (Mohapl, 1990). Jde o kombinaci akutního a chronického stresu. Zátěž se opakovaně objevuje a rychle zase mizí. Organismus se tak na ni nedokáže adaptovat.

Bezpečný podnik (2005) popisuje také **stres posttraumatický** a **stres anticipační**. Teorie posttraumatického stresu ve své podstatě kopíruje obecně přijímané pojetí posttraumatické stresové poruchy (viz kapitola 4.2). O anticipačním stresu mluvíme tehdy, když jedinec stresovou situaci nejprve předvídá, očekává ji a představuje si ji. Je patrné stále se zvyšující napětí, které může před očekávanou událostí zesílit natolik, že naruší běžné vzorce chování daného člověka.

V současné době je problém s jasným vysvětlením většiny pojmů týkajících se stresu. Ani autoři některých teorií jasně nedefinují, co který termín znamená. Problém je také v nedostatku českých ekvivalentů pro různé zahraniční (především anglické) pojmy, které se v těchto teoriích vyskytují a které jsou do češtiny často překládány jednoduše jako „stres“ (např. pojem *strain*). Proto jsou stresové teorie často kritizovány pro svou nejasnost či vágnost.

### **1.1. Teoretické přístupy k problematice stresu**

Právě neurčitost definicí stresu vedla autory věnující se tomuto tématu k tvorbě rozličných teorií, které se stresem a jeho mechanismy zabývají. Už teorie Sigmunda Freuda pracovala se stresem jako ústředním bodem. Jen pojem stres byl nahrazen pojmem úzkost (Lazarus & Folkman, 1984). My zde však uvedeme jen stresové teorie nejnámější.

#### **1.1.1. Katecholaminová hypotéza**

Jednu z prvních teorií stresu vůbec formuloval americký fyziolog Walter Bradford Cannon. Jeho teorie popisuje základní fyziologické změny při setkání organismu se zátěží. Jako první zdokumentoval roli nadledvinek v akutní fázi reakce na stres a popsal, že nadledvinky a sympatikus pracují jako jeden celek. Chybně však předpokládal, že sympatikus je činný pouze v případě ohrožení (Goldstein, 2003). Cannon tuto odezvu na stres nazval poplachová reakce (Mohapl, 1990; Baštecká & Goldmann, 2001). Tělesné procesy, které následují (tachykardie, zrychlené dýchání, rozšíření zornic atd., viz kapitola 1.2), připravují člověka na základní reakci: boj nebo útek (*fight or flight*). Baštecká & Goldmann (2001) uvádějí ještě třetí častou reakci – ustrnutí (*freeze*).

### **1.1.2. Obecný adaptační syndrom**

Obecný adaptační syndrom (*general adaptation syndrome, GAS*) je ústředním termínem teorie vypracované endokrinologem Hansem Selyem (Mohapl, 1990; Baštecká & Goldmann, 2001). Selye rozděluje GAS do 3 fází: poplachová reakce, fáze rezistence a fáze vyčerpání (*exhaustce*) (Selye, 1950). Čírtková (2004) jednotlivé fáze popisuje jako fázi aktivizace, fázi zvládnání psychické zátěže a fázi důsledkovou. Poplachovou nebo též alarmovou reakci (*Alarm Reaction, AR*) můžeme ještě rozdělit na dvě podfáze – fázi šoku, kdy je odolnost organismu rapidně snížena, a fázi pošokovou („*countershock phase*“), kdy se aktivuje sympatoadrenální systém a začnou se do krve vyplavovat stresové hormony (Čáp & Dytrych, 1968). V této fázi probíhá mobilizace psychických i fyzických možností člověka (Čírtková, 2004). Charakteristické projevy AR jsou hypoglykémie, narušení metabolismu a gastrointestinálního traktu. Ve fázi rezistence (*Stage of Resistance*) se organismus stresu přizpůsobuje a adaptuje se na nové podmínky. Možnosti adaptace na stresogenní podnět dosahují maxima. Výše zmíněné projevy jsou potlačené a znovu se objevují ve fázi vyčerpání. Fáze vyčerpání (*Stage of Exhaustion*) nastává v případě, že všechny strategie zvládnání stresu selhaly, stresor nadále působí, organismus se vyčerpává a umírá nebo je poškozen – vyvíjí se choroba. Porucha vzniká v orgánu, který je v těle nejslabší (Machačová, 1997; Selye, 1950), v místě nejmenšího odporu (*locus minoris resistentia*). Tento termín se objevuje v teorii diateze (Baštecká & Goldmann, 2001), což je zranitelnost vůči nějaké chorobě, která se právě v místě nejmenšího odporu projevuje. Paulík (2010) popisuje také lokální adaptační syndrom (LAS), který je slabší a méně škodlivý než GAS a pomáhá organismu s adaptací na škodlivý podnět omezený na jeho malou část.

Selye dospěl k závěru, že stres je obecnou reakcí na jakoukoli zátěž, protože organismus produkuje hormonální reakci. Stres tedy začal být chápán univerzálně, což vedlo k výše zmíněné kritice vágnosti tohoto pojmu.

### **1.1.3. Steinbergova – Ritzmanova teorie**

A. Steinberg a R. F. Ritzman vytvořili nový model stresu, ve kterém integrovali stresovou teorii H. Selyeho a teorii živých systémů J. G. Millera. Spojili tak biologické a psychologické pojetí stresu (Paulík, 2010). Millerova teorie systematizuje živé prvky do 8 úrovní. V hierarchii nejnižší se nachází buňky, potom orgány, organismy, skupiny, organizace, komunity, společnost a nejvýše nadnárodní systémy. Každá

úroveň má svůj vstup a výstup a uvnitř ní dochází ke zpracování informací a energií. Rovnováha jednotlivých systémů a subsystémů je zajišťována negativní zpětnou vazbou a je nepostradatelná k případné adaptaci.

Steinberg a Ritzman popisují stres jako „materiální, informační či energetické přetížení nebo nedostatečné využití (podtížení) na vstupu či výstupu živého systému“ (Paulík, 2010, 49). Při přetížení vstupu a současně podtížení výstupu (přichází, ale nevychází) dojde ke hromadění informací nebo energie uvnitř systému a tak k působení stresu, napětí (*strain*). Stejně tak při nevytížení vstupu a přetížení výstupu (nepřichází, ale odchází), kdy bude energie a informací v systému nedostatek. *Strain* pak spouští pochody, které vedou k obnovení homeostáze. Tyto mechanismy mohou být jednoduché (např. fyziologická reakce typu zúžení zornic a stažení vlásečnic) nebo složité, typu GAS. K patologii může jedinec dojít dvěma cestami – pokud zvolí maladaptivní vzorec nebo pokud při vhodné strategii dojde k vyčerpání (Paulík, 2010).

#### **1.1.4. Transakční (kognitivní) koncepce stresu**

Richard Stanley Lazarus, americký psycholog, se na zátěžové situace a jejich zvládnání podíval z jiného úhlu a popsal kognitivní teorii stresu, někdy také nazývanou transakční koncepcí stresu. Podle něho bychom na stres měli nahlížet jako na široké spektrum důležitých fenoménů v procesu lidské a zvířecí adaptace. Zmiňuje, že stres není nestálý, ale je složen z mnoha variabilit (Lazarus & Folkman, 1984).

V jeho teorii nejde ani tak o situaci jako o její subjektivní zhodnocení samotným jedincem. Důležité je vnímání situace a její interpretace subjektem. Pro některého člověka může být stejná situace extrémně stresující, pro jiného ne. Neboli „člověk reaguje na ohrožení jako na ohrožení tehdy, když ho za ohrožení považuje“ (Baštecká & Goldmann, 2001, 242).

Hodnocení situace probíhá ve dvou fázích, které nazýváme primární a sekundární ohodnocení (Lazarus & Folkman, 1984). Při primárním ohodnocení (*primary appraisal*) si člověk pokládá otázku, zda je podnět bezvýznamný (*irrelevant*), mírně pozitivní (*benign-positive*) nebo stresující, ohrožující (*stressful*). Podnět ohodnocený jako ohrožující může mít také 3 formy: újma/ztráta (*harm/loss*), anticipovaná hrozba této ztráty (*threat*) a výzva (*challenge*), která vede k možnosti nějakého zisku.

Při sekundárním ohodnocení (*secondary appraisal*) přemítá, zda může uspět a jaké zdroje má k dispozici pro zvládnutí situace. Zvažuje jednotlivé možné reakce a pravděpodobný následný vývoj.

Třetí fází je tzv. přehodnocení (*reappraisal*). Jedinec získává nové informace, na základě kterých může přehodnotit své původní vnímání situace. S touto fází úzce souvisí také obranné přehodnocení (*defensive reappraisal*). Obranné přehodnocení se týká pouze minulosti. Jedná se o pozitivní reinterpetaci uplynulých událostí a o snahu vyrovnat se s dřívějšími ztrátami tak, že je bude vnímat z jiného úhlu pohledu (Lazarus & Folkman, 1984).

### **1.1.5. Teorie alostatické zátěže**

Alostáza je schopnost organismu reagovat na změny regulováním základních životních funkcí. Baštecká & Goldmann (2001) o této schopnosti píší jako o tzv. provozním rozmezí, o snášenlivosti k výchytkám. Alostáza umožňuje navracet změny do původního homeostatického stavu. Když dojde k překročení snášenlivosti, rozvine se výrazná stresová reakce a případně porucha. Pojem alostáza poprvé použili P. Sterling a J. Eyer, autory teorie alostatické zátěže jsou psychologové Bruce S. McEwen a Elliot Stellar.

Současné přístupy k teorii stresu bychom mohli označit jako komplexně interakční. Ke stresu se přistupuje z hlediska osobnosti a taktéž z hlediska situace. Je tak pojímán jako nepřetržitě vzájemné působení kognice, motivace a emocí jedince se situací, které nelze od sebe oddělit (Šindelářová, 2006).

### **1.2. Odpověď organismu na stresovou situaci**

Poplachová reakce je základní odpovědí organismu na stresovou situaci. Při reakci na stres, tedy při přípravě na **boj nebo útěk** (*fight or flight*), je pro jedince nutné připravit především tělo. Představme si situaci, kdy dojde buď k našemu rychlému útěku, abychom se vyhnuli konfrontaci s agresorem či případně uprchli před ohněm; nebo naopak situaci, kdy vyhodnotíme své síly jako bojeschopné a pustíme se do rvačky. U obou reakcí jsou procesy v těle velmi podobné. Dochází k prohloubení dechové činnosti, čímž dojde k lepšímu okysličení krve, a tak ke zrychlení okysličování tkání. Krev je však nejvíce potřeba ve svalech a v mozku, proto je omezen krevní tok v okrajových částech těla a v trávicím traktu. Trávení je v tu chvíli zpomaleno, téměř vypnuto (stejně jako u dětí růst),

aby nespotřebovávalo energii, která bude potřeba ve svalech. Kosterní svalstvo zvyšuje svůj tonus, aby bylo připravené na vyšší zátěž. Rozšiřují se zorničky, protože organismus v tu chvíli potřebuje zostřené vnímání, aby zachytil co nejvíc ohrožujících podnětů.

Další možností odpovědi organismu na stres je **zmrznutí** (*freeze*). Jde o stav naprostého ochromení. Jedinec přešel do jakéhosi změněného stavu vědomí, ve kterém necítí bolest. Svaly ztuhnou, člověk nemůže mluvit, nemůže se hýbat. V základu této reakce je spatřována imitace smrti jako poslední možnost přežití. Není volně ovlivnitelná, řídí ji primitivní oblasti mozku, které máme společné se zvířaty. V reakci zamrznutí se v organismu hromadí energie. Zvířata se této nahromaděné energie zbavují vytřepáním. Pokud energie není uvolněná, rozvíjejí se symptomy traumatu (Levine & Fredericková, 2002).

### **1.2.1. Stresová reakce a nervový systém**

V procesu stresové reakce se uplatňuje **prodloužená mícha** (*medulla oblongata*). Je to část mozku nazývaného **mozkový kmen** (*truncus cerebri*), který přímo navazuje na páteřní míchu a nese tak informace z nervových zakončení do mozku. Zpětně dává také informace parasympatiku pro jeho další činnost. Funkcí mozkového kmene je řízení dýchání, srdeční činnosti a trávicí soustavy (Orel & Facová, 2009). Ovlivňuje tak všechny výše popsané procesy v těle při stresové reakci.

Hlavní funkci v řízení činnosti vnitřních orgánů má **hypotalamus** (*hypothalamus*). Hypotalamus je jednou z částí mezimozku (*diencephalon*). Nachází se uprostřed pod thalamy a uzavírá tak zespodu III. mozkovou komoru. Je složen z jednotlivých specializovaných hypotalamických jader. Hypotalamus řídí veškeré autonomní (vegetativní) procesy (činnost srdce, cév, trávicího traktu, termoregulačního systému atd.), homeostázu (stálý vnitřní stav organismu), ovlivňuje tělesný doprovod emocí, je významným nervovým centrem a také produkuje hormony. Dva důležité systémové hormony – vasopresin (antidiuretický hormon, ADH) a oxytocin, a regulační hormony – statiny a liberiny. Hypotalamus je také centrem pro řízení cirkadiánní rytmicity, tzn. ovlivňuje biologické rytmy (např. den – noc) (Orel & Facová, 2007).



Významnou funkci při reakci na stres má *locus coeruleus*, jádro v mozgovém kmeni (Praško, Hájek & Preiss, 2002). Pokud je aktivováno, spustí produkci neuropřenašeče noradrenalinu přímo uvnitř mozku.

Další funkce pak zastává vegetativní nervstvo – **sympatikus** (*pars sympathica, sympathicus*) a **parasympatikus** (*pars parasympathica, parasympathicus*) (Orel, 2009; Vinař, 2001). Tyto dva základní oddíly autonomního nervstva pracují protichůdně; to, co sympatikus aktivuje, parasympatikus tlumí a naopak, ovšem vždy pracují v souladu a vzájemně se doplňují. Sympatikus i parasympatikus jsou aktivní neustále. Sympatikus zvyšuje svou aktivitu při ohrožení, má za úkol nabudit organismus a připravit ho k akci (boj nebo útěk). Při jeho zvýšené činnosti dochází k zvýšení srdeční frekvence, k vyšší dráždivosti, rozšiřuje průdušky, zvětšuje průměr zornic, tlumí činnost trávicího traktu a samozřejmě aktivuje dřeň nadledvin. Lidé s PTSD mají mnohem vyšší stupeň aktivace sympatického nervstva (Yehuda, 2002).

### **1.2.2. Hormonální odpověď organismu na stres**

Do kategorie stresových hormonů patří celá řada hormonů. Mezi ty základní můžeme podle Orla (2009) zařadit hormony produkované dřeně nadledvin a uvolňované působením sympatiku (tzv. sympatoadrenální systém, SAS) při stresové reakci – katecholaminy **adrenalin** a **noradrenalin**, které ovlivňují připravenost organismu na výkon (v případě stresu boj nebo útěk). Adrenalin v součinnosti se sympatikem stimuluje činnost srdce, rozšiřuje cévy kosterního svalstva, omezuje zásobování trávicího traktu a kůže krví a tlumí tak jejich činnost. Zlepšuje také dýchání, protože rozšiřuje průdušky (Šmarda et al., 2004). Noradrenalin je neurotransmitter, ovlivňuje tak lokálně funkci konkrétního orgánu v závislosti na konkrétní situaci, tak např. zvyšuje sílu a rychlost srdečních kontrakcí nebo stahuje kožní cévy, aby nedocházelo ke ztrátám teploty (Lüllmann, Mohr & Wehling, 2004; Šmarda et al., 2004).

V rámci stresové odpovědi jsou také činné hormony kůry nadledvin (tzv. glukokortikoidy). Jejich produkce je řízena z hypofýzy prostřednictvím uvolňování adrenokortikotropního hormonu ACTH. Mezi glukokortikoidy řadíme **kortizol**, což je „mediátor vlivu stresu na mozkové buňky“ (Orel, 2009, 18). Kortizol přeměňuje glykogen v játrech na glukózu, dojde ke zvýšení cukru v krvi, a tělo má tak větší zdroje energie k obraně před stresem.

Pro reakci na stres je důležitá především osa **hypotalamus - hypofýza - nadledvinky** (HPA osa). Hypofýza (podvěsek mozkový, *hypophysis cerebri – glandula pituitaria*) je žláza uložená v tureckém sedle kosti klínové. Má tři laloky – adenohypofýzu (přední lalok), střední lalok a neurohypofýzu (zadní lalok). Nadledviny (*glandula suprarenales*) jsou párové žlázy ležící na horní straně ledvin (Šmarda et al., 2004). Při prožití traumatické události dochází k aktivaci jádra hypotalamu, což iniciuje uvolňování kortikotropin-releasing-faktoru (CRF), vasopresinu a dalších hormonů. CRF uvolní v hypofýze sekreci adrenokortikotropního hormonu (ACTH), který pak působí na nadledvinky a způsobí zde uvolňování kortizolu (Vinař, 2001).

### **1.3. Stresory**

Podněty, které mohou v organismu vyvolat stresovou reakci, nazýváme stresory. Baštecká & Goldmann (2001) mluví o tom, že přiměřené podněty nejsou v přiměřené míře stresogenní, tedy stres způsobující. Vzápětí si také pokládají otázku, jak tuto přiměřenou míru stanovit. Každý jedinec má jiný práh, při jehož překročení už se v reakci na konkrétní podnět objeví stresová odpověď. Podle Kohlíkové et al. (2003, 202) hladina tohoto prahu spočívá v toleranci ke stresu. „Je-li tolerance dobrá, člověk se adaptuje. Jsou však jedinci, kteří se stresům záměrně vyhýbají. Na druhé straně zase někteří jedinci stres vyhledávají.“

Druhy stresorů (rozdělení podle Kohlíkové et al., 2003):

- fyzikální, chemické a biologické vlivy – příkladem tu může být nadměrné teplo nebo naopak chlad, hlad a žízeň, nedostatek světla atd.;
- psychologické nebo psychosociální vlivy – nejrůznější fobie (klaustrofobie, arachnofobie...), strach ze smrti a další.

Rozdělit stresory můžeme také na primární a sekundární tak, jak to udělali B. Ruhe a A. Nesdale (Křivohlavý, 1994). Primární stresory jsou ty, které na organismus působí přímo (teplo, chlad, hluk apod.). Sekundárními stresory myslíme překážky při plnění jistých činností (např. postupy a předpisy při zastavování vozidla policistou na silnici, které nejsou pro policistu bezpečné).

Čírtková (2004) rozlišuje čtyři stupně psychické zátěže. Na nejnižším stupni popisuje běžné nároky, které jsou de facto bez příznaků zátěže. Zvýšená zátěž již nutí člověka k aktivaci psychických a fyzických předpokladů, ale nepřekračuje možnosti

jedince se s událostí vyrovnat. Při hraniční zátěži jedinec musí čerpat z rezerv organismu, pomyslná hranice únosnosti je téměř překročena. Extrémní zátěž se objevuje v situacích, kdy stres překračuje kritický bod způsobilosti daného člověka. K tomuto rozdělení udává také příklady pro pracovníky policie, které se dají s malými výjimkami aplikovat na všechny příslušníky bezpečnostních sborů.

Základní typy stresorů	Konkrétní situace v praxi
<b>zvýšená zátěž</b> (riziko PTSD je minimální, dominují subjektivní momenty při zvládnání)	tzv. „osobní pomníčky“, zásahy, na které hasič či policista nezapomene i přesto, že nebyly traumatizující
<b>hraniční zátěž</b> (exponované situace, riziko rozvoje PTSD)	použití střelné zbraně, smrt kolegy ve službě, extrémní mrtvoly, vyšetřování smrti dítěte, mimořádně tragické nehody
<b>extrémní zátěž</b> (riziko PTSD je velmi vysoké, téměř každá osoba má problémy zážitky z místa zpracovat)	zásahy na místě katastrof ( <i>disaster</i> ) a masakrů

**Tabulka 1:** Stupně psychické zátěže s příklady z praxe (Čírtková & Spurný, 2001, upraveno)

Rozdělení stresorů popsali ve své práci také Lazarus s Folkmanovou (1984). Prvním typem jsou zkázonosné (*cataclysmic*) změny, které zasahují velké množství lidí. Do této kategorie můžeme zařadit například přírodní katastrofy nebo člověkem způsobená neštěstí (vátky apod.). Druhým typem jsou změny postihující malý okruh osob, které však nejsou kontrolovatelné. Sem kupříkladu patří smrt milované osoby, nevyléčitelná nemoc nebo výpověď v práci. Posledním typem stresorů jsou tzv. denní starosti (*daily hassles*). To jsou například časté pocity osamocení nebo nadměrné zodpovědnosti, hádky s partnerem, bezohlední sousedé a podobně. Poslední zmiňovaný typ stresorů má kumulativní účinek (Lazarus & Folkman, 1984).

Tato diplomová práce se zabývá úmrtím kolegy při výkonu služby, tedy nekontrolovatelnou událostí, která postihuje jednotlivce nebo malý okruh osob (výjezd, směnu, stanici, oddělení) a kterou můžeme zařadit do skupiny exponovaných situací s hraniční zátěží.

## **2. Zvládání zátěžových situací**

V odborných kruzích se v posledních letech dostaly do popředí výzkumného zájmu také procesy zvládání stresu. Dalo by se říci, že trendem je zkoumání dějů, které při zvládání probíhají, zkoumání jejich dynamiky (Paulík, 2010).

V souvislosti s vyrovnáváním se se zátěžovými situacemi používáme pojmy adaptace a coping. Adaptací myslíme jakousi připravenost na stresovou událost, která je v mezích normy. Naproti tomu coping ve smyslu zvládání znamená vyrovnávání se se zátěží nadlimitní, nepřiměřenou (Výrost & Slaměník, 2001).

Skinnerová et al. (2003, in Vavricová, 2013) přišli s novou kategorizací způsobů zvládání stresu. Adaptivní procesy (*adaptive processes*) jsou základní fyziologické reakce organismu podmíněné evolučním vývojem (útěk, útok) a jsou dalším stupněm nadřazené. Mohli bychom pod ně zařadit obranné mechanismy a copingové strategie. Skupiny zvládání stresových situací (*families of coping*) představují multifunkční a multidimenzionální strategie. Těchto skupin je 12: řešení problému, hledání informací, bezmocnost, únik, seberegulace, hledání opory, izolace, delegace, opozice, rokováání, rezignace a akomodace. Ve svém působení odrážejí základní adaptivní procesy, ale zároveň jsou tvořené konkrétnějšími, níže postavenými způsoby zvládání (*ways of coping*). Nejkonkrétnější jsou pak jednotlivé případy zvládání (*coping instances*) dané tou kterou událostí (Vavricová, 2013).

Křivohlavý (1989) zmiňuje, že existují 3 hlavní skupiny způsobů zvládání obtížných životních situací. Jsou jimi řešení problémů, obranné mechanismy a strategie zvládání.

### **2.1. Řešení problémů**

Prvním způsobem je řešení problémů (*problem solving*). Abychom mohli použít tento způsob, musí být situace řešitelná, tzn. musíme znát postup nebo postupy, jak se dá situace řešit, a mít kapacitu tyto postupy použít. Pak už si jen musíme vybrat ten nejvhodnější, který vede k vytyčenému cíli (Křivohlavý, 1989).

### **2.2. Obranné mechanismy**

Obranné mechanismy (*ego-defence mechanism*) jsou jednoduché, nevědomé způsoby zvládání úzkosti, které poprvé popsal Sigmund Freud a později ho doplnila jeho dcera Anna. Jsou to postupy, kterými jedinec brání své já – ego (Hartl & Hartlová,

2010), zmírňuje negativní myšlenky a pocity. Slouží tak k přežití. Křivohlavý (1989, 362) píše, že obranné mechanismy jsou „definovány „iluzorními“, tj. klamnými, šalebnými, iluzivními, matoucími pojetími skutečnosti a neskutečnými a neuskutečnitelnými způsoby jejího řešení“. Obranné mechanismy mění význam situace tak, aby se nerozvinula úzkost a aby nebylo ohroženo jedincovo ego a sebezpojetí (Paulík, 2010). Můžeme říci, že obranné mechanismy zkreslují realitu tak, aby byly zvládnuty vnitřní konflikty nebo eliminovány tlaky vnějšího prostředí. V současné době je popsáno zhruba 40 obranných mechanismů (Křivohlavý, 1989). Mezi nejčastěji užívané patří například projekce (promítání vlastních myšlenek a vlastností do jiných osob), introjekce (opak projekce, internalizace myšlenek a pocitů jiných lidí), regrese (pokles na nižší vývojovou fázi), racionalizace (vysvětlování všeho rozumem) nebo identifikace s agresorem. V některých situacích jsou ego-obranné mechanismy adaptivní a mohou působit pozitivně. Jsou však i situace, kdy se nejeví použití primitivních obranných mechanismů vhodné. V takovém případě mluvíme o nezralých obranách, jak je popsal G. E. Vaillant (1977), např. neurotických, psychotických nebo obranách vycházejících z poruch osobnosti (Paulík, 2010; Lazarus & Folkman, 1984).

### **2.3. Coping**

Copingové strategie neboli strategie pro zvládání zátěžových situací jsou behaviorální, kognitivní a sociální odpovědi ve snaze eliminovat napětí a stres na člověka působící. Jde o situace, které jsou nadlimitní nebo případně podlimitní z hlediska odolnosti (Nowack, 1989; Paulík, 2010). Na rozdíl od obranných mechanismů jsou strategie zvládání zakotvené v realitě, respektují ji a podporují odvahu jedince k řešení a pocit, že situaci může zvládnout (Křivohlavý, 1989). Coping je tedy aktivní a vědomý způsob vyrovnávání se se stresem (Paulík, 2010; Šiška, 2003).

Obranné mechanismy a zvládací strategie mají společné to, že se vztahují k subjektivně neřešitelným situacím. Jedinec nemá algoritmy, které by mohl použít k řešení, nebo jeho kompetence a zdroje k tomuto řešení nestačí.

R. S. Lazarus a S. Folkmanová (1984) tvrdí, že obranné mechanismy jsou maladaptivní postupy řešení zátěžových situací, zatímco zvládací strategie jsou adaptivní. Obranné mechanismy i copingové strategie působí pozitivně, co se týče

eliminace stresu a negativních emocí, rozvíjejí se s věkem a jsou značně dynamické (Paulík, 2010). Přikloníme se tedy k názoru Křivohlavého (1989), že v různých situacích použijeme různé postupy, jak se vyrovnat se zátěží, a že i obranné mechanismy i copingové strategie mají své plusy i mínusy.

Rozdíl mezi obrannými mechanismy a copingovými strategiemi dobře shrnuje tabulka Paulíka (2010, 78):

Obranné reakce (mechanismy)	Zvládací reakce (copingové strategie)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- obsahují implicitní operace</li> <li>- jsou aktivovány intrapsyckicky</li> <li>- jsou obtížně pozorovatelné</li> <li>- jsou neuvědomované, nevědomé</li> <li>- determinují je osobnostní rysy</li> <li>- základem je zde instinkt a s ním spojené chování</li> <li>- před jejich použitím není situace zhodnocena</li> <li>- reakcí je automatické chování</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obsahují explicitní informace</li> <li>- jsou aktivovány prostředím, okolnostmi situace</li> <li>- jsou snadno pozorovatelné</li> <li>- jedinec si je uvědomuje a může je ovlivňovat svou vůlí</li> <li>- jsou determinovány osobností a zároveň situací</li> <li>- základem jsou kognitivní procesy</li> <li>- situace je dopředu zhodnocena a jsou posouzeny i vlastní možnosti</li> <li>- výsledkem je promyšlené chování</li> </ul>

**Tabulka 2:** Srovnání obranných a zvládacích reakcí

Pro naši práci budeme copingem a zvládacími strategiemi myslet multidimenzionální soubor chování a jednání, které jedinec přijímá pro vyrovnání se s událostmi, které vnímá jako zatěžující a stresové.

### **2.3.1. Copingový styl versus copingové strategie**

Paulík (2010) rozlišuje mezi copingovým stylem a copingovými strategiemi. Copingový styl je stabilizovaný vzorec chování v zátěžových situacích, je více ovlivněn osobností a vrozenými činiteli. Je obecnou tendencí jedince k reakci na zátěžové situace (Křivohlavý, 2003). Zvládací strategie jsou méně obecné a více podmíněné charakteru situace.

### **2.3.2. Teoretické přístupy ke copingu**

Jeffrey R. Edwards v kapitole knihy *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (1988) popsal jednotlivé teoretické přístupy ke copingu a zároveň zmínil jejich výhody a nedostatky.

Psychodynamický přístup ke copingu bychom mohli ztotožnit s ego-obrannými mechanismy. Jeho zastánci kladou důraz na dynamiku a vývoj osobnosti (Ficková, 1993; Moravová, 2007). Jedním z prvních autorů byl Sigmund Freud. On a jeho spolupracovníci popisovali obranné mechanismy jako prostředek k vyrovnávání se s intrapsychickými konflikty. Druhou vlnou psychoanalytického přístupu zosobňoval například Vaillant, Haan a Menninger (Lazarus & Folkman, 1984). V jejich teoriích je coping popsán v kontextu hierarchického vyrovnávacího procesu jako nejvyšší, nejrozvinutější zralé obrany. J. R. Edwards (1988) kladně hodnotí jasnost a bohatou propracovanost psychoanalytického přístupu, ale kritizuje hned několik věcí. První z nich je, že zvládací strategie musí být nutně v kontaktu s realitou (jako opačný případ uvádí obranný mechanismus *popření reality*), a druhý je předpoklad absolutní úspěšnosti copingu (pokud je vyrovnávání neúspěšné, byl copingu nedostatek).

Ficková (1993) a Výrost & Slaměník (2001) zmiňují osobnostně – dispoziční přístup, tedy pojetí copingu jako črty osobnosti. Přístupy ke zvládnání stresu z hlediska osobnostních charakteristik předpokládají vliv místa kontroly (*Locus of Control*, LOC, J. Rotter), chování typu A (*Type A behavior pattern*, M. Friedman, R. H. Rosenman) a odolnosti (*Hardiness* – Kobasová; *Sense of Coherence* – A. Antonovsky). Coping je pak vnímán jako stabilní osobnostní charakteristika nebo predispozice reagovat na stres určitým způsobem a je jednodimenzionální. To nás přivádí k rozporu s empirickými výzkumy, které dokazují multidimenzionalitu copingu, který se váže na kontext situace a variuje v čase (Edwards, 1988).

Coping je v některých teoriích popisován jako sled stavů, kterými jedinec prochází. Každý stav je samostatný, ale dohromady se skládají do specifické sekvence. Zjednodušeným příkladem takového přístupu je např. Kübler-Rossová a jí popsaná stádia, kterými prochází terminálně nemocný člověk (popření, hněv, smlouvání, deprese, akceptace) (Edwards, 1988). Edwards (1988) mezi klady těchto přístupů zmiňuje hodnocení copingu v čase a jeho dynamičnost. Empirické výzkumy ovšem

vyvrací, že by vyrovnávání se s náročnými životními událostmi probíhalo v sekvencích, a tedy ve skocích.

Situační přístup do popředí staví vliv situace. Copingové strategie jsou podle tohoto přístupu determinované charakterem události (Výrost & Slaměník, 2001). Existují tedy určité události, ke kterým se vážou konkrétní postupy copingu. R. R. McCrae (1984, in Výrost & Slaměník, 2001) rozdělil typy událostí do 3 kategorií – výzva, ohrožení a ztráta. Situace výzvy (*challenge*) jsou např. svatba, narození dítěte apod. a člověk na ně reaguje především aktivním a racionálním copingem. Příkladem ohrožení (*threat*) může být třeba ztráta práce, situaci ztráty (*loss*) pak reprezentuje především smrt někoho blízkého. Na druhé dva typy událostí reaguje jedinec především pasivním zvládacím stylem (Výrost & Slaměník, 2001).

Další teorií zabývající se copingem je interakční přístup. Tvrdí, že zvládání je interakcí osobnostních dispozic jedince a situace. Tento přístup zjišťuje, do jaké míry se obě dimenze navzájem ovlivňují a jak se podílejí na výsledném výběru copingové strategie (Kollertová, 2008; Moravová, 2007; Výrost & Slaměník, 2001).

Kognitivně – transakční model copingu formuloval americký psycholog Richard Stanley Lazarus (1922–2002) se svými kolegy. Podle nich je coping „neustále se měnící kognitivní a behaviorální snahou vyrovnat se s externími nebo interními požadavky, které jsou vnímány jako namáhavé nebo extrémní“ (Lazarus & Folkman, 1984). Sousedství „neustále měnící se“ značí, že v tomto přístupu je coping vnímán jako proces. Změny zvládacích strategií jsou funkcí kognitivního hodnocení a přehodnocení, jak jsme popsali v kapitole 1.1.4. Souvislost copingu a individuálního vnímání stresu zahrnuje mnoho faktorů jako osobní zkušenost se zvládáním nebo charakteristiky osobnosti (Kirk, 2011). R. S. Lazarus a S. Folkmanová vyčlenili dvě základní zvládací strategie – **zvládání orientované na problém** (*problem – focused coping*) a **emocionálně orientované zvládání** (*emotion – focused coping*) (Lazarus & Folkman, 1984; Paulík, 2010). V prvním z nich je naše úsilí zaměřené na přímé a proaktivní působení na zdroj stresu, chceme ho změnit, aby nás přestal ohrožovat (Kirk, 2011). V tomto procesu je nutné vymezit problém a jeho alternativní řešení, zvážení jejich pro a proti, zvolení jednoho z nich a konkrétní jednání. Zvládání orientované na problém je nejčastěji zaměřené na prostředí, ale zároveň zahrnuje strategie zacílené do nitra (Lazarus & Folkman, 1984). Zahrnuje také hledání



informací a opory ve společnosti či komunitě a identifikaci alternativních zisků (McCammon, Durham, Allison, Jr. & Williamson, 1988).

V případě copingu orientovaném na emoce se snažíme přetvářet, modifikovat naše emocionální cítění, chceme přijmout situaci jinak. Cílem je minimalizovat psychologické efekty stresu bez objektivní změny situace (Kirk, 2011). „Rozhodla jsem se, že jsou důležitější věci, o které bych se měla strachovat“ (Lazarus & Folkman, 1984, 150). Ve své podstatě jde o klasické přehodnocení (*reappraisal*). Tyto dvě strategie závisí na předchozím subjektivním zhodnocení situace jedincem a na vnímání stresogenosti a míře kontrolovatelnosti události (Lazarus & Folkman, 1984; Výrost & Slaměník, 2001). Pokud si budeme myslet, že můžeme se situací něco dělat (vyšší míra kontroly), použijeme zvládání zaměřené na problém. Pokud si budeme myslet, že se situací „ani neheme“ (nízká míra kontroly), použijeme naopak zvládání orientované na emoce. Stejně tak u vnímaného stupně stresovosti (Kirk, 2011; Paulík, 2010; Výrost & Slaměník, 2001).

Třetí možností je **zvládání orientované na únik, vyhnutí se** (*avoidance – oriented coping*) (Paulík, 2010; Výrost & Slaměník, 2001). Ta zahrnuje mentální přípravu a redefinování situace, vyhýbání se nebo popření (McCammon, Durham, Allison, Jr. & Williamson, 1988). Jde o snahu vyhnout se jakýmkoli „vzpomínkám a fantaziím, které se vztahují k traumatickému zážitku“ (Vizinová & Preiss, 1999, 144).

Křivohlavý (1989) i Výrost & Slaměník (2001) rozlišují aktivní a pasivní postupy zvládání zátěže. Ty pak ještě dělí na jednotlivé taktické kroky.

**Aktivní postupy** zahajuje podrobnější poznávání situace. Jedinec si doplňuje informace o situaci. Následuje posilování osobního „bojového potenciálu“. Do tohoto kroku patří posilování obranyschopnosti organismu (např. cvičením), kognitivní zvládání situace (nalezení širšího smysluplnějšího rámce), mobilizace motivace a naděje, zvládání emocí a jejich udržování v přirozených mezích, prověření osobních jistot a opor, posilování schopnosti udržet se v klidu, katarze, zvyšování asertivity, rozšiřování repertoáru zvládacích strategií a nalézání opor v sociálním prostředí. Ve třetím kroku plánujeme další postup – rozlišíme, co se změnit dá a co ne, určíme si dosažitelný cíl a cestu k němu rozdělíme na několik dílčích etap. Čtvrtý krok je samotná realizace a pátým krokem je výdrž neboli persistence (Křivohlavý, 1989).

Křivohlavý (2003) také píše, že využití aktivního stylu zvládnání je vhodnější v situacích, kdy bude stres dlouhodobý, nebo tam, kde se bude opakovat.

**Pasivní postupy** jsou charakterizovány absencí jakéhokoliv vnějšího pohybu nebo aktivity. Jedná se o vyčkávání, lhostejnost, rezignaci s určitou mírou naděje (třeba to vše dobře skončí) a odepsaností (naprostá beznaděj) (Křivohlavý, 1989).

### **2.3.3. Coping a pracovní stres příslušníků bezpečnostních sborů**

Pracovníci záchranných a bezpečnostních složek se musejí vyrovnat s mimořádnými pracovními stresory. Podle Taylora (1995, in Křivohlavý, 2003) existuje tendence k využívání jednotlivých strategií, která je až ze 30 % vrozená. Je dána také výchovou a kulturním a společenským prostředím (Křivohlavý, 2003). Výběr konkrétní copingové strategie pro vyrovnání se s danou situací je ale ovlivňován také dalšími proměnnými. Především jsou jimi roky služby a zkušenosti, které za tuto dobu příslušníci nasbírali, a působí také rozsah události (Beaton, Murphy, Johnson, Pike & Corneil, 1999). Moran (2001, in Malek, Fahrudin & Kamil, 2009) tvrdí, že copingové strategie záchranářů vychází z typu jejich práce spíše než z osobnosti. Popisují svou práci tak, že si nemohou dovolit nechat se rozrušit tím, co se okolo nich děje. Používají tak coping tzv. traumatické membrány (*traumatic membrane*), která je ochraňuje od ohrožujících podnětů (Lindy, 1985, in Malek, Fahrudin & Kamil, 2009). Traumatická membrána je dočasná psychosociální struktura, tlumící zóna či kryt, která chrání člověka bezprostředně po prožití traumatizující události. Intrapsychická úroveň traumatické membrány funguje na principu disociace, kdy jedinec neintegruje emoce spojené s událostí do celkového prožitku. Membrána „obklopí“ traumatické prožívání. Není nepropustná, proto jednotlivé informace mohou skrze ní protékat, a postupně se integrovat do vnímání události a vzpomínek na ni. (Martz, 2010).

Důležitý je bezesporu i sport a další tělesná aktivita. Člověk při nich přirozeně odbourává nahromaděný adrenalin a noradrenalin a také odpoutává pozornost od myšlenek na stresovou situaci, která proběhla (Volf & Karlík, 1998).

Kirk (2011) podal ve svém článku *Less Stressed at Work – Research on the Efficacy of Job Stress Coping Strategies* přehled běžných copingových strategií. Zmiňuje aktivní hledání pomoci u přátel, příbuzných a známých, a vyhledání profesionální asistence (poradenství, materiální pomoc). Zmiňuje také začleňování se do skupinových diskuzí. Prakticky bychom mohli tuto strategii pojmenovat

jako hledání sociální opory. Výzkum kanadských hasičů ukázal, že nízká vnímaná sociální opora vedla k vyššímu výskytu depresí a symptomů traumatu (Chamberlin & Green, 2010).

Důležitým bodem ve vyrovnávání se se smrtí kolegy je kontakt s jeho rodinou a vědomí, že jej z jeho smrti neviní (Veilleux, 2011). Objevují se tak např. snahy pomáhat pozůstalým s opravami domů či zařizováním pohřbů. Organizací zaštiťující péči o pozůstalé rodiny po hasičích a policistech, kteří zemřeli při výkonu služby, je v České republice působící Nadace policistů a hasičů.

Dalším popsaným postupem zvládání stresu u hasičů a policistů je klasický coping zaměřený na emoce (*problém – focused coping*), který se uplatňuje především u hasičů a policistů s nižší úrovní vystavení traumatu. Problémově zaměřený coping (*emotion – focused coping*) úspěšně používali častěji příslušníci s vyšším výskytem traumatických stresorů v jejich práci (Brown, Mulhern & Joseph, 2002).

Coping s využitím prvků víry (*religious coping*) je důležitou, ale málo popsanou strategií (Park & Cohen, 1993). Zahrnuje v sobě jak víru vnitřní (*intrinsic religiousness*), tak vnější (*extrinsic religiousness*). Vnitřní přesvědčení je vnímáno jako pozitivněji působící při zvládání stresu cestou copingu víry a je také spojováno s *well-beingem*, zatímco vnější víra je spojována s maladaptací. Věřící s vyšší mírou vnitřní víry mají tendenci obrátit se na víru v době krize a nekontrolovatelného stresu. Je u nich pak ale také pozorován častější posttraumatický rozvoj (Park & Cohen, 1993).

Také využívání více než jedné copingové strategie může pomoci ke snížení úrovně vnímaného stresu (Kirk, 2011). Stejný názor mají také autoři článku *Emergency Workers' Cognitive Appraisal and Coping with Traumatic Events*, kteří tvrdí, že rozmanitý repertoár zvládacích strategií je efektivnější než spoléhání se na jediný postup (McCammon, Durham, Allison, Jr. & Williamson, 1988).

V souvislosti se stresem v práci mluví Cooper (1996, in Kirk, 2011) o vlivu copingu na spokojenost s prací (*job satisfaction*) a *well-being*. Podle něho coping snižuje negativní vliv stresu v práci a tím přispívá k lepšímu *well-beingu* a vyšší spokojenosti jednotlivce v práci. Stejný názor přináší ve svém výzkumu pracovního stresu hasičů i Malek, Fahrudin & Kamil (2009).

#### **2.3.4. Copingové strategie v našem výzkumu**

Copingové strategie, na které jsme se zaměřili v našem výzkumu, můžeme rozdělit do čtyř kategorií podle zaměření a cíle. Vycházíme z kategorií popsanych ve výzkumu K. M. Nowacka (1989) a také z manuálu k testu Stress Profile (Nowack, 2006), ze kterého jsme při konstrukci otázek pro rozhovor čerpali.

Pozitivní myšlenky zahrnují strategie minimalizující vnímání stresu, připomínají pozitivní zkušenosti nebo řešení.

Negativní pohled je typický sebeobviňováním a zabýváním se jinými možnostmi řešení, které měli v danou chvíli uplatnit, ale neudělali to.

Skupina strategií Minimalizace hrozeb je skupinou postupů, které snižují význam události a snaží se jimi nezabývat. Jde o úmyslné odvádění pozornosti jinam, žertování o události, zvýšené užívání alkoholu, cigaret nebo drog.

Poslední skupinou je Zaměření na problém. Sem patří postupy snažící se aktivně změnit prostředí nebo své chování (cvičení, sport, relaxační metody apod.) a také postupy, které zkoumají zkušenost nejen jedince samotného, ale také jiných (schopnost využít zkušeností lidí, kteří podobnou událost zažili, a schopnost využít přirozené komunity) (Nowack, 1989; Stress Profile; Vodáčková et al., 2007). Chamberlin & Green (2010) uvádějí, že strategie vyhledání sociální opory se zdá být hasiči upřednostňovaná (zmíněno výše).

Existují také výzkumy, které se zabývají efektivitou copingových strategií (např. Prati, Pietrantonio & Cicognani, 2011). Ty přinášejí rozličné výsledky. Snížení distresu je ovšem nejčastěji spojováno s copingem úkolově a emočně zaměřeným nebo s pozitivním přehodnocením, zatímco ke zvýšení distresu vedlo použití vyhýbavého stylu chování (Chamberlin & Green, 2010). Dolanová & Ender (2008, in Kutal 2011) uvádějí tzv. *The Coping Paradox*, kdy ve svém výzkumu zjistili, že některé strategie mohou fungovat protektivně, i situaci zhoršovat. Jako příklad uvádějí konzumaci alkoholu, která zpočátku může stres snižovat, ale v případě, že přesáhne určitou hranici, může stres naopak umocňovat. My se v tomto výzkumu efektivitou copingu zabývat nebudeme. Naším cílem je popsat všechny strategie, které hasiči a policisté používají bez rozdílu jejich účinku.

## 2.4. Sociální opora

Sociální opora (*social support*) je „podpurná mezilidská a institucionální síť“ (Baštecká & Goldmann, 2001, 284). Je významným protektivním faktorem, který snižuje negativní působení stresu na zdraví člověka (Šolcová & Kebza, 1999). Původní překlad termínu „*social support*“ byl v češtině „sociální podpora“. S rozvojem státní finanční sociální podpory v 90. letech však tento ekvivalent získal terminologickou nepřesnost, proto se nyní používá název „sociální opora“ (Výrost & Slaměník, 2001).

Baštecká & Goldmann (2001) dělí sociální oporu na strukturální a funkční. Strukturální sociální oporou (*social network, social relations network*) myslí hustotu či rozsah jedincových vztahů (povrchních i důvěrných) a funkční sociální oporou je kvalita této sítě. Titíž autoři zmiňují také anticipovanou, tedy očekávanou sociální oporu. Ta je podle nich důležitější než opora skutečně naplněná. Pro člověka je důležitější pocit, že se o něho někdo postará, když bude potřeba. Že někdo pomůže.

Schaefer et al. (1982, in Lazarus & Folkman, 1984) rozlišuje 3 hlavní složky sociální opory:

- emocionální oporu (*emotional support*), zahrnující možnost spolehnout se a svěřit se druhému člověku, útěchu a pocit, že je milován a je o něho pečováno;
- instrumentální oporu (*tangible support*), což je materiální, hmotná pomoc (půjčka, dary, pomoc v domácnosti apod.);
- informační oporu (*informational support*), díky níž člověk získá relevantní informace k řešení dané situace, patří sem také rady a zpětná vazba.

Další autoři hovoří navíc o hodnotící opoře, která pomáhá k hodnocení komunikace, a tak k sebehodnocení (Šolcová & Kebza, 1999; Výrost & Slaměník, 2001). Navíc pokud je hmotná neboli instrumentální opora poskytnuta zdarma a dobrovolně, příjemce získává pocit, že je o něho pečováno, a tento typ sociální opory se tak může překrývat s typem emocionálním (Lazarus & Folkman, 1984).

Jedinec přijímající sociální oporu také nepotřebuje ve všech časových úsecích všechny její složky. Lazarus & Folkmanová (1984) to ukazují na příkladu studentů před a po zkoušce. Před zkouškou studenti očekávají oporu informační, aby věděli,

co se od nich očekává. Potřeba této složky sociální opory po zkoušce významně klesá a naopak vzrůstá potřeba opory emocionální, která přetrvává i po zveřejnění známek.

Jsou popsány 2 modely sociální opory (Šolcová & Kebza, 1999; Paulík, 2010): „nárazníkový“ model a model přímého účinku. „Nárazníkový“ model (*buffer effect model*) neboli model zaměřený na stres (*stress-centred model*) popisujeme pouze tehdy, působí-li na člověka stres (především chronický). Kvalitní sociální opora pak působení stresu na jedince zmírňuje, funguje jako intervenující proměnná (Paulík, 2010; Výrost & Slaměník, 2001). Model přímého nebo hlavního účinku (*direct effect model*) funguje nepřetržitě a chrání jedince před vznikem nemoci, ať už stres působí či ne. Pozitivně působí na jeho psychickou pohodu (Paulík, 2010).

Sociální opora je po traumatické události pro zasaženého člověka jednou z nejdůležitějších věcí, je jedním z hlavních ochranných faktorů (Paris, 2000). Bohužel je pravdou, že lidé, kteří událost sami neprožili, se zasaženého spíše straní, protože nerozumí jeho stavům a chování, a protože nevědí, co by mu měli říct. Nejsou si jistí, zda by měli o události hovořit otevřeně nebo se tomuto tématu raději vyhnout, aby svému blízkému, který událost prožil, ještě více neublížili. Používají pak fráze jako „To bude dobré.“, „To se spraví.“ či „Nebřeč, hod' to za hlavu, stejně už s tím nic neuděláš.“. Dalo by se říci, že jsou nabádáni k ignorování toho, co cítí a prožívají. Proto si připadají nepochopení a myslí si, že své okolí svým zármutkem obtěžují. U zasaženého se potom může vyvinout tzv. druhotná traumatizace (Porterfieldová, 1998). Sociální opora nemusí pramenit pouze od rodiny, nýbrž je žádoucí, aby přicházela i od vrstevníků, přátel a kamarádů. „Neformální sociální síť je významným sociálním zdrojem“ (Šolcová & Kebza, 2003, 221). Pocit, že okolí rozumí tomu, co se stalo, stará se o něho a opečovává ho, vede k tomu, že si jedinec potvrzuje vlastní hodnotu a to, že na problém není sám (Edwards, Sakasa & van Wyk, 2005). Naopak slabá sociální opora předznamenává budoucí výskyt tělesných onemocnění a psychických poruch, například PTSD (Baštecká & Goldmann, 2001; Hartl & Hartlová, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; Paris, 2000; Šolcová & Kebza, 1999). Výrost & Slaměník (2001) toto ještě doplňují tvrzením, že vyšší výskyt PTSD se objeví, pokud chybí funkční sociální opora než při zúžení sociální sítě. To, že má jedinec velkou sociální síť, neznamená, že mu bude v případě potřeby poskytnuta kvalitní pomoc (Lazarus & Folkman, 1984). Pokud bude úplně chybět jakékoliv ujištění člověku, že je tu někdo, kdo se o něho v případě potřeby postará a pomůže

mu, přijde pocit osamocení, ztráty smyslu apod. (Edwards, Sakasa & van Wyk, 2005; Výrost & Slaměník, 2001).

Šolcová & Kebza (1999) se zmiňují také o negativním působení sociální opory. Jde o situace, kdy je vytvářena nežádoucí závislost a kde podpora znehodnocuje nebo brání vyrovnávání s traumatem. Jedinec v takových situacích ztrácí pocit autonomie, snižuje se mu sebeúcta a sebedůvěra, což může vést až k sebeznevažení nebo diskreditaci. Stává se to často také v situacích, kde pomoc a podpora neodpovídá jedincovým potřebám. Z takovýchto situací může pramenit pocit viny, bezmoci, závislosti a samozřejmě úzkost. Tento nedostatek sociální opory Majorová (1997, in Výrost & Slaměník, 2001) nazývá jako sociální konflikt. Nejedná se však o dva póly jedné dimenze, ale o dva samostatné faktory.

Lazarus & Folkmanová (1984) podávají souhrn možných pozitivních a negativních vlivů sociální opory na jedince (viz Tabulka 3).

	<b>POZITIVNÍ VLIVY</b>	<b>NEGATIVNÍ VLIVY</b>
<b>PREVENCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Snížení nejistoty a obav</li> <li>• Dávání dobrého příkladu</li> <li>• Sdílení problémů</li> <li>• Rozptýlení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vytvoření či zvýšení nejistoty a obav</li> <li>• Dávání špatného příkladu</li> <li>• Vytváření nových problémů</li> <li>• Rozptýlení</li> </ul>
<b>COPING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Označení výhod</li> <li>• Poskytnutí soucitu</li> <li>• Dodávání prospěšných informací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Označení záporů</li> <li>• Podněty k podráždění a hněvu, zášti</li> <li>• Dodávání klamavých informací</li> </ul>
<b>UZDRAVENÍ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udržení režimu životosprávy</li> <li>• Srovnání v oblasti zdraví (podnětné, motivující)</li> <li>• Podpora touhy přestat být mrzutý</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Odrazení od dodržování životosprávy</li> <li>• Srovnání v oblasti zdraví (tlumivé)</li> <li>• Vytvoření závislosti</li> </ul>

**Tabulka 3:** Možné pozitivní a negativní vlivy sociální opory

Z Tabulky 3 je jasně patrné, že sociální opora má dvě strany mince. Může působit protektivně, ale zároveň může příjemci značně ztěžovat situaci.

### **3. Psychické trauma**

Trauma může mít fyzický nebo psychický charakter, my tu mluvíme o traumatu psychickém. Psychické trauma nebo duševní úraz, šok, je důsledkem vystavení člověka náhlé extrémně zatěžující situaci (např. smrt blízkého člověka, znásilnění) nebo chronickému dlouhotrvajícímu stresu (opakované rodinné hádky, problémy s nadřízeným apod.) (Vizinová & Preiss, 1999, Hartl & Hartlová, 2010). Opětvným prožíváním traumatického podnětu se znovu a znovu opakuje reakce přizpůsobování se. Následky jsou v takovém případě hlubší a komplexnější. Objevují se narušení v oblasti usměrňování afektů a impulzů, somatická onemocnění, narušení vlastní identity, pocity viny a studu, ztráta smyslu a disociativní tendence (Kohoutek & Čermák, 2009). Disociace je náhlé narušení běžně integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity a vnímání a ovládání těla, podle Hartla & Hartlové (2010) rozštěp psychických útvarů a funkcí. MKN-10 (WHO, 2006) popisuje disociaci v kontextu diagnostické kategorie F44 Disociativní (konverzní) poruchy. Pastucha (2010) konstatuje, že je velmi neostrá hranice mezi poruchami disociativními a jinými. Disociaci tedy společně s ním vnímáme jako jeden z příznaků v akutní fázi traumatu. Disociace v tomto kontextu může připomínat „obrané reakce zvířat typu zamrznutí v reakci na ohrožení“ (Pastucha, 2010, 130).

Trauma vzniká, pokud člověk na tuto situaci nemůže nijak aktivně a smysluplně reagovat, cítí se bezmocný, nemůže utéct ani nijak jinak uniknout a nerozumí tomu, co se děje. Nic z toho totiž neodpovídá již zažitému, a navíc ohrožuje jedincovu představu světa jako bezpečného místa. Podstatou traumatu je narušení biologických a psychických adaptačních mechanismů zasaženého a ve své podstatě je reakcí na bezmocnost, kterou jedinec prožívá. Vizinová & Preiss (1999) zdůrazňují také neuniknutelnost a nepochopitelnost traumatizující události.

Charakteristiky traumatické události (Baštecká, 2005; Calhoun & Tedeschi, 1999, in Slezáčková, 2009; Vizinová & Preiss, 1999; Vodáčková et al., 2007) jsou:

- vnější příčina, neovlivnitelnost, nekontrolovatelnost a neovladatelnost,
- extrémní děsivost a velká síla působení,
- mimořádnost,
- nepředvídatelnost, nečekanost, náhlost,
- bezprostřední ohrožení jedincova života nebo tělesné či duševní integrity,



- pocity bezmoci a beznaděje,
- přímá účast nebo svědectví,
- následné dlouhodobé problémy související s prožitou událostí.

U traumatické události můžeme popsat dva aspekty: typ události a reakci na ni (Baštecká, 2005). Typ traumatické události nám říká, co se odehrálo, jak nebezpečné to bylo a jak moc to jedince ohrozilo. Reakce je souhrnem následného chování, emocí, myšlenek a dalších oblastí, které situace ovlivnila. Jak jedinec situaci vyhodnotil a jakým způsobem proběhla odezva na ni. U reakce na traumatizující událost můžeme popsat její hrubý časový vývoj. Tento vývoj je značně individuální, u každého zasaženého probíhá jinak. První fáze – fáze omámení a šoku – trvá od 24 do 36 hodin od události. V této chvíli probíhají záchranné práce, protišoková opatření a zasaženým jsou podávány konkrétní informace. Ve fázi výkřiku (do 3 dnů) je zasažený buď nadměrně aktivní, nebo naopak netečný. Od tří do 14 dnů působí fáze hledání smyslu. V dalších čtrnácti dnech zasažený událost popírá a opakovaně přemýšlí o tom, co by se stalo, kdyby. Běžný život se znovu dostává do původních, situací pozměněných kolejí. Jde o fázi popření a znovuprožívání. Poslední fází, která trvá od jednoho do tří měsíců po události, je fáze posttraumatická. V této fázi se rozhoduje, jestli jedinec událost bude schopen integrovat do svého vnímání světa, nebo jestli se u něho rozvine posttraumatická stresová porucha (Baštecká & Goldmann, 2001). Protože zažití traumatické události automaticky neznamena rozvoj posttraumatických příznaků (Levine & Fredericková, 2002).

Traumatické události se dají dělit podle množství lidí, kteří byli ohroženi, podle časové ohraničenosti a podobně. Rozdělme si je do dvou hlavních skupin podle toho, kdo nebo co je jejich původem (volně podle Baštecké, 2005):

- Živelná pohroma je mimořádná událost, která vznikla působením přírody - vody, ohně větru apod. - jedná se například o zemětřesení, tsunami, povodně, vichřice, atd.
- Mimořádné události způsobené činností člověka můžeme dále rozdělit na události, které jsou přímo ovlivněné činností člověka, ale jsou nezáměrné. Jsou to například dopravní nehody, letecké nebo lodní katastrofy, požáry nebo výbuchy plynů, kolapsy budov a mostů. Mezi

události způsobené člověkem záměrně patří války, teroristické útoky, znásilnění, přepadení, úmyslně založené požáry, vraždy a mnohé další.

Traumata způsobená člověkem jsou jedny z nejhorších a lidé se s nimi vyrovnávají nejhůře (Preiss, 1997). Baštecká (2005) píše o hledání viníka takovéto katastrofy. Pro člověka je jednodušší, když událost může vnímat jako boží vůli nebo odplatu přírody než jako chybu lidského faktoru či hůř – jako úmyslně uskutečněný čin člověka. U přírodních katastrof se navíc objevuje větší pocit sounáležitosti a lidé si navzájem více pomáhají (Praško, et al., 2003).

## **4. Reakce na závažný stres**

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (WHO, 2006) je vyčleněna kategorie poruch, u kterých je popsána etiologie – vždy jsou následkem akutního těžkého stresu nebo pokračujícího traumatu. Jedná se o kategorii F43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení. Tato kategorie je specifická tím, že poruchy zde uvedené jsou vždy následkem traumatického zážitku či akutního nebo dlouhotrvajícího stresu. „Poruchy v této sekci můžeme tedy pokládat za maladaptivní reakce na těžký nebo trvalý stres, protože narušují mechanismy úspěšného vyrovnávání se s ním“ (WHO, 2006, 124). Společně s Akutní reakcí na stres (F43.0) a Posttraumatickou stresovou poruchou (F43.1) jsou v této kategorii uvedeny Poruchy přizpůsobení (F43.2), Jiné reakce na závažný stres (F43.8) a Reakce na závažný stres nespecifikovaná (F43.9).

### **4.1. Akutní stresová reakce**

V 5. edici Diagnostického a statistického manuálu (APA, 2013) má akutní reakce na stres odlišný název – akutní stresová porucha.

Akutní reakce na stres je přechodná. Symptomy jsou velmi různorodé, ale abychom mohli ARS diagnostikovat, musíme podle MKN-10 splnit tyto podmínky:

- Symptomy musí bezprostředně souviset se silnou zátěžovou situací.
- Průběh musí mít smíšený nebo neobvykle se měnící obraz.
- Pokud je možné opustit stresující prostředí, rychle odezní. V případě, že stresující prostředí na jedince i nadále působí, příznaky začnou postupně ustupovat až po 24 hodinách, maximálně do tří dnů. V případě, že příznaky přetrvávají a splní diagnostická kritéria popsaná v kapitole 4.2.1, můžeme uvažovat o diagnóze PTSD. Podle Edwardse, Sakasy & van Wyka (2005) se ve více než 80 % případů, kdy je diagnostikována ARS, rozvinou příznaky PTSD.

Mezi příznaky ARS patří **disociace** a **desintegrace psychických funkcí**. Dochází k oddělení kognitivního hodnocení situace a emočního prožívání. Jedinec může emoční prožitky naprosto omezit, budou převažovat projevy otupělosti a neúčasti, nebo bude událost prožívat velice intenzivně i s vegetativními příznaky, ovšem nebude si ji konkrétně pamatovat a nebude chápat souvislosti. Z emočních

symptomů se objevují pocity úzkosti a strachu, vztek nebo utlumení veškeré reaktivity. Narušeny bývají také kognitivní funkce. Obvykle mají charakter ustrnutí, zúžení vědomí, depersonalizace a derealizace. Může se také objevit tendence zážitek vytěsnit, což vede k amnézii. Pak se objevují flashbacky a vtíravé myšlenky. Behaviorální projevy mohou mít dvě formy: nadměrnou aktivizaci anebo komplexní útlum. Při nadměrné aktivizaci je jedinec podrážděný a v neustálém stavu připravenosti a nepřiměřeně reaguje i na bezvýznamné podněty. V komplexním útlumu jedinec reaguje na nemožnost bojovat nebo utéci vnitřním únikem, je strnulý, odtažitý, jako by se ho nic netýkalo (Pastucha, 2010).

Šváb (2006) zdůrazňuje, že akutním stresem může být ohroženo až 85 % nasazených záchranářů.

#### **4.2. Posttraumatická stresová porucha**

Ve čtvrtém vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch z roku 1994 byla posttraumatická stresová porucha (PTSP, *posttraumatic stress disorder*, PTSD) řazena do skupiny úzkostných poruch (Mareš, 2012; Vizínová & Preiss, 1999). V průběhu času bylo vytvořeno i několik studií (např. Resick & Miller, 2009), které měly doporučit, zda vytvořit novou kategorii pro posttraumatické poruchy v DSM-V či ne. 18. května 2013 byl vydán nový manuál DSM-V, kde vznikla nová kategorie s názvem *Trauma- and Stress-Related Disorders* (APA, 2013).

PTSD je tedy opožděná či protrahovaná reakce na stresující podnět, „který pravděpodobně u každého vyvolá pronikavou tíseň“ (WHO, 2006, 125). Může vzniknout, pokud je jedinec např. konfrontován se smrtí jiného člověka nebo je ohroženo jeho zdraví (Bacharach, Bamberger & Doveh, 2008). Je projevem neúplného zpracování předchozí stresové události a je mezi psychiatrickými poruchami jednou z výjimek, u kterých známe etiologii.

DSM-IV (APA, 2000) rozlišuje 3 typy posttraumatické stresové poruchy:

1. Akutní typ – příznaky nepřetrvávají déle než tři měsíce.
2. Chronický typ – příznaky se objevují déle než tři měsíce.
3. Typ s oddáleným začátkem – symptomy se objeví nejdříve 6 měsíců po traumatu, i déle (roky).

Vizinová & Preiss (1999) zmiňují také částečnou posttraumatickou stresovou poruchu. O tu se jedná v případě, že klient déle než měsíc pociťuje méně než pět příznaků PTSD, které jsou uvedeny v kapitole 4.2.1.

Prevalence posttraumatické stresové poruchy, tedy celkový počet lidí, kteří v populaci touto poruchou trpí, se u každého autora liší. Důvodem je nemožnost získat kompletní data a odhady by byly značně nepřesné. Podle DSM-IV (APA, 2000) trpí PTSD přibližně 8 % dospělých v USA. Praško s kolegy (2003) uvádějí, že posttraumatická stresová porucha se rozvine přibližně u 25 % lidí, kteří byli vystaveni nějaké katastrofické události. Vyšší čísla se pak udávají u jedinců, kteří jsou častěji vystavováni traumatickým situacím (např. hasiči, policisté, vojáci apod.). U těchto rizikových skupin udává Čírtková (1996) odhad výskytu PTSD až na 40 %, Carlisle (1999) pak popisuje 15–20% riziko rozvoje psychických problémů u záchranářů. Dodejme jen, že jsou to údaje staré více než 13 let. Novější hodnoty přináší Kohoutek & Čermák (2009). Prevalence PTSD u záchranných složek je podle jejich údajů od 3 do 58 %. Riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy stoupá společně s věkem, naopak protektivně působí dřívější zkušenost hasičů s podobnými událostmi (Chamberlin & Green, 2010).

V článku J. C. Veilleux (2011) je zmínka o souvislosti PTSD se smrtí člena rodiny. Podle ní je vyšší riziko výskytu PTSD u lidí, kterým jejich blízký zemřel náhle a neočekávaně. Riziko PTSD by tak stoupl i u hasičů, kterým zemřel kolega ve službě.

Posttraumatická stresová porucha je známá již řadu let. První novodobou zmínku zaznamenal Samuel Pepys ve svém známém deníku. Popsal v něm své pocity a stavy z Velkého požáru Londýna v roce 1666. Psal o ohromném a ochromujícím strachu, o problémech s usínáním a snech o požárech (Král, 2011).

Vznik diagnostické kategorie PTSD má však své kořeny především ve válečných konfliktech a jejich následcích. Dalo by se říci, že za současné poznatky o PTSD vděčíme válkám. Válečná traumata byla popsána za americké občanské války (válka Severu proti Jihu, 1861–1865) a později pak za první světové války (1914–1918) u nasazených vojáků. Tehdy byli považováni za simulanty a také trestáni. Jejich velitelé si mysleli, že jen chtějí propustit z armády. Jejich stav byl nazván „válečná neuróza“, „*battle fatigue*“ (bitevní únava) nebo také „*shell shock*“ (nervový otřes z výbuchu či ze střelby; ve Velké Británii byl diagnostikován v 80 000 případech). Když jejich příznaky nevymizely ani doma, byli „obviněni“ z toho, že chtějí

po armádě finanční náhradu. Stejně příznaky se ale objevily i u vojáků z druhé světové války (1939–1945) a z válek v Koreji (1950–1953) a ve Vietnamu (1964–1975). Tehdy se veteráni z války ve Vietnamu seskupili a žádali odbornou pomoc od psychiatrů a psychologů. A tento válečný syndrom byl popsán jako „syndrom přežití“ (Král, 2011; Praško, Hájek, Pašková, Preiss, Šlepecký & Záleský, 2003; Vizinová & Preiss, 1999).

Zhruba ve stejné době byl popsán „traumatický syndrom po znásilnění“, který vykazoval mnoho společných příznaků a potíží. Pojem posttraumatická stresová porucha byl poprvé uveden v DSM-II v roce 1968 (Vizinová & Preiss, 1999). A teprve až v roce 1980 byla v DSM-III „popsána a vyčleněna posttraumatická stresová porucha jako specifická psychiatrická diagnostická entita“ (Malá & Baraníková, 2003, 324).

Ve shodě s Carlislem (1999, 9) se domníváme, že „reakce hasičů na civilní katastrofy jsou podobné jako při válečných konfliktech“. Stejně tak se domníváme, že reakce policistů jsou srovnatelné.

#### **4.2.1. Diagnostika PTSD**

Projevy posttraumatické stresové poruchy můžeme rozdělit do tří skupin (Vodáčková et al., 2007):

1. Znovuprožívání traumatické události (*intrusions, flashbacks*): Jedná se o vtíravé myšlenky, které s událostí mají něco společného (i okrajově), o sny s tematikou traumatu, o flashbaky, tedy neustále se vracející pocity přítomnosti události, i když už dávno pominula, či o úzkost spojenou s něčím, co stresovou situaci připomíná.
2. Vyhýbání se podnětům souvisejícím s traumatem či podnětům i jen vzdáleně jej připomínajícím (*avoidance*): Do této kategorie můžeme zahrnout vyhýbání se místům, která jsou jakkoli spojená s prožitou situací, a vyhýbání se podobným aktivitám. Objevují se negativní emoční stavy, ztráta pozitivních emocí. Klient pociťuje otupělost, nudu, neschopnost cítit pozitivní emoce až citovou oploštělost, nemůže pozitivně vnímat a plánovat budoucnost, ztrácí zájem o veškeré své dříve oblíbené aktivity, pouze monotónně provádí běžné nutné úkony. Přítomna je amnézie některých detailů stresové situace. Je totiž narušeno zpracování a uchování informací v CNS. Zasažený popisuje také své oddělení od ostatních lidí,

pocity derealizace (svět a lidé okolo jsou vnímání jako za sklem) a depersonalizace (sám sebe vidí jako ve filmu). Dochází také k disociaci, tedy k absenci integrace jednotlivých částí do celkové vzpomínky a následně do širšího kontextu (Vojtová, Bob & Ptáček, 2012).

3. Přetrvávající zvýšená dráždivost (hyperarousal): Člověk, u kterého přetrvává zvýšená dráždivost (*arousal*), je stále ve střehu. Není schopný jakkoli odpočívat a „vypnout“, je stále bdělý, nesoustředěný, obtížně usíná a špatně spí. To vše má za následek větší fyzickou únavu, podrážděnost a nečekané, často zbytečné výbuchy hněvu. Na neobvyklý podnět reaguje přehnanými úlekovými reakcemi a má zvýšenou fyziologickou reaktivitu (srdce, dech).

### **Diagnostická vodítka podle MKN-10:**

Podle MKN-10 (WHO, 2006) můžeme posttraumatickou stresovou poruchu diagnostikovat, pouze pokud se její příznaky začaly objevovat 6 měsíců po traumatizující události. V případě delší latentní fáze můžeme uvažovat o pravděpodobné diagnóze, a to pouze pokud jsou objevující se příznaky typické a nelze určit jinou poruchu.

Dalším kritériem je jasně prokazatelná přítomnost traumatického zážitku. Z příznaků můžeme jmenovat znovuprožívání a znovuvybavování, emoční stažení a otupění a samozřejmě vyhýbavé chování.

### **Diagnostika PTSD dle DSM-IV a DSM-V:**

DSM-IV (APA, 2000) popisuje posttraumatickou stresovou poruchu jako reakci na přímou expozici extrémně traumatickému podnětu, který vede nebo může potencionálně vést ke smrti nebo k vážnému zranění a který ohrožuje jedincovu integritu. K rozvoji PTSD také stačí být pouhým svědkem podobné události a vidět smrt či zranění jiného člověka. DSM-IV (APA, 2000) toto popisuje jako Kritérium A1. Kritérium A2 se sestává z podmínky, že jedincova odpověď na tuto událost musí zahrnovat silný pocit strachu, bezmocnosti a zděšení. U dětí se může objevit zmatečné a nervózní chování. V DSM-V bylo toto kritérium odebráno (APA, 2013).

Symptomy, které vzešly z vystavení jedince stresoru, by měly zahrnovat stále znovuprožívání události prostřednictvím např. vtíravých myšlenek (u dětí opakovaným hraním hry s náznaky tématu traumatu), obtěžujících snů (u dětí mohou být noční můry i bez jasného obsahu), flashbacků, silnou tělesnou reakcí a prožíváním

intenzivního stresu při jakémkoli vystavení podnětu, který připomíná prožitou situaci atd. (Kritérium B).

DSM-IV (APA, 2000) definuje Kritérium C jako vyhýbání se podnětům i jen vzdáleně připomínajícím trauma. To zahrnuje veškeré snahy vyhnout se myšlenkám, pocitům, rozhovorům, místům, aktivitám i lidem, kteří mají něco společného s událostí. Patří sem neschopnost vzpomenout si na důležité aspekty traumatu, ztráta zájmu o dříve oblíbené aktivity, omezení v prožívání citů (neschopnost se radovat či milovat), pocity osamělosti, odlišnosti, odcizenosti a ztráty budoucnosti (jedinec neočekává normální běh života, kariéru, manželství, děti).

V rámci Kritéria D by se měla objevit přetrvávající zvýšená psychická i tělesná vzrušivost, která souvisí s poruchami spánku, s problémy s usínáním, hypervigilitou, podrážděností a nečekanými výbuchy hněvu, se sníženou koncentrací, přehnanými úlekovými odpověďmi apod.

V DSM-V navíc vznikl další hrozen symptomů zahrnující přetrvávající negativní změny ve vnímání a náladě (APA, 2013).

Tyto příznaky by pro diagnostikování PTSD měly být přítomny minimálně jeden měsíc (Kritérium E). Kritérium F popisuje obtíže v každodenním životě (pracovní závazky, sociální kontakty a další důležité oblasti), které jsou spojené s výše uvedenými symptomy (APA, 2000; Vizinová & Preiss, 1999).

#### **4.2.2. Diferenciální diagnostika**

Při diagnostice posttraumatické stresové poruchy bychom se nejdříve měli zaměřit na vyloučení organického nebo úrazového poškození mozku. Důležité je také vyloučit intoxikaci alkoholem či jinými návykovými látkami, protože příznaky se mohou jevit podobně (Praško, Pašková, Soukupová, & Tichý, 2001a).

Významným diferenciativním diagnostickým vodítkem je právě přítomnost traumatické události před vypuknutím příznaků. U většiny poruch můžeme diferenciativně diagnosticky toto hledisko využít. Například u generalizované úzkostné poruchy (GAD, F41.1) měl jedinec problémy už před vystavením traumatické situaci. Úzkostné stavy se objevují v souvislosti s běžnými životními starostmi.

Dalším vodítkem může být souvislost příznaků s proběhlou událostí. U depresivní poruchy (F32) se budou příznaky s PTSD částečně překrývat (ztráta zájmu o dříve oblíbené činnosti, nižší soustředěnost, problémy se spánkem), ovšem budou chybět flashbacky, vtíravé myšlenky a sny, které se týkají traumatu.



U obsedantně – kompulzivní poruchy (OCD, F42) se jedinci vrací intruzivní myšlenky. Ty však nemají cokoliv společného s prožitou traumatizující situací (APA, 2000; Praško, Pašková, Soukupová, & Tichý, 2001a).

#### **4.2.3. Biologické aspekty, patofyziologie**

„PTSP vyvolává behaviorální, biologické a morfologické změny“ (Malá, 2002, 388). PTSD má tedy také biologickou podstatu. Je samozřejmě odpovědí celého organismu, vůdčí roli však mají nervový a hormonální systém.

#### **Změny stresové reakce při PTSD:**

K posttraumatické stresové poruše dochází podle Yehudy, Boisoneaua & Masona (1993; in Vinař, 2001) mezi hypotalamem a nadledvinkou. Dochází k vysoké koncentraci kortikotropin-releasing-faktoru (CRF) a zároveň velmi nízké koncentraci kortizolu. Kortizol se váže na vlastní receptory na lymfocytech, ale protože je ho nedostatek, organismus automaticky násobí počet těchto receptorů. Proto je při PTSD běžný výskyt zvýšeného počtu receptorů pro kortizol. Yehuda (2002) uvádí, že hladiny kortizolu u některých klientů s PTSD mohou být snižené i desetiletí po traumatické události. Z výše uvedeného vyplývá, že i při vysoké koncentraci CRF nedochází k dostatečnému uvolnění kortizolu. Glukokortikoidové receptory jsou totiž zvýšeně citlivé, dávají tělu negativní zpětnou vazbu, a brzdí tak sekreci kortizolu (Vinař, 2001). Nízká hladina kortikosteroidů má za následek nefunkční copingové strategie či únikové reakce (Malá, 2002). Adrenalin je hormon a neurotransmitter, který zodpovídá za nadměrné vzrušení, flashbacky a děsivé sny. Buňky, které kontrolují emoce, jsou po určitém čase nadměrného vylučování noradrenalinu tak citlivé, že stačí jen malé množství a stresová reakce se znovu rozjede (Porterfieldová, 1998).

U lidí s diagnózou posttraumatické stresové poruchy byla pozorována degenerace hipokampálních neuronů, která vedla až k atrofii hipokampu, podkorové oblasti limbického systému, která má hlavní funkci při konsolidaci paměti. Hipokampus mění své strukturální uspořádání jako odpověď na opakovaná traumata. Značnou roli v procesu degenerace neuronů hraje kalciová rovnováha. Pokud dojde k nadměrnému zaplavování nervových buněk kalciumem, dojde k jejich odumírání. V současné době není doporučováno doplňovat léčbu PTSD blokátory kalciových kanálů, nicméně pokusy provedené na zvířatech ukázaly, že těmito farmaky

lze předejít neurodegenerativním procesům (Malá, 2002). Zmenšení hipokampu se podle Vinaře (2001) pohybuje od 4 do 30 % podle závažnosti stresoru a zároveň příznaků poruchy. Lidé s poškozeným hipokampem mají problémy se vstřípením nových informací do paměti. Grawe (2007) přináší další pohled na zmenšení hipokampu. Podle něj nejde o důsledek, ale o příčinu vzniku a rozvoje PTSD. „Menší hipokampus představuje genetické riziko pro vznik PTSD“ (Grawe, 2007, 160).

#### **Změna fyziologie a symptomy PTSD:**

Dysregulace noradrenergního systému vede mimo jiné k nepřiměřeným úlekovým reakcím, celkové anxietě, nadměrné ostražitosti, flashbackům a poruchám spánku.

Aktivace amygdaly, hipokampu a jádra mozkového kmene tzv. *locus coeruleus* souvisí s vtíravými myšlenkami a znovuprožíváním traumatu.

Nízká koncentrace serotoninu je zodpovědná za nekontrolovatelnou dráždivost, úlekové reakce, přecitlivělost na bolest, impulzivitu a agresivitu.

Alterovaný opiátový systém ovlivňuje vyhyčivé chování a emoční odtažitost až ztuhlost (Malá, 2002; Raboch, Zvolský et al., 2001).

#### **4.2.4. Léčba posttraumatické stresové poruchy**

V této kapitole probereme možnosti léčby posttraumatické stresové poruchy z obou hledisek, jak z hlediska farmakoterapie, tak i z pohledu psychoterapie. PTSD je léčitelnou chorobou. V současné době se odborníci přiklánějí ke kombinaci farmakoterapie a psychoterapie (Höschl, Libiger & Švestka, 2002; Kryl, 2002; Praško, Pašková, Soukupová, Tichý, 2001b; Praško et al., 2003; Raboch, Zvolský et al., 2001). Vznikají tak komplexní léčebné plány. Není neobvyklé, že lidé nejsou schopni absolvovat psychoterapii, dokud není jejich úzkost snížena prostřednictvím léků (Praško et al., 2003).

#### **Farmakoterapie:**

Farmakoterapie posttraumatické stresové poruchy by neměla být viděna jako hlavní léčba, ale jako léčba podpurná. Léky mohou zmírnit některé symptomy, ale nikdy nepovedou k jejich úplné remisi (Hodgkinson & Stewart, 2009; Praško, Pašková, Soukupová, Tichý, 2001b).

Praško et al. (2003) uvádějí, že se v posledních třiceti letech PTSP léčila pomocí benzodiazepinových anxiolytik. Anxiolytika nebo také trankvilizéry jsou

psychofarmaka, která odstraňují úzkost a můžou v určité míře tlumit CNS (Bouček et al., 2003). Z nich se nejvíce osvědčily alprazolam s firemními názvy Neurol, Xanax, či klonazepam – Rivotril. Léčba pomocí benzodiazepinů je vhodná k rychlému snížení úzkosti a tělesných příznaků, nesmí se ovšem používat dlouhodobě, protože jsou vysoce návykové (nepoužívat déle než 3–4 měsíce), a navíc u klientů s diagnostikovanou PTSD se návyk vytváří velice snadno.

K dlouhodobější léčbě je proto vhodnější používat antidepresiva – farmaka, která pozitivně ovlivňují afektivitu. Jejich efekt není okamžitý, výsledky jsou znatelné teprve zhruba po třech až šesti týdnech užívání a významného zlepšení se dočkáme až po zhruba třech měsících. Výhodou antidepresiv ovšem je, že nejsou chemicky návyková. Antidepresiva první volby jsou zde antidepresiva III. generace, tedy **SSRI** (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, *selective serotonin reuptake inhibitors*). SSRI působí projektivně proti atrofii hipokampu a chrání neurony proti působení stresu. První z antidepresiv SSRI pro léčbu PTSD byl v roce 1999 schválený sertralin (firemní názvy např.: Zoloft, Asentra, Serlift) (Malá, 2002), který nejlépe odbourává pocity emoční oploštělosti a vyhyčivé chování. Z dalších skupin antidepresiv, které mohou být indikovány u PTSD, jsou **MAO** (inhibitory monoaminoxidázy), **MAOI** (reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy) a **SARI** (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu + serotoninový agonisté, *serotonin agonist/reuptake inhibitors*) (Malá, 2002). Obecně můžeme říci, že antidepresiva pozitivně působí proti vyhyčivému chování, zvýšené dráždivosti i flashbackům a vtíravým myšlenkám. Mezi často používaná antidepresiva k léčbě PTSD patří také citalopram (Citalec), fluoxetin (Prozac, Deprex), venlafaxin (ze skupiny SNRI, firemní název Efectin) a mnohé další (Praško et al., 2003).

Thymoprofylaktika, stabilizátory nálady, jako lithium, karbamazepin a valproát, dobře kontrolují impulzivitu (Praško, 2005). Použití návykových benzodiazepinů můžeme nahradit betablokátory nebo atypickými neuroleptiky (antipsychotiky) (Kryl, 2002).

Běžné při léčbě PTSD je zmírnění úzkosti pomocí anxiolytik a jejich postupné vysazení, když začnou působit antidepresiva. Pozor ovšem na suicidální myšlenky a na návrat vtíravých myšlenek, které se po vysazení mohou objevit (Malá & Baraníková, 2003)! Tzv. udržovací léčba, tedy léčba po odeznění příznaků, která má zajistit, že se příznaky nevrátí, by měla trvat minimálně rok a půl

(Praško, 2005). Následně by mělo docházet k pomalému snižování dávek antidepresiv až k jejich úplnému vysazení.

### **Psychoterapie:**

Psychoterapie má při léčbě posttraumatické stresové poruchy nezastupitelnou roli. Její efekt je trvalejší než při použití farmakoterapie (Praško et al., 2003). Aktivní psychoterapie by měla trvat 6–12 týdnů a je zde kladen důraz na zpracování traumatické události do té míry, aby neovlivňovala současný život klienta a neobtěžovaly ho příznaky PTSD. Kryl (2002) popisuje fáze tohoto zpracování:

1. abreakce, odžití a uvolnění emocí spojených s prožitou traumatizující situací, katarze, uvolnění napětí a úzkosti,
2. převyprávění příběhu, jeho rekonstrukce v bezpečném prostředí,
3. odstranění negativních emocí,
4. změna významu, nové pojetí situace, pochopení traumatu jako součásti minulosti klienta,
5. integrace do celkového schématu životních zkušeností.

Důležité je také zmírnění pocitu viny a pochopení, že není méněcenný, i když situaci nezvládl naprosto dokonale. Terapeutický vztah by měl být pro klienta bezpečným, měl by jej motivovat k léčbě a ke spolupráci. Vizinová & Preiss (1999) zdůrazňují, že by terapeut měl zůstat za jakýchkoli okolností neutrální. Kontakt terapeuta s člověkem s posttraumatickou stresovou poruchou je velmi náročný. Setkává se s nejkřutějšími situacemi, nad kterými „zůstává rozum stát“, s neštěstími, která klienta ovlivní na celý život. „Terapeut je konfrontován se svými životními hodnotami a postoji, může svádět tvrdý boj o rovnováhu mezi idealismem a skepsí. Tváří v tvář člověku poníženému, mučenému a znásilněnému je nucen přemýšlet o lidské krutosti a kořenech zla. Stojí před problémy lidstva jako celku, před základními otázkami hodnoty života a smrti, dobrého a zlého. Stojí před otázkou samotného smyslu bytí.“ (Vizinová & Preiss, 1999, 43). Je proto velmi zdůrazňována nezbytnost kvalitní supervize.

Obecné fáze průběhu psychoterapie PTSD podle Vizinové & Preisse (1999):

1. **Počáteční fáze.** V této fázi je úkolem terapeuta vytvořit bezpečný prostor, ve kterém bude klient ochoten svěřit se s příběhem. Důležité je proto pozorné naslouchání a společné vytvoření kvalitního léčebného plánu. Terapeut nesmí

klienta do hovoru nutit! Tím by se bezpečí terapeutického vztahu vytratilo nebo vůbec nevytvořilo. Pozor také na nadřazenost terapeuta. V terapeutickém vztahu vždy platí, že klient a terapeut jsou dvě sobě si rovné osoby.

2. **Fáze zpracování.** Vztah, který terapeut s klientem vytvořil, se nadále upevňuje, a skýtá tak klientovi možnost svěřit se s ohrožujícími myšlenkami, strachy a nepříjemnými zkušenostmi. Probíhá postupné vyprávění příběhu, nejdříve po částech, později jejich „sleповání“ do celku. Zpočátku klient nevysloví vše, co by chtěl, protože se bojí, že nebude pochopen, že terapeut neunes celou pravdu. Pokud je ovšem vztah dobře ukotven a převládá pocit jistoty a bezpečí, klient dospěje do fáze, kdy řekne vše, na co si vzpomíná a co ho tíží. Důležité je vnímat neverbální komunikační podněty a samozřejmě také mlčení. Terapeut by měl podporovat vyjadřování všech emocí, které klient pociťuje. Běžné je, že si klient nevybavuje traumatizující událost nebo některé její aspekty. S dalším a dalším vyprávěním se proto může příběh částečně měnit, protože si člověk vzpomene na další detaily. Za to bychom klienta neměli odsuzovat, ale spíše si všímat toho, na co zapomněl a co se nyní v paměti znovu objevilo. Pokud dokáže klient integrovat zážitek do svého života a znovu se zabývat přítomnými situacemi, je splněn úkol druhé fáze a můžeme pokročit k ukončování terapie.
3. **Fáze zakončení.** Terapeut by měl klienta vést k samostatnosti a připravovat ho na další život takříkajíc „bez terapie“. Klient musí nalézt rovnováhu mezi důvěrou a nedůvěrou ve svět a obnovit nebo vytvořit si nové pevné mezilidské vztahy. „Jednou z nejdůležitějších a nejobtížnějších součástí léčení pacientů s PTSP je naučit postižené důvěřovat ostatním lidem, obnovovat staré vztahy a navazovat nové“ (Porterfieldová, 1998, 110). Pro některé klienty bývá těžké ukončit terapeutický vztah a mohou se u nich objevit již překonané příznaky.

Nelze ovšem říci, že psychoterapie PTSD probíhá ve skocích. Popsané „fázování“ mělo být vysvětlením, jak terapie probíhá a jak se postupně vyvíjí vztah terapeut – klient.

Mezi psychoterapeutické metody, které mohou napomoci vyléčit PTSP, patří **kognitivně - behaviorální terapie**. Je jasně strukturovaná, a tím přispívá k jasnějšímu uchopení traumatické situace a jejích následků. KBT se nepokouší hledat příčiny v nevědomí či v dětském věku. Cíleně se snaží změnit aktuální chování v kontextu prostředí klienta, tedy změnit maladaptivní reakce na adaptivní. Je důležité zdůraznit, že největším znalcem příznaků PTSD je sám klient. Problémem je, že on si nemusí uvědomovat, že problémy a příznaky, které má v současné době, mohou souviset s traumatickou situací, kterou zažil v minulosti. Proto je velmi důležitá edukace. Následuje opakovaná expozice traumatické situaci ve vzpomínkách a abreakce emocí s ní spojených. Abreakce poskytne klientovi úlevu, která je ovšem pouze krátkodobá. Terapeut pomáhá klientovi přetvořit časté negativní myšlenky v reálnější a hledat pravdivý význam, jaký má událost pro klienta v jeho dosavadním životě. Tomuto postupu se říká kognitivní rekonstrukce (restrukturace). V rámci nácviku dovedností jsou nalezeny podněty, které spouští maladaptivní schémata reakce, a klient se pomocí hraní rolí a dalších technik učí chovat se adaptivněji. Klient se také učí relaxovat, formou může být například autogenní trénink (Praško, Pašková, Soukupová & Tichý, 2001b; Vizinová & Preiss, 1999).

**Psychodynamická terapie** má dlouhodobý charakter, proto není využívána při léčbě často. Dále je nutné zmínit požadavky na terapeuta, mezi které patří speciální výcvik a průprava (Vizinová & Preiss, 1999). Jedná se o koncepci S. Freuda, který vyslovil názor, že příznaky PTSD souvisí s vytěsněnými traumatickými zážitky prožitými v dětství. Ty vedou k „užití extrémních psychických obran“ (Vizinová & Preiss, 1999, 50) a může dojít k regresi k primárním obranným mechanismům popření, projekce a štěpení. Trauma je vytěsněno a izolováno od psychických funkcí, které jej proto nemohou integrovat do dosavadních kognitivních schémat.

**EMDR neboli desenzitizace a přepracování pomocí očních pohybů** je metoda vyvinutá v roce 1987 Dr. Francine Shapiro. První článek na téma EMD vyšel o dva roky později v časopise Traumatic Stress a v roce 1991 byla metoda nazvána EMDR (Novotný, 2008). Baštecká et al. (2005, 104) název překládají jako „zncitlivění vůči události a její znovuzpracování prostřednictvím očních pohybů“. V současné době je však název Desenzitizace a přepracování pomocí očních pohybů zastaralý

a používá se jednoduchý název **Bilaterální stimulace**. Teorie EMDR vychází z neurobiologického pojetí zpracovávání informací. Zpracování traumatických vzpomínek, které jsou v paměti uloženy v surové formě, umožňuje bilaterální neboli oboustranná stimulace, která vyvolává neurobiologické změny (Vojtová & Hašto, 2005; Vojtová, Bob & Ptáček, 2012). Bilaterální stimulace je jednoduše zajištěná rychlým pohybem očí ze strany na stranu, oboustranným zvukovým podnětem nebo bilaterální taktilní stimulací (EMDR, nedat.). Novotný (2008) ve své prezentaci mluví o stejné účinnosti EMDR, jakou má expozice v KBT se zkrácením doby léčby o 30–40 % a bez nutnosti domácích úkolů (van Etten & Taylor, 1998, in Vojtová, Bob & Ptáček, 2012; Novotný, 2008). O psychologických a neurobiologických souvislostech terapie PTSD touto metodou píše Vojtová, Bob & Ptáček (2012).

Dalším přístupem, který se při psychoterapii PTSD využívá je **Hakomi**. Metoda Hakomi byla vytvořena terapeutem Ronem Kurtzem v 70. letech minulého století. Tato metoda vychází z teoretických a na tělo zaměřených terapií (gestalt, psychomotorická terapie, neurolingvistické programování, focusing atd.). Své kořeny má ale také ve filozofických teoriích taoismu a buddhismu. Hakomi terapie má 5 základních principů: *mindfulness* (všímavost, jedinec poznává, jak funguje jeho prožívání), *non-violence* (nenásilí, bezpečné a kooperativní zkoumání a léčení), *mind-body integration* (jednota mysli a těla), *unity* (jednota, jedinec je součástí dalších celků), a *organicity* (když všechny části komunikují s celkem, stává se tak svobodným a samořídícím). Hakomi v kontextu traumaterapie říká, že traumatická událost vede ke třem reakcím (*fight, flight, freeze*), které se mohou vystupňovat natolik, že dojde k disociaci. K tomu dochází, pokud klasické emoční zpracování „shora dolů“ aktivuje vzpomínky příliš brzy nebo bez adekvátních zdrojů ke zvládnutí situace. Terapeut zjišťuje, jak je prožitá zkušenost řízena a jak by mohla být kapacita pro prožití zvýšena. Klient popisuje myšlenky, které ho napadaly, jeho tělesné pocity a integruje je dohromady (Johanson, 2009; The Hakomi Institute, nedat.).

**Hypnosugestivní metody** se zaměřují na vyvolání a odžití traumatu, v procesu hypnózy je odsugerována úzkost i psychosomatické příznaky (Kryl, 2002). Klient je v hypnotickém stavu uveden do traumatického okamžiku, aby dokázal

objektivně zhodnotit zážitky a přitom byl v bezpečí (Vinař, 2001). V současné době jsou ovšem tyto postupy nahrazovány moderní terapií EMDR (zmíněno výše).

**Neurolingvistické programování** (*neurolinguistic programming, NLP*) při práci s traumatem využívá programovatelnost mozku, využívá jazyk k tomu, aby proniklo do nevědomí a ovlivnilo vnitřní stavy a vnější projevy v chování (Hartl & Hartlová, 2010). Tento postup se dá využít i při léčbě traumatu. Nejčastěji využívanými postupy v NLP jsou podle Vybírala & Roubala (2010) minulé úspěšné zkušenosti klienta, představy jiných úspěšných lidí, mentální trénink, disociace od zážitku představami, nebo model nového chování.

Práci s traumatem se věnuje také **biosyntéza**. Biosyntéza je celostní psychoterapeutický směr, který se zaměřuje na práci s tělem. Zakladatelem biosyntézy je David Boadella, který působí v Heidenu ve Švýcarsku. Boadella ve své práci vychází z učení Wilhelma Reicha a Alexandra Lowena. Hlavními principy biosyntézy jsou procesuální přístup a integrace emocí, vědomí a tělesných projevů (Boadella, Frankel, Corrêa, 2009). V terapii speciálními technikami rozvíjí správné dýchání, oční kontakt, používání hlasu a jazyka a pracuje se svalovým tonem a uzemněním postoje (Boadella, 2013). Jeho žákem je i Peter A. Levine, proto je princip práce s traumatem v kontextu biosyntézy a somatického prožívání velmi podobný.

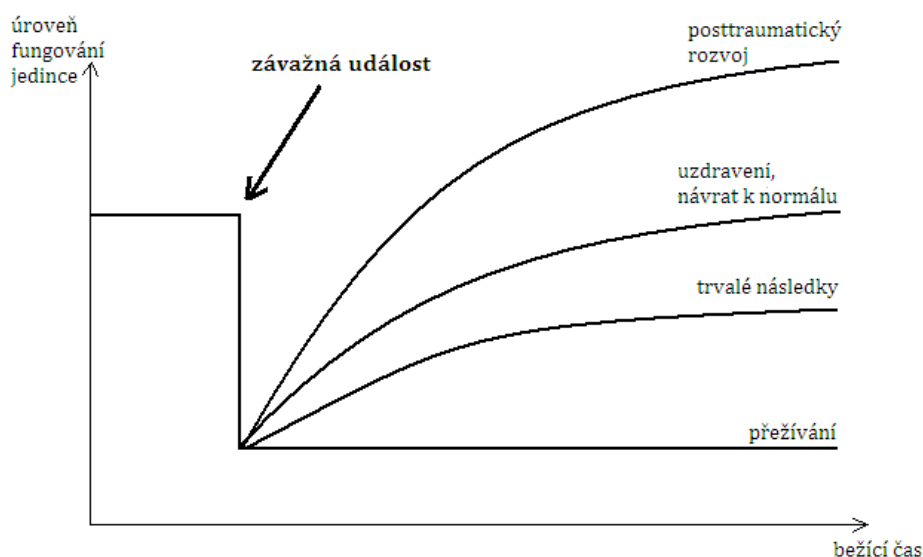
Koncept **somatického prožívání** (*Somatic Experiencing, SE*) Petera A. Levina není klasickou psychoterapií. Je to nová metoda práce s tělem a nervovým systémem pro pochopení procesů při vzniku traumatu a jeho léčení. Autor se inspiroval ve světě zvířat a celý koncept je zasazen do kontextu energetického proudění. Trauma podle něj není výsledkem události, která se stala, ale „zamrznutého zbytku energie, která nebyla uvolněná a vybitá“ (Levine & Fredericková, 2002, 31). Somatické prožívání je postupný způsob, jakým je uvolňována a mobilizována síla, která byla zablokována v symptomech traumatu. Léčba traumatu je v knize *Prebúdzanie tигра* popsána krok po kroku od bezprostředních reakcí na místě události (aplikováno na dopravní nehodu) (Levine & Fredericková, 2002).



### 4.3. Posttraumatický rozvoj

Při prožití traumatické události se u člověka může objevit i pozitivní změna – posttraumatický rozvoj (*posttraumatic growth*, PTG). Někteří čeští autoři používají překlad anglického výrazu *posttraumatic growth* jako posttraumatický růst. Mareš (2012) ovšem upozorňuje na představu růstu jako kvantitativní změny, než jako změny v osobnosti ve smyslu kvalitativním. Mezi pojmy, které se používají jako synonyma PTG, patří rozvoj navozený stresem (*stress – related growth*) nebo vnímaný přínos (*perceived benefit*). V současné době nejpoužívanějším a nejdoporučovanějším termínem je však již zmíněný posttraumatický rozvoj.

Posttraumatický rozvoj je „významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování“ (Mareš, 2012, 45). Člověk využije náročnou životní situaci k pozitivní změně a dostává se nad úroveň dosavadního chápání a prožívání života, dosahuje vyšší úrovně adaptace a odolnosti (viz Obrázek 1). Je důležité zdůraznit, že pokud je přítomen posttraumatický rozvoj, neznamená to, že všechny negativní souvislosti a distres zmizely. Pozitivní a negativní složka traumatu tedy nejsou dva póly jednoho kontinua, mohou spolu koexistovat (Mareš, 2009; Mareš, 2012; Paulík, 2010; Slezáčková, Loučka & Bartošová, 2012). „Salutogenetické a patogenetické aspekty traumatu jsou propojeny. Jakoby posttraumatická stresová porucha a posttraumatický rozvoj byly dvěma fasetami obecnějšího konstruktu „psychické reagování na trauma““ (Kruťš, Mareš & Ježek, 2011, 247).



**Obrázek 1:** Možné důsledky prožité traumatické události (Mareš, 2008)

Posttraumatický rozvoj se ale nerozvine u každého člověka. Spouštěčem PTG je totiž významná negativní událost, jejíž stupeň závažnosti je individuální a na každého působí jinak. Může jí být ztráta zaměstnání, dopravní nehoda, nemoc nebo například úmrtí někoho blízkého. Podmínkou rozvoje je pak optimální rozmezí traumatického působení, kdy intenzita není ani malá ani příliš velká. Záleží také na typu události, sociokulturních a individuálních charakteristikách jedince (Paulík, 2010). Chopko (2010) provedl výzkum souvislostí posttraumatického stresu a rozvoje u 183 policistů a zjistil, že distres významně pozitivně koreloval s posttraumatickým rozvojem. Ve svém článku také uvádí možné důvody (např. vliv psychologické přípravy policistů na zátěžové situace). Stejně výsledky přinášejí i další výzkumy (např. Tedeschi & Calhoun, 2006, in Slezáčková, Loučka & Bartošová, 2012). Jako možné zdůvodnění udávají, „čím více jsou zasaženy původní struktury života jedince, tím více je nucen je rekonstruovat a přetvářet, což může vést k posttraumatickému rozvoji jeho osobnosti.“ (Slezáčková, Loučka & Bartošová, 2012, 155).

Posttraumatický rozvoj je determinován mnoha proměnnými. Jsou jimi např. sociodemografické údaje (věk, vzdělání atd.), religiozita, afektivní a kognitivní proměnné, sociální opora. Další proměnné včetně souhrnu výzkumů najdete v knize prof. Jiřího Mareše Posttraumatický rozvoj člověka (2012). Důležitou proměnnou je také osobnost člověka. Existují výzkumy, které se zabývají otázkou, zda existuje typ

„záchranná osobnost“ (*rescue personality*), která by se dala charakterizovat vysokou výkonností, individuálními hodnotovými žebříčky, akčností a nadšeností. Odborníci ale vyvrací možnost existence takového typu osobnosti. V souvislosti s exponovanými profesemi se také mluví o predispozičním a socializačním modelu interakce osobnosti a profesí. Predispoziční model říká, že určitý typ lidí vyhledává konkrétní typ profese. Socializační model předpokládá, že tyto profese postupně přetváří osobnosti a chování lidí, kteří je vykonávají, prostřednictvím vysokých nároků. Kdo na tyto nároky nereaguje, musí odejít. I tyto modely jsou ovšem pouhou spekulací, protože příslušníci profesí s vysokým stupněm zátěže nebyli systematicky porovnáváni s běžnou populací (Mareš, 2012).

#### **4.3.1. Proces posttraumatického rozvoje**

Reakce na traumatickou událost bude u člověka zprvu na emoční rovině. Později se přidá i kognitivní zpracování. Objeví se vtíravé myšlenky, opětovné promýšlení, ruminace (*ruminatio*).

V průběhu pokračujících výzkumů procesu PTG byly označeny 4 typy ruminace: intruzivní přemýšlení bezprostředně po traumatu a s časovým odstupem a rozvažující promýšlení bezprostředně po události a s časovým odstupem. A právě konstruktivní a následující promýšlení je nejčastěji spojováno s vyšší úrovní posttraumatického rozvoje (Chopko, 2010). Calhoun & Tedeschi (2006, in Mareš, 2012) se v této souvislosti odvolávají na práci A. Antonovského a jeho *Sense of Coherence* (SOC) a kognitivní hodnocení v pracích Lazaruse a Folkmanové. Proces konstruktivního přemýšlení začíná fází porozumění (Antonovského srozumitelnost, Lazarusovo primární ohodnocení). Další fází je vyrovnávání se s událostí (Antonovského zvládnutelnost, Lazarusovo sekundární ohodnocení). Třetí a poslední fází v procesu posttraumatického rozvoje je přehodnocování smyslu, které Antonovski nazývá smysluplnost, Folkmanová potom přehodnocení. To nastává až po nějakém čase a je tou nejdůležitější složkou tohoto procesu (Mareš, 2012).

#### 4.3.2. Teoretické přístupy

Při studiu posttraumatického rozvoje se můžeme setkat s několika teoriemi a modely. Vědecké přístupy k tomuto tématu se začaly vynořovat již dávno. První monografie o posttraumatickém rozvoji ale publikovali autoři R. G. Tedeschi a L. G. Calhoun v roce 1995 (Mareš, 2008).

Podle teorie Tedeschiho a Calhouna dochází ke změnám v pěti oblastech. Člověk objevuje nové stránky svého já a mění se tak i jeho vnímání sebe a vztahů s druhými lidmi, mění se dosavadní životní hodnoty a chápání života, nakonec dochází ke změnám v oblasti víry a duchovna (Calhoun & Tedeschi, 2006, in Mareš, 2012; Chopko, 2010). Všechny tyto aspekty jsme i my zahrnuli do svého výzkumu.

Model R. Janoff – Bulmanové chápe posttraumatický rozvoj jako „psychologickou expanzi“ v sebeporozumění a porozumění světu (Janoff – Bulmanová, 2006, in Slezáčková, 2009). V procesu PTG podle ní dojde ke třem významným změnám: člověk získává vnitřní sílu a větší odolnost, přehodnocuje svůj dosavadní život (*existential re-evaluation*), což vede k vytvoření psychologické připravenosti na náročné události (*psychological preparedness*) (Mareš, 2012).

Podle modelu S. E. Hobfolla a jeho kolegů bychom posttraumatický rozvoj měli definovat v termínech salutogeneze a akčního rozvoje, kterým možné přínosy distresu jedinec realizuje ve svém chování. Rozlišují totiž vnímaný a skutečný PTG, který je úzce spjatý s *well-beingem* (Mareš, 2012; Slezáčková, 2009).

## 5. Smrt a truchlení

Klinickou smrtí (*clinical death*) se rozumí zástava důležitých životních funkcí – tedy dýchání a srdečního tepu (Hartl & Hartlová, 2010). Po několika minutách poté nastává nevratné poškození mozku z důvodu odumření mozkových neuronů pro nedostatek kyslíku. Biologická smrt mozku (*brain death*) je podle Světové zdravotnické organizace klíčovým kritériem při definování smrti (Baštecká et al., 2003).

Smrt je v dnešní společnosti téma značně tabuizované. Současná medicína a společnost obecně vnímá smrt jako něco nepřirozeného a negativního, jako prohru. Především za druhé světové války došlo k velkému rozvoji medicíny, která se tak snaží zachránit každý lidský život. To vedlo k postupnému odsunování tématu smrti na okraj. A to i přes to, že smrt je stejně důležitou součástí našeho života jako narození (Malčicová, 2012). Dalším důvodem, proč nejsme na realitu smrti připraveni je, že se se smrtí častěji setkáváme skrze média a ve virtuálním světě. Tam ale není smrt představována jako přirozený závěr lidského života, proto u lidí vytváří nereálnou představu, která se může přetvářet až do strachu ze smrti vlastní (Šumberová, 2011). Také změna v pohřebních rituálech, které se z bezpečí domova a rodiny přesunuly do nemocnic a hospiců, má na naše vnímání smrti a umírání vliv. Kalvach et al. (2004, in Šumberová, 2011) uvádí, že až  $\frac{3}{4}$  všech úmrtí se odehrávají v nemocnicích, LDN a domovech pro seniory. S realitou smrti se tedy většina lidí vlastně vůbec nesešla a absence této zkušenosti se projevuje ztrátou možnosti vytvoření adekvátních obranných strategií (Vágnerová, 2000).

Lidé nevědí, jak se v takovém případě k pozůstalým nebo přátelům zemřelého chovat. „Smrt děsí.“ (Kubíčková, 2001, 13). Ale i sami pozůstalí se setkávají s neznámými pocity a myšlenkami – truchlí. Ztráta je člověkem hluboce emočně prožívána. Navíc je narušena jeho osobní integrita, setkává se se strachem ze smrti vlastní (Čírtková & Vitoušová, 2007).

Vágnerová (2000) popisuje tři složky postoje ke smrti:

- citový vztah (strach, úzkost, apod.),
- kognitivní složka (vědomosti o umírání a vlastní postoj ke smrti),
- chování (ovlivněné předchozími dvěma složkami).

Jak už bylo popsáno výše, zkušenost se smrtí není u současné populace příliš vysoká. Lidé nemají zájem o to prožít něco takového. Projevuje se únik před problémem, a emoční složka tak vysoce převažuje kognitivní (Vágnerová, 2000).

Na proces vyrovnávání se smrtí blízkého má také vliv postoj k vlastní smrtelnosti. Ten bývá převážně emotivní a je zpravidla akcentován především strachem z umírání než ze samotného konce života. Postoj k vlastní smrti je značně individuální a závisí na mnoha faktorech. Patří mezi ně např. věk (s narůstajícím věkem strach ze smrti ustupuje), pohlaví (ženy se smrti obávají méně než muži a snadněji hledají oporu u druhých), faktory současného života (čím větší komplikace a více těžkostí v životě člověk vnímá, tím méně se smrti obává), integrita dosavadního života (nesplnění důležitého úkolu zvyšuje obavy ze smrti), a stabilita hodnotového žebříčku (stabilní priority snižují strach ze smrti) (Vágnerová, 2000).

### **5.1. Náhlá smrt**

Náhlá smrt je dopředu nevizovaná, a tedy velmi neočekávaná. Nejčastěji je pojem náhlá smrt spojován s tragickou událostí (nehodou, úrazem apod.). Pozůstalí jsou tak naprosto nepřipravení a zaskočení (Haškovcová, 2000). Stejně tak Vodáčková a její spolupracovníci (2007) řadí smrt blízkého člověka do kategorie traumatických událostí.

Náhlá smrt je vnímána a zpracovávána hůře, komplikovaněji, než smrt očekávaná a očekávatelná (např. z důvodu dlouhodobé nemoci apod.) (Veilleux, 2011).

### **5.2. Smrt přítele**

Pod pojmem „pozůstalý“ si většina lidí představí člověka, kterému zemřel někdo z rodiny. Ale nemusí tomu tak být. Pozůstalým může být i blízký přítel, kterému zemřel někdo, s kým měl intenzivní vztah (Kubíčková, 2001). Může jím tedy být i kolega. Úmrtím přítele se autoři knih o umírání a truchlení nevěnují vůbec nebo věnují jen velmi okrajově. Všechny informace, které ovšem podávají o vyrovnávání se se smrtí příbuzného, se dají aplikovat i na vyrovnávání se se smrtí přítele. Samozřejmě intenzita i trvání příznaků je individuální a může se lišit – může být vyšší, ale také méně intenzivní.

Truchlení při smrti přítele je specifické. Probíhá stejná citová práce jako u normálního truchlení, není ovšem tak jasně sociálně přijímáno. Truchlícímu se tak

nedostává takové sociální opory, jako kdyby byl příbuzný zemřelého. V současné společnosti naprosto chybí model vyrovnávání se s takovou ztrátou (Kubíčková, 2001). Pokud zemře někdo z rodiny, je obvyklé dostat pár dní dovolenou, ovšem když zemře blízký přítel nebo kolega v práci, celé pracoviště nemůže najednou přestat pracovat (McKay, nedat.). Úkoly, které plnil zesnulý, po něm musí některý z kolegů převzít a činnost pracoviště musí pokračovat.

Parkes (1996, in Kubíčková, 2001) se také zmiňuje o míře zaangažovanosti. Jedná se o to, že čím více prostoru zaujímal zemřelý v životě pozůstalého, tím bude jeho ztráta intenzivněji prožívána. Např. u profesionálních hasičů se jedná o jednu třetinu veškerého času, kterou zesnulý kolega v jejich životě sdílel.

Americká psychologická asociace mluví o kolezích z práce jako o širší rodině. Zdůvodňuje to tím, že společně trávíme většinu času, kdy jsme vzhůru, vytváříme společně specifické pouto a přátelství, které je odlišné od jiných vztahů (APA, 2011; Bowes, nedat.; Holland, nedat.). Speciálně to pak platí u povolání, kde pracovníci společně denně čelí nebezpečím a svěřují svůj život do rukou svých kolegů.

### **5.3. Truchlení**

Truchlení je přirozená reakce na ztrátu blízkého člověka. Může se objevit i u jiných důležitých ztrát v životě člověka (např. ztráta zaměstnání, domova apod.). Truchlení má biologickou, psychologickou i sociální stránku.

Truchlení se věnoval již Sigmund Freud ve svém díle Truchlení a melancholie z roku 1915 a k tomuto tématu se také vyjádřila Melanie Kleinová v roce 1940 textem Smutek a jeho vztah k maniodepresivním stavům (Kubíčková, 2001). Ale pravděpodobně nejsystematičtější teorii truchlení přinesl až Erik Lindemann v roce 1944. Popsal tzv. **syndrom ztráty** (Kubíčková, 2001; Baštecká et al., 2003). Erik Lindemann analyzoval chování pozůstalých osob a vytvořil tak v podstatě první komplexní symptomatologii zármutku – zaměřil se totiž nejen na psychické, ale také na fyziologické příznaky truchlení.

K biologickým teoriím můžeme přiřadit jméno Johna Bowlbyho. Ten se domníval, že reakce na ztrátu je biologicky zakódována, jde o jakousi pudovou výbavu.

Sociálním kontextem se zabývali autoři jako Peter Marris či Geoffrey Gorer (Kubíčková, 2001).

### **5.3.1. Projevy truchlení**

Nekomplikované truchlení je normální reakcí celého těla i psychiky na ztrátu. (Čírtková & Vitoušová, 2007; Špatenková, 2008). Projevy zármutku pozůstalí často vyjadřují na tělesné úrovni. Je to tak pro ně jednodušší a společností snadněji přijímané. Měli bychom dát však pozor na častou medikalizaci zármutku. Lékaři, kteří nerozpoznají somatizaci zármutku, mohou nasadit tlumivé léky, které zabraňují běžnému prožívání zármutku (Baštecká et al., 2003).

Mezi **somatické příznaky truchlení** patří třes, sevřené hrdlo („knedlík v krku“), dušnost, ochablost svalů, únava, přecitlivělost na intenzivní světlo a hluk, poruchy spánku a přijímání potravy, či snížení imunitní funkce a vyšší náchylnost k nemocem (APA, 2011; Alshaali, 2012; Kubíčková, 2001).

Ztráta se na **emocionální úrovni** projevuje intenzivním smutkem a sklíčeností, které jsou často doprovázené expresivním pláčem. Člověk pociťuje naprosté vymizení radosti, je v šoku. Cítí beznaděj a bezmoc, ale také strach (z toho, že to nezvládne nebo z vlastní smrti), hněv, vinu atd. Pozůstalý je najednou ve světě opuštěný a osamělý (Čírtková & Vitoušová, 2007). „Truchlení je náročná citová práce“. Je také značně individuální, proto se na emoční úrovni projevuje nepřeborným množstvím symptomů (Kubíčková, 2001, 24).

U pozůstalých se objevují depresivní **myšlenky**, popření skutečnosti, zmatenost a dezorientace.

V **chování** můžeme pozorovat únikové reakce nebo naopak neustálé zaobírání se zemřelým a vším, co ho připomíná. Pozůstalý může například naprosto omezit sociální kontakty. V rámci pracovního procesu může dojít k rapidnímu snížení výkonnosti a soustředěnosti, člověk začne častěji dělat chyby z nepozornosti, což s sebou může v případě hasičů a policistů nést fatální následky.

### **5.3.2. Stádia truchlení a jejich úkoly**

Truchlení je vysoce individuální záležitost, ale v zásadě můžeme u každého truchlícího nalézt řadu podobností. Čírtková a Vitoušová s kolegy (2007) zmiňují, že truchlení vyžaduje především čas. Kubíčková (2001), Baštecká et al. (2003) i další autoři popisují **fáze** či **stádia truchlení**. Worden (1983, in Hodgkinson & Stewart, 2009) mluví raději o **úkolech**, které truchlící musí naplnit. Pokusíme se nyní sjednotit tyto pohledy:



- Stádium konfuze: V této fázi jsou pozůstalí konfrontováni se ztrátou v její plné síle, prožívají naprostý chaos, jsou zmatení a ztrátu odmítají.  
Úkol: „*Přijmout ztrátu jako skutečnost.*“
- Stadium exprese: Tady jsou pozůstalí již schopni o ztrátě hovořit, přijímají kondolence a naplno prožívají emoce spojené se smrtí.  
Úkol: „*Zažít bolest zármutku.*“  
Pozůstalí jsou také postupně konfrontováni se situacemi, kde zesnulý vždy byl a najednou není a chybí.  
Úkol: „*Přizpůsobit se situaci a prostředí, ve kterém blízký člověk už není, kam nepatří.*“  
Stadium exprese zpravidla trvá 1 rok, někdy i déle. Pozůstalí prožijí všechny svátky a narozeniny bez zemřelého, a také výročí jeho smrti a pohřbu.
- Stadium akceptace: Přijmutí ztráty jako faktu a vytvoření si reálného obrazu zemřelého.  
Úkol: „*Ukončit vztah se zemřelým a vložit energii do nových činností a vztahů.*“  
Toto stadium Worden (2009) v průběhu času přepracoval. Zdůraznil, že pozůstalí neukončují vztah se zemřelým, ale objevují nové pokračující pouto. Nově formulovaným úkolem potom je: „*Najít pro zesnulého místo, které by umožnilo být s ním v kontaktu, ale které by pozůstalého nevykloučovalo ze života.*“ (Worden, 2009, 50).  
Mohli bychom tak přeformulovat i název stadia na adekvátnější: Stadium nalezení nového pouta se zemřelým.

### 5.3.3. Komplikované truchlení

Kubíčková (2001) označuje komplikované truchlení také pojmy abnormální nebo patologický zármutek. **Komplikované truchlení** se od toho nekomplikovaného neliší projevy, ale jejich průběhem. Rozdíl je v jejich délce a intenzitě. Projevy mohou být *chronické* (dlouhodobé), *odložené* (spustí je i po dlouhé latenci jiná událost), *enormně vystupňované* nebo *larvované* (skryté za tělesnými symptomy). Komplikované truchlení popisují odborníci v termínech rizikových faktorů (Čírtková

& Vitoušová, 2007). Těmi jsou okolnosti úmrtí, vztah mezi pozůstalým a zemřelým, osobnost pozůstalého a sociální okolnosti.

U specifických okolností úmrtí, jako např. smrt v důsledku trestného činu, nemožnost ověření smrti (výbuch, kdy teplota byla tak vysoká, že tělo zesnulého se vypařilo) nebo hromadná katastrofa (zemětřesení apod.), můžeme u pozůstalých očekávat komplikace v průběhu truchlení (Kubíčková, 2001; Porterfieldová, 1998; Špatenková, 2008).

Vztah mezi zemřelým a pozůstalým přináší do truchlení další významný prvek, který ovlivňuje jeho průběh (Čírtková & Vitoušová, 2007). Jinak bude truchlit rodič, kterému zemřelo dítě, a jinak bude situaci vnímat dítě, kterému zemřela maminka s tatínkem. Truchlení nejvíce zatěžují typy vztahů ambivalentní, narcistický nebo vysoce závislostní (Kubíčková, 2001).

Charakteristikami pozůstalého rozumíme např. možnost kumulace více stresových událostí (Čírtková & Vitoušová, 2007) nebo vyzrálost a rysy osobnosti a míra frustrační tolerance (Kubíčková, 2001), ale také věk daného člověka. V každém věku pro nás totiž smrt symbolizuje něco jiného. Jinak bude ztrátu prožívat pubescent a jinak jeho babička.

Sociální opora a další sociální okolnosti také mohou ovlivnit proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou. Sociální opora je „podpurná mezilidská a institucionální síť“ (Baštecká & Goldmann, 2001, 284). Je vnímána jako jeden z protektivních faktorů při vzniku posttraumatické stresové poruchy a deprese. Sociální faktory ale mohou truchlení také ztížit. Dochází k tomu v případech, kdy je smrt tabuizována nebo okolím popírána (Kubíčková, 2001).

#### **5.3.4. Co dělat?**

Americká psychologická asociace (2011) zdůrazňuje přirozenost procesu truchlení, který potřebuje čas. Podobně jako další autoři navrhuje ovšem také některé možnosti, které by mohly pomoci. Patří mezi ně sdílení pocitů s ostatními kolegy na pracovišti. Jejich pocity a myšlenky (vina, vztek, smutek, úzkost...) mohou být v mnoha ohledech podobné, ne-li dokonce stejné. Dojde tak k přirozenému normalizování emocí, které je pro každého truchlícího důležité (Hodgkinson & Stewart, 2009). Využití zaměstnaneckých asistenčních programů (v případě hasičů Týmy posttraumatické péče – TPP a Týmy posttraumatické intervenční péče – PIP u policie) a pokud jde o nadřízeného, měl by umožnit svým podřízeným vyjádřit

smutek (např. volno v den pohřbu, místo pro pietní vzpomínku). Většina autorů doporučuje setkání všech spolupracovníků a zavzpomínání na zesnulého. Ztráta se s každým vypověděním příběhu stane skutečnější, reálnější a nakonec tento proces může pomoci ke snížení prožívaného stresu (GDoC, nedat.; Hodgkinson & Steward, 2009). Společné setkání se může také prohloubit a stát se tradičním memoriálem, při kterém se na počest zesnulého každý rok zasadí strom nebo uspořádá turnaj ve sportu (Stanford University, nedat.).

#### **5.4. Pohřeb**

Pohřeb je vnímán jako důležitý rituál v procesu truchlení – tzv. přechodový rituál (Baštecká et al., 2003; Kübler-Rossová, 1994). Je to rozloučení se zemřelým. Největší význam má pro příbuzné (Kübler-Rossová, 2003), ale důležitý je i pro přátele a známé zesnulého. Ti tak mohou vyjádřit svůj smutek nad ztrátou a také oporu, kterou jsou ochotni poskytnout rodině. „Zaměřují a přesunují systém sociální podpory směrem k pozůstalým“ (Kubíčková, 2001, 102). Další funkcí pohřbu je vytvoření jakési značky v paměti, která bude upozorňovat, že tento člověk zemřel (Baštecká et al., 2003).

## **6. Integrovaný záchranný systém České republiky**

Integrovaný záchranný systém České republiky (IZS ČR) je ustanoven zákonem č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů. Vznikl kvůli snadnější a přehlednější práci jednotlivých záchranných a bezpečnostních složek, které spolupracují při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací.

Mezi základní složky IZS ČR, které zajišťují nepřetržitou pohotovost, patří:

- Hasičský záchranný sbor České republiky (HZS ČR) a jednotky požární ochrany (JPO) zařazené do plošného pokrytí kraje;
- Zdravotnická záchranná služba (ZZS);
- Policie České republiky (PČR) (Kroupa & Říha, 2008).

Ostatními složkami jsou další bezpečnostní a ozbrojené složky a sbory, orgány ochrany veřejného zdraví, zařízení civilní ochrany a některé neziskové organizace a občanská sdružení.

### **6.1. Hasičský záchranný sbor České republiky**

Rok 2000 byl pro záchranné složky státu přelomový. Vznikl totiž Integrovaný záchranný systém a byl také zákonem č. 238/2000 Sb., o Hasičském záchranném sboru České republiky a o změně některých zákonů, zřízen Hasičský záchranný sbor ČR (HZS ČR).

HZS ČR je bezpečnostní sbor státu, který je polovojensky organizován (Kollertová, 2008). Je tvořen Generálním ředitelstvím HZS ČR, které spadá pod Ministerstvo vnitra ČR, a samotnými krajskými HZS. V současné době je na území České republiky 13 hasičských záchranných sborů krajů, HZS hlavního města Prahy a ZÚ Hlučín, 66 územních odborů, pod které spadá 227 stanic.

Úkolem HZS ČR je „chránit životy a zdraví obyvatel a majetek před požáry a poskytovat účinnou pomoc při mimořádných událostech“ (Zákon č. 238/2000 Sb., §1, odstavec 1). V roce 2011 hasiči zachránili 12 015 lidských životů a před požárem uchránili majetek za více než osm miliard korun. Práce hasičů ale už dávno není jen o hašení požárů. S vývojem společnosti přichází i nové mimořádné události, se kterými si hasiči musejí poradit. V Tabulce 4 je uveden poměr jednotlivých typů zásahů za rok 2011 v celé České republice.

Typ události	Počet výjezdů	Procentuální vyjádření
Požáry	20 511	20%
Technické havárie (vyprošťování, otevírání uzavřených prostor, odstraňování překážek na komunikacích)	50 035	50%
Autonehody	17 061	17%
Ostatní	13 494	13%
<b>Celkem</b>	<b>101 101</b>	<b>100%</b>

**Tabulka 4:** Typy zásahů HZS ČR pro rok 2011 (Koukolík, Svitáková & Vonásek, 2012)

HZS má definovanou jasnou hierarchii pomocí hodnotí. Jednotce, která drží pohotovost na stanici, velí velitel jednotky, který má právo udělit rozkaz svým podřízeným. Má však také za ně zodpovědnost. Všichni členové jednotky jsou veřejní činitelé, kteří nosí služební stejnokroj – uniformu, a pokud jsou u zásahu, mají osobní ochranné pomůcky, které jsou typizované – mají jednotný charakter (Kollertová, 2008).

#### **6.1.1. Profese hasič – záchranář**

Povolání hasič – záchranář má svá specifika. Nejedná se totiž o pracovní, ale služební poměr. Uchazeč o přijetí do služebního poměru musí být občan České republiky starší 18 let, bezúhonný a způsobilý k právním úkonům a musí splňovat další požadavky uvedené například na webových stránkách HZS ČR. Příjímáčí řízení je tříkolové. Uchazeč absolvuje vstupní vyšetření osobní způsobilosti na psychologickém pracovišti, dále vyšetření zdravotní způsobilosti v zařízení závodní preventivní péče a prověrku na ověření tělesné zdatnosti (dva testy silové a jeden test vytrvalostní) (HZS ČR, 2010b). Kompletní příjímáčí řízení někdy trvá až dva měsíce (Michalík, 2009).

Hasiči na stanici slouží ve třech 24hodinových směnách (HZS ČR, 2010c), tzn. každý hasič je na stanici přítomen jednou za 3 dny po 24 hodin. Směna začíná v sedm hodin ráno. Dopolední program obsahuje kontrolu techniky, výzbroje a výjezdových automobilů a odbornou přípravu. Odpoledne je věnováno údržbě

techniky a fyzické přípravě. Večer jsou na programu školení, která nemohla být např. z důvodu výjezdu dokončena. Od půlnoci do 6 hodin ráno hasiči mohou spát – drží tzv. noční pohotovost. I tak ale musí v případě vyhlášení poplachu vyjet ze stanice do 2 minut (HZS ČR, 2010c).

Hasiči – záchranáři skládají při přijetí do služby služební slib, který je váže k dodržování předpisů, reprezentaci sboru a zajišťování bezpečnosti státu. Slibují ale také nasazení vlastního života:

*Slibuji na svou čest a svědomí, že při výkonu služby budu nestranný a budu důsledně dodržovat právní a služební předpisy, plnit rozkazy svých nadřízených a nikdy nezneužiji svého služebního postavení. Budu se vždy a všude chovat tak, abych svým jednáním neohrozil dobrou pověst bezpečnostního sboru. Služební povinnosti budu plnit řádně a svědomitě a **nebudu váhat při ochraně zájmů České republiky nasadit i vlastní život.** (HZS ČR, 2010f; zvýrazněno autorkou).*

Po přijetí do služebního poměru hasič absolvuje 27 týdnů vstupní přípravy. 21 týdnů jsou vyučováni na odborném učilišti Požární ochrany ve Frýdku-Místku a poté pracují přímo na stanici pod dohledem velitele nebo jiného hasiče (Michalík, 2009).

Profesní nároky na hasiče přesahují rámec běžných zkušeností. Setkávají se s rozličnými situacemi, často velmi vážnými. Musí proto disponovat velkým množstvím znalostí a dovedností. Musí znát základy první zdravotnické pomoci, lezecké techniky, znát fyzikální zákony, které se uplatňují v jejich záchranářské činnosti a podobně.

Hasiči, kteří po zákonem stanoveném počtu 15 odsloužených let zažádají o uvolnění ze služebního poměru, mají nárok na tzv. výsluhy (Michalík, 2009).

### **6.1.2. Zátěžové situace v profesi hasiče**

Služba v HZS ČR je natolik specifická profese, že se od normálních povolání značně liší. Les Krantz (1999, in Carlisle, 1999) dokonce označil profesi hasiče jako druhé nejvíce stresující povolání v Americe. Volf & Karlík (1998) zmiňují výzkum stresových faktorů různých povolání. U povolání hasiče – záchranáře bylo nalezeno více než 100 těchto stresových faktorů, zatímco u povolání např. učitele v autoškole 30. Typová šíře možných zásahů, se kterými se hasič může při své práci setkat, je obrovská. Neklademe si za cíl vyjmenovat a popsat všechny zátěžové situace,

kteře se s činností hasičů snoubí. V níže uvedeném přehledu se budeme věnovat těm, které jsou nejčastější nebo nejzávažnější. Tyto potenciálně zátěžové podněty můžeme také rozdělit do dvou kategorií – traumatické a kumulativní stresory.

Jedním z potenciálně traumatických faktorů, kterým se zabývá v podstatě celá tato rigorózní práce, je přímé ohrožení života nebo zdraví záchranářů (Kollertová, 2008). O náročnosti situace, kdy je smrtelně zraněn kolega, svědčí také její indikace k technice *Critical Incident Stress Debriefing*. Úmrtí nebo těžké poranění jiných osob (především kolegů) je v příručce „Akutní a posttraumatické stresové reakce po mimořádných událostech při výkonu služby“ a v Pokynu generálního ředitele HZS ČR č. 30/2008 zařazeno mezi traumatické události, při kterých mohou hasiči „vykazovat psychické a tělesné příznaky akutní stresové reakce“ (HZS ČR, 2004; HZS ČR, 2008, Příloha, str. 6). Také ohrožení zdraví samotného hasiče (popálení, zavalení, zranění při dopravní nehodě apod.) patří do této skupiny.

Potenciálně stresující je také zásah s velkým množstvím obětí nebo zásah se zohavenými oběťmi. Velkou zátěží, kterou hasiči často zmiňují, je i úmrtí dítěte. Stresově může také působit zranění nebo úmrtí zachraňovaných, které hasič svou činností mohl způsobit (HZS ČR, 2008, Příloha).

Traumatická událost může být i situace, která nějakým způsobem emocionálně působí, připomíná něco, co hasič osobně zažil, nebo mu připomíná rodinu či známé (Antonellis & Mitchell, 2005; in Špičková, 2006).

Kumulativní stresory jsou takové, které samy o sobě nevyvolají obrannou reakci. Ta přichází až v případě nahromadění těchto negativních faktorů. Mezi takové faktory můžeme zařadit např. organizační stres anebo nedostatečné zázemí na stanici (Malík, 2007). Jedná se o věci, které se nám mohou zdát malicherné, jako třeba nedostatečné odvětrání koupelny nebo nebezpečné napojení skluzů mezi jednotlivými patry. Pro hasiče, kteří se vrátí z náročného zásahu, ale znamenají nepříjemnou každodenní potíž.

Problémem je také komunikace s operačním střediskem. V průběhu vývoje a inovace operačních středisek v České republice se dospělo k variantě, kdy je jedno operační středisko na celý kraj. Může se pak stát, že operační důstojník nezná místní názvy a nedokáže vozidlo správně navést na místo události (Malík, 2007).

Patří sem také vysoká míra nepředvídatelnosti (Kollertová, 2008). Zkrátka „nikdy nevíš, kdy to houknou“. Hasiči také do poslední chvíle nevědí, jak událost,

ke které vyjíždí, bude vypadat. Více méně jedinou informací je datová věta typu „Vyjíždí první výjezd: Požár výškové budovy, Úpice, ulice Palackého“.

S tím také souvisí vysoká míra odpovědnosti (Kollertová, 2008). V očích veřejnosti jsou hasiči profesionálové, kteří nikdy neudělají chybu. I to může působit jako stresor.

Kumulativně může také působit směnný provoz, přerušování spánku, vysoká fyzická náročnost, problémy v kolektivu hasičů na směně (například nedostatečně vymezené role) a další aspekty. Dopad mnoha kumulativních událostí může způsobovat větší problémy a může být hodnocen negativněji než vystavení jedné traumatické události (Bacharach, Bamberger & Doveh, 2008; Carlisle, 1999).

### **6.1.3. Psychologická služba HZS ČR**

Právě rozmanitost mimořádných událostí, ke kterým jsou hasiči povoláváni, a zvyšující se fyzická i psychická náročnost zásahů vedly k zamyšlení o potřebě psychologické služby u HZS ČR.

Psychologická služba HZS ČR byla ustanovena po připomínkovém řízení v roce 2002 a oficiálně vznikla k 1. lednu 2003, kdy vzniklo psychologické pracoviště vedené hlavním psychologem HZS ČR (Sotolářová, 2003). V červnu 2003 byla tato koncepce upravena Statutem psychologických pracovišť HZS ČR. V roce 2010 byla vypracována další Aktualizace koncepce psychologické služby HZS ČR pro roky 2010–2014 (Vrbová & Dohnal, nedat.).

V současné době je na území ČR 14 krajských psychologických pracovišť, pracoviště Ministerstva vnitra a pracoviště v rámci Záchraného útvaru HZS ČR Hlučín. Celkem v ČR působí 18 psychologů HZS ČR a čtyři asistenti psychologa. Z těchto 18 psychologů je celkem 14 žen a 4 muži, všichni jsou ve služebním poměru. (HZS ČR, 2010a).

Práci hasičských psychologů můžeme rozdělit do tří pilířů: personalistika, posttraumatická péče o příslušníky a pomoc obětem mimořádných událostí (Vrbová & Dohnal, nedat.). V rámci personalistiky psycholog HZS provádí diagnostické vyšetření uchazečů o služební poměr u HZS, případně hasičů již ve služebním poměru, pokud o to žádá jejich velitel, nebo pokud se hlásí na pozici řídicí nebo speciální. Příslušníkům HZS poskytuje psychologickou pomoc při odstraňování pozásahového stresu, provádí školení a výcviky ke zvýšení odolnosti vůči stresu atd. V praxi to znamená čtyřicetihodinové stáže na hasičských stanicích,



kde psycholog provádí školení např. Psychické první pomoci a jiné. Dále poskytuje psychickou pomoc obětem mimořádných událostí (dopravní nehody, povodně, požáry apod.) a koordinuje psychosociální pomoc v terénu při mimořádných událostech většího rozsahu (např. povodně na Liberecku v srpnu 2010).

Koncept posttraumatické intervenční péče byl převzat od PČR i do hasičské praxe. Tyto týmy byly v roce 2008 přejmenovány na Týmy posttraumatické péče (TPP). Koordinátory jsou hasičští psychologové a interventy jsou jedinci z řad hasičů, kteří prošli školením *Critical Incident Stress Management* (CISM) a První psychické pomoci. Tento koncept, tzv. *peer-support*, je velice důležitý, protože hasiči i policisté se s problémy raději svěří svému kolegovi, který s nimi slouží, než psychologovi nebo nadřízenému. Je to proto, že tito profesionálové nebyli součástí týmu při náročném zásahu a nemohou pochopit, jaké to bylo (Špičková, 2006). V současné době je v ČR 206 vyškolených členů TPP (HZS ČR, 2010d).

Důležitost psychologické služby v bezpečnostních sborech dokládají i jasně hovořící čísla. Dr. Tuček na konferenci Psychosociální aspekty při zásahu záchranných složek 2. listopadu 2011 v Hradci Králové uvedl, že „podle zkušeností z USA, kde již metodu CISM používají řadu let, jsou náklady na její provoz pouhou desetinou částky, kterou bychom museli vynaložit na obnovu personálu“, na jejich výběr, školení, vybavení atd. Navíc bychom se ztrátou letitých pracovníků přišli i o jejich nedocenitelné zkušenosti. To potvrzuje i Dr. Šeblová (2010, odst. 21): „Výchova i výcvik profesionálů v záchranných službách trvá léta, a je proto v zájmu celé společnosti, aby takto kvalifikovaní zaměstnanci byli schopni vykonávat svoji profesi co nejdéle“.

#### **6.1.4. Psychologické ověření způsobilosti u HZS ČR**

Vstupní psychologické vyšetření pro výkon služby v bezpečnostním sboru je právně zakotveno § 15 zákona č. 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů ve znění vyhlášky 487/2004 Sb. Při tomto vyšetření psycholog HZS ČR posuzuje osobnostní způsobilost k vykonávání činnosti. Toto celkové vyšetření trvá přibližně 6 hodin a má tři části (je zaměřené na výkon, na osobnost uchazeče a závěrem je uskutečněn rozhovor s psychologem). Výše zmíněná vyhláška upravuje i požadované osobnostní charakteristiky, které HZS ČR od uchazečů a pracovníků vyžaduje. Mezi tyto charakteristiky patří:

- intelekt v pásmu průměru a vyšší,

- emoční stabilita,
- psychosociální vyzrálost,
- odolnost vůči psychické zátěži,
- žádoucí motivace, postoje a hodnoty,
- absence nedostačivosti v oblasti volních a poznávacích procesů a autoregulace,
- absence znaků nežádoucí agresivity,
- absence psychopatologické symptomatiky (HZS ČR, 2010e).

Právě podmínka odolnosti vůči psychické zátěži je důležitá pro tuto rigorózní práci. Odolnost v případě zátěžové situace je tedy zabezpečena již přijímacím řízením.

Výsledek každého testu je bodově ohodnocen a výsledky jsou srovnávány s tabulkami, kde jsou odstupňované požadavky podle pozice, na kterou se uchazeč hlásí (přísnější hodnocení je u uchazečů na pozici hasič-strojník – řidič s právem přednosti v jízdě a na pozici velitelů jednotky) (Michalík, 2009).

## **6.2. Policie České republiky**

Policie České republiky (PČR) byla zřízena zákonem č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, který vydala Česká národní rada dne 21. června 1991. Současné postavení PČR nyní upravuje zákon 273/2008 Sb., o Policii České republiky.

PČR je ozbrojený bezpečnostní sbor, jehož úkolem je „chránit bezpečnost osob a majetku, chránit veřejný pořádek a předcházet trestné činnosti.“ (Policejní prezidium ČR, 2010,3). Rovněž plní další úkoly dané jí zákony a předpisy určené mezinárodními smlouvami, které jsou součástí právního řádu této republiky.

Policie České republiky stejně jako HZS ČR spadá do resortu Ministerstva vnitra ČR. Je tvořena policejním prezidiem, útvary s celostátní působností, krajskými ředitelstvími a útvary zřízenými v rámci kraje. Na území České republiky je od 1. ledna 2009 14 krajských ředitelství policie a jejich působnost se shoduje s územními obvody jednotlivých krajů. Do této doby na území ČR bylo pouze 8 správ krajů. Útvary s celostátní působností jsou specificky odborně zaměřené a plní konkrétní úkoly na celém území státu. K těmto útvarům patří např. Útvar rychlého nasazení (URNA), což je jednotka určená pro boj s terorismem, nebo Útvar pro odhalování organizovaného zločinu (ÚOOZ) Služby kriminální policie a vyšetřování (Policejní prezidium ČR, 2010).

Základním pilířem PČR je Služba pořádkové policie, která je v přímém kontaktu s veřejností prostřednictvím obvodních oddělení na území státu. Jsou to policisté, kteří na odděleních vykonávají nepřetržitou službu, přijímají oznámení a žádosti, dohlíží na bezpečnost v obcích i na komunikacích a chrání veřejný pořádek (Policejní prezidium ČR, 2010).

Kompletní organizační schéma Policie ČR najdete v Příloze č. 9.

### **6.2.1. Profese policisty**

Policisté stejně jako hasiči nejsou k PČR v pracovním, ale ve služebním poměru, který je popsán v zákoně 361/2003 Sb., o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů.

Příslušníkem Policie ČR se může stát bezúhonný občan České republiky starší 18 let, který není členem žádného politického uskupení a nevykonává živnostenskou či jinak výdělečnou činnost a zároveň splňuje všechny nároky zdravotní, fyzické i osobnostní (Policejní prezidium ČR, 2010).

Noví policisté jsou zařazováni ke službě u pořádkové, železniční, dopravní nebo cizinecké policie. Ke speciálním útvarům může být policisty zařazen v případě, že splňuje minimální dobu trvání služebního poměru a minimální stupeň vzdělání pro konkrétní pozici (Policie ČR, 2010a). Pořádkoví policisté slouží dvanáctihodinové směny a střídají se ve službě s různými kolegy. Nemají stabilní týmy.

Taktéž policisté při nástupu do výkonu služby skládají služební slib. Jeho znění je stejné jako u HZS ČR (Policejní prezidium ČR, 2010). Každý policista má také povinnost projít základní odbornou přípravou, která se liší podle dosaženého vzdělání konkrétního příslušníka.

Policisté po odsloužení minimálně 15 let ve služebním poměru mají stejně jako hasiči nárok na tzv. výsluhy (Policie ČR, 2010b).

### **6.2.2. Zátěžové situace v profesi policisty**

Dříve obecně panoval mýtus „nezlomného policisty“ (Vymětal, Voska, Toman, Jungwirthová & Urban, 2010), kterého nemůže nic překvapit a nic se ho nemůže dotknout. V současnosti dochází k překonávání tohoto mýtu a předsudků a uvědomění si, že i policista je obyčejný člověk, který plně prožívá hrůzy, které vidí. Chopko (2010) popisuje povolání policisty jako takové, kde dochází k vysoké stresogenosti situací, do kterých se policisté dostávají. Ty jsou značně variabilní,

dramatické a ochromující. Policista nikdy nemůže dopředu odhadnout, co ho na místě události, kam ho vyslalo operační středisko, čeká. Na policisty jsou kladeny vysoké nároky na schopnost rozhodování (Šeblová, Kebza, Vignerová & Čepická, 2009). Záleží ale také na jednotce, ve které konkrétní policista slouží, a jaké má tato jednotka úkoly a jaké případy řeší.

Podle Buchanana (2001, in Coufalová, 2007) se s traumatizující událostí setkalo více než 79% policistů. To pravděpodobně souvisí s nárůstem nezákonných kriminálních jevů a zvyšující se brutalitou pachatelů trestných činů (Michalík, 2009).

Potenciálně traumatické události shrnuje Čírtková (2004) podle výpovědí policistů a dotazníkových šetření. Mezi nejvíce stresogenní uvádí vyšetřování případů s extrémně znetvořenými mrtvolami nebo mrtvolami s vysokým stupněm rozkladu, kdy je vnímaná situace subjektivně velmi nepříjemná. Dále popisuje situaci smrti dítěte, kdy policisté bezděčně aktivují asociace s vlastní rodinou a vlastními dětmi. Také souvislosti případu mohou stresogenně působit. Jedná se např. o vyšetřování případu, ve kterém byla oběť policistovi známá (soused, přítel apod.) nebo byla někomu z jeho blízkých podobná. Mezi zvláště zátěžové události působí ohrožení vlastního života nebo života kolegy, hromadná neštěstí, obvinění policisty ze spáchání trestného činu apod. (Čírtková, 2004; Vymětal, Voska, Toman, Jungwirthová & Urban, 2010). Ve výzkumu Čírtkové & Spurného (2001) policisté spontánně uváděli smrt kolegy ve službě jako jednu z traumatizujících událostí.

Samostatnou kapitolou je také použití střelné zbraně. Ať už přímo policistou proti pachateli nebo pachatelem proti policistovi, kdy tak byl ohrožen jeho život. Jedná se o skutečnost, která přesahuje běžnou lidskou zkušenost. Následná psychická reakce je popisována termínem „*post-shooting trauma*“ a v souvislosti s ním můžeme mluvit o rozvoji příznaků PTSD (Čírtková, 2004). Podle Vágnerové (2003b, in Vaľko, 2011) až 92% policistů považovalo použití zbraně se smrtelnými následky za extrémní zátěž.

Kumulativní stresory jsou u hasičů a policistů velmi podobné. Negativně může působit nedostatečná komunikace s operačním střediskem, administrativní vyřizování spisů, výsledky nespolupracujících nebo agresivních pachatelů, opakované pronásledování pachatele v ujíždějícím vozidle, ale také nedostatečná sociální a existenční jistota (Čírtková, 2004; Michalík, 2009).

### **6.2.3. Psychologická služba Policie ČR**

V českých poměrech byla Psychologická služba Policie České republiky průkopnickou psychologickou službou (PS PČR) (Vymětal, 2009). Systém psychologické péče u policie má tři pilíře. Prvním jsou služby policejního psychologa, který se uplatňuje ve třech hlavních oblastech. Na úseku personalistiky se stará především o vstupní psychologické vyšetření (standartní pracovní psychodiagnostika), poradenství a podporu při krizových událostech (např. po použití střelné zbraně) a o výstupní rozhovor. Policejní psychologové se zapojují také do vzdělávání a výcviku policistů, kde je jejich úkolem naučit policisty možnosti řešení konfliktních situací a komunikaci s občany i pachateli. Psychologové se u policie uplatňují také jako odborní konzultanti. Zastávají pak specializované pozice grafologů, vyjednávačů – parlamentářů, vytvářejí psychologické profily pachatelů a pečují o psychické zdraví policistů po extrémně zátěžových zásazích (Čírtková, 2004). Od roku 2010 nově také policejní psychologové spolupracují na systému psychologické pomoci obětem trestných činů. Úkolem psychologa, který má ve své péči oběť trestného činu, je poskytnout jí dostatečný prostor pro vyjádření emocí a myšlenek. Nezaměřuje se na fakta týkající se případu, ale prožívání člověka. V podstatě se jedná o jednorázový kontakt s informací o návazné péči (neziskové organizace nebo poradny, které se danou problematikou zabývají) (Špryňarová, 2012). Protože kapacita policejních psychologů a krizových interventů je omezená, vznikla 13. srpna roku 2010 dohoda PČR s občanským sdružením Bílý kruh bezpečí. Touto smlouvou je ošetřen postup v případě trestné činnosti, aby se zasaženému dostalo co nejrychleji pomoci, kterou potřebuje (Policie ČR, 2010c). Významným projektem je od ledna 2013 také projekt KRUH bezpečí zvláště zranitelným obětem trestných činů. Zvláště zranitelné oběti TČ jsou identifikovány podle druhu a okolností spáchání TČ, vztahu oběti k pachateli a osobními charakteristikami oběti. Mezi zvláště zranitelné oběti řadíme i pozůstalé po obětech trestných činů (Helebrantová, 2013).

Druhým pilířem Psychologické služby PČR je Systém posttraumatické intervenční péče (PIP) (Vymětal, Voska, Toman, Jungwirthová & Urban, 2010). Systém PIP vznikl v roce 2001 díky Modulu č. 10 projektu PHARE 98 (Sotolářová, 2001) a byl ustanoven Závazným pokynem č. 129 policejního prezidenta. Inspiroval se u zahraničních policejních sborů např. z Francie či Německa. Členové tohoto týmu jsou vyškolení interventi z řad policistů a celý systém je tak založen na kolegiálním

přístupu a myšlenky „peer-support“ (Sotolářová, 2006). Výhodou „peer-supportu“ je především větší důvěra mezi kolegy a s tím spojená větší otevřenost, přirozenost, depsychologizace a depsychiatrizační přirozených vyhodnocovacích postupů. Hlavním cílem PIP je minimalizace rizik a případné traumatizace u příslušníků PČR (Val'ko, 2011). V současné době v České republice působí 15 týmů PIP. Jejich členové zůstávají na svých pracovních místech a činnost v týmu je dobrovolná. Všichni členové prošli výcvikem v metodách *Critical Incident Stress Management* (Val'ko, 2011).

Třetím pilířem je 24hodinová Otevřená anonymní linka pomoci v krizi pro policisty a hasiče, která funguje od 14. listopadu 2002. Její telefonní číslo je 974 834 688 a funguje i přes internetové spojení programem Skype (linkapomoci). Leták anonymní linky pomoci v krizi je uveden v Příloze č. 4. Anonymní telefonní linka pomoci v krizi je členem České asociace pracovníků linek důvěry a její pracovníci jsou vyškolení odborníci v telefonické krizové intervenci. Garantem odborné a etické kvality psychologické péče je Ministerstvo vnitra ČR (Val'ko, 2011).

#### **6.2.4. Psychologické ověření způsobilosti u PČR**

Podmínky osobní způsobilosti, které jsou od žadatelů o služební poměr vyžadovány, jsou zakotveny ve vyhlášce č. 487/2004 Sb. Tyto podmínky jsou stejné jako u HZS ČR (Sezemský, 2010).

#### **6.3. Psychologická služba zdravotnické záchranné služby**

Jedinou složkou Integrovaného záchranného systému ČR, která nemá psychologickou službu zakotvenou v zákoně, ale pouze vyhláškou, je zdravotnická záchranná služba (Šeblová, Kebza, Vignerová & Čepická, 2009). Na konceptu Systému psychosociální intervenční služby ZZS ČR (SPIS ZZS ČR) se pracuje od roku 2008 v rámci různých oblastních projektů (např. „Poskytování preventivní psychosociální péče zaměstnancům ZZS HPM psychosociální intervenční službou“) a teprve v roce 2011 došlo k integraci projektu do aktivit rezortu Ministerstva zdravotnictví. Nyní je služba spíše dobrovolná. Jednotlivá zdravotnická zařízení se zapojují postupně. V současné době jediný psycholog působící na ZZS je psycholog ZZS Moravskoslezského kraje, který tu polovičním úvazkem působí také jako tiskový mluvčí (Buriánková & Ryba, 2009; Vrbová & Dohnal, nedat.). Péči posttraumatického intervenčního systému ZZS ČR jsou dostupní např. ve Fakultní nemocnici Brno,

Fakultní nemocnici Hradec Králové a ZZS KHK, ve Fakultní nemocnici Olomouc nebo ve Fakultní nemocnici Ostrava a ZZS Moravskoslezského kraje. V budoucnu by také měly vzniknout jakési meziřesortní krajské týmy v rámci Integrovaného záchranného systému České republiky, které by byly schopny v případě mimořádných událostí pomoci (Vlášková & Kolářová, 2009).

#### **6.4. Critical Incident Stress Management**

Pro potřeby psychosociální péče o příslušníky bezpečnostních sborů je nastaven systém *Critical Incident Stress Management* (CISM). Jedná se o ucelený systém preventivních a intervenčních technik pro péči o příslušníky sboru při zvládnutí posttraumatického stresu (Everly & Mitchell, 1999; Sotolářová, 2008; Šeblová & Čepická, 2010; Vrbová & Dohnal, nedat.).

Autorem konceptu CISM je Jeffrey T. Mitchell. Pracoval jako hasič – paramedik a na základě svých zkušeností navrhl v 80. letech 20. století v rámci své doktorské dizertace systém komplexní intervence CISM, původně nazvaný *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) (NC-CM, 2008). Do praxe byl zaveden v roce 1986 (Sotolářová & Dohnal, 2006). Původní název byl v roce 1997 pro nepřehlednost (jedna ze složek se jmenovala stejně) změněn na CISM (Everly & Mitchell, 1999). CISM je zaměřen na podporu členů organizací jako je například Hasičský záchranný sbor nebo Policie České republiky. Nevěnuje se tedy pomoci primárním obětem. Také není zaměnitelný s psychoterapií. Jedná se o vícesložkovou formu krizové intervence. Specifické cíle programu CISM jsou redukovat dopad události na jedince, trvání příznaků a jejich vážnost či zhoršení a usnadnit možnost návazné péče (Everly & Mitchell, 1999; Sotolářová, 2008).

Kompletní CISM obsahuje 7 jádrových komponent, které by neměly být užívané samostatně, ale vždy v rámci tohoto uceleného programu:

- preventivní předkrizová příprava (*pre-crisis education/preparation*; někdy také nazývaná *mental preparedness training*),
- individuální krizová intervence (*One-on-One*),
- demobilizace (*demobilization*),
- instruktáž pro zvládnutí stresu (*Crisis Management Briefing*, CMB; *group informational briefing*),
- defusing,

- formální *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD),
- rodinný CISM (*Family CISM*),
- práce s organizací nebo komunitou,
- následné sledování a péče (*Follow up/Referral*)(Everly & Mitchell, 1999).

Preventivní příprava je školení o možných reakcích na krizovou událost, o jejich zvládnání a o příznacích ARS a PTSD. Cílem je zmapování a podpora jedincových zvládacích strategií.

Nejčastěji využívanou složkou CISM je individuální krizová intervence. Úkolem interventa je zmírnění příznaků akutního stresu u pracovníka a jeho návrat na úroveň předkrizového pracovního fungování. Krizová intervence v tomto programu sleduje ústřední model – SAFER. Tento model má 5 fází, jejichž počáteční písmena tvoří název modelu:

- **S** – Stabilizace situace (*Stabilization of the Situation*) – Úkolem je přesunout člověka od zdroje působení stresorů.
- **A** – Akceptace krize (*Acknowledgement of the Crisis*) – Zasažený odpovídá na otázku „Co se stalo?“. Dočasně se ocitá na kognitivní úrovni. Následuje přechod do emocionální úrovně, když interventovi vypráví o svých aktuálních pocitech.
- **F** – Usnadnění pochopení (*Facilitation of Understanding*) – Opětovný návrat na kognitivní úroveň s normalizováním symptomů a reakcí na tuto mimořádně stresující událost.
- **E** – Podpora adaptivních strategií vyrovnávání (*Encourage Adaptive Coping*).
- **R** – Obnova nezávislého fungování nebo návazná péče (*Restoration of Adaptive, Independent Functioning or Referral*) (Everly & Mitchell, 1999).

Demobilizace je používaná řídce. Bezprostředně po směně se sejdou týmy, které byly nasazené u krizové události velkého rozsahu. Účastníci jsou znovu seznámeni s reakcemi na stres, a pokud je to možné, dostanou informační letáky. Jde také o vytipování lidí, kteří by mohli potřebovat další pomoc. Demobilizace umožňuje psychologickou i fyziologickou dekompresi zasahujících. Má dvě části. Nejprve je



poskytnuto občerstvení a možnost krátkého odpočinku (10–20 minut) a poté následuje samotná demobilizace.

Stejně tak *Critical Management Briefing (CMB)* je určen pro osoby po události velkého rozsahu. Je to intervenční technika využívaná pro velké skupiny. Za cíl CMB je považováno poskytnutí informací o události, čímž se zamezí následným fámám a desinformacím. Účastníkům jsou taktéž poskytnuty informace o reakcích na událost a možnostech návazné péče.

*Critical Incident Stress Debriefing (CISD)* překládá Baštecká et al. (2005, 181) jako „debriefing stresu pramenícího z krizové události“. Je to strukturovaný rozhovor o kritické události. Je vyhrazen pro velmi náročné události, jako např. zásah, kde zemře dítě nebo kolega záchranář nebo pro hromadná neštěstí (Špičková, 2006). Debriefing se provádí až v době, kdy již účastník není v šokové fázi, když dokáže prožitou událost kognitivně zpracovat. Doporučováno je použít CISD 24 hodin po skončení události nebo směny účastníků. Nejčastěji je však využíván 10 dní po události či 3–4 týdny po události velkého rozsahu. Zaměřuje se na posilování přirozených copingových strategií, podporuje proces zpracování prožité události a snižuje hladinu prožívaného stresu. Současně ale také působí na týmovou sounáležitost. Debriefing byl poprvé použit po leteckém neštěstí ve Washingtonu, D.C. v roce 1982 pro záchranáře, kteří u události zasahovali (Vlášková & Kolářová, 2009). Homogenní skupina čtyř až dvaceti lidí, kteří byli všichni účastníky stejné události, sedí v kruhu. Mezi pravidla patří dobrovolnost, vypnuté mobilní telefony, nekritičnost a to, že každý hovoří jen sám za sebe. Sezení trvá devadesát minut až tři hodiny. Debriefing může vést pouze odborník na duševní zdraví (psycholog, lékař) a postupuje podle předem stanovených sedmi fází, které jedince provedou z myšlenkové úrovně do úrovně emoční, pocitové a zpět:

- **Úvod** – představení CISD, motivace, pravidla, očekávání.
- **Fáze skutečnosti** – představení každého účastníka a jeho racionální popis události. Co dělal, viděl, slyšel apod. Nemusí mluvit všichni, ale každému by tato možnost měla být nabídnuta (*myšlenková úroveň*).
- **Fáze myšlenek** – co si kdo myslel, jaká byla první myšlenka (*přechod z myšlenkové do emocionální úrovně*).
- **Fáze reakcí** – účastníci popisují, jak se cítili, co pro ně bylo nejhorší, prostor pro ventilaci emocí (*pocitová úroveň*).

- **Fáze příznaků** – popis individuálních příznaků, které na sobě pozorují, zda došlo k nějakým změnám při zásahu (*návrat do kognitivní úrovně*).
- **Fáze informací** – členové CISM týmů své svěřence seznamují s možnými stresovými reakcemi a se zvládacími strategiemi a postupy.
- **Fáze návratu** (*Re-entry*) – příprava na ukončení CISD, shrnutí, diskuze o možnostech návazné péče.

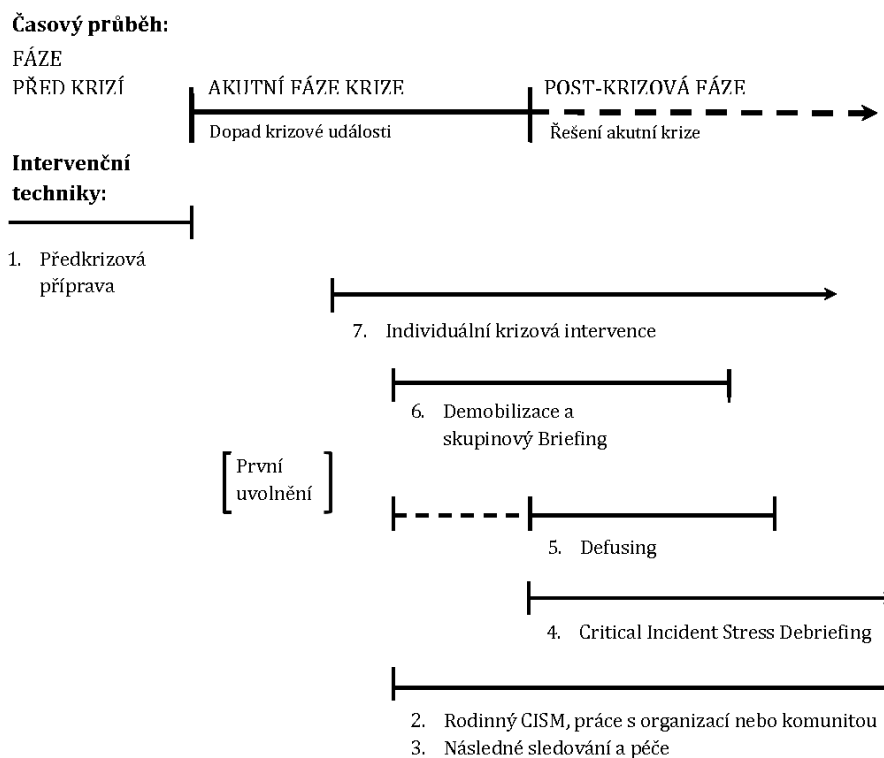
Po ukončení debriefingu je dobré pokračovat neformálním posezením u občerstvení. *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) je nejdiskutovanější složkou celého komplexního systému CISM. Kritizovaný je mimo jiné za to, že jeho účinky nejsou prokázány výzkumnými studii. Více informací ke kritice i obhajobě CISM podala ve své diplomové práci „Critical Incident Stress Management v rámci Psychologické služby HZS ČR“ Eva Špičková (Špičková, 2006).

Šestou využívanou komponentou je krátký nestrukturovaný rozhovor s malou, maximálně osmičlennou, skupinou – defusing. Defusing by měl proběhnout bezprostředně po události, nejpozději do dvanácti hodin. Jde o běžné a spontánní sdílení reakcí po návratu na stanici. Toto dvacetí- až pětáctýřicetiminutové sezení má zmírnit reakce a pokud možno uzavřít událost. Má také rozpoznat jedince, kteří budou potřebovat návaznou péči. Pro svou neformálnost je předstupněm debriefingu. Defusing by měl zjistit, zda je CISD nutný, a pokud ano, měl by napomoci lepší ochotě členů skupiny se CISD zúčastnit.

Rodinný CISM má dvě součásti. Jednou z nich je pomoc rodině, do níž zasažený přenáší své pocity a reakce, a druhou je pomoc rodiny zasaženému. Tato složka CISM je důležitá hlavně proto, že rodina zná pracovníka v běžných situacích, a může si tak snáze všimnout změn souvisejících s událostí.

Práce s organizací nebo komunitou se zaměřuje na komunikaci a zmírňování příznaků v rámci širšího systému. Zasažené osoby kotví do přirozeného sociálního prostředí a umožňuje jim využít známou síť psychosociální pomoci. Do kategorie komunitního CISM bychom mohli zařadit i pastorační krizovou intervenci, která při svém působení používá především duchovní nástroje.

Důležité je návazné sledování (*Follow up*), jak pracovník situaci zvládá a jak přijmul předchozí aplikace CISM. V případě potřeby může být využita možnost další návazné péče (*Referral*) (Everly & Mitchell, 1999; Baštecká et al., 2005; Špičková, 2006).



**Obrázek 2:** Časová osa průběhu CISM (Everly & Mitchell, 1999, 16)

Jak je patrné z Obrázku 2, CISM je navržen tak, aby zahrnoval celé časové spektrum. Pracuje tedy v období před událostí, v jejím průběhu i po ní.

### **6.5. Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísní**

Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísní je nadace, která pomáhá rodinám policistů a hasičů, kteří zahynuli při výkonu služby. Byla založena 21. prosince 2002 jako nezisková organizace. Impulzem k jejímu založení byly dvě tragické události, při kterých zemřeli příslušníci Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR. Jednalo se konkrétně o zásah PČR v jihočeském Protivíně, kde o život přišli dva policisté a další byl vážně zraněn. Druhou událostí byl požár kasina v Brně, kde se dva hasiči snažili vyvést z plamenů uvězněného krupiéra, ale už se jim to nepodařilo a při jeho záchraně položili život sami. Zakladateli nadace byli ministr vnitra, policejní prezident, generální ředitel HZS ČR, Nezávislý odborový svaz Policie ČR a Odborový svaz hasičů (Brožová et al., 2012).

Předchůdcem novodobé Nadace policistů a hasičů byl Masarykův četnický vzdělávací podpůrný fond, který od roku 1923 podporoval pozůstalé po četnících, kteří zahynuli při výkonu služby (Brožová et al., 2012).

Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísni v roce 2012 pečovala o 66 dětí ze 40 neúplných rodin. Nadace rodinám financuje například lázeňské pobyty, léčebně-ozdravné pobyty v zahraničí a přispívá dětem na životní pojištění a stavební spoření (Brožová et al., 2012).

Od roku 2009 Nadace pečuje také o 45 bývalých policistů a hasičů, kteří při výkonu služby nebo v přímé souvislosti s ní utrpěli zranění, jehož následkem jsou trvale těžce tělesně postiženi. Pro ně jsou pořádána nejrůznější setkávání nebo individuální pobyty v lázních (Brožová et al., 2012).

V roce 2012 Nadace svým chráněncům vydala 4 829 880 korun, což je o téměř 700 000 korun víc, než v roce 2011 (Kubice, 2011; Kubice, 2012). Ale finanční pomoc není jejím jediným posláním. Důležitou složkou nadační pomoci je také setkávání rodin s dětmi a pomoc při řešení osobních a rodinných problémů (např. pomoc při ztrátě zaměstnání, pomoc při umisťování dětí do školy, pomoc právníckého charakteru). Vdovy po hasičích a policistech, které jsou v péči Nadace policistů a hasičů – Vzájemná pomoc v tísni, si chválí především lidský přístup, podporu a možnost sdílení. Jako důležité vnímaly hlavně to, že viděly, že na své starosti nejsou samy a že je i někdo další, kdo prožil podobnou událost (Brožová et al., 2012).

I rodiny hasičů a policistů, kteří zemřeli při událostech, které mapuje tato rigorózní práce, jsou chráněnci této Nadace a její pomoci využívají.

## **6.6. Pomník padlých policistů a hasičů**

13. října 2009 byl v areálu Muzea Policie ČR na pražském Karlově slavnostně odhalen pomník padlých policistů a hasičů. Jednoduchou skulpturu připomínající ležící postavu padlého bojovníka vytvořil akademický sochař prof. Kurt Gebauer. Socha je vytvořena ze šumavského dioritu, temně černého kamene s jiskřičkami. Součástí pomníku není pamětní deska se jmény padlých, ale pietní kniha uložená v Muzeu Policie ČR. Vedle pomníku stojí informační sloup, ze kterého pocházejí i zde uvedené informace. Jmen padlých policistů a hasičů je od roku 1918 více než 1000. Souhrnná novodobá statistika, která by tyto smutné události mapovala, však neexistuje.

I na některých jiných místech republiky postupem času vznikly spontánní pomníky a pietní místa, která mají připomenout neštěstí a přinést důstojnou vzpomínku na zemřelé kolegy, manžely, otce. Příkladem takového místa je např.

památník umístěný v nově rekonstruované budově bývalého kasina v Brně v Nádražní ulici, který připomíná smrt dvou hasičů z 8. ledna 2002, nebo památník u bývalé pošty v ulici Palackého v Chomutově, kde byl 2. září 2008 zastřelen příslušník Policie ČR.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## **7. Shrnutí teoretických poznatků**

Stres je fenoménem dnešní doby. Je to odpověď organismu na zátěž. Uplatňují se při ní části nervového systému – prodloužená mícha, hypotalamus, vegetativní nervstvo, hypofýza a nadledvinky – a startuje použití adrenalinu, noradrenalinu, kortizolu a dalších. Každý člověk má jinou míru, po jejímž překročení se objeví stresová odpověď. V České republice je odbornicí na stres a stresové reakce PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D.

Zdrojem stresu je bezpochyby také úmrtí někoho blízkého. Reakcí na takovou ztrátu je truchlení. Prožívají intenzivní zármutek, beznaděj, osamělost. Mohou se objevit somatické projevy nebo únikové reakce apod. Odbornicí na téma smrt a truchlení je v české odborné veřejnosti PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D., rozená Kubíčková.

Profese hasič – záchranář i profese policisty s sebou nesou značné nároky na fyzickou i psychickou stránku. V situaci, kdy je člověk svědkem stresující události, využívá k jejímu zvládnutí zvládacích neboli copingových strategií. Strategie zvládnání jsou aktivní odpovědi jedince ve sféře chování, vnímání a myšlení, a sociální interakci s cílem zmenšit působení stresu. Jsou značně individuální a variabilní. Může jít o vyhledávání společnosti jiných lidí (Chamberlin & Green, 2010), sportování (Volf & Karlík, 1998) nebo relaxační techniky. Využívána je také strategie pomoci rodinám pozůstalých (Veilleux, 2011). U profesionálních hasičů je navíc popsán také coping vycházející z charakteru jejich práce, kdy se musí chránit před působením stresorů pomocí traumatické membrány (Lindy, 1985, in Malek, Fahrudin & Kamil, 2009).

Když je situace extrémně stresující, může dojít až k rozvoji posttraumatických symptomů. Začnou se objevovat vtíravé myšlenky, zlé sny, nespavost, zvýšené nabuzení, disociace, vyhýbání se souvisejícím podnětům, ale také pocity osamocení či ztráty smyslu. Pokud se takové symptomy objeví bezprostředně po události a do tří dnů spontánně odezní, jedná se o akutní reakci na stres. Jestli se příznaky objevily do půl roku po události a splnily diagnostická kritéria uvedená v Diagnostickém a statistickém manuálu DSM-V nebo v MKN-10, jedná se o posttraumatickou stresovou poruchu (WHO, 2006).

Stejně jako negativní mohou se objevit i pozitivní důsledky prožité události. Takovým změnám říkáme posttraumatický rozvoj. Člověk po prožití stresující situace může změnit své kognitivní a emoční chápání světa a dosáhnou vyšší úrovně

fungování. Neznamená to však, že když se u člověka objeví pozitivní reinterpretace události, že by zmizelo negativní vnímání události. V naší zemi se problematikou posttraumatického rozvoje zabývají prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. a doc. PhDr. Marek Preiss, Ph.D.

Pro péči o příslušníky Hasičského záchranného sboru vznikla v roce 2003 Psychologická služba HZS ČR. V každém kraji je tak hasičům k dispozici jeden hasičský psycholog. Náplní jejich práce jsou výběrová řízení, pomoc obětem mimořádných událostí, ale především posttraumatická péče o příslušníky HZS. Podobný formát psychologické pomoci je dostupný i policistům. Psychologická služba HZS ČR i PČR ze zahraničí převzaly ucelený komplex preventivních a intervenčních technik, které při péči o příslušníky sboru využívají. V ČR je také nastaven systém Týmů posttraumatické péče u hasičů (TPP) a týmů Posttraumatické intervenční péče u policistů (PIP), které jsou založené na konceptu tzv. *peer – support*. Na stanici slouží hasiči a policisté, kteří jsou vyškoleni v poskytování první psychické pomoci a jsou schopni tuto podporu kolegům nebo zasaženým poskytnout. Od 14. listopadu 2002 v České republice funguje také Otevřená anonymní telefonní linka pomoci v krizi, která slouží hasičům a policistům, pokud potřebují poradit a nechtějí se vzdát anonymity.

Téma vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby u těchto dvou bezpečnostních sborů je natolik specifické, že jsem nenašla práci, která by se jím zabývala. Ve zpracování tohoto tématu navazuji na svou diplomovou práci, která se zabývala vyrovnáváním se smrtí kolegy u hasičů. Práci podobnou je diplomová práce „Zvládání psychické zátěže u záchranářů HZS“ Lucie Kollertové z Masarykovy univerzity v Brně z roku 2008. Tato diplomová práce se věnovala problematice zvládacích strategií a vnímání zátěžovosti situace. Metodologickým postupem bylo provedení rozhovorů s příslušníky sboru a analýza pomocí zakotvené teorie. Sfěře profesní zátěže u policistů se ve své diplomové práci věnovala Barbora Coufalová (2007) a také Zdeněk Sezemský (2010).

Tematicky blízko a velmi inspirující prací je také diplomová práce Evy Špičkové „Critical Incident Stress Management v rámci psychologické služby HSZ ČR“, kterou obhájila v roce 2006 na Katedře psychologie Univerzity Palackého Olomouc.

Ze zahraničních autorů můžeme zmínit Bacharacha, Bambergera & Doveha (2008), kteří se věnovali výzkumu užívání alkoholu u hasičů jako prostředku copingu,



Beatona et al. (1999), kteří ve své práci studovali copingové strategie a posttraumatickou symptomatologii u příslušníků sboru, nebo Chamberlina & Greena (2010), kteří publikovali článek o stresu a zvládacích strategiích užívaných hasiči. Posttraumatickým stresem a rozvojem se ve své empirické studii příslušníků policie zabýval Chopko (2010).

## **8. Výzkumný problém a cíl výzkumu**

Předmětem zkoumání této rigorózní práce bylo vyrovnávání se se smrtí kolegy při výkonu služby u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky a Policie České republiky. Cílem výzkumného projektu jako takového bylo popsat copingové strategie a postupy zvládnání zátěžových situací a okolnosti, které na vyrovnávání se s touto situací mají vliv. Dále jsem se zaměřila na možné odlišnosti v těchto procesech u hasičů a u policie.

Stanovená výzkumná otázka vycházela z původního výzkumu provedeného v rámci diplomové práce. V průběhu vytváření dat a jejich analýzy se ukázalo jako podstatné popsat nejen zvládací strategie, ale také obrátit svůj zájem na celkové vnímání události, posttraumatické symptomy a další souvislosti. Výzkumná otázka proto zněla: „Jaké jsou reakce příslušníků HZS ČR na úmrtí kolegy hasiče při výkonu služby a jak takovou situaci zvládají?“

V rámci této rigorózní práce byla přeformulována pro obě bezpečnostní složky: **„Jaké jsou reakce příslušníků HZS ČR a PČR na úmrtí kolegy při výkonu služby a jak takovou situaci zvládají?“** Výzkumná otázka byla zvolena právě v takto obecném znění, protože ačkoli výzkumů zabývajících se zvládnáním psychické zátěže bylo provedeno nepřeberné množství, nebyl jejich výzkumný zájem přímo zaměřen na konkrétní situaci úmrtí hasiče nebo policisty.

Do výzkumného záměru byly doplněny další dílčí otázky:

**„Jaké proměnné ovlivňují proces vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby?“**

**„Jaké zvládací strategie příslušníci bezpečnostních sborů využívají při vyrovnávání se se smrtí kolegy ve službě?“**

**„Má situace úmrtí kolegy při výkonu služby nějaké dlouhodobé dopady?“**

Doplňkovou výzkumnou otázkou, kterou se zabývá tato rigorózní práce, je:

**„Liší se v něčem proces vyrovnávání se se smrtí kolegy při výkonu služby u hasičů a policistů?“**

## 9. Zkoumaná populace a výběrový soubor

Zkoumanou populaci tvořili hasiči – záchranáři ve služebním poměru k Hasičskému záchrannému sboru České republiky a policisté ve služebním poměru k Policii České republiky, kteří při výkonu služby zažili smrt kolegy.

Pro výběr vzorku ze zkoumané populace byla využita metoda příležitostného výběru. Účastníci výzkumu z řad hasičů byli osloveni psychology HZS Olomouckého a Jihomoravského kraje. V některých případech ne jimi osobně, ale prostřednictvím peerů Týmu posttraumatické péče nebo ojediněle prostřednictvím nadřízeného. Policisté byli osloveni prostřednictvím policejních psychologů a prostřednictvím policistů, kteří jsou známí autorky. Z důvodu malého zastoupení vzorku hasičů byla dále kontaktována všechna krajská ředitelství. V rámci některých krajů pak byli respondenti výzkumu osloveni mluvčím.

**Výběrový soubor hasičů** byl tvořen 8 hasiči z Olomouckého, Moravskoslezského a Jihomoravského kraje. Všech 8 respondentů byli muži. Průměrný věk souboru byl 44 let. Nejmladšímu účastníkovi výzkumu bylo 36, nejstaršímu 50 let. Délka praxe se pohybovala od čtrnácti do šestadvaceti let, v průměru více než 19 let služby u HZS ČR. Čtyři respondenti v současné době pracují na denní směně (neslouží čtyřadvacetihodinové směny ve výjezdu), ovšem dlouhodobou praxi výjezdového hasiče měli všichni dotazovaní. Všech osm hasičů ve výběrovém vzorku bylo ženatých, sedm z nich mělo 2 děti, jeden hasič měl děti tři.

	Věk	Rodinný stav	Počet dětí	Délka praxe u HZS	Z toho ve výjezdu
Hasič 1	41	ženatý	2	21	21
Hasič 2	47	ženatý	2	14	14
Hasič 3	44	ženatý	2	20	4
Hasič 4	48	ženatý	2	26	14
Hasič 5	40	ženatý	2	15	15
Hasič 6	50	ženatý	2	22	21
Hasič 7	36	ženatý	2	15	13
Hasič 8	46	ženatý	3	20	20
<b>Průměrně</b>	<b>44</b>			<b>19,13</b>	<b>15,25</b>

**Tabulka 5:** Údaje o účastnících výzkumu z řad hasičů

Oproti původnímu výběrovému souboru z diplomové práce došlo k redukci. Ze souboru byli vyřazeni 3 respondenti. Dva z důvodu, že zesnulí nebyli jejich přímými kolegy a před událostí je neznali. Třetí kvůli povaze vyrovnávání se se smrtí, kdy nešlo o kolegu, ale o přímého příbuzného – bratra. V době události navíc nebyl příslušníkem HZS ČR.

**Výběrový soubor policistů** byl tvořen 8 policisty z Královéhradeckého a Ústeckého kraje a hlavního města Prahy. Všech 8 respondentů byli muži. Průměrný věk souboru byl více než 44 let. Nejmladšímu účastníkovi výzkumu bylo 26, nejstaršímu 61 let. Délka praxe se pohybovala od šesti do devětatřiceti let, v průměru 21 let služby u PČR. Dva policisté již u Policie ČR nepracují. V Tabulce 5 jsou označeni křížkem za délkou praxe u PČR. Čtyři policisté byli ženatí, ve třech případech s dvěma dětmi, v jednou se třemi. Dva policisté byli rozvedení a měli dvě děti. Dva respondenti byli bezdětní, jeden z nich v registrovaném partnerství a jeden svobodný. Tabulka 5 u každého respondenta navíc uvádí pracovní zařazení v době události.

	Věk	Rodinný stav	Počet dětí	Délka praxe u PČR	Pracovní zařaz. v době události
Policista 1	42	ženatý	2	22	SKPV
Policista 2	45	ženatý	2	23 x	SKPV
Policista 3	44	ženatý	2	20	SPP
Policista 4	52	rozvedený	2	10 x	SPP
Policista 5	61	ženatý	3	39	URNA
Policista 6	45	rozvedený	2	26	SPP-Metro
Policista 7	26	svobodný	0	6	SPP
Policista 8	43	registrované partnerství	0	22	SPP
<b>Průměrně</b>	<b>44,75</b>			<b>21</b>	

**Tabulka 6:** Údaje o účastnících výzkumu z řad policistů

Z důvodu zachování maximální anonymity se v souhrnných tabulkách objevuje pouze věk, rodinný stav, počet dětí, délka praxe u konkrétního bezpečnostního sboru a v případě hasičů délka praxe ve výjezdové jednotce, u policie pracovní zařazení v době události.

## **10. Metodologie výzkumu**

Z důvodu náročnosti a citlivosti tématu jsme zvolili kvalitativní výzkum prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Umožnilo nám to tak věnovat se předem jasně definovaným tématům, ale zároveň pružně reagovat na témata, která do rozhovoru vnesli dotazovaní a která mohla přinést další relevantní a důležitá data. Naším cílem bylo porozumět tomuto problému v celkovém kontextu, proto se kvalitativní metodologický přístup jevil vhodnější než přístup kvantitativní. Využito bylo také pozorování a neformální rozhovor.

Doplňkovou metodou, která sloužila především k pochopení souvislostí pracovní náplně hasičů a prohloubení znalostí o HZS, byla týdenní stáž na hasičské stanici. Realizátorka výzkumu prošla všechna oddělení (prevence, IZS, komunikačních a informačních systémů, ochrany obyvatelstva a krizového havarijního plánování atd.) a sloužila společně s výjezdovými hasiči 24 hodin denně. Účastnila se kondičních jízd, cvičení, přednášek a samozřejmě i několika ostrých výjezdů.

### **10.1. Příprava interview**

Při vytváření struktury rozhovoru jsme vypracovali několik oblastí, kterým jsme se chtěli v rozhovorech věnovat:

- 1) Základní údaje o probandech,
- 2) Informace o události,
- 3) Posttraumatické příznaky,
- 4) Sociální opora a profesionální pomoc,
- 5) Zvládací strategie,
- 6) Posttraumatický rozvoj.

Jednotlivá témata jsme potom doplnili o konkrétní otázky. Při tvorbě jsme se inspirovali v dotazníku k projektu BeSeCu. Tento mezinárodní projekt mapoval lidské chování při mimořádných událostech a v České republice ho realizoval doc. Preiss z Psychiatrického centra Praha (Projekt BeSeCu, nedat.). Druhou inspirací nám byl standardizovaný sebesuzovací dotazník Stress Profile. Tento test identifikuje ty oblasti, které se uplatňují při odolávání stresu, a naopak také ty, které jsou predispozicí k rozvoji nemoci. Do češtiny byl přeložen dvojicí autorů, J. Klosem a P. Králem. Je používán např. pro vojáky, kteří jsou vysíláni do misí (Nowack, 2006). Dále jsme při tvorbě použili informace o zvládacích strategiích z odborné literatury

a diplomové práce L. Kollertové (2008). Vše jsme doplnili dalšími otázkami, které jsme považovali za důležité. Vše jsme se snažili spojit do funkčních celků tak, aby jednotlivé otázky na sebe logicky plyně navazovaly a aby v průběhu rozhovorů nedocházelo k velkým skokům. Naším úmyslem bylo takto zachovat postupné plynutí rozhovoru v duchu fází *Critical Incident Stress Debriefing* s přechody od myšlenkové úrovně do emoční a zpět.

V průběhu rozhovoru byly použity nejen otázky otevřené a uzavřené, ale v menší míře také otázky projektivní a doplňovací (Miovský, 2010).

Obsah a konstrukce struktury rozhovoru byly konzultovány na předmětu Speciální otázky metodologie 2 a pro další zkvalitnění byla využita možnost „testovacího“ rozhovoru, který jsme provedli s asistentem psychologa HZS OL, bývalým výjezdovým hasičem, který zažil smrt kolegy při výkonu služby nepřímo – nesloužil na stejné směně. Na základě získaných údajů byl rozhovor zpřesněn a upraven a bylo definováno tzv. jádro interview, tedy minimum konkrétních otázek, které musí být u následujících rozhovorů probrány. Data z tohoto „testovacího“ rozhovoru nebyla do analýzy zahrnuta.

## **10.2. Tvorba dat**

Jednotliví respondenti byli nejprve osloveni třetí osobou (psycholog, peer, nadřízený, mluvčí) s otázkou, zda může být výzkumníci předán jejich kontakt. Následovalo přímé oslovení realizátorkou, rámcové vysvětlení projektu a domluvení konkrétního termínu schůzky. Tento kontakt probíhal zpravidla telefonicky, ve výjimečných případech prostřednictvím e-mailu.

Všechny rozhovory s hasiči probíhaly na stanici, kde respondenti přímo působí nebo v případě denních pracovníků v jejich kancelářích. Rozhovory u většiny probandů-hasičů probíhaly v jejich pracovní době, pouze v jednom případě po předchozí domluvě proběhl jeden z rozhovorů mimo pracovní dobu příslušníka na hasičské stanici, kde profesně působí.

Dva rozhovory s bývalými policisty byly provedeny ve volném čase respondentů. V jednom případě přímo doma, ve druhém na novém pracovišti. Jeden rozhovor se stávajícím policistou probíhal také v domácím prostředí, a to z důvodu jeho pracovního zatížení, kdy nebylo možné kontaktovat jej v pracovní době nebo i mimo ni přímo na pracovišti. Jeden sběr dat byl proveden na jiné služebně a mimo

pracovní dobu příslušníka PČR. Čtyři rozhovory proběhly na kmenovém pracovišti konkrétních policistů, ve dvou případech v pracovní době a ve dvou případech mimo pracovní dobu.

Místnost, kde rozhovory probíhaly, byla vždy navrhována samotnými hasiči a policisty podle předem stanoveného požadavku, abychom v průběhu rozhovoru nebyli rušeni. Ne ve všech případech byla však tato podmínka splněna.

Po krátkém seznámení jsem se tazatelka nechala uvést do místnosti a usadila se nejčastěji přes roh k respondentovi, tak aby mu poskytla dostatek volného prostoru a nezaujala konfrontační pozici. V úvodu rozhovoru představila sebe a také projekt, na kterém pracuje. Hasiči i policisté byli seznámeni s cíli výzkumu, anonymitou výzkumu, možností kdykoliv rozhovor ukončit, s ochranou osobních údajů, ale také s možností v případě nutnosti využít pomoci psychologa. Vysvětlena byla také nutnost rozhovor nahrávat. Všichni byli požádáni o podepsání informovaného souhlasu. Po vyřešení všech organizačních záležitostí započal samotný rozhovor a bylo zapnuto nahrávací zařízení.

Po dohodě s účastníkem „testovacího“ rozhovoru jsme konkrétní strukturu rozhovoru a jednotlivé tematické okruhy předem nepředstavovali, protože bychom tak mohli narušit proces vybavování vzpomínek na událost a její souvislosti. Z důvodu rozsáhlosti rozhovoru a náročnosti koncepčního rozložení otázek jsme využili možnosti poznámek, tedy seznamu jádrových otázek, které musí být zodpovězeny.

V rozhovoru jsme dodržovali pravidla o fázích interview. Zpočátku jsme s potencionálními účastníky komunikovali na rovině organizační a snažili jsme se vytvořit důvěryhodnou atmosféru. Po započetí samotného rozhovoru jsme se otázkami na méně citlivá témata pokusili prohloubit důvěru a vytvořit jasnou atmosféru, která hasiče a policisty měla zbavit pochyb o autentičnosti realizátorky výzkumu.

V jádru rozhovoru jsme používali techniku kladení otázek od obecnějších k jednotlivým konkrétním tématům a opětovnému návratu do obecnější roviny. Důvodem k volbě této strategie bylo, že šlo o velmi citlivá témata, pro která je tato metoda vhodnější než ostatní (Miovský, 2010).

Na závěr rozhovoru jsme si ověřili, jestli je ještě něco, co nebylo vyřčeno a bylo by důležité, abychom zjistili, jestli jsou všechna témata pro účastníky uzavřena a nehrozí žádné riziko ohrožení.

Maximální délka rozhovoru, která byla stanovena před začátkem testování, byla 2 hodiny. Tuto hranici jsme neměli v plánu překročit. Skutečná délka rozhovorů byla značně variabilní. U hasičů byla ve dvou případech kratší než 30 minut, a v jednom případě přesáhla hranici jedné hodiny a čtyřiceti minut. Ostatní rozhovory se pohybovaly okolo 40–50 minut. U policistů byla délka rozhovorů ve dvou případech kratší 30 minut. Ostatní rozhovory se také pohybovaly okolo 40–50 minut. Ani v jednom případě délka rozhovoru nepřesáhla hranici jedné hodiny.

### **10.3. Fixování dat**

Z důvodu nutnosti komplexního a autentického záznamu jsme využili možnosti audiozáznamu. Fixování dat bylo prováděno pomocí diktafonu Olympus WS-650S. Velkou předností využitého přístroje jsou také jeho stereo mikrofony, čímž je zabezpečeno vysoce kvalitní nahrávání s odstíněním šumu a hlasovým filtrem.

Archivace dat byla prováděna vždy po každém rozhovoru. Zároveň byla pokaždé provedena předběžná kontrola kvality nahraného materiálu.

### **10.4. Zpracování a příprava dat na analýzu**

Základním materiálem tohoto výzkumu byl zvukový záznam. Pro další analýzu bylo proto nutné převést jej na textovou podobu. Transkripce všech rozhovorů byla provedena doslovně a kontrolována metodou opakovaného poslechu (Miovský, 2010).

Přepis rozhovorů byl prováděn přímo realizátorkou výzkumu pomocí programu Listen N Write Free, který je volně ke stažení na českých softwarových portálech (např. stahuj.cz). Jde o program, který podporuje automatické vracení záznamu po jeho zastavení, čímž usnadňuje orientaci v již napsaném textu. Osnova textu byla prováděna oddělením a zvýrazněním otázky na jednom řádku a odpovědí napsanou běžným písmem na řádku dalším. Miovský (2010) tento postup považuje za vhodnější pro přepis dat narativního charakteru, která se ukázala i v našem výzkumu.

### **10.5. Analýza dat**

Analýza získaných dat byla provedena metodou zakotvené teorie (*grounded theory*). Vhodnost této techniky zdůvodňuji tím, že mnoho výzkumů se stejným tématem nebylo provedeno a metoda zakotvené teorie je vhodná pro tvorbu nových



teorií s malou, ale kvalitní teoretickou základnou (Kollertová, 2008). Při aplikaci zakotvené teorie nevycházíme z již popsaných teorií, ale ze zkoumané oblasti, která sama odhalí, co je v procesu poznání důležité (Miovský, 2010). Podle Hendla (2008, 243) je vhodná pro hledání teorie, „která se týká jistým způsobem vymezené populace...“. Příslušníci bezpečnostních sborů bezpochyby takovou populací jsou.

Zakotvená teorie má několik obměn, které souvisí s rozchodem autorů původní teorie – B. Glasera a A. Strausse. My jsme se ve svém výzkumu drželi koncepčního uspořádání A. Strausse a J. Corbinové (1999), které popsali v knize *Základy kvalitativního výzkumu – postupy a techniky metody zakotvené teorie*.

Oba výzkumné soubory jsme posuzovali jednotlivě a s daty jsme pracovali odděleně.

V první fázi analýzy jsme provedli otevřené kódování dat, označili jsme a kategorizovali pojmy. V některých případech bylo i přes výrazné nevýhody, které to může přinášet, vhodné využít pojmenování kategorií z odborné literatury. Nejčastěji používané byly ale kódové kategorie „*in vivo*“, tedy takové, které vycházely přímo ze slov účastníků výzkumu (Strauss & Corbinová, 1999).

Ve druhé fázi výzkumu jsme jednotlivé kategorie a subkategorie sloučili do smysluplných celků, abychom tak regulovali jejich počet. Procesem axiálního kódování jsme získaná data znovu uspořádali a vytvořili potenciální síť vztahů mezi kategoriemi. Tyto vztahy jsme následně zpětně ověřovali v základu datového záznamu. Vztahy mezi kategoriemi, které se ukázaly nepravdivé, jsme přeorganizovali nebo z výzkumu úplně vyloučili. Zbyly tři velké kategoriální systémy, které byly základem pro kódování selektivní. U tohoto postupu se bezpochyby uplatnila autorčina dobrá znalost jednotlivých případů a příběhů. Data se přirozeně propojovala a vytvářela zajímavou pavučinu souvislostí. Proces navrhování vztahů a vlastností a jejich zpětného ověřování můžeme nazvat principem hermeneutické spirály (Miovský, 2010).

Proces selektivního kódování jsme začali uplatňovat již v průběhu kódování axiálního. Centrálním pojmem jsme ustanovili „**Zvládací strategie**“ jako ústřední jev, který je nejpodstatnější ve všech sledovaných případech. Veškeré ostatní kategorie se spojují okolo něho.

Dalším krokem byla samotná tvorba analytického procesu. Proces je „spojení několika sekvencí jednání nebo interakcí“ (Strauss & Corrbínová, 1999, 106). Začleněním procesu do analýzy vznikne dynamická teorie.

### **10.6. Etika výzkumu**

Jsme si vědomi nutnosti zajištění etických pravidel výzkumného projektu. Proto byla etika v tomto výzkumu zajištěna hned několika body. Všechny tyto body byly nedílnou součástí **informovaného souhlasu**, který podepsali všichni účastníci výzkumu před jeho započatím, a vyjádřili tak souhlas s účastí na výzkumu.

Všichni hasiči i policisté byli dopředu seznámeni s postupy, cíli a případnými riziky spojenými s výzkumem. Tyto údaje byly probandům sděleny formou ústního vysvětlení a zároveň byly uvedeny v informovaném souhlase. Bylo tak zajištěno právo na informace.

Právo na soukromí a ochranu informací bylo zaručeno oddělením zvukového záznamu a jakékoli identifikační informace, které jsme měli k dispozici. Také pouze realizátorka výzkumu měla výhradní právo přístupu k nasbíraným datům a k práci s nimi. Zdůrazněna byla především nemožnost přístupu neoprávněné osoby k informacím získaným v procesu výzkumu, především pak psychologů HZS ČR a PČR a vedoucím pracovníkům. Anonymita byla zaručena v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Veškerá získaná data byla použita výhradně k účelu, za jakým byla sesbírána.

Byla zdůrazněna dobrovolnost účasti a možnost z programu kdykoli podle svého vlastního uvážení vystoupit.

Aby nedošlo k duševní či jiné újmě účastníků, byli předem osloveni a o spolupráci požádáni psychologové HZS z Olomouckého a Jihomoravského kraje – mjr. Mgr. David Dohnal a kpt. Mgr. Marek Ženata, kteří v případě nutnosti byli připraveni poskytnout návaznou pomoc. Sama realizátorka výzkumu byla vyškolená v poskytování první psychické pomoci a krizové intervenci a prošla vzdělávacím kurzem Práce s krizí a tělem. Byla tak schopná poskytnout bezprostřední pomoc všem respondentům. Závěrečnému zakončení rozhovoru a rozloučení vždy předcházela otázka, která měla zabezpečit uzavření tématu, a tak zamezit možným nežádoucím reakcím.

Malou pozorností a zdrojem informací pro účastníky byla brožura vydaná Hasičským záchranným sborem České republiky „Akutní a posttraumatické stresové reakce po mimořádných událostech při výkonu služby“ (HZS ČR, 2004).

Zvažována byla také další rizika, která se k realizaci výzkumu pojila. Především šlo o možnost přerušení rozhovoru v důsledku vyhlášení výjezdu hasičů nebo policistů, kteří byli v době rozhovoru ve službě. Postup, který bychom v případě takové situace zvolili, byl další rozhovor, který by byl vedený v jiný den, samozřejmě po domluvě s konkrétním respondentem.

## 11. Výsledky

Centrálním pojmem byla označena kategorie „**Zvládací strategie**“. Ve všech provedených rozhovorech byl výběr strategií zvládnání ústředním tématem, ke kterému se vázaly všechny další informace a postupy.

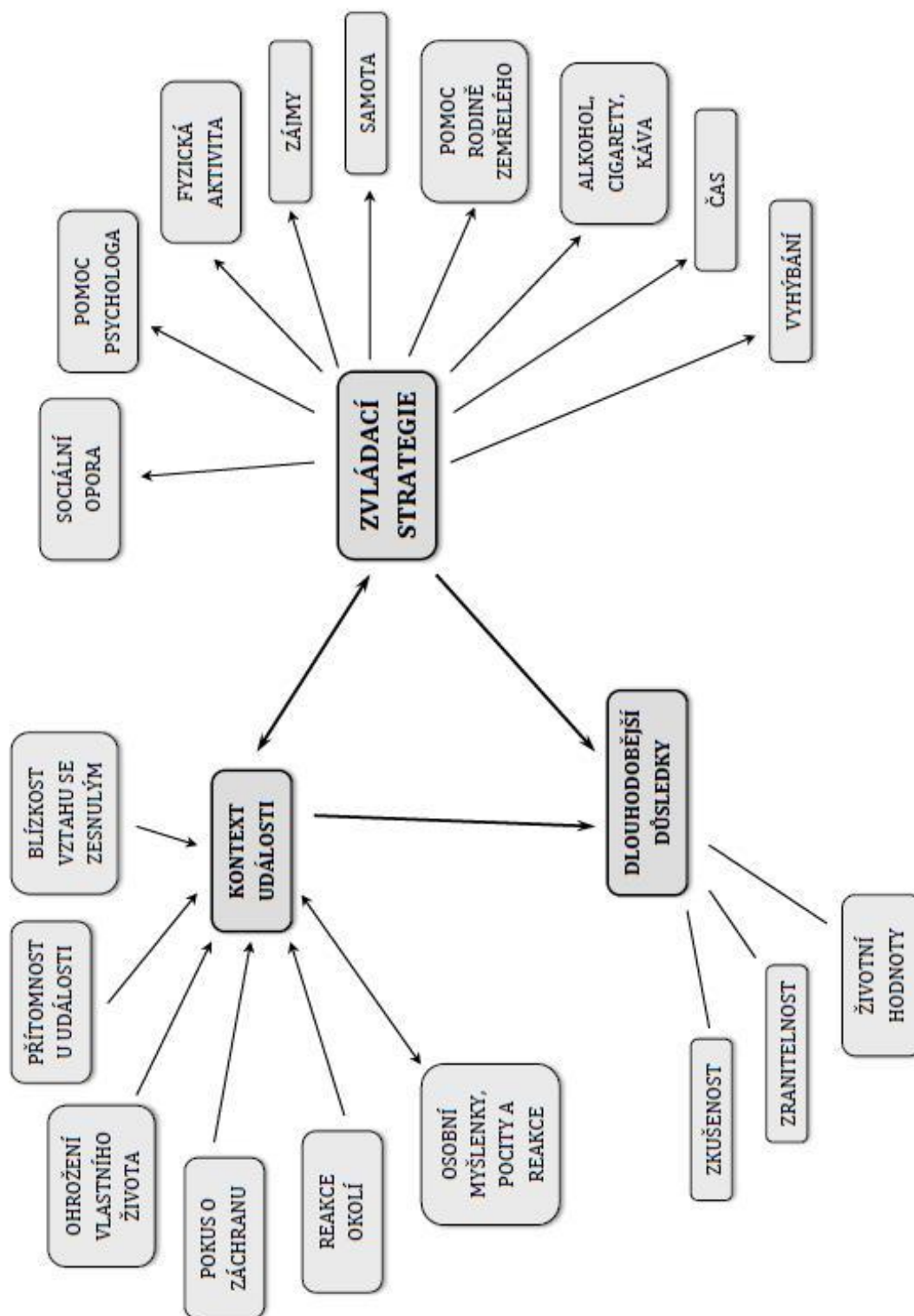
Výsledky jsou pro přehlednost shrnuty ve dvou obrázcích. Obrázek 3, na následující straně, shrnuje proces působení události na příslušníky Hasičského záchranného sboru. Přehledně popisuje jednotlivé proměnné, které se podle výsledků výzkumu podílejí na zvládnání situace úmrtí kolegy. Obrázek č. 4 shrnuje stejný proces u příslušníků Policie České republiky.

Tyto přehledy jsou také zdrojem odpovědí na doplňkovou výzkumnou otázku, která zkoumá rozdíly v procesu vyrovnávání se s touto situací mezi oběma bezpečnostními sbory.

Další informace a konkrétní výpovědi jsou dále udávány podle jednotlivých kategorií a subkategorií. První jsou uváděny výpovědi hasičů a poté policistů. Odlišnosti, které hasiči a policisté v procesu vyrovnávání se se smrtí kolegy vykazují, jsou uvedeny v závěru této kapitoly.

Citace jednotlivých výpovědí jsou vždy označeny zkratkou **H** pro hasiče a **P** pro policistu a číslem, aby bylo možné jednotlivé účastníky výzkumu od sebe odlišit.

### 11.1. Výsledky výběrového souboru příslušníků HZS ČR



**Obrázek 3:** Souhrn procesu působení situace úmrtí kolegy u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky

### **11.1.1. Kontext události**

Pomocnou kategorií (Strauss & Corbinová, 1999), která významně ovlivňuje kategorii hlavní, je „**Kontext události**“. V závislosti na jednotlivých subkategoriích „Kontextu události“ vybírají jedinci konkrétní copingové strategie.

#### **Blízkost vztahu se zesnulým**

Blízkost vztahu, který mezi sebou účastník výzkumu a zesnulý hasič měli, je bezpochyby jednou z nejdůležitějších intervenujících proměnných, která má vliv na prožívání a následný výběr copingové strategie. Čím bližší vztah byl zaznamenán, tím častěji se u hasičů vyskytly posttraumatické reakce a tím variabilnější byly následně zvolené strategie pro zvládnutí situace.

Obecně lze říci, že vztahy hasičů z tohoto výzkumu byly vřelé a přátelské.

*„Tady jsme vlastně všichni kamarádi.“ (H2)*

Hasiči, kteří společně sloužili na směně nebo se dlouhá léta znali, popisovali kolektiv dokonce jako svou rodinu.

*„Já jsem ho tak nějak vnímal jako svého bratra. Bral jsem ho jako takovej pevněj bod v tom mojem životě. I v té práci, jako kdyby mě do té práce nějak zasvěcoval. ... Když jsme jeli spolu někam na zásah, tak prostě to pro mě byla radost.“ (H7)*

V tomto výzkumu jsem pracovala s jedním příslušníkem HZS ČR, který byl v přímém rodinném vztahu se zemřelým. Byl to synovec velitele, který zahynul při dopravní nehodě cestou k zásahu. Jejich vzájemný rodinný vztah však nevykazoval žádná specifika a jeho jednání se nelišilo od hasičů, kteří v příbuzenském vztahu se zesnulými nebyli, ale jako rodinu je vnímali.

Reakce respondentů, kteří zemřelého znali jen povrchně, vykazovali méně posttraumatických symptomů nebo vůbec žádné. Nevyužili také žádných specifických zvládacích strategií.

#### **Přítomnost u události**

Dimenze „Přítomnost u události“ je společně se subkategorií „Pokus o záchranu“ další významnou složkou, která ovlivňuje proces vyrovnávání se se zátěžovou situací. Přítomností u události myslím bezprostřední očitě svědectví, jak se událost stala. Respondenti v takovém případě byli členy výjezdové jednotky nebo

výcvikového družstva. V tomto výzkumu tyto případy byly tři. V jednom případě na místě události byl, ale nebyl v té době ve službě. Ve dvou případech nebyli hasiči přímými svědky události, ale na místo přijeli pomáhat s vyprošťovacími a záchrannými pracemi. V jednom případě hasič na místě události vůbec nebyl.

Specifickým případem je pak přítomnost „po vysílače“, kdy spolu hasiči sloužili na stejné směně, ale každý držel pohotovost na jiném výjezdovém voze. Respondent pak celou událost poslouchal přes radiostanici.

*„Byl jsem tady na vrátnici a byla tam zaplá vysílačka, tak jsme poslouchali vlastně vůbec celý ten zásah jak pokračuje. ... Muselo se dít peklo.“ (H6)*

### **Ohrožení vlastního života**

Kontext události také ovlivňuje ohrožení vlastního života nebo zdraví. Takový případ byl v tomto projektu zaznamenán pouze v jednom případě. Zranění si u tohoto respondenta vyžádalo dlouhodobou rekonvalescenci.

*„Já jsem marodil vlastně 11 měsíců. Měl jsem velký bolesti a bylo to takový celkem nepříjemný. ... Já jsem se vlastně znova narodil.“ (H2)*

### **Pokus o záchranu**

Možnost pokusit se kolegu zachránit byla zaznamenána u šesti probandů. V některých případech nebyli respondenti přítomni u události přímo, ale dostavili se na místo události s odstupem času a podíleli se na vyprošťování a záchranných pracích.

Na vnímání a zvládnání události má obrovský vliv úspěšnost pokusů o záchranu kolegů, kteří byli ohroženi na životě.

*„Tohle je takovej případ o něco jednodušší, že já jsem mohl pracovat... De facto jsem necítil, že by mi něco bylo a měl jsem tu obrovskou snahu, to obrovský nutkání ty kluky dostat ven.“ (H2)*

*„Zkoušeli jsme k němu plavat, já jsem to taky zkoušel, ale v tom proudu člověk neměl... dvakrát to zkusil a... a absolutně vyčerpanej. Protože ta voda, proti ní to prostě nešlo.“ (H1)*

### **Reakce okolí**

Subkategorie „Reakce okolí“ je ovlivňována řadou proměnných. Zároveň také velkou měrou ovlivňuje volbu strategie zvládnání „Sociální opora“.

Jednou z proměnných je reakce pozůstalých. Tyto rodiny ve většině případů s vděčností přijímají pomoc příslušníků sboru (nabídka pomoci je jednou ze zvládacích strategií) a přimknou se k nim. Kontakt tak vydrží i po mnoho let po události.

*„My se s ní vždycky před Vánoce nebo po Novém roce scházíme. Navštěvujeme jí u ní doma, vždycky doneseme kytku a tak. A povídáme.“ (H6; deset let po události)*

*„S jeho otcem si vždycky tak dvakrát do roka zavoláme, jo. Jeho otec byl nemocnej a taky dost pil, ale dostal se z toho a teď v relativně dobrém stavu. To jsme taky párkrát takhle probírali.“ (H7; deset let po události)*

Negativně na hasiče působí obviňování ze strany rodiny zemřelého. Vyrovnavání se s událostí je pak ztížené.

*„Byly tady potom problémy ze strany rodičů – respektive otce. Nějakým způsobem mu to dával za vinu a snažil se znepríjemňovat život mu i ostatním lidem, kteří u toho byli. ... Dotklo se to úplně všech. ... Protože pomaličku vyplouvalo na povrch, že spousta z nás sledoval až domů.“ (H5)*

Reakce kolegů na stanici spoluutváří atmosféru na stanici v pozitivním i negativním smyslu slova. Negativně jsou například vnímány hlasy, které nedrží úctu k zesnulým ani několik dní po jejich smrti a hledají, kde se stala chyba, jestli nebyl jejich postup neuvážený a nemohou si tak za svou smrt sami.

*„Pak byly ty názory, z mého pohledu jako kdyby zcestný, nebo na ty nebyl vůbec čas v té chvíli nebo prostor. Že to působilo dost hloupě, že tam prostě kluci zemřeli a někdo si druhý den vykládá, že to udělali blbě, že to měli udělat jinak.“ (H7)*

Pozitivní vliv vnímali hasiči v tom smyslu, že došlo k většímu sjednocení směny jako celku, větší sounáležitosti.

*„Já si myslím, že se ta směna semkla víc. Jo, to určitě. Když se řeklo, že směna má jít na dvůr, tak se najednou sešli všichni. Jo, směna má udělat to, tak všichni dělali.“ (H6)*

Reakce vedoucích pracovníků má také své kladné i záporné dimenze vlivu. Při zvládnutí situace pozitivně působí vyjádření pochvaly a podpory ze strany nadřízených.

*„Velitel stanice mi volal z dovolené. Chtěl mi říct, že slyšel plnou chválu nad tím, jak ten zásah proběhl, jak to bylo řešeno s chladnou hlavou. Že to prý s ohledu*



*na nadřizného, který přijel jiný, že jako smekali klobouk, že to bylo fakt precizně uděláno a precizně ošetřeno všechno.“ (H5)*

Naopak nepříznivě působí a je vnímáno snažení o vyřízení papírování a technického zajištění bez ohledu na hasiče, kteří byli přímými účastníky události.

*„On v tom viděl hlavně jako ten služební průšvih. Hlavně aby byly v pořádku, když to tak řeknu, papíry a všechny dokumenty... A absolutně nebyla od něj cítit žádná podpora.“ (H3)*

Stejně tak mohou mít negativní dopady i cizí týmy vyšetřovatelů, kteří mají na starosti zjistit příčinu události. V očích kolegů mohou budit dojem lidí, kteří se snaží zneuctit památku zesnulých, a tento dojem může být v leckterých případech oprávněný.

*„Dojeli okamžitě. Nevím ani, co to bylo zač. Já osobně bych je vyhnal bičem, protože toto se nehodí, už jenom skrz tu úctu těch hasičů... Myslím si, že ta váha těch mrtvejch hasičů měla být určitě větší, jsou to taky lidi. A někdy mě to připadalo, jak kdyby byli kus hadru... Tak taková atmosféra tady byla.“ (H6)*

Ukázalo se, že na celkový kontext události má vliv také její medializace. Zejména pokud informace sdílené v médiích nevychází z oficiálních nebo důvěryhodných zdrojů.

*„Málem jsem se tam popral s jedním novinářem, protože ten o nás psal ošklivé věci. Tak jsem měl tendenci ho od tama vyhodit.“ (H8)*

### **Osobní myšlenky, pocity a reakce**

Každá událost a její vnímání a prožívání jednotlivcem je ovlivněno mnoha proměnnými, které jsou součástí kontextu události, jsou vlastně reakcí na ni. Vzájemně se s kontextem události ovlivňují.

Hasiči popisovali počáteční prázdnost v hlavě, nemožnost uvěřit, že se něco takového stalo, šok. S tím je také spojena nutnost odvést zásah, uhasit oheň nebo vyprostit lidi z havarovaného auta.

*„V případě takové situace se všechno vypne, zapne se prostě jen jeden směr.“ (H5)*

*„Vyloženě jsme čekali, co se děje a furt jsme věřili v to, že to není pravda. ... Nevěřili jsme, že umřeli, opravdu ne. ... To se nemělo nikdy stát.“ (H6)*

Souběh více událostí je také proměnná, která vyrovnávání se se situací ztěžuje. Ať už se jedná o osobní události (např. rozvod, nemoc v rodině) nebo o zkušenosti pracovního charakteru (náročný zásah v blízké době před nebo po úmrtí kolegy, ohrožení vlastního života při výkonu služby). Při takovém zatížení jedince se mohou častěji objevit posttraumatické symptomy.

*„Problémy v té době jsem měl. Já jsem v tom období prožil i jiné věci, protože můj otec onemocněl, takže celkem problém v rodině. Pak jsem měl ještě takovej zážitek celkem špatnej. Byli jsme na výcviku a mě selhalo to naše zařízení, ten dýchací přístroj. Já jsem málem u toho jako umřel. Já jsem byl fakt úplně mimo. Jako problémy jsem takhle měl.“ (H1)*

U některých hasičů jsme zaznamenali zmínku o posttraumatických symptomech, které se ale po nějaké době po události ve všech případech vytrátily. Svou povahou působí na vnímání události, na její kontext, ale také na konkrétní výběr strategií, které budou použity k jejich zvládnutí. Nejčastěji byly zmiňovány zlé sny a nespavost.

*„Sen jako určitě byl, o tom se zdá. Já si myslím, že je to normální, je lidský.“ (H6)*

*„Měl jsem období, kdy jsem nespal třeba pět dní v kuse.“ (H7)*

Někteří hasiči prožívali ztrátu smyslu, byli nesoustředění a nedokázali odpočívat. Hůře prožívali večery a v některých případech se objevila i úzkost.

*„Já jsem spíš měl dojem, že si s některýma věcmi, že si nevím rady. Hodně jsem se bál. Takovej jsem byl úzkostlivej.“ (H1)*

*„Myslím si, že jsem měl nějaký příznaky posttraumatického stresu, protože jsem jednoznačně měl nějaký stavy, bych řekl, úzkostný chvilkový. ... Ta úzkost nebyla trvalá. To byly prostě takový návaly nekontrolovatelný. ... Možná ten den byl relativně dobrej, ale spíš ten večer byl takovej, že jsem si nedokázal odpočinout. Napadaly mě takový blbý myšlenky, vůbec jsem postrádal nějaký smysl. Svůj, životní.“ (H7)*

### **11.1.2. Zvládací strategie**

Strategie zvládnutí jsou postupy, které hasiči v tomto výzkumu využívali v případě situace úmrtí kolegy při výkonu služby. Hasiči mají vyzkoušené, co na ně platí a co jim po těžkých zásazích pomáhá. Proto většina strategií, které využívali v tomto konkrétním případě, byla stejná nebo mírně modifikovaná, vycházející z již

ověřených metod. Copingové strategie byly také voleny na základě souvislostí, které se k situaci pojily („**Kontext události**“).

### **Sociální opora**

Strategie vyhledávání sociální opory byla užívána všemi účastníky výzkumu. Měla také nepřeberné množství různých variant a obměn. Obsahově bychom sociální oporu mohli zařadit do skupiny copingu „Zaměření na problém“, protože jde o využití přirozeného sociálního prostředí a komunity.

V tomto výzkumném vzorku byla jako nejdůležitější složka sociální opory označena rodina, především partnerka. Její podpora a přítomnost, vyslechnutí příběhu, byla vnímána jako největší pomoc. Hasiči, kteří v době události již měli děti, také kvitovali rozptýlení dětmi.

*„Pro mě bylo nejdůležitější, že jsem to přežil, a že jsem mohl být doma s rodinou. Vlastně ti mi nejvíc pomohli. Manželka byla se mnou v kontaktu 24 hodin denně. Jo, to byla pro mě největší pomoc.“ (H2)*

*„Určitě manželka mi nejvíc pomohla, ona prostě byla furt se mnou, do toho pohřbu, a tak jsme si vykládali a všechno.“ (H6)*

*„Rozhodně děti, tam bez debat. Děti jsou děti.“ (H5)*

Významné postavení ve zvládnutí úmrtí při výkonu služby také zauímají kolegové na stanici. Ať už individuální rozhovory a nabídnutá pomoc, nebo společné probrání události po výjezdu.

*„Jeden kolega, kterej má nějakej kurz, tak s tím jsem se o tom bavil. ... Jednou jsme to řešili. Já jsem u toho normálně začal koktat, úplně jsem nemohl se jako vyžvejknout, pak to ze mě jako vyletělo. Já bych tomu nevěřil, ale taková úleva najednou.“ (H1)*

*„My vždycky, když se něco semele, tak si sednem prostě a vykládáme. ... To dá ta povaha, nebo smysl vůbec toho výjezdu. Že dojedou, jdou se osprchovat a pak se sejdem na kafe a takhle si vykládáme.“ (H6)*

Někteří účastníci výzkumu zmiňovali společné pivo s kolegy po službě jako strategii, kterou využili. Alkohol ale v takovém případě nebyl vnímán jako střed zájmu. Hrál roli prostředku k rozmluvení, ke ztrátě počátečních zábran, aby byla interakce živější a otevřenější.

*„Po směně jsme ráno sedli, no poseděli jsme, dali jsme si nějaký pivko, kořku a jeli jsme domů. A měli jsme hlavy vyčištěný.“ (H4)*

Tento postup se ale neuplatňuje u situací, kdy si byli respondent se zemřelým kolegou velmi osobně blízcí nebo byl rozsah události větší než obvykle.

*„Ted' to bylo opravdu mimořádný, že tam jako zůstali dva naši kámoši, takže ono do toho pohřbu jsme v celku nějak, nechodili jsme prostě do hospody.“ (H6)*

*„Na pivo jsme nešli. To bysme se museli uchlastat.“ (H8)*

Humor je u hasičů v zátěžových situacích využíván velmi často. V některých případech tohoto výzkumu se objevil také, ale v nižší míře. Bylo ovšem zdůrazněno, že nikdy nežertovali přímo o této konkrétní události.

*„To pomůže, člověk když s nima zažertuje. Sranda, humor prohodit. ... Žertoval jsem třeba na vrub jiných kolegů. ... Hasiči tímhle reagují. Ale ne na tu událost. Na tu událost rozhodně ne.“ (H6)*

*„To se může zdát, že hasiči jsou takoví občas cynici, maj rádi černej humor. Ono je to takovej únik od té reality, ale tady tohle je takový víceméně spíš tabu.“ (H4)*

Pozitivně byla hodnocena nabídka pomoci od vedení, což přímo souvisí se subkategorií „Reakce okolí“ – „Reakce vedoucích pracovníků“.

*„Musím říct, že reagovali velice kladně. Pokud jsem potřeboval, jestli tam odvíst nebo tam odvíst, tak mě vždycky vyšli vstříc.“ (H2)*

*„Udělalí s náma sezení, přímo nadřizení, pobavili se o tom s náma. Bylo poskytnuto spoustu možností ze strany zaměstnavatele.“ (H5)*

Další složkou sociální opory, která byla využita účastníky výzkumu, byla podpora přátel, kteří nejsou příslušníky HZS. Vždy ovšem šlo o rozhovory s lidmi, se kterými hasiči udržovali dlouhodobé vztahy a kterým mohli důvěřovat.

Specifickou skupinou pak byli příslušníci ostatních bezpečnostních sborů a záchranné služby.

*„Kamarádi od policie, i od záchranky, s těmi lidmi si člověk může popovídat otevřeně, oni ví, o jaký problém se jedná. Jak v pracovně – právním vztahu, tak co obnáší ten výkon služby. Líp se na to pak dá zkusit udělat pohled trošku i z druhé strany.“ (H3)*

## **Pomoc psychologa**

Protože úmrtí kolegy při výkonu služby je v zákoně o služebním poměru zařazeno do skupiny extrémně traumatizujících událostí, při kterých je zejména poskytována posttraumatická intervenční péče, ve většině případů v tomto výzkumu byla hasičům poskytnuta pomoc psychologa Hasičského záchranného sboru. Výjimkou byly události, které se odehrály před rokem 2003, kdy Psychologická služba ještě neexistovala.

Kladně byla hodnocena komplexnost přístupu, kdy byla využita forma individuálních rozhovorů Face to face a skupinový debriefing.

*„Probrali jsme to, všechny ty debriefingy a já nevím, jak se to všechno nazývá. To všechno proběhlo. ... Tehdy to bylo takový nový, tak jsme to brali tak jako s rezervou, ale myslím, že to určitě smysl má.“ (H4)*

*„Co se osvědčilo, tak se sejít a udělat ten debriefing. Tak si o tom vykládat. ... Ze začátku se ti hasiči stydí, ale pak se jeden rozpovídá a už to jede. Rozpovídaj se všichni a trvá ten debriefing třeba dvě hodiny.“ (H6)*

V očích hasičů také dobře fungovalo shrnutí individuálních strategií a nasměrování každého k využití jeho strategií, které mu v minulosti pomohly.

*„Každého se zeptal, jakým způsobem se třepáváme stresu po práci. Každého se zeptal a každému doporučil. Jo, tohle s náma probíral.“ (H5)*

## **Fyzická aktivita**

Fyzická aktivita je v hasičské profesi na denním pořádku. Proto také využívají sportovní aktivity a práci k vyrovnávání se se zátěžovými situacemi. Subkategorii „Fyzická aktivita“ můžeme zařadit mezi copingové strategie „Zaměření na problém“, protože jedinec jejím prostřednictvím modifikuje své chování.

*„Já jsem ve tři ráno prostě sedl na kolo a jezdil jsem po městě, abych se nějakým způsobem unavil. ... Takže z mého pohledu byla nejúčinnější ta fyzická únava. Ta pomohla té hlavě jako kdyby přepnout.“ (H7)*

V rozhovorech s veliteli a vedoucími pracovníky jsme vypožorovali zajímavý trend, kdy práce byla využívána jako prostředek, který využívali k pomoci hasičům, kteří byli přímými svědky události. V takovém případě by tato strategie patřila do skupiny „Minimalizace hrozeb“, protože jde o cílené odpoutávání pozornosti.

## **Zájmy**

Někteří hasiči označili své koníčky jako strategii, která jim pomohla zvládnout situaci. Ať už se jednalo o poslouchání hudby, rybaření nebo prolézání starých štol. Využívání svých zálib při vyrovnávání se se smrtí kolegy odpoutává pozornost a spadá tak do skupiny strategií „Minimalizace hrozeb“.

*„Já se léčím, že jezdím do lesa a na ryby. Takže já se vyléčím tak, že si sednu do přírody, jsem tu sám, a prostě přemýšlím si o nesmyslech.“ (H1)*

## **Samota**

Utřídění myšlenek bylo zmiňováno v několika rozhovorech jako prostředek k uvědomění toho, co se stalo. Hasiči uváděli, že u zásahu je u nich „naprogramováno“ spíše technické myšlení, aby dokázali správně odvést zásah. Možnost přehrát si událost znovu v myšlenkách jim pomůže k setřídění vzpomínek, uvědomění si, jaký byl jejich postup. V případě, že člověk dojde k závěru, že udělal vše, co mohl, zařadíme copingovou strategii do skupiny „Pozitivní myšlenky“. Pokud ale dojde k negativní interpretaci, řadíme ji do skupiny „Negativní pohled“.

## **Pomoc rodině zemřelého**

Tato subkategorie úzce souvisí se subkategorií „Reakce okolí“ – „Reakce pozůstalých“. Pokud reakce rodiny byla neobviňující a byl vytvořen kontakt, který mohl být zprostředkovatelem pomoci, byla taková pomoc rozhodně poskytnuta. Jednalo se o finanční podporu, která byla zprostředkována Nadací policistů a hasičů, nebo která byla poskytnuta přímo od hasičů. Další formou bylo „přiložení ruky k dílu“ v případě, že např. zesnulý hasič stavěl nebo opravoval dům. Ale nejen taková hmotná pomoc, ale opora obecně. Doprovod manželky na koncert apod. Tato podoba copingu spadá do skupiny „Zaměření na problém“.

*„Tak jsem to cítil, že ten proud byl jedním směrem. Všichni to jako kdyby vnímali tak, aby se pomohlo. Byla tam velká solidarita. Já jsem to tak vnímal, jako prostě pokud tady tyhle rodiny budou něco chtít, tak to bereme automaticky, že prostě pro ně uděláme všechno.“ (H7)*

*„My se známe a stýkáme. Nedávno jsme jim pomáhali sehnat náhradní ubytování a kluci ze směny byli ochotní a pomáhali při stěhování a při opravě toho bytu, do kterého se stěhovala.“ (H4)*

*„Zaměřil jsem se asi na to, abych pomohl té manželce taky. Jo, protože to mně přišlo důležitější, než se prostě zabývat sám sebou.“ (H8)*

### **Alkohol, cigarety, káva**

Zvýšená konzumace alkoholu nebyla v tomto výzkumu prokázána. Konzumování alkoholu bylo spíše formou prostředku k rozmluvení, což souvisí se subkategorií „Sociální opora“.

Naproti tomu zvýšená spotřeba cigaret a kávy byla zaznamenána většinou po delší dobu. Vždycky však došlo k samovolnému snižování až na původní hladinu.

*„Byl jsem kuřák, tak jsem chodil furt ven a hulil jsem. To vim, a pil kafe.“ (H6)*

Strategie konzumace alkoholu, kávy a kouření cigaret má za cíl odvedení pozornosti a patří tak do skupiny „Minimalizace hrozeb“. Zneužívání drog nebylo v tomto výzkumu zaznamenáno ani v jednom případě.

### **Čas**

Jak pravily už naše prababičky – čas je nejlepší lék. To platilo i v případě respondentů tohoto projektu. Jako důležité vnímali nechat čas, aby zhojil rány. Potřebu času zdůrazňují také Čírtková & Vitoušová (2007).

*„Tím odstupem času a jak jsem se s tím... tak to strašně vyšumělo. Jak se říká, fakt ten čas zahojí vše.“ (H1)*

### **Vyhýbání**

Strategie vyhýbání patří do skupiny copingu „Minimalizace hrozeb“, protože její snahou je odpoutat se od události, nezabývat se jí. Tyto strategie byly zmiňovány velmi ojediněle. Jednou z forem byla myšlenka odchodu od HZS. Taková možnost byla zvažována především v souvislosti s posttraumatickými symptomy a vědomím rizik, která s sebou tyto symptomy přinášejí u zásahu.

*„My jsme se spíš snažili tomu, bych řekl, potom možná i vyhnout. Nebo jsme se o tom nechtěli bavit vzájemně.“ (H1)*

#### **11.1.3. Dlouhodobější důsledky**

Celá událost se svým kontextem, reakcemi, výběrem vyrovnávacích strategií a postupů v sobě přinese i následky, které se objeví až po nějaké době. V některých případech by mohly být označeny jako známky posttraumatického rozvoje. Nicméně

ani u jednoho z hasičů nebyly zaznamenány v takové míře. Domnívám se, že je to dáno především povahou události.

### **Zkušenost**

To, že situace, kterou zažili, přinesla do jejich života novou zkušenost, potvrdili všichni respondenti. Zároveň se však většina z nich pozastavila nad tím, zda šlo o zkušenost pozitivní nebo negativní.

*„Jde o úplně novou zkušenost, posun, jak jsem s tím člověk vyrovnal. ... Nevím teda jestli ta zkušenost je dobrá nebo špatná.“ (H1)*

Pozitivně ji vnímali především lidé, kteří se zesnulým neměli hluboký vztah.

*„Člověka to v něčem jako spíš posiluje, než aby ho to sráželo. ... Protože jako kdo se s tím nesetkal, nezažil na vlastní kůži, tak neví, netuší. Kdežto my už tu zkušenost máme.“ (H3)*

### **Zranitelnost**

Uvědomění si vlastní zranitelnosti hrálo podstatnou roli především u hasičů, kteří byli přímo zasahujícími.

Důležitou roli mělo u hasiče, který byl sám u zásahu zraněn.

*„Jsem daleko víc opatrnější. ... Protože ta tělesná schránka je strašně zranitelná.“ (H2)*

Zmiňováno ale bylo, že s odstupem času se tato opatrnost vrátila do normálu.

*„Nějakou dobu potom si lidi dávali víc pozor, jo, protože stát se může cokoliv. Ale to zase za nějakou dobu odezní.“ (H8)*

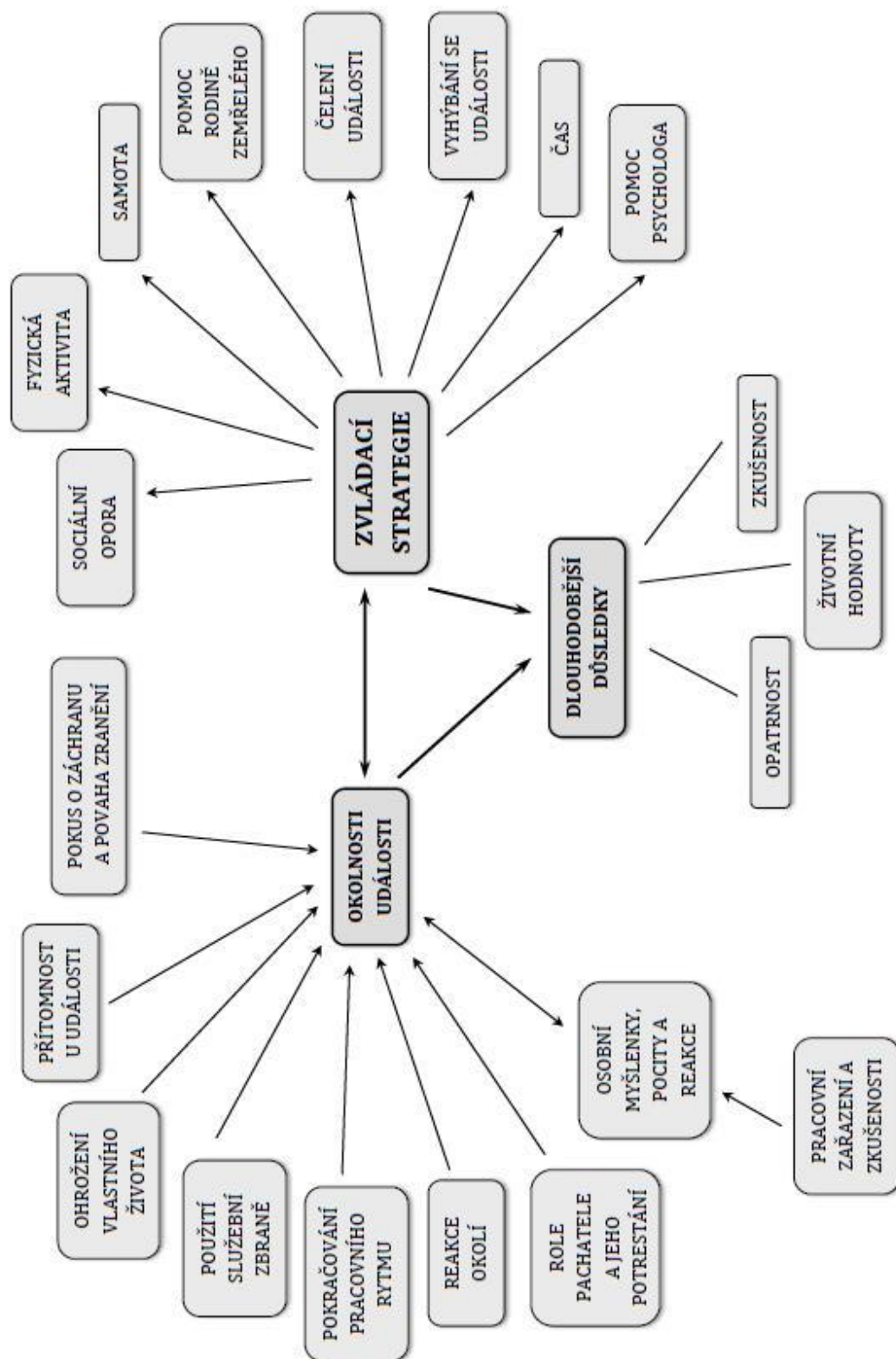
### **Životní hodnoty**

Priority hasičů a jejich žebříček hodnot jsou značně ovlivněny charakterem událostí, se kterými se při své práci setkávají. Proto spíše než k přehodnocení hodnot došlo k jejich potvrzení.

*„To na čem já stavím nějaký svoje hodnoty, jak je mám seřazený, tak mi to přijde, že se to tady tímhle nějakým způsobem utvrdilo.“ (H7)*



## 11.2. Výsledky výběrového souboru příslušníků PČR



**Obrázek 4:** Souhrn procesu působení situace úmrtí kolegy u příslušníků Policie České republiky

### **11.2.1. Okolnosti události**

Okolnosti události jsou pomocnou kategorií ovlivňující následný výběr zvládacích strategií také u příslušníků Policie České republiky.

#### **Přítomnost u události**

Dimenze přítomnosti u události hrála v procesu zvládnání velkou roli. Z výběrového souboru byli 3 policisté přímo přítomni situaci, kdy zemřel jejich kolega. V jednom případě byl příslušník ve službě, ale nebyl povolán na místo události. V ostatních případech se událost stala v osobním volnu respondentů (dovolená, jiná směna apod.).

V případě přítomnosti u události se u těchto konkrétních lidí vyskytl vyšší počet příznaků posttraumatického stresu. Paleta zvládacích strategií, kterou tito příslušníci v takovém případě použili, byla mnohem pestřejší než u ostatních.

#### **Ohrožení vlastního života**

Ze tří policistů, kteří byli přítomni na místě události, byli dva v přímém ohrožení vlastního života. Ani jeden z nich nebyl zraněn. I tak ale bezprostřední ohrožení ovlivnilo vnímání situace a její zvládnání.

*„Já jsem doběhl na kraj a těsně za sebou jsem vlastně ucejtil, jak prolítlo to vozidlo.“ (P4)*

*„Začalo se střílet. Vystřelil na kolegu, pak se otočil a vystřelil na mě. Za mnou pak byla díra někde ve skle.“ (P7)*

#### **Pokus o záchranu a povaha zranění**

O záchranu kolegy – policisty se pokusili všichni tři přítomní. Ve všech třech případech byla povaha vnějších zranění velmi vážná (zásah střelnou zbraní do srdce, utržená končetina, vdechnutí bahna při potápění). Ve všech případech ovšem respondenti hodnotili možnost poskytnout kolegovi pomoc velmi kladně.

Ve dvou případech se policisté domnívali, že jejich kolega by mohl být zachráněn, protože neznali celkový stav (především vnitřní zranění).

*„Nastal šílenej poprask. ... Tak jsme tam všichni naskákali a začali jsme ho hledat. To trvalo asi tak tři a půl minuty nebo čtyři, kdy jsme ho našli. Tak jsme ho vyvlekli na ten břeh a teď v ústech měl bahno. Rozřezali jsme na něm ty popruhy a začali s resuscitací. ... Ten vrtulník tam byl asi tak za 17 minut, takže defibrilátor a*

*zkoušeli jsme ho nahodit. A pak tam nastala nějaká reakce toho srdce, to se jako rozbouchalo.“ (P5)*

*„Chvíli to vypadalo, že ani nemá hlavu, ale to mu jen přelítla bunda. Takže jsem tam rychle utíkal, ale když jsem viděl rozsah těch zranění... On měl vlastně pod kolenem utrženou nohu, která ani nikde nebyla vidět, že by někde ležela. ... Takže jsem sundal vestu tu reflexní a zaškrtil jsem mu tu nohu, která krvácela, a zjistil jsem, že teda dýchá ... Ale pořád jsme si mysleli, že to přežije, ale prý měl hodně rozsáhlá ta vnitřní zranění.“ (P4)*

Jeden policista vzhledem k povaze zranění poskytl spíše než zdravotnickou pomoc občanskou podporu.

*„Nevěděl jsem, jak mu mám pomoci. On měl přímo zásah do srdce, takže to už mu člověk vlastně ani pomoci nemohl. Jediný, co prostě šlo, tak jsem ho prostě chytil za ruku a držel jsem za ní do té doby, než přijela záchranka. ... Nic víc jsem udělat nemohl.“ (P7)*

### **Reakce okolí**

Subkategorie „Reakce okolí“ je sycena několika dalšími proměnnými. Ve všech souvislostech také zpětně ovlivňuje volbu strategie zvládnání „Sociální opora“.

Reakce pozůstalých ve výběrovém souboru policistů nebyla zaznamenána v negativním směru ani v jednom z případů. Naopak policisté ve většině případů navázali kontakt s rodinou zesnulých kolegů, který udržovali nebo udržují dlouhodobě. Tato dimenze subkategorie „Reakce okolí“ významně ovlivňuje využití zvládacích strategií v subkategorii „Pomoc pozůstalým“.

*„Já vlastně jednu dobu jsem tam hodně chodil na návštěvy k tý jeho přítelkyni a rodičům, protože se jim pak vlastně narodila ta dcera malá. Byl jsem s nima jako v kontaktu hodně. (P7)*

*„Hodně jsem tam jezdil za těma rodičema, byl jsem tam vlastně skoro denně. A dodnes se s nima vídám. Teď třeba jedeme společně na dovolenou.“ (P8)*

Reakce kolegů se u policistů projevila jako významná proměnná pouze ve dvou případech, kde bylo nejprve popisováno velké semknutí směny a následné rozpadnutí kolektivu a odchod většiny kolegů na jiná pracovní místa v rámci PČR i mimo ni.

*„Tady byl výbornej kolektiv, my jsme se tady sešli dobrý lidi, byli jsme taková fajn parta. ... Postupem času se dá říct, že se ten kolektiv rozpadnul. Ty lidi, který tady sloužili, tak si řekli „Tohle nemám zapotřebí, půjdu radši někam jinam“. Během takových dvou let zhruba pět lidí odešlo.“ (H7)*

### **Osobní myšlenky, pocity a reakce**

Vnímání události jednotlivými dotazovanými je ovlivněno několika dimenzemi (např. dosavadní zkušenosti, souběh více událostí), které se prolínají s „Kontextem události“ a vzájemně na sebe působí.

Všichni policisté jako první reakce popisovali nemožnost uvěřit, že se něco takového stalo, šok a víru v to, že se zdravotní stav jejich kolegů zlepší.

*„To je hroznej šok. Jak blesk z čistýho nebe. Byla to taková jedna velká depka.“ (P1)*

*„Nikdo tomu nechtěl věřit, že by se něco takovýho mohlo stát.“ (P2)*

*„Pořád jsme si mysleli, že to přežije.“ (P4)*

Policisté přítomní na místě události popisovali počáteční automatické jednání při snaze kolegovi pomoci a následnou bezmoc.

*„V tu chvíli to je takovej fojfr, že člověk vůbec nepřemýšlí a reaguje tak nějak automaticky. Fungovalo to tam jako dobře zaběhnutej stroj. Každý věděl, co má udělat, nikdo nezmatkoval. A pak když odlítnul ten vrtulník, tak jsme tam na tom břehu seděli jak zmoklý slepice, se slzama v očích někteří. Na jednu stranu tam máte bandu chlapů, která obrazně dokáže skály lámat, no a pak ... jste úplně bezmocnej.“ (P5)*

*„Když se to stalo, v tu chvíli to bylo hrozně rychlý. Člověk si neuvědomuje vůbec nic. To všechno přijde až potom.“ (P7)*

V jednom případě došlo k opakovanému prožití podobné události a otevření nezpracovaného zážitku smrti jiného kolegy z doby před deseti lety. Podle základních charakteristik policista bezprostředně po události vykazoval známky retraumatizace.

*„Já už jsem jednu tuhle zkušenost měl, už jsem to vlastně zažíval podruhý. Tak to bylo pro mě jako nepředstavitelný. A furt jsem jako na to musel myslet a tak.“ (P8)*

U některých policistů (u všech, kteří byli přítomni události, i u dalších) jsme zaznamenali zmínku o posttraumatických symptomech, které se ale po nějaké době

po události ve všech případech vytratily. Nejčastěji byly zmiňovány zlé sny, vracející se vzpomínky, nesoustředěnost a únava.

*„Mě se hodně jako vracely vzpomínky. Jak na toho kluka, tak na tu událost.“ (P4)*

*„Nemohl jsem spát dlouho. Noc co noc jsem se budil, spocenej, vyklepanej. Zdály se mi sny o tom. A zdály se mi o dalších, že se zase někde střílí a takhle furt dokola. Nemohl jsem se vlastně vůbec soustředit na nic. Když jsem si chtěl číst, tak jsem vlastně ani nevěděl, co čtu.“ (P7)*

Důležitou proměnnou je osobní historie konkrétního policisty. Jeho pracovní zařazení, náplň práce a dosavadní zkušenosti významně přetváří vnímání události, které je svědkem.

*„S tou smrtí se potkáváte de facto denně. Každý den Vás někam volaj. Ať to je násilná smrt nebo ty náhlý různý úmrtí nebo sebevraždy. Takže jsem si vybudoval takovej nějakěj obrannej val. Prostě si to nemůžete v týhle práci tak brát.“ (P5;pracoval na oddělení vražd)*

*„Bylo to jiný v tom, že to byl kolega, nicméně jak práce hasiče, tak policisty spočívá v tom, že se u takových situací objevujete dost často. A je to opravdu o tom, že svým způsobem si na to časem zvyknete. Člověk už na to byl tak nějak připraveněj, protože už se s tím prostě smířil.“ (P4)*

### **Pokračování pracovního rytmu**

Pokračování pracovního rytmu zmiňovali policisté jako důležitou linku v kontextu nutnosti zachovat chod oddělení. Policisté ve dvou případech kvitovali rozhodnutí nadřízených nevyjíždět bezprostředně po události (dopravní nehoda) do terénu. Toto rozhodnutí ovšem souvisí s pracovní náplní a úkoly jednotlivých složek policie. Omezit činnost si nemůže dovolit každé pracoviště.

*„Tři dny jsme prostě nevyjížděli do žádný akce. To bylo dobrý rozhodnutí. Na všech bylo vidět, že se jim za volant nechce.“ (P1)*

*„Tenkrát nám řekli, že kdo se na to necejtí, tak že jezdit nebude. To museli udělat pro bezpečnost těch podřízených.“ (P2)*

*„Pak už nebyl nějak čas se tím zabývat. Druhej den už zas člověk musí normálně do práce. Ten služební život musel běžet dál.“ (P3)*

Negativně bylo vnímáno postavení mimo službu jednoho příslušníka, který byl přítomen události.

*„Na tejdén jsem byl postavenej mimo službu, ale pro mě to bylo snad ještě horší, že jsem doma, než kdybych byl v práci a vlastně normálně se zapojil do normálního života.“ (P7)*

V jednom případě policista odjel po události na dlouhodobou dovolenou do zahraničí. V tomto případě bylo vyrovnávání zkomplikované také dualitou události. Pravděpodobně tak nedošlo k dokonalému zpracování události.

*„Furt jsem tomu nevěřil a všechno mě to došlo, až když jsem odletěl. Všechno jsem si to uvědomoval až tam v tý Americe. Tak jsem byl vlastně měsíc pryč, a když jsem se vrátil, tak se o tom už nemluvalo.“ (P8)*

### **Použití služební zbraně**

Použití služební zbraně bylo v těchto případech zaznamenáno pouze jednou (P7). V rámci vyrovnávání se s událostí se jeví jako pravděpodobné, že tento fakt byl zastíněn smrtí kolegy. Mohl ovšem tuto událost ještě více umocňovat. Zbraň byla prokazatelně použita v odůvodněném případě.

### **Role pachatele a jeho potrestání**

Role pachatele v kontextu situace smrti kolegy je bezpochyby jednou z nejdůležitějších dimenzí.

*„Kvůli žádnýmu pachateli nesmí umřít policajt. To za to žádnej ten pachatel nestojí.“ (P1)*

Není totéž, když policista zahyne při pronásledování pachatele (P1, P2) nebo je pachatelem přímo zabit (P3, P4, P6, P7, P8). Rozdíl ve vnímání a vyrovnávání se s událostí souvisí také s úmyslem.

*„Tam byla jedna kamera namířená přímo k nám, tam to bylo všechno vidět. Bylo evidentní, že jsme oba utíkali stejným směrem a on ten směr toho auta točil pořád na nás. Bylo evidentní, že jede na nás, že nás chtěl srazit.“ (P4)*

V případě P6 pachatel v cele předběžného zadržení spáchal sebevraždu, v případech P7, P8 byl pachatel zastřelen při přestřelce, ve které zemřel i policista, a v případech P3, P4 byl pachatel dopaden a odsouzen. Potrestání pachatele bylo vnímáno jako částečné zadostiučinění.

*„To byla taková satisfakce za to, co provedl. Protože do té doby jsem ve sdělovacích prostředcích nikdy neviděl, že by někdo dostal takto vysoký trest za to, že srazil policistu.“ (P4)*

### **11.2.2. Zvládací strategie**

Strategie zvládání jsou postupy, které policisté v tomto výzkumu využívali v případě situace úmrtí kolegy při výkonu služby. V případě příslušníků policie při výběru konkrétních strategií velmi záleželo na předchozích zkušenostech a pracovním zařazení. Zkušení policisté, kteří za svou praxi čelili mnohým potenciálně traumatizujícím událostem, měli vytvořené systémy strategií, které v konkrétních případech používají. Ty se nelišili ani v případě vyrovnávání se s úmrtím kolegy. Policisté s menšími zkušenostmi teprve hledali účinné strategie, proto jich vyzkoušeli vícero. Copingové strategie byly také voleny na základě souvislostí, které se k situaci pojily („**Okolnosti události**“).

### **Sociální opora**

Strategie vyhledávání sociální opory byla užívána všemi účastníky výzkumu z řad policistů bez ohledu na ostatní okolnosti. Obsahově bychom sociální oporu mohli zařadit do skupiny copingu „Zaměření na problém“, protože jde o využití přirozeného sociálního prostředí a komunity. Volba zdroje sociální opory byla modifikovaná především subkategorií „Reakce okolí“ kategorie „Okolnosti události“.

Jako nejvýznamnější zdroj sociální opory byly označeny partnerky policistů. Podporu partnerky nevyužili pouze dva dotazovaní, protože jeden z nich byl v době události svobodný a druhý byl v rozvodovém řízení.

*„Pro mě byla rozhodně největší pomocí manželka. My jsme k němu měli tak nějak stejně daleko, i ty naše manželky se znaly. Takže jednoznačně ona.“ (P2)*

*„Z psychologického pohledu je vždycky dobrý si o tom popovídat. Takže vlastně tak nějak přirozeně jsem si o tom doma povykládal s manželkou.“ (P6)*

V souvislosti s dimenzí „Reakce kolegů na stanici“ si policisté volili jako jeden z významných zdrojů sociální opory své kolegy. Jednalo se o počáteční rozebrání události v kruhu kolegů.

*„Rozebírali jsme to, nějak jsme si to v tom kolektivu vyřešili. Mě hodně posilovalo to, že jsem viděl, že jsme se za měsíc prostě oklepali, ten kolektiv se zase rozběhnul a fungovalo to všechno dál. Že prostě se ten barák nezhroutil a neskončilo to.“ (P1)*

*„Je lepší si o tom popovídat než to v sobě nějak dusit, že to taky člověku nějak pomůže. Tak v práci jsme o tom povídali ještě dlouhou dobu.“ (P2)*

*„U nás jsme to tady tak nějak nečekali, protože tady ty tři vesničky, co máme na starosti. Tak jsme to hodně rozebírali, povídali jsme o tom. A pak téměř všichni kolegové se vydali k tomu soudu, kde jsem vypovídal, tak to se mě hodně líbilo.“ (P4)*

*„Hodně mi třeba pomohlo, když mi třeba psali kluci z práce, třeba kamarádi, co jsem s nima byl v Praze na policejní škole. Tak mi psali, volali, jak jsem na tom. Tak to mi třeba pomáhalo, to mi jakoby zvedalo tu náladu.“ (P7)*

Policisté, kteří pracovali na odděleních s vyšší mírou potenciálně traumatických událostí, uvedli jako jednu ze strategií zvládnání také humor. Stejně jako u hasičů ovšem nikdy nežertovali o této konkrétní události,

*„Ta práce u té policie je opravdu specifická. Tam fungují takový vtípky a žertíky mezi kolegama. Nebo nějaký poznámky k té situaci. To je takovej obranný mechanismus na tu situaci krizovou, která tam je. Ale v tuhle tu chvíli to chápete úplně jinak, než když tam leží někdo cizí. Tak k tomu člověku nemáte vztah, berete to prostě jako práci, ale v tomhle případě ne. To rozhodně ne.“ (P5)*

Vedoucí pracovníci byli zdrojem opory prostřednictvím provozního zajištění dalších pracovních plánů. Pozitivně byla hodnocena nabídka další pomoci, ať už psychologické nebo podpory ve vyřizování administrativních záležitostí souvisejících s vyšetřováním.

*„Můj nadřízený za mnou přišel a pomohl mi sepsat celou tu zprávu. Já mu jakoby všechno vyprávěl a on tam dopisoval ty paragrafy, aby se na něco nezapomnělo. Tímhle mi hodně pomohli, že jsem to nemusel psát sám a že mě pak ještě někde nepopotahovali, že mi někde něco chybí.“ (P7)*

### **Pomoc psychologa**

Pomoc psychologa využili z osmi respondentů pouze dva policisté. V obou případech se jednalo o krátkodobou spolupráci nikoli dlouhodobé terapeutické vedení. V dalších třech případech bylo případné využití psychologické pomoci hodnoceno jako přiznání slabosti.



### **Fyzická aktivita**

Ve výběrovém souboru policistů se fyzická aktivita jako možnost zvládnání ukázala jako významná pouze ve čtyřech případech.

*„Potřebuju se fyzicky zatížit, abych si ulevil.“ (P1)*

*„Já jsem pak pravidelně chodil běhat a plaval jsem hodně. A taky si strašně rád dělám dřevo do krbu. Byť je to teda fyzicky náročný, tak při tom já si nejvíc odpočinu.“ (P5)*

### **Samota**

Dva policisté uvedli jako nejdůležitější postup pro zvládnutí samoty a možnost utřídění si myšlenek.

*„Já mám rád takovej svůj klid, vnitřní rovnováhu, harmonii, takže jsem si to vyřešil tak nějak spíš sám v sobě.“ (P6)*

*„Já jsem spíš byl sám, jsem byl takovej jako do sebe zavřenej.“ (P7)*

### **Pomoc rodině zemřelého**

Ve čtyřech případech se respondenti snažili pomoci rodinám pozůstalých. Ať už se jednalo o finanční výpomoc nebo pomoc při dostavbě či úpravě bytů a domů.

### **Čas**

Čas jako významnou dimenzi při vyrovnávání se s úmrtím kolegy vnímali 4 dotazovaní.

*„To umí zahojit jenom čas, to nejde jinak udělat.“ (P1)*

### **Vyhýbání**

Strategie vyhýbání patří do skupiny copingu „Minimalizace hrozeb“, protože její snahou je odpoutat se od události, nezabývat se jí. Tato strategie byla zmíněna ve 3 případech.

*„Já jsem se o tom tak nějak moc ani bavít nechtěl. Nedělalo mi to moc dobře.“ (P7)*

*„Já se tomu místu tak nějak radši vyhejbám. Mám k tomu místu takovej divnej vztah. A vůbec celá ta událost je tak nějak zasunutá a moc se jí nechci zabývat.“ (P8)*

Konkrétní formou vyhýbací strategie je zvažovaný odchod od Policie ČR nebo do jiné složky PČR. Tato podoba vyrovnávání byla zaznamenána u 2 pracovníků, kteří neodešli.

*„Uvažoval jsem o změně působiště, chtěl jsem jít na kriminálku, ale od policie bych neodešel.“ (P3)*

Tato forma zvládnání se projevila také u dvou policistů, kteří již u policie nepracují. V jednom případě se jednalo o bezprostřední odchod do jiného zaměstnání na pozici starosty, s tím, že se po ukončení mandátu vrátí do služebního poměru. A ve druhém případě policista měl více důvodů, které vyústily k rozvázání služby.

*„Mě hodně pomohlo, že jsem nastoupil na místo starosty. Byla to jiná práce, hodně práce, odreagování se a to mě hodně prospělo.“ (P4)*

### **Čelení události**

Dva respondenti zdůraznili naopak důležitost neodvracet se od toho, co se stalo, ale naučit se tomu čelit, mluvit o tom, neutíkat před problémem. Jejich postup řadím mezi copingové strategie „Zaměření na problém“.

*„Je taková zásada, že buď máte možnost, jak se říká, vlíst do té vody za hodinu znova a prostě aby to člověk přerazil. Protože jakmile to neuděláte, tak to ve vás zůstane, ten strach. Člověk se toho strachu musí zbavit. A stejně je to se smutkem po někom blízkým.“ (P5)*

*„Myslím, že právě se to dá překlenout jen tak, že se tomu nebudem vyhýbat. Tak jsem to v sobě neodstavil na druhou kolej a snažil jsem se kolem toho chodit, až to vyšumí.“ (P1)*

### **11.2.3. Dlouhodobější důsledky**

S odstupem času se v souvislosti s komplexním pojetím události objeví i další důsledky, které by se daly přirovnat k posttraumatickému rozvoji. V případě jednoho příslušníka policie bychom o konkrétním posttraumatickém rozvoji opravdu mohli uvažovat, ale pro definitivní potvrzení by bylo třeba ověřit tuto domněnku standardizovaným měřícím nástrojem. U tohoto příslušníka došlo k pozitivní reinterpretaci události i přes původně vyrovnávání se s rysy posttraumatického stresu. Policista podle dostupných informací prošel všemi fázemi procesu posttraumatického rozvoje.

## **Zkušenost**

Událost jako novou zkušenost brali všichni účastníci výzkumu z řad policistů. Všichni ji ale také nevnímali jako pozitivní, pouze tři z nich dokázali najít pozitivní bod, který jim mohl být v životě nebo v další praxi užitečný.

*„Říkám si, že mě tahle událost posunula dál. Už nejsem jako všichni ostatní, už mám takovouhle zkušenost. Nebyla to zkušenost dobrá, ale musím z ní vytěžit maximum. Snažím se být díky tomu lepší i v té práci.“ (P7)*

## **Opatrnost**

Sedm policistů z osmi mluvilo o tom, že v souvislosti s prožitou událostí u nich vzrostla opatrnost. Rozvoj opatrnosti byl nárazový, ale neměl tendenci vyprchat a setrval i po delší době.

*„Vzal jsem si z toho ponaučení, že jsem opatrnější. A začal jsem se pásat.“ (P2)*

*„Vyvolalo to ve mně takovou tu reakci tý maximální opatrnosti. To, co jsem kontroloval 2x, tak teď kontroluju třeba 5x. Prostě nic bezhlavě.“ (P5)*

Opatrnost ale nebyla vždy vnímána pouze k vlastní ochraně, ale ve třech případech také z hlediska ochrany kolegů při zásazích.

*„Rozhodně jsem díky tomu daleko opatrnější a neberu nic na lehkou váhu. Ono když přijedu na místo a zastřeje mě, tak už mi to asi vadit nebude. Ale když mi zastřeje kolegu a už to bude druhé, tak to už člověk taky nemusí ani rozhodit. Takže to je taková zkušenost, že člověk ... dává si prostě větší pozor, no.“ (P7)*

## **Životní hodnoty**

Žebříčky hodnot, které mají policisté nastaveny, se s událostí změnil v malé míře. Došlo k utvrzení a přeházení některých důležitých položek. Výrazněji policisté mluvili o změně náhledu na život a celkovému zklidnění.

*„Určitě jsem si utvrdil priority. Žádněj policajt nesmí kvůli žádnýmu pachateli zemřít. To jsem dal na první místo mojí každodenní práce. Tahle situace mě prostě utvrdila, že takhle to bych měl ctít a to by si měli všichni uvědomit.“ (P1)*

*„Začal jsem víc prožívat ten život. ... A prožívám doposud.“ (P4)*

*„Došlo u mě k takovému zklidnění. Začal jsem vidět věci, který jsem řešil jako zásadní, jako méně zásadní. Neřeším blbosti už. Nestojí to za to.“ (P1)*

*„Mám úplně jinej pohled na život, jinej nadhled.“(P5)*

### **11.3. Rozdíly v procesech zvládnání u příslušníků PČR a HZS ČR**

I přes podobnost výsledků v obou výběrových souborech se mezi zvládacími strategiemi i mezi proměnnými, které ovlivňují jejich výběr a použití, najdou výrazné rozdíly dané především povahou pracovní náplně.

U příslušníků Policie České republiky nehrál vzájemný vztah k zesnulému kolegovi tak markantní roli při zvládnání události jako u hasičů. Posttraumatické reakce nebyly u policistů vázány na proměnnou blízkosti vztahu jako u hasičů. Naopak výrazně se v tomto kontextu u policistů projeví jako důležité zkušenosti a pracovní zařazení, včetně náplně práce.

Rozdíl se také projevil v návaznosti projevů posttraumatických reakcí na přítomnosti u události. Bezprostřední přítomnost u události vedla u policistů k většímu počtu a větší různorodosti posttraumatických reakcí než u hasičů.

Policisté z tohoto výzkumného vzorku nepopisovali žádné negativní reakce od okolí. U výzkumného vzorku hasičů se negativní reakce objevila u rodiny pozůstalých, u vedoucích pracovníků a v rámci medializace případů. U policistů nebyla dimenze reakcí vedení a médií vůbec zmíněna.

Rozdíl mezi oběma výběrovými vzorky byl také v následném počínání kolektivů a v reakcích kolegů. U hasičů i přes jednotlivé negativní ohlasy ani v jednom z případů nedošlo k rozpadu kolektivu. U policie po počátečním stmelení a poskytnuté podpoře došlo u jednotlivých policistů k přehodnocení smyslu práce a dalších plusů a minusů a následnému rozpadu kolektivu, kdy polovina oddělení odešla buď na jiná místa u PČR nebo do civilu.

V případě hasičů se projevil souběh více rozdílných zátěžových událostí na rozvoj posttraumatických reakcí a následné zvolení konkrétních copingových strategií. U policistů tento fakt nebyl u žádného respondenta zmíněn. V jednom případě však pravděpodobně došlo k retraumatizaci při nezpracovaném zážitku úmrtí kolegy, kdy policista tuto situaci po deseti letech zažil znovu.

Pro příslušníky Policie ČR zaujímaly významnou pozici ovlivňující vnímání události a reakce na ni dosavadní pracovní i osobní zkušenosti, pracovní zařazení a náplň práce konkrétních osob. S tím souvisí také vliv zachování pracovního rytmu po události, které si může dovolit jen některé oddělení policie.

U hasičů se také neobjevuje možnost použití služební zbraně. V tomto výzkumu ovšem tato dimenze neznamena výrazné rozdíly ve volbě zvládacích strategií.

Velmi významnou roli v procesu zvládnání zaujímá role pachatele ve smrti kolegy. Tato dimenze není v souboru hasičů uvedena. Především úmysl zabít policistu měnil vnímání události a její zvládnání. U hasičů se také neobjevila potřeba potrestání pachatele.

Ani v jednom případě nebyl policisty zmíněn alkohol jako prostředek k navázání rozhovoru po události jako u hasičů. Stejně tak nebyla uvedena podpora přátel mimo policejní sbor jako zdroj sociální opory.

Pomoc psychologa byla příslušníky HZS ČR využita v pěti případech, zatímco u policistů byla využita jen ve dvou. Obecně je u PČR vnímání psychologů spíše negativní a nadbytečné, kdy policisté vnímají využití pomoci psychologů jako přiznání slabosti a nedostatečnosti.

Policisté také méně využívali strategii fyzické zátěže pro vyrovnání se s událostí úmrtí kolegy než příslušníci hasičského sboru. U hasičů uvedli tuto strategii jako jednu z nejdůležitějších všichni, kteří nebyli zraněni a mohli využívat fyzický potenciál. U policistů byla okrajově zmíněna pouze ve 4 případech. Neuvedli také zájmy jako jednu z copingových strategií.

U policistů se objevil rozdílný fenomén nutnosti čelit události a zaměřit se na ni. Tento fenomén nebyl u hasičů v žádném případě zaznamenán.

V dlouhodobějších důsledcích události hasiči uváděli spíše uvědomění si vlastní zranitelnosti, zatímco policisté zmiňovali zvýšení opatrnosti nejen ve vztahu k vlastní osobě, ale také osobě kolegy.

#### **11.4. Podobnosti v procesech zvládnání u příslušníků PČR a HZS ČR**

Jako důležité se mi jeví také popsat konkrétní subkategorie, které jsou v procesu zvládnání situace úmrtí kolegy u příslušníků obou bezpečnostních sborů shodné nebo podobné.

Jak u policistů, tak u hasičů se jako významná složka, která se podílí na vnímaných okolnostech události, ovlivňuje rozvoj posttraumatických reakcí a rozhoduje o výběru konkrétních strategií zvládnání, ukazuje bezprostřední přítomnost příslušníka u události.

Stejně důležité pro oba výběrové soubory byla možnost podílet se na vyprošťovacích pracích a záchraně kolegů.

Bezprostřední myšlenky, pocity a reakce (bezmoc, šok...) byly v případě policistů i v případě hasičů podobné. Policisty bylo nejčastěji zmíněno automatické jednání při pokusech o záchranu kolegů. Tento fenomén bychom mohli přirovnat k nutnosti odvedení zásahu, kterou v rozhovorech uváděli hasiči. Posttraumatické reakce, které se v průběhu zvládnutí objevily, ve všech případech po čase vymizely.

Příslušníci policie i hasičů využívali sociální opory kolegů a vlastní rodiny (převážně manželky nebo partnerky) a jako důležitou zvládací strategii vnímali pomoc rodinám pozůstalých.

U hasičů i u policistů se projevila potřeba a snaha pomoci rodině pozůstalých po zesnulých kolezích.

Všichni respondenti z obou vzorků vnímali událost jako novou zkušenost v životě. Pozitivně ji hodnotilo jen málo hasičů i policistů. Z dlouhodobých důsledků bylo zmiňováno také utvrzení priorit.

V obou sborech byla zaznamenána copingová strategie potřeby samoty a času pro srovnání myšlenek a vyhýbání, které u policistů častěji vyústilo v odchod od PČR.

## 12. Diskuze

### Rozbor výsledků kvalitativní analýzy dat

Hasiči i policisté jsou specifická skupina lidí, která se denně setkává s lidským neštěstím. Po zkušenostech by již měli vědět, jaké zvládací strategie jsou pro ně vhodné a které jim pomáhají. Proto je využívali i v případě situace úmrtí kolegy. Výjimkou byl policista s krátkým trváním služebního poměru u pořádkové policie, který se přímo nesetkal s jinými potenciálně stresogenními situacemi, a copingovou strategii, která by byla v jeho případě účinná, teprve hledal. Takový případ se v tomto výzkumu objevil u jednoho respondenta.

U konkrétních dimenzí, které se objevily jak u výběrového souboru hasičů, tak u výběrového vzorku policistů, by se dalo uvažovat o **shodě** nebo přinejmenším **podobnosti** v procesu zvládání u příslušníků bezpečnostních sborů.

Jako nejvýznamnější proměnná, která ovlivňuje vnímání události i další rozvoj posttraumatických příznaků a výběr konkrétních strategií zvládání jak u hasičů, tak u policistů, je přítomnost u události. U respondentů, kteří byli přímo přítomni u události, se objevily výraznější posttraumatické reakce, které ale po čase samy pominuly, a objevila se také bohatší paleta zvládacích strategií. Celkový vliv přítomnosti u události je také ovlivněn možností podílet se na vyprošťovacích a záchranných pracích. V obou výběrových souborech se snažili poskytnout pomoc všichni dotazovaní, kteří byli nějakým způsobem u události přítomní. Důležitost poskytnutí pomoci při vyprošťování nebo záchraně kolegů si vysvětlujeme tím, že se jedná o bezpečnostní sbory a záchrana a ochrana osob je jejich úkolem, proto chtějí využít své znalosti a možnosti ve prospěch kolegy. Pomoc je obecně lidskou vlastností a pro hasiče a policisty je hlavní přirozeností.

Z výsledků vyplývá, že nejčastější strategií, kterou hasiči i policisté využívají, je vyhledávání sociální opory. To potvrdilo výsledky Kirka (2011). Důležitost sociální opory uvádějí také Chamberlin & Green (2010). Rodinu jako zdroj sociální opory uvedli všichni respondenti bez ohledu na to, ve kterém bezpečnostním sboru slouží. Jako nejdůležitější prvek považovali manželku nebo partnerku. Tu jako zdroj opory označilo 7 hasičů a 6 policistů. Ostatní byli svobodní a v tom případě sehráli důležitou roli rodiče nebo sourozenci. Všichni hasiči uvedli za zdroj podpory kontakt s kolegy na stanici. U policistů tento zdroj neoznačil pouze jeden policista, který

bezprostředně po události odjel na dlouhodobou cestu do zahraničí a nemohl tak jejich podporu využít. Využívání sociální opory obecně po traumatické události je důležité a tento výsledek tak potvrzuje výsledky Parise (2000).

Humor je u příslušníků bezpečnostních sborů popisován jako úniková reakce, která snižuje dopady ohrožujících událostí na jedince. V tomto výzkumu bylo prokázáno, že humor týkající se přímo konkrétní události úmrtí kolegy není využíván. Není vnímán jako vhodný. Tento fakt je podpořen také výsledkem diplomové práce Lucie Kollertové (2008), která uvádí, že v případě vysoké obtížnosti nebo velké „osobní blízkosti“ k typu události se jako strategie méně uplatňuje strategie „černého humoru“. Zůstává ovšem přirozený druh humoru a žertování na účet ostatních kolegů. Tuto skutečnost uvedlo celkem sedm hasičů a 5 policistů.

Coping tzv. traumatické membrány (Martz, 2010) jako prostředek zvládnání nebyl ani v jednom případě přímo zaznamenán. Jeho prvky jsou ale patrné v subkategorii „Osobní myšlenky, pocity a reakce“ u obou výběrových vzorků jako prázdno v hlavě, technické myšlení, automatické jednání a nutnost odvést zásah. Domníváme se, že tento druh copingu se uplatňuje především u zásahů s nižší osobní zaangažovaností, než je přímo úmrtí kolegy při výkonu služby.

Pomoc rodině pozůstalých se ukázala jako další velmi podstatná proměnná, kterou uvedlo celkem 6 probandů-hasičů a 4 policisté. U hasičů i policistů byl podmínkou blízký vztah se zesnulým. Kolegové se v takovém případě snažili pomoci nejen finančně, ale také přiložili ruku k dílu při dostavbě domu nebo opravě bytu. Jedná se o proaktivní druh copingové strategie, kdy se hasiči aktivně snaží změnit situaci a nasměrovat systém sociální opory k rodině zesnulého kolegy. U policistů se objevilo také poskytnutí emoční podpory a blízkosti rodině pozůstalých bez dalších finančních nebo jiných forem opory. V jednom případě policista kontaktoval a snažil se podpořit pozůstalé i přesto, že je před smrtí kolegy neznal. Kontakt s pozůstalými jako důležitý prvek ve vyrovnávání se se smrtí zmiňuje také Veilleux (2011), který se zabývá úmrtím klienta v terapii, modifikovat tento princip lze ale i na hasičský sbor a policii.

V obou souborech byla zaznamenána copingová strategie samoty, která sloužila především jako možnost kutřídění informací a vzpomínek na událost (myšlenky i emoce, které byly událostí vyvolány). V případě pozitivní reinterpretace procesu tuto zvládací strategii řadíme do skupiny „Pozitivní myšlenky“, v opačném



případě do skupiny „Negativní myšlenky“. Copingová strategie samoty se dá srovnat s účelem CISD, kdy je podporován proces zpracování prožité události skrz provedení myšlenkovou a emoční úrovní, ve které dochází k integrování jednotlivých dostupných informací ve smysluplný celek.

Hasiči i policisté také uváděli potřebu dát celé události čas. Ten je nutný pro integraci všech podstatných informací a faktů do celkového vnímání události a vyrovnání se s ní. Důležitost dimenze času potvrzuje tvrzení Čírtkové & Vitoušové (2007).

U obou sborů se v některých případech objevila copingová strategie z kategorie „Minimalizace hrozeb“ a to vyhýbání se. Tato strategie má za cíl odpoutat pozornost od události. V ojedinělých případech vyústila až ke zvažovanému či dokonanému odchodu od sboru. Pro některé hasiče byly důvodem posttraumatické příznaky, které je obtěžovaly při práci a vedly ke značným rizikům. Žádný hasič ale reálně ze služby neodešel. Od policie odešli dva příslušníci. Jeden definitivně, kdy jeho důvody byly dány především zhodnocením přínosů a rizik a dospění k závěru, že „to za to nestojí“. Druhý policista se po skončení mandátu plánuje k policii vrátit. Pro něj byl odchod od sboru strategií vyhýbání v pravém slova smyslu, kdy se chtěl odreagovat a nebýt v původním prostředí. Jedná se o zvládání orientované na únik, tak jak je popisuje Paulík (2010) nebo Výrost & Slaměník (2001).

Posttraumatický rozvoj nebyl u většiny respondentů zaznamenán. Jen v jednom případě u policisty došlo k rozvoji na všech úrovních, mohlo by se tedy uvažovat o PTG, nicméně by tento fakt musel být ověřen standardizovanými měřícími nástroji. Jako důležité se ukázaly jen některé prvky posttraumatického rozvoje – zkušenost a potvrzení priorit. Novou zkušenost v události vnímalo všech osm hasičů i všichni policisté. Jednoznačně pozitivně ji ovšem nevnímali ani jeden z nich. Domnívám se, že důvodem absence posttraumatického rozvoje jako takového je právě dennodenní setkávání se zátěžovými situacemi. Hasiči i policisté tak mají již vytvořenou vysokou míru psychologické připravenosti (Mareš 2012), mají vytvořené pevné žebříčky hodnot a stabilní náhled na život. Tuto teorii by potvrzovalo i to, že policista, u kterého se možný posttraumatický rozvoj objevil v největší míře, byl ve službě v době události velmi krátkou dobu, a neměl tedy možnost si tuto psychickou připravenost vybudovat. Dalším důvodem ovšem může být také extrémní povaha

události, protože podmínkou posttraumatického rozvoje je optimální rozmezí traumatického působení pro konkrétní jednotlivce (Mareš, 2012).

Z výsledků vyplývají některé **rozdíly**, které se projevily v procesech vyrovnávání se u příslušníků Policie ČR a HZS ČR. Domníváme se, že tyto rozdíly jsou dané především povahou pracovní náplně a celkovou organizací práce, která je u obou bezpečnostních sborů odlišná.

Prvním rozdílem, který se objevil při analýze sesbíraných dat, byl rozdílný vliv vztahu, který respondenti se zemřelým kolegou měli. U hasičů byl úzký vzájemný vztah prediktorem posttraumatických reakcí a větší variability při výběru copingové strategie. Blízkost vztahu se u hasičů promítla do všech subkategorií hlavní kategorie. To dokresluje informaci, že vztah mezi zemřelým a pozůstalým významně ovlivňuje proces truchlení (Čírtková & Vitoušová, 2007). Policisté vzájemný vztah s kolegou neuváděli jako podstatný a v procesu vyrovnávání nesehrál významnou roli. Předpokládáme, že tento fakt je dán především organizací pracovního prostředí, kdy hasiči slouží ve stálých čtyřadvacetihodinových směnách. To vede k většímu upevnění vztahů. Také při některých výjezdech k zásahům se musí spolehnout jeden na druhého a často doslova svěřit život do kolegových rukou, což také posiluje pouto, které mezi sebou hasiči mají. Policisté se naproti tomu ve službách střídají po dvanácti hodinách a střídají se také v týmech, proto jejich vztahy pravděpodobně nemají přímý vliv na proces zvládnání. Jejich míra zaangażovanosti není tak vysoká jako ve skupině hasičů. Tento fakt doplňuje teoretické východisko o intenzitě prožívání zármutku v souvislosti s prostorem, který zemřelý zaujímal v životě pozůstalého (v tomto výzkumu kolegy), který popsal Parkes (1996, in Kubíčková, 2001).

U policistů se naopak jako důležitější projevily pracovní zařazení a s tím související předchozí pracovní zkušenosti. Policisté u speciálních útvarů, kteří se častěji ve své kariéře setkávají se smrtí, popisovali událost jako méně traumatizující než policisté zařazení do služby u pořádkové policie, protože jsou na ni svým způsobem připravení, zvyklí. U hasičů nebyla doba praxe v tomto směru určující nebo v rozhovorech nebyla zmíněna jako důležitý prvek. Proto se přikláníme k doplnění Tabulky 2: Srovnání obranných a zvládacích strategií, kde zvládací strategie jsou determinovány osobností, situací a také zkušenostmi jednotlivce. Tento fakt je také uveden v práci Beatona a jeho kolegů (1999), kteří mezi proměnné ovlivňující výběr

copingové strategie řadí rozsah události, roky služby a zkušenosti, které za tu dobu nasbírali.

Přítomnost u události je další intervenující proměnnou, která se ve výzkumu objevila. Bezprostřední přítomnost u policistů daleko víc umocnila posttraumatické reakce než u příslušníků HZS. U hasičů byla také tato subkategorie rozlišena na více možností než u policistů. Mimo přítomnosti a nepřítomnosti u události byla popsána také dodatečná přítomnost, kdy hasiči přijeli provádět vyprošťovací práce, přítomnost na místě události mimo službu a přítomnost přes vysílačku. Hasiči byli na místě události přímo přítomni tři, stejně tak tři policisté. Souvislost s vyšším výskytem posttraumatických reakcí u policistů přítomných u události se pravděpodobně objevuje z důvodu rozsáhlosti a vážnosti zranění, které jejich zesnulí kolegové před smrtí utrpěli a které oni ošetřovali.

Další rozdíly se projevily v dalších reakcích kolegů a celých pracovních kolektivů. U hasičů ani v jednom případě nedošlo k rozpadu kolektivu i přes to, že se v ojedinělých případech objevily negativní ohlasy na chování a jednání některých kolegů. I přes odlišné názory ale událost úmrtí kolegy vedla ve všech případech ke stmelení kolektivu a vyšší spolupráci směny. U policistů došlo ke stmelení pouze bezprostředně po události a na krátkou dobu. Poté došlo k rozpadu kolektivu. Vysvětlujeme si to také organizací pracovního procesu, kdy hasiči ve stejných týmech pracují léta, a velmi dobře se proto znají, zatímco policisté se ve službách střídají různě. Také povaha práce je jiná. Zatímco hasiči zachraňují z hořících budov a havarovaných aut, u práce policistů se jedná především o represivní formu práce. Také možné problémy na konkrétním oddělení (nedostatek podpory od vedení, špatné vztahy na pracovišti apod.) mohly být důvodem odchodu těchto policistů mimo službu či do jiných složek PČR.

Souběh více rozdílných událostí byl uveden pouze hasiči, což u konkrétních jedinců mělo vliv na výběr zvládacích strategií. U policistů se souběh více různých událostí neprojevil. V jednom případě ale policista zažil smrt kolegy ve službě již podruhé a pravděpodobně u něho došlo ke znovuotevření nedokonale zpracovaného předešlého zážitku umocněného podobnou novou zkušeností. Tento policista ale zároveň striktně odmítal jakoukoli pomoc policejního psychologa. Rozdíly mezi policisty a hasiči v tomto případě připisujeme rozličnosti jednotlivých výběrových vzorků.

Mezi okolnosti události, které ovlivňují výběr copingové strategie, patří použití služební zbraně, které v práci hasičů nefiguruje. V tomto výzkumu se tato okolnost objevila pouze v jednom případě, kdy byla zbraň použita adekvátně situaci. Tento policista neuváděl při rozhovoru použití zbraně jako traumatizující událost, ale pouze popisoval situaci jejího použití v rámci celého popisu události. Může to být ovlivněno tím, že použití zbraně bylo zastíněno smrtí kolegy, která mohla být subjektivně prožívána extrémněji. Dopad úmrtí kolegy ale naopak mohlo použití střelné zbraně ještě více umocňovat. Obě tyto události Čírtková & Spurný (2001) uvádějí v kategorii hraniční zátěže u exponovaných událostí. V tomto výzkumu se neobjevila psychická reakce tzv. „post-shooting trauma“ tak, jak ji popisuje Čírtková (2004) nebo Vágnerová (2003b, in Val'ko, 2011). Důvodem odvedení pozornosti od střelné zbraně ale také mohlo být to, že celý rozhovor byl zaměřen hlavně na úmrtí kolegy a fakt, že respondent při výjezdu použil zbraň, se mu ve chvíli rozhovoru zdál méně důležitý pro výzkumný záměr.

Do procesu vyrovnávání se se smrtí kolegy ve službě u příslušníků Policie České republiky se přidává další element - pachatel. Role pachatele u události je bezpochyby jednou z nejdůležitějších dimenzí, které mají vliv na vnímání a vyrovnávání se se situací. Pachatel jako další člověk, který měl vliv na vzniklou situaci, se v tomto výzkumu objevil u 7 z osmi respondentů. Ve dvou případech se jednalo o úmrtí při pronásledování jiného pachatele, v dalších pěti případech pachatel policistu přímo zabil (zastřelení, sražení autem, pobodání). Neoddiskutovatelným faktem, který umocnil stresogenní povahu situace, byl především vnímaný úmysl policistu zabít. Pachatel jako intervenující proměnná ve zvládnání situace nebyl hasiči ani v jednom případě zmíněn, protože se pravděpodobně nejednalo o události, kde by pachatel hrál tak významnou roli ve smrti kolegy jako u policistů. Důvodem může být ale také fakt, že se výzkumnice na toto téma u hasičů přímo nezeptala.

I přes to, že nejčastější copingovou strategií u obou bezpečnostních sborů je vyhledávání sociální opory, objevil se zde rozdíl ve zdroji opory přátel mimo sbor. Hasiči tohoto zdroje využili v pěti případech, kdy zdrojem byli přátelé, kteří nejsou příslušníky HZS, ale ve 4 případech byli příslušníky PČR nebo záchranáři. U policistů se tento jev nevyskytl ani v jednom z popisovaných případů. Domníváme se, že tento fakt je částečně ovlivněn služebním tajemstvím a částečně výběrovým souborem a jejich vazbami na přátele mimo službu, dále důvěrou, kterou mezi sebou sdílí.

Důvodem by mohlo být také vyhýbavé chování přátel, které popsala Porterfieldová (1998), kdy nevědí, jak se k policistovi mají v takové chvíli zachovat, a proto se ho raději straní, ale tento fakt nebyl v rozhovorech přímo zmíněn.

V souvislosti se sociální oporou se při analýze ukázal ještě jeden rozdíl – policisté nevyužívají strategie alkoholu jako prostředku k uvolnění a rozpovídání tak jako u hasičů. V jejich případě byl alkohol zmiňován ne jako vyhýbavá copingová strategie v pravém slova smyslu, kterou bychom zařadili do kategorie „Minimalizace hrozeb“, ale jako pomůcka k uvolnění atmosféry a vytvoření snadnějšího kontaktu a možnosti sdílení a přijímání emoční a v některých případech i informační sociální opory (Schaefer, et al., 1982, in Lazarus & Folkman, 1984). Tento fakt ovšem nebyl zmiňován u hasičů, kteří měli úzký osobní vztah se zemřelým. V tomto bodě se shodujeme s Kollertovou (2008), která došla ke stejnému závěru. Ovšem rozcházíme se s upozorněním na alkohol jako copingové strategie, tak jak je uvádějí Bacharach, Bamberger & Doveh (2008). Tito autoři považují užívání alkoholu za jednu z maladaptivních strategií, kterou pracovníci záchranných složek často používají. Důvodem různorodosti výsledků může být specifická událostí úmrtí kolegy, individualita jedinců v tomto výzkumu nebo malý výběrový vzorek, jehož výsledky se nedají zobecnit na celou základní populaci. Důvodem ale také může být rozdíl mezi kulturními zvyklostmi, protože citovaný výzkum Bacharacha, Bambergera & Doveha (2008) byl prováděn v USA s hasiči sloužícími v New Yorku.

Pomoc psychologa využilo v případě hasičů 5 příslušníků, 1 nevyužil a ve dvou případech nebyla psychologická služba ustavena. Využití pomoci psychologa HZS mělo také své dimenze. U událostí, které se staly před vznikem této služby, tedy před rokem 2003, nebyla tato pomoc vůbec dostupná. Zpočátku jejího poskytování byly reakce hasičů poněkud rezervované. Neměli s poskytováním posttraumatické péče zkušenost. Postupem času však zkušenosti hasičů vzrostly. S poskytováním péče se setkávali nejen v rámci vlastní potřeby, ale především díky vyškoleným kolegům, kteří v terénu pomohli zasaženým lidem. Kladně byly také hodnoceny stáže na stanicích, kdy psychologové společně s hasiči sloužili na směnách. Tento výsledek potvrzuje i diplomová práce Evy Špičkové (2006), ve které se ukázalo, že osobní zkušenost nebo větší znalost Psychologické služby pozitivně ovlivňuje přístupnost hasiče k posttraumatické péči. Velmi kladně byla hodnocena pomoc psychologa formou individuální konzultace používaných copingových strategií a jejich další

doporučení. Tento prvek je zakotven i v použití CISM. V ojedinělých případech, ve kterých byla poskytnuta posttraumatická péče, byla podotknuta časová prodleva od události. Jsme si vědomi časové náročnosti na práci psychologa v souvislosti s jejich rozložením v republice. Důvodem prodlevy může být nevyžádání psychologa od velitele, čemuž by se dalo předcházet vyšší informovaností, ale také zaneprázdněnost psychologa. Nicméně z výzkumu vyplývá, že by v některých případech bylo vhodné zrychlit poskytnutí odborné pomoci. Tento prvek se objevuje i ve výsledcích práce Evy Špičkové (2006). Jednou z možností by v případě zaměstnání krajského psychologa bylo jednorázové oslovení a pomoc od psychologa HZS z jiného kraje. Podle povahy události by pak mohl buď provést intervenci a zaopatření hasičů na místě události, nebo pokud by bylo možné převzít povinnosti příslušného psychologa, který by se tak plně mohl věnovat „svým“ hasičům, a zajistit tak i plynule navazující péči. Tento postup je v dnešní hasičsko-psychologické praxi zakomponovaný. Díky tomu např. působil psycholog HZS OL v Moravskoslezském kraji při jedné z událostí mapovaných v této rigorózní práci.

U policistů využili nabídku pomoci služebního psychologa pouze dva respondenti a ve třech případech byla tato pomoc odmítnuta a vnímána jako přiznání slabosti a nedostatečnosti. Takovéto výrazně negativní vnímání psychologické pomoci se u hasičů neobjevilo. Důvodem může být rozdílné nastavení psychologické služby u hasičů a v PČR. Charakter práce policejních a hasičských psychologů je jiný a někteří policisté z tohoto výzkumu vnímají psychology jako protivníky, jako někoho, kdo je postaví mimo službu apod. Využití jejich pomoci, když se objeví psychické problémy, pak vnímají jako selhání „nezlomného policisty“ (Vymětal, Voska, Toman, Junwirová & Urban, 2010). Tento fakt se objevil spíše u starších policistů s vyšší dobou praxe u pořádkové policie, kteří se s působením služebního psychologa setkali pouze při vyšetření. Naopak respondenti, kteří měli zkušenost s prací psychologa v terénu (i po události v dalších případech), uznávali jeho kvality a celkově se pozitivně přikláněli k možnosti této služby využít. Ve dvou případech využita byla, v ostatních nebyla nabídnuta nebo nebyla v době události ještě ustavena. Fakt, že v případě znalosti služby by policisté byli více ochotni ji využít, koresponduje s výsledky, které se promítly do využívání pomoci psychologa u HZS (Vrbová & Dohnal, nedat.).

Rozdíl ve vnímání psychologické pomoci spatřuji také v konkrétních osobnostech psychologů a v jejich činnosti. Každému policistovi a hasiči bude vyhovovat jiný psycholog, který pracuje konkrétním způsobem. V tomto výzkumu spolupracovali hasiči se dvěma různými služebními psychology a policisté také se dvěma, z toho jedna byla žena.

Využívání fyzické aktivity bylo potvrzeno jako jedna z nejvyužívanějších činností ke zvládnutí nároků situace u hasičů. Hasiči jsou skupina lidí, která je na fyzickou aktivitu formou práce i sportování zvyklá. V jejich denním programu je jedním z hlavních bodů a také při zásazích je důležitou podmínkou kvalitního fungování. Již při výběrových řízeních je jednou z podmínek přijetí fyzická způsobilost. Využití fyzické aktivity jako prostředku ke zvládnutí situace uvedlo 7 hasičů. Tento fakt má souvislost s přirozeným vybitím energie nahromaděné v těle, která by se jinak mohla projevit formou posttraumatických symptomů. Má napomoci tělu unavit se a hlavě přepnout „na jiný program“. U policistů se fyzická aktivita jako strategie zvládnutí zátěžové situace ukázala pouze ve 4 případech. To může souviset s tím, že policisté sice mají ve službě povinně zakotvenou fyzickou přípravu, ale nemusejí být tolik nastaveni k využívání sportu nebo jiné tělesné činnosti jako možnosti úlevy. Strategie fyzické aktivity, která vede ke změně vlastního chování, patří do skupiny copingových strategií „Zaměření na problém“.

U příslušníků policie v tomto výzkumu se na rozdíl od hasičů neobjevilo využívání zájmů jako strategie, která jim pomohla zvládnout situaci. Tato strategie je zařazená do kategorie „Minimalizace hrozeb“. Důvodem by mohlo být to, že dotazovaní policisté se svým zájmům věnují kontinuálně a nevnímali je jako možnost pomoci. Hasiči své zájmy využívali k rozptýlení pozornosti, proto je uváděli mezi strategie, které při zvládnutí situace použili.

Z copingových strategií „Zaměření na problém“ se objevila nová dimenze, kterou uvedli dva policisté, ale žádní hasiči. Touto dimenzí je potřeba neodvracet se od události, ale čelit jí, mluvit o ní a na zemřelého kolegu vzpomínat. Policisté, kteří tuto potřebu zmínili, ji velmi zdůraznili a přikládali ji velký význam. Fakt, že se u hasičů tato potřeba neukázala, může být způsobena tím, že hasiči ve velké míře vyhledávali společnost kolegů a jejich oporu a pravděpodobně situaci opakovaně probírali. Nevnímali ale jako nutné tento fakt znovu zdůrazňovat.

Rozdíl se objevil také v kategorii „Dlouhodobější důsledky“, kde hasiči poukazovali na uvědomění si vlastní zranitelnosti. Dimenze uvědomění si vlastní zranitelnosti úzce souvisí s přítomností u události a s ohrožením života nebo zdraví. O zranitelnosti a s ní spojené opatrnosti hovořili především hasiči, kteří u události přímo zasahovali, byli zranění nebo zranění někoho jiného ošetřovali. Sedm z osmi policistů uvádělo častěji zvýšení opatrnosti ve vztahu k vlastní osobě, ale tři z nich také ve vztahu ke kolegům.

### **Odpovědi na dílčí výzkumné otázky**

- **„Jaké proměnné ovlivňují proces vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby?“**

Proces vyrovnávání může být u příslušníků bezpečnostních sborů ovlivněn hned několika proměnnými. Intervenující proměnné z našeho výzkumu jsou: blízkost vztahu se zesnulým, přítomnost u události, ohrožení vlastního života, možnost pokusit se o záchranu kolegy a povaha jeho zranění, reakce okolí, role pachatele a jeho potrestání, pokračování pracovního rytmu, použití služební zbraně a osobní myšlenky, pocity a reakce (souběh událostí, pracovní zařazení a dosavadní zkušenosti, posttraumatické symptomy a další).

- **„Jaké zvládací strategie příslušníci bezpečnostních sborů využívají při vyrovnávání se se smrtí kolegy ve službě?“**

Příslušníci bezpečnostních sborů z našeho výzkumu využili zvládací strategie vyhledávání sociální opory, pomoci psychologa, fyzické aktivity, svých zájmů, samoty a času, alkoholu, cigaret a kávy, pomohli rodině zemřelého kolegy, vyhýbali se a také čelili události.

- **„Má situace úmrtí kolegy při výkonu služby nějaké dlouhodobé dopady?“**

Účastníci výzkumu jmenovali z dlouhodobých důsledků změnu nebo utvrzení v životních hodnotách, novou zkušenost, zvýšení opatrnosti a uvědomění vlastní zranitelnosti.

- **„Liší se v něčem proces vyrovnávání se se smrtí kolegy při výkonu služby u hasičů a policistů?“**

Proces vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby se u příslušníků Policie České republiky a Hasičského záchranného sboru České republiky v některých



bodech odlišuje. Rozdíl mezi výběrovými vzorky tohoto výzkumu se projevil v proměnných, které ovlivňují celý proces, ve volbě konkrétních zvládacích strategií a rovněž v důsledcích, které přetrvaly delší dobu od události.

### **Možné zdroje zkreslení**

Domníváme se, že hlavním zdrojem zkreslení může být skepse hasičů a policistů k osobě výzkumnice. I přes velkou snahu navázat kvalitní vztah a důvěru, přístup některých respondentů byl značně rezervovaný. V jednom případě bylo dáno jasně najevo, že pokud něco podobného sama nezažila, nemůže chápat, jaké to bylo. Navzdory tomu však předpokládáme, že získaná data jsou možná ne úplně kompletní, nicméně pravdivá. Pro podobný nebo navazující výzkum bychom proto doporučili vyhradit si delší dobu na budování vzájemného vztahu a respektu, například prostřednictvím stáží na jednotlivých stanicích nebo částečnou úpravou koncepce rozhovoru.

Jedním ze zdrojů zkreslení může být i realizátorka výzkumu. V rozhovorech s policisty se několikrát objevilo pozastavení nad tím, že není zaměstnancem ani příslušníkem PČR ani HZS. Vliv mohl mít také věk, pohlaví apod. V rozhovorech se skupinou policistů bylo znát částečné ovlivnění tím, že výzkumnice je vystudovaný psycholog, který rozšiřuje již jednou vytvořenou a obhájenou práci.

Mezi další zdroje zkreslení může patřit také ojedinělé vyrušení. I přesto, že byl před výběrem místnosti vysloven požadavek nerušení, rozhovory byly v několika případech nakrátko přerušeny z důvodu např. pracovního hovoru apod. Ve všech těchto případech jsme se snažili co nejplynuleji navázat a zajistit tak co nejpřirozenější běh rozhovoru. I přesto mohou být tyto pauzy zdrojem zkreslení.

Ke zkreslení může také přispět při prepisech rozhovorů. Především takovému ovlivnění výzkumu jsme se snažili především doslovným prepisem bez jakékoliv redukce dat a kontrolou transkripce opakovaným poslechem.

Tento typ kvalitativní analýzy klade vysoké nároky na osobu výzkumníka. Proces interpretace je jistě značně ovlivněn způsobem uvažování. Vyčlenění kategorií a jejich vzájemné provázání je omezeno procesem analýzy, a může tak být dalším možným zdrojem nepřesností. Těmto nepřesnostem jsme se snažili vyhnout především neustálým zpětným zpřesňováním a kontrolou vznikajících kategorií v původních, základních datech.

Dalším možným zdrojem zkreslení může být to, že někteří oslovení hasiči a policisté nesouhlasili s účastí na výzkumu. Důvodem může být přetrvávající nezpracování události či strach z úniku informací. Data z tohoto výzkumu se proto nedají zobecnit na celou základní populaci. V žádném případě bychom ale nepřikročili k tomu, aby byla účast na výzkumu nějakým způsobem povinná a nařízená. Tím by byl vztah mezi výzkumníci a probandem kontaminován ještě odporem a velice nízkou důvěrou, a respondent by byl také více uzavřený.

### **Podněty pro další výzkumy tohoto tématu**

Tento výzkum navazoval na již provedený výzkum v rámci diplomové práce, kdy byl výběrový soubor hasičů zmenšen o tři respondenty. Důvodem bylo, že ve dvou případech nebyli hasiči přímými kolegy a před událostí se neznali. Třetí hasič byl z výzkumu vyřazen kvůli svému příbuzenskému vztahu, kdy povaha vyrovnávání se s jeho smrtí měla jinou dimenzi. Navíc v době události ještě nebyl příslušníkem HZS ČR.

Pro případně navazující výzkumy bychom ovšem doporučili ještě další upřesnění a zpřísnění požadavků na výběrový soubor. Zacílili bychom přímo na příslušníky, kteří byli přítomni bezprostředně u události (očité svědectví) a sloužili se zemřelým na směně a dobře se znali. Jsme přesvědčeni, že v takovém případě je možné získat daleko komplexnější data.

Jak již bylo zmíněno výše, důležitý je také větší důraz na vybudování důvěry ve vztahu k výzkumníkovi. Vhodné by bylo doplnit rozhovory předchozí stáží na stanicích a odděleních včetně účasti a pomoci při výjezdech. Byl by tak zajištěn delší neformální kontakt s respondenty, který by pomohl k větší důvěře a otevřenosti dotazovaných policistů a hasičů.

Výsledky tohoto výzkumu mohou být základním kamenem pro zvažovaný návazný výzkum. V plánovaném projektu by byla využita data z výzkumů z diplomové a rigorózní práce, které bychom rádi doplnila o kontrolní skupinu pracovníků z profese, která není hodnocená jako výrazně stresující, a dotazníky věnující se všem základním tématům, která byla načrtnuta v teoretické části práce.

## **Zhodnocení průběhu a naplnění cíle výzkumu**

Celý výzkum probíhal pod záštitou psychologa HZS Olomouckého kraje a s pomocí psychologů Policie ČR z Královéhradeckého a Pardubického kraje. Byla tak zajištěna forma jakési odborné supervize.

V průběhu získávání účastníků pro výzkum se objevily značné komplikace. Velká část oslovených hasičů a policistů, kteří splňovali kritéria výběru zkoumaného souboru, odmítla účast na výzkumu. Jeden nabídl možnost vyplnění dotazníků, ale formu rozhovoru striktně odmítl.

Rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře a přinesly mnoho podnětných dat. Hasiči i policisté byli ve většině případů otevření a sdílní.

Analýza formou zakotvené teorie byla podle našeho názoru adekvátně zvolenou metodou vyhodnocení dat, vytvoření kategorií a jejich vztažení k širšímu kontextu a k sobě navzájem.

Předmětem a cílem této práce bylo popsat proces vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby a copingové strategie, které příslušníci HZS a Policie ČR v takovém případě využívají. Prostřednictvím jednotlivých rozhovorů a jejich analýzy jsme dokázali určit hlavní kategorie a popsat vztahy mezi nimi a proměnnými, které je ovlivňují. Výzkumný záměr tak byl naplněn.

## **Podněty pro praktické využití Psychologickou službou HZS ČR a Psychologickou službou Policie České republiky**

Výsledky mohou být využity v praxi hasičských psychologů i psychologů policejních pro bližší pochopení souvislostí v případě podobné situace.

Příznivé působení v tomto výzkumu měla okamžitá reakce a pomoc zabezpečená psychologem HZS a využití komplexního přístupu nebo alespoň nabídnutí všech možných a dostupných alternativ. Doporučujeme a zdůrazňujeme proto tuto souhrnnou formu pomoci.

Hasiči bylo kvitováno setkání s psychologem HZS, kde byly rozebrány jednotlivé strategie, které mají hasiči sami na sobě vyzkoušené, a jejich individuální doporučení. Hasičští psychologové tak mohou více podpořit strategie, které respondenti v rámci této diplomové práce označili jako nejdůležitější a které jim pomohly se zvládnutím situace.

Celkový přístup hasičských psychologů k hasičům by měl i v takovýchto situacích být především neformálním setkáním dvou obyčejných lidí. Přehnané teoretizování nebo psychologizování nepřináší žádný efekt a spíše škodí. Hasiči potřebují vědět, že naproti nim sedí někdo, kdo rozumí tomu, co prožívají a co pro ně tato situace znamená, ale nebude z nich kvůli tomu dělat chudáky. Důležitý je také vzájemný vztah důvěry, protože ačkoliv je psycholog pomáhající profesí, u hasičů může také psychologickým posudkem rozhodnout o pracovní neschopnosti nebo dokonce o ukončení služebního poměru. V případě našeho výzkumu byly názory hasičů na poskytovanou pomoc veskrze kladné. Psycholog poskytující intervenci byl vnímán jako seriózní člověk, který velmi dobře rozumí tomu, co dělá, ale nedělá z toho velkou vědu.

U policistů se objevila nechuť využít pomoci služebního psychologa. Policisté psychologickou službu stále vnímají jako přiznání své nedostatečnosti nebo selhání. U některých příslušníků stále převládá názor, že když půjdou k psychologovi, jsou z nich automaticky blázni. To, že policisté, kteří měli zkušenost s prací policejních psychologů, byli této službě kladněji nastaveni, napovídá, že by policejní psychologové měli zapracovat na informovanosti policistů a zvýšit povědomí o tom, co dělají a jak můžou v různých situacích a při problémech pomoci.

Negativně byly vnímány reakce nadřízených a vyšetřujících, které byly popisovány v kontextu neúcty k zesnulým. Naopak kladně respondenti hodnotili pochvalu za dobře odvedenou práci (v případě, že tomu tak opravdu bylo) a nabídku pomoci od vedení. Další možností aplikace výsledků této rigorózní práce služebními psychology je proto forma edukace vedoucích pracovníků a vyšetřovatelů ve směru chování k pozůstalým přátelům, aby byla zajištěna technická stránka věci a zároveň nedocházelo k třeba i nechtěnému znevážení situace a hasičů či policistů, kteří při ní zemřeli.

Psycholog může působit také jako počáteční prostředník v kontaktu s rodinou zemřelého kolegy v případě, že kolegové mají zájem poskytnout nějakou formu pomoci, ale s rodinou se přímo neznají. Tento kontakt je v takovém případě velmi vhodný. U policistů v tomto výzkumu nebyl kontakt s rodinou zprostředkován, proto v mnoha případech ani k takovému kontaktu nedošlo.

### 13. Závěry

Výsledky analýzy kvalitativních dat získaných od příslušníků Hasičského záchranného sboru a příslušníků Policie České republiky, kteří zažili smrt kolegy při výkonu služby, potvrzují výsledky diplomové práce Lucie Kollertové (2008) a částečně i Evy Špičkové (2006). Současně potvrzují výsledky zahraničních výzkumů.

Mezi významné intervenující proměnné v procesu zvládnání takovéto zátěžové situace se jeví především bezprostřední přítomnost u události a možnost podílet se na vyprošťovacích a záchranných pracích. U hasičů se jako další proměnná ukázal vzájemný vztah se zemřelým kolegou, u policistů dosavadní zkušenosti a pracovní zařazení.

Jako nejdůležitější a zároveň nejvyužívanější zvládací strategii respondenti označili vyhledávání sociální opory. Ať už se jedná o rodinné zázemí, manželku a děti, nebo o kolegiální formu pomoci na směně. Hasiči v pracovním kolektivu využívali jak individuální rozhovory s kolegou, tak skupinová posezení a probrání všech aspektů zásahu. Potvrzuje to i na začátku této rigorózní práce citovanou větu Jindřišky Gallové (Adra, o. s., nedat.), že se smrtí se můžeme vyrovnat, ale nemůžeme na to být sami.

Ve výběrovém vzorku hasičů byla kladně hodnocena také pomoc služebního psychologa. Ta v podstatě kopíruje přirozené tendence k setkání všech zasahujících formou defusingu a debriefingu. Pozitivně je vnímána také indikovaná individuální krizová intervence. V případě policistů převažuje negativní vnímání pomoci služebního psychologa a převládají předsudky o nezdolnosti policistů, kteří zvládnou vše a za jakýchkoli okolností.

Přirozeným postupem při vyrovnávání se se smrtí kolegy je v případě hasičů také fyzická aktivita – práce nebo sport, která odbourává nahromaděnou energii v těle a pomáhá hasičům unavit se. U policistů se potřeba fyzické aktivity neukázala tak důležitá jako u hasičů.

Významnou kategorií se jeví poskytování pomoci rodině pozůstalých jako forma zvládací strategie. Modifikovaně to odpovídá výsledkům studie Veilleux (2011). U policistů byla poskytnuta opora rodině pozůstalých i přes to, že se znali minimálně nebo se nikdy před událostí neviděli. Hasiči pomáhali především rodinám, se kterými měli úzké vazby. Jejich pomoc ve větší míře obsahovala finanční podporu a pomoc pracovního charakteru.

Příslušníci bezpečnostních sborů při své profesi uplatňují také černý humor jako zdroj zvládnání. V žádném případě ale nežertují o konkrétní události úmrtí kolegy, především pokud mezi sebou měli intenzivní přátelský vztah.

Z výsledků vyplývá, že při vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby u příslušníků HZS ČR a Policie ČR používají velmi podobné strategie, které se liší jen v některých bodech. Hasiči i policisté využívají stejných strategií, jako při jiných potenciálně traumatizujících událostech, které jsou jejich dlouhodobou praxí osvědčené a ověřené. V případě, že jsou v praxi krátkou dobu a tyto osvědčené strategie ještě nemají, využívají přirozeně různorodější palety taktik ke zvládnutí, ze které následně vybírají ty, které pomáhají.

Výsledky ovšem nejsou zobecnitelné na celou základní populaci příslušníků bezpečnostních sborů. Důvodem je v první řadě malý a nesourodý výběrový vzorek a dále také limity dané kvalitativním zpracováním výzkumného problému.

## **Souhrn**

Tato rigorózní práce popisuje proces vyrovnávání se se smrtí kolegy při výkonu služby u příslušníků bezpečnostních sborů, konkrétně policistů a hasičů. Vznikla na základě dlouhodobého zájmu autorky o psychologii v hasičské a policejní praxi. Inspirací byla diplomová práce Lucie Kollertové (2008) a také výzkumy zahraničních autorů na téma copingových strategií.

Studie byla provedena formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly analyzovány pomocí metody zakotvené teorie podle Strausse & Corbinové (1999). Zkoumaný vzorek hasičů tvořilo 8 respondentů ve služebním poměru k HZS ČR, kteří zažili smrt kolegy při výkonu služby. Hasiči byli osloveni prostřednictvím psychologů Olomouckého a Jihomoravského kraje, peerů Týmů posttraumatické péče a ojedinele jejich nadřízenými. Výběrový vzorek policistů tvořilo 8 příslušníků Policie České republiky, kteří rovněž zažili smrt kolegy ve službě. Ti byli osloveni prostřednictvím policejních psychologů a policistů, kteří jsou známí autorky. Z důvodu malého vzorku byla v průběhu výzkumu oslovena všechna krajská ředitelství a část policistů byla oslovena prostřednictvím mluvčích jednotlivých krajů.

Výsledky byly seskupeny do kategorií a subkategorií podle metody zakotvené teorie. Byl vytvořen koncept teorie, který popsal proměnné, které ovlivňují výběr copingových strategií, a také dlouhodobější důsledky, které ze situace a jejího zvládnutí mohou vyplynout. Při vyhodnocování jsme došli k závěru, že nejpodstatnější intervenující proměnnou je subkategorie „Přítomnost u události“ a možnost podílet se na vyprošťování a záchraně kolegů a nejdůležitějšími strategiemi zvládnutí je vyhledávání sociální opory a pomoc rodině zemřelého.

Omezení výzkumu lze spatřovat v možném skeptickém přístupu respondentů k výzkumu. Tomuto jevu jsme se snažili zabránit prostřednictvím navázání důvěryhodného vztahu s respondentem. Dalším možným zdrojem omezení je nezkušenost výzkumnice s metodou zakotvené teorie. Bezpochyby jsou výsledky ovlivněny také dobrovolností účasti a odmítnutími některých oslovených hasičů a policistů, kteří se výzkumu nechtěli zúčastnit. Také malý počet účastníků výzkumu může být zdrojem zkreslení, kvalitativní analýza pak znamená, že výsledky nemohou být zobecňovány na celou zkoumanou populaci.

## **Seznam použitých zdrojů a literatury**

1. Adra, o. s. (nedat.). *Příručka pro dobrovolníky* (Brožura). Praha: Author.
2. Alshaali, A. (2012). *Grief in the Workplace*. Získáno 9. srpna 2013 z <http://abdunnasserashaali.com/2012/05/29/grief-in-the-workplace-2/>.
3. American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text revision). Washington, DC: Author.
4. American Psychological Association. (2011). *Coping with the death of a co-worker*. Získáno 28. února 2013 z <http://www.apa.org/helpcenter/coworker.aspx>.
5. American Psychological Association. (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-V*. Získáno 19. srpna 2013 z [www.psychiatry.org/DSM5](http://www.psychiatry.org/DSM5).
6. Bacharach, S. B., Bamberger, P. A., & Doveh, E. (2008). Firefighters, Critical Incidents, and Drinking to Cope: Adequacy of Unit – Level Performance Resources as a Source of Vulnerability and Protection. *Journal of Applied Psychology*, 93, 1, 155 – 169.
7. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
8. Baštecká, B., et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
9. Baštecká, B., et al. (2005). *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing.
10. Beaton, R., Murphy, S., Johnson, C., Pike, K., & Corneil, W. (1999). Coping Responses and Posttraumatic Stress Symptomatology in Urban Fire Service Personnel. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 2, 293 – 308.
11. Bezpečný podnik (2005). *Pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
12. Boadella, D., Frankel, E., & Corrêa, M. (2009). *Biosyntéza. Výběr z textů*. Praha: Triton.
13. Boadella, D. (2013). *Životní proudy*. Praha. Triton.
14. Bouček, J., et al. (2003). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
15. Bowes, B. (nedat.). *Workplace grief: Prepare to help staff, customers after death of a colleague*. Získáno 28. února 2013 z <http://www.legacybowes.com/latest-blog-posts/entry/workplace-grief-prepare-to-help-staff-customers-after-death-of-a-colleague.html>.



16. Brown, J., Mulhern, G., & Joseph S. (2002). Incident – Related Stressors. Locus of Control, Coping, and Psychological Distress Among Firefighters in Northern Ireland. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 2, 161 – 168.
17. Brožová, E., Cikhartová, Z., Feithová, V., Hábiík, J., Jirotká, Z., Kopic, J., Procházková, H., Šulc, V., Šutera, V., Vitnetová, M., & Vykoukal, J. (2012). *Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísni. 2002 – 2012*. Praha: Tiskárna ministerstva vnitra.
18. Buriánková, H., & Ryba, A. (2009). Systém „Psychosociální intervenční služby – PIS“ na Zdravotnické záchranné službě hl. m. Prahy – územního střediska záchranné služby. [Electronic version]. *Urgentní medicína*, 2, 35 – 37.
19. Carlisle, C. F. (1999). *The Role of Occupational Stress in The Contemporary Fire Service: Psychological Stress, Its Causation, Identification, Treatment, Reduction, and Resolution*. *Executive Development*. Získáno 25. října 2012 z <http://www.usfa.fema.gov/pdf/efop/efo30543.pdf>.
20. Coufalová, B. (2007). Profesní zátěž u policistů a její zvládání. (Diplomová práce). Získáno 26. června 2012 z [http://is.muni.cz/th/75546/ff\\_m/?lang=en](http://is.muni.cz/th/75546/ff_m/?lang=en).
21. Čáp, J., & Dytrych, Z. (1968). *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
22. Čírtková, L. (1996). Profese se zvýšeným rizikem posttraumatické stresové poruchy. *Psychologie v ekonomické praxi*, 3-4, 31, 145 – 150.
23. Čírtková, L. (2004). *Policejní psychologie*. Praha: Portál.
24. Čírtková, L., & Spurný, J. (2001). Péče o policisty po extrémních stresových situacích. *Policista*, 12. Získáno 20. června 2012 z <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/policista/2001/0012/pecopol.html>.
25. Čírtková, L., & Vitoušová, P. (2007). *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada Publishing.
26. Edwards, D., Sakasa, P., & van Wyk, G. (2005). Trauma, resilience and vulnerability to PTSD: A review and clinical case analysis. *Journal of Psychology in Africa*, 15, 2, 143 – 145.
27. Edwards, J. R. (1988). The Determinants and Consequences of Coping with Stress. In Cooper, C. L., & Payne, R. (Eds.), *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work* (233 - 263). Chichester: John Wiley & Sons Ltd. Získáno 1. října

- 2012 z <http://public.kenan-flagler.unc.edu/faculty/edwardsj/Edwards1988.pdf>.
28. EMDR – desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů. (nedat.). Získáno 28. března 2011 z <http://www.trauma-terapie.cz/>.
  29. Everly, S. E., & Mitchell, J. T. (1999). *Critical Incident Stress Management. A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention* (2. vyd.). Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
  30. Ficková, E. (1993). Determinanty zvládnutí stresu: I. teoretické přístupy. *Československá psychologie*, 37, 1, 37 – 46.
  31. Georgia Department of Corrections. (nedat.). *Dealing with Death & Grief in the Workplace*. Získáno 9. srpna 2013 z [www.dcor.state.ga.us/pdf/Guidelines\\_for\\_Grief.pdf](http://www.dcor.state.ga.us/pdf/Guidelines_for_Grief.pdf).
  32. Goldstein, D. S. (2003). Catecholamines and stress. [Electronic version]. *Endocrine regulation*, 37, 69 – 80.
  33. Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie. Nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy*. Praha: Portál.
  34. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
  35. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2004). *Akutní a posttraumatické stresové reakce po mimořádných událostech při výkonu služby*. (Brožura). Praha: Autor.
  36. Hasičský záchranný sbor České republiky (2008). *Pokyn generálního ředitele HZS ČR č. 30/2008 ze dne 25. července 2008*.
  37. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010a). *Psychologická služba - Kontakty*. Získáno z <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-kontakty.aspx>.
  38. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010b). *Přijetí do služebního poměru*. Získáno 26. června 2012 z <http://www.hzscr.cz/clanek/prijeti-do-sluzebniho-pomeru.aspx>.
  39. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010c). *Jak funguje stanice HZS*. Získáno 26. června 2012 z <http://www.hzscr.cz/clanek/jak-funguje-stanice-hzs.aspx>.

40. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010d). *Psychologická služba – O nás*. Získáno 27. června 2012 z <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-o-nas.aspx>.
41. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010e). *Psychologická služba – Vstupní vyšetření*. Získáno 27. června 2012 z <http://www.hzscr.cz/clanek/vstupni-vysetreni.aspx>.
42. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010f). *Služební slib příslušníka bezpečnostního sboru*. Získáno 27. června 2012 z <http://www.hzscr.cz/clanek/sluzebni-slib-prislusnika-bezpecnostniho-sboru.aspx>.
43. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010g). *Pomník zemřelým policistům a hasičům*. Získáno 27. června 2013 z <http://www.hzscr.cz/galerie/pomnik-zemrelym-policistum-a-hasicum.aspx?q=aW1naWQ9MjEzMjQzMDkmY3BpPTQ%3d>.
44. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2012). *Organizační struktura*. Získáno 27. června 2013 z <http://www.hzscr.cz/clanek/uvod-hasicsky-zachranny-sbor-cr-organizacni-struktura.aspx>.
45. Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
46. Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace* (2. vyd.). Praha: Portál.
47. Hodgkinson, P. E., & Stewart, M. (2009). *Coping With Catastrophe: A handbook of Post – Disaster Psychological Aftercare*. (2. vyd.). London: Routledge.
48. Holland, D. (nedat.). *Dealing With the Sudden Death of a Popular Co-Worker*. Získáno 28. února 2013 z <http://www.drdebraholland.com/newsletter/newsletterVXll%20.pdf>.
49. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.) (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
50. Chamberlin, M. J. A., & Green, H. J. (2010). Stress and Coping Strategies Among Firefighters and Recruits. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 548 – 560.
51. Chopko, B. A. (2010). Posttraumatic Distress and Growth: An Empirical Study of Police Officers. *American Journal of Psychotherapy*, 64, 1, 55 – 72.
52. Johanson, G. J. (2009). Psychotherapy, Science, and Spirit: Nonlinear Systems, Hakomi Therapy, and the Tao. *Journal of Spirituality In Mental Health*, 11, 172 – 212.
53. Kadlčík, M. (2004). *Osobnost v zátěži*. Stráž pod Ralskem: Justiční akademie.

54. Kirk, Ch. (2011). Less Stressed at Work – Research on the Efficacy of Job Stress Coping Strategies. *Advances In Management*, 4, 31 – 40.
55. Kohlíková, E., Bartůňková, S., Melichna, J., Smitka, K., & Vránová, J. (2003). *Cytopatologie, patobiochemie a patofyziologie. Všeobecná část*. Praha: Karolinum.
56. Kohoutek, T., & Čermák, I. (Eds.). (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
57. Kollertová, L. (2008). Zvládání psychické zátěže u záchranářů HZS. (Bakalářská práce). Získáno 26. června 2012 z [http://is.muni.cz/th/136307/fss\\_b/?jazyk=en;info](http://is.muni.cz/th/136307/fss_b/?jazyk=en;info).
58. Koukolík, Z., Svitáková, I., & Vonásek, V. (2012). Hasiči zachránili více než dvanáct tisíc lidských životů a uchránili několikamiliardové hodnoty. *Časopis* 112, 2, 4 – 5.
59. Král, P. (2011). *Posttraumatická stresová porucha*. Získáno 25. února 2011 z [http://download.psychologickeporadenstvi.com/PTSDIPVZ leden2011\\_pro%20mail.pdf](http://download.psychologickeporadenstvi.com/PTSDIPVZ leden2011_pro%20mail.pdf)
60. Kroupa, M., & Říha, M. (2008). *Integrovaný záchranný systém*. Praha: Armex Publishing.
61. Krutiš, J., Mareš, J., & Ježek, S. (2011). Posttraumatický rozvoj u vojáků AČR po návratu ze zahraniční mise. *Československá psychologie*, 55, 3, 245 – 256.
62. Kryl, M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. [Electronic version]. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 31 – 34.
63. Křivohlavý, J. (1989). Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí. *Československá psychologie*, 33, 4, 361 – 368.
64. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
65. Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
66. Kubice, J. (2011). Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísni. Výroční zpráva za rok 2010. Získáno 26. června 2012 z <http://www.nadacepah.cz/stranka/vyrocnizpravy/>.
67. Kubice, J. (2012). Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísni. Výroční zpráva za rok 2011. Získáno 26. června 2012 z <http://www.nadacepah.cz/stranka/vyrocnizpravy/>.
68. Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV nakladatelství.

69. Kübler – Rossová, E. (1994). *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica.
70. Kübler – Rossová, E. (2003). *O dětech a umírání*. Praha: Ermat.
71. Kotal, P. (2011). Copingové strategie vojáků AČR. (Bakalářská práce). Získáno 26. června 2012 z <http://theses.cz/id/g9sgqx/?furl=%2Fid%2Fg9sgqx%2F;so=nx;lang=en>.
72. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
73. Levine, P. A., & Fredericková, A. (2002). *Prebúdzanie tигра. Liečenie traumy. Vnútorná schopnosť transformovať zaplavujúce zážitky*. Humenné. Pro Familia.
74. Lüllmann, H., Mohr, K., & Wehling, M. (2004). *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Grada Publishing.
75. Macháčová, H. (1997). Stres, rekuperace a kontrola stresu. *Československá psychologie*, 41, No. 2, 139 – 146.
76. Malá, E. (2002, November). Posttraumatická stresová porucha. *Remedia, Farmakoterapie*, 6. Získáno 20. ledna 2011 z <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Posttraumaticka-stresova-porucha/6-L-g8.magarticle.aspx>.
77. Malá, E., & Baraníková, Z. (2003). Posttraumatická stresová porucha. Terapie sertralinem u dětí předškolního věku. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99, No. 6, 324-330.
78. Malčicová, J. (2012). *Problematika umírání a smrti z pohledu pracovníků zdravotnické záchranné služby*. (Bakalářská práce). Získáno 16. června 2013 z <http://theses.cz/id/c7dymf/?furl=%2Fid%2Fc7dymf%2F;so=nx;lang=sk>.
79. Malek, M. D. A., Fahrudin, A., & Kamil, I. S. M. (2009). Occupational Stress and Psychological Well-Being in Emergency Services. *Asian Social Work and Policy Review*, 3, 143 – 154.
80. Malík, L. (2007). Názory příslušníků HZS ČR na posttraumatickou intervenční péči. *Časopis* 112, 6. Získáno 16. listopadu 2011 z [www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana\\_zdravi/hasici\\_posttrauma.html](http://www.bozpinfo.cz/knihovna-bozp/citarna/clanky/ochrana_zdravi/hasici_posttrauma.html).
81. Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 52, 6, 567 – 583.
82. Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 53, 3, 271 – 290.

83. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
84. Martz, E. (Ed.) (2010). *Trauma Rehabilitation After War and Conflict: Community and Individual Perspectives*. London: Springer. [Electronic version]
85. McCammon, S., Durham, T. W., Allison, Jr., E. J., & Williamson, J. E. (1988). Emergency Workers' Cognitive Appraisal and Coping with Traumatic Events. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 3, 353 – 372.
86. Michalík, D. (Ed.). (2009). *Psychologie v bezpečnostních sborech (sborník prací)*. Praha: Oddělení psychologie OPe MV ČR. Získáno 26. června 2012 z <http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.mvcr.cz%2Fsoubor%2Fpsychologie-v-bezpecnostnich-sborech-sbornik-2009-pdf.aspx&ei=yifqT8-xOIJ74QS5q9wJ&usq=AFQjCNFXQIgwJVNbn4BdeNh2oEoNgu1jMA>.
87. Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
88. Mohapl, P. (1990). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci.
89. Moravová, L. (2007). *Zvládání zátěže: efektivita strategií zvládání a jejich změny v čase* (Diplomová práce). Získáno 6. února 2012 z [http://is.muni.cz/th/86325/ff\\_m/DP\\_Lenka\\_Moravova](http://is.muni.cz/th/86325/ff_m/DP_Lenka_Moravova).
90. McKay, D. R. (nedat.). *Death in the Workplace. Dealing With the Death of a Co-Worker*. Získáno 28. února 2013 z <http://careerplanning.about.com/od/personalissues/a/death.htm>.
91. National Center for Crisis Management. (2008). *Dr. Jeffrey Mitchell*. Získáno 20. září 2012 z <http://www.nc-cm.org/biojeffreymitchell.htm>.
92. Novotný, M. (2008). EMDR a jeho místo v KBT. Získáno 28. března 2011 z [http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws03\\_novotny\\_emdr.ppt](http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws03_novotny_emdr.ppt).
93. Nowack, K. M. (1989). Coping Style, Cognitive Hardiness, and Health Status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 2, 145 – 158.
94. Nowack, K. M. (2006). *Stress profile. Příručka*. Praha: Testcentrum - Hogrefe.
95. Orel, M. (2009). *Stres, zátěž a jeho zvládání*. Valašské Meziříčí: Obchodní akademie a VOŠ.
96. Orel, M., & Facová, V. (2007). *Základy stavby a funkce nervového systému*. Olomouc: Univerzita Palackého.

97. Orel, M., & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing.
98. Paris, J. (2000). Predisposition, Personality Traits, and Posttraumatic Stress Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 4, 175 – 183.
99. Park, C. L., & Cohen, L. H. (1993). Religious and Nonreligious Coping with the Death of a Friend. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 6, 561 – 577.
100. Pastucha, P. (2010). *Disociativní symptomy u vybraných typů psychických onemocnění* (Dizertační práce). Získáno 21. září 2012 z <http://theses.cz/id/vct7zc/>.
101. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
102. Pidrman, V. (2002). *Posttraumatická stresová porucha. Manuál pro praktické lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum.
103. Policejní prezidium České republiky. (2010). *Policie České republiky*. Praha: Author.
104. Policie České republiky. (2010a). *Služební poměr v policii*. Získáno 26. června 2013 z <http://www.policie.cz/clanek/sluzebni-pomer-v-policii.aspx>.
105. Policie České republiky. (2010b). *Služební příjem, výsluhové nároky a další sociální výhody*. Získáno 26. června 2013 z <http://www.policie.cz/clanek/sluzebni-prijem-vysluhove-naroky-a-dalsi-socialni-vyhody.aspx>.
106. Policie České republiky. (2010c). *Pomoc obětem trestných činů*. Získáno 12. srpna 2012 z <http://www.policie.cz/clanek/pomoc-obetem-trestne-cinnosti-404389.aspx>.
107. Policie České republiky. (2010d). *Povinně zveřejňované informace*. Získáno 27. června 2013 z <http://www.policie.cz/clanek/povinne-zverejnovane-informace-136591.aspx>.
108. Porterfieldová, K. M. (1998). *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha: Lidové noviny.
109. Praško, J. (2005). *Posttraumatická stresová porucha*. Získáno 23 ledna 2011 z <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>.
110. Praško, J., Hájek, T., & Preiss, M. (2002). *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit. Příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Pfitzer.

111. Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám. Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
112. Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001a). Posttraumatické stresové poruchy – I. díl. Klinický obraz a etiologie. [Electronic version]. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 157 – 160.
113. Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001b). Posttraumatické stresové poruchy – II. díl. Léčba. [Electronic version]. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 206 - 211.
114. Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2011). Coping Strategies and Collective Efficacy as Mediators Between Stress Appraisal and Quality of Life Among Rescue Workers. *International Journal of Stress Management*, 18, 2, 181 – 195.
115. Pražský deník. (2009). *Pro tisícovku padlých policistů a hasičů. Jejich odvahu připomíná nový pomník*. Získáno 27. června 2013 z [http://prazsky.denik.cz/galerie/pomnik\\_polic.html?mm=1658322](http://prazsky.denik.cz/galerie/pomnik_polic.html?mm=1658322).
116. Projekt BeSeCu. (nedat.). *Lidské chování při mimořádných událostech: mezikulturní výzkum zaměřený na komunikaci ve vztahu k bezpečnosti*. Získáno 7. listopadu 2012 z [http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/besecu\\_uvod.htm](http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/besecu_uvod.htm).
117. Raboch, J., Zvolský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
118. Resick, P. A., & Miller, M. W. (2009). Posttraumatic stress disorder: anxiety or traumatic stress disorder? *Journal of Traumatic Stress*, 22, No. 5, 384 – 390.
119. Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. [Electronic version]. *British Medical Journal*, 1383 - 1392.
120. Sezemský, Z. (2010). *Systém posttraumatické intervenční péče poskytované příslušníkům Policie České republiky*. (Diplomová práce). Získáno 15. srpna 2013 z [http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13534/sezemsk%C3%BD\\_2010\\_dp.pdf?sequence=1](http://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/13534/sezemsk%C3%BD_2010_dp.pdf?sequence=1).
121. Slezáčková, A. (2009). *Posttraumatický rozvoj u rodičů onkologicky nemocných dětí v kontextu pozitivní psychologie*. (Dizertační práce). Získáno 15. listopadu 2010 z [http://is.muni.cz/th/24238/ff\\_r/](http://is.muni.cz/th/24238/ff_r/).



122. Slezáčková, A., Loučka, M., & Bartošová, K. (2012). Posttraumatický stres a posttraumatický rozvoj v dětské onkologii. *Československá psychologie*, 56, 2, 132 – 147.
123. Sotolářová, M. (2001). Posttraumatická intervenční péče o policisty. Modul č. 10. Projekt PRAHE 98. *Policista*, 6, 28 – 29.
124. Sotolářová, M. (2003). Psychologická služba HZS ČR. *150 hoří!*, 7, 12-13. Získáno 27. června 2012 z <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/150hori/2003/cervenec/sotolar.html>.
125. Sotolářová, M. (2006). Mimořádné zásahy a posttraumatická péče – ano či ne? *Časopis* 112, 4. Získáno 20. června 2012 z <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/casopisy/112/2006/duben/sotolarova.html>.
126. Sotolářová, M., & Dohnal, D. (2006). Critical Incident Stress Management (posttraumatická péče). Získáno 19. září 2012 z [http://public.fnol.cz/www/urgent/konference%202006/ODUM3/L3\\_1.pdf](http://public.fnol.cz/www/urgent/konference%202006/ODUM3/L3_1.pdf).
127. Sotolářová, M. (2008). Kurz celoživotního vzdělávání FF UK Praha – Profese záchranáře a stres. Získáno 1. února 2011 z [http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/hasici/izs/ojpo/psycholog/sdeleni/kurz\\_hasici.html](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/hasici/izs/ojpo/psycholog/sdeleni/kurz_hasici.html).
128. Stanford University. (nedat.). *Serious Illness, Death and Grieving in the Workplace*. Získáno 28. února 2013 z <http://helpcenter.stanford.edu/resources/grief.html>.
129. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce.
130. Šeblová, J. (2010). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. *Časopis* 112, 3. Získáno 28. června 2012 z <http://www.hzscr.cz/clanek/casopis-112-rocnik-ix-cislo-3-2010.aspx?q=Y2hudW09Ng%3D%3D>.
131. Šeblová, J., & Čepická, B. (2010). Individuální a skupinové intervence v prostřední ZZS a role koordinátora CISM. Získáno 19. září 2012 z <http://www.pmfhk.cz/WWW/KVZ/2010/Seblova.pdf>.

132. Šeblová, J., Kebza, V., Vignerová, J., & Čepická, B. (2009). Preventivní a intervenční psychologické techniky pro zaměstnance záchranných služeb. [Electronic version]. *Urgentní medicína*, 1, 26 – 31.
133. Šindelářová, M. (2006). *Stabilita způsobů zvládnání zátěžových situací: časový průběh a vývoj*. (Diplomová práce). Získáno 30. srpna 2012 z [http://is.muni.cz/th/10207/ff\\_m/DP-Sindelarova.pdf](http://is.muni.cz/th/10207/ff_m/DP-Sindelarova.pdf).
134. Šiška, E. (2003). K terminologii a vymezení stresu, stresorů a tzv. „coping“. *Varia psychologica IX*, 33, 47 – 58.
135. Šmarda, J., et al. (2004). *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha: Portál.
136. Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 63, 1, 19 – 38.
137. Šolcová, I., & Kebza, V. (2003). Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, 67, 3, 220 – 229.
138. Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing.
139. Špičková, E. (2006). *Critical Incident Stress Management v rámci psychologické služby HZS ČR*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
140. Šumberová, M. (2011). *Postoj pomáhajících pracovníků ve vybraném hospicovém zařízení ke smrti a jejich způsob zvládnání stresu z všudypřítomné smrti*. (Bakalářská práce). Získáno 16. června 2013 z [http://is.muni.cz/th/263131/fss\\_b/](http://is.muni.cz/th/263131/fss_b/).
141. Šváb, S. (2006). *Psychologie práce pro nováčky, hasiče – záchranáře, ale nejen pro ně*. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství.
142. The Hakomi Institute. (nedat.). *The Hakomi Method*. Získáno 13. října 2012 z <http://www.hakomiinstitute.com/>.
143. Vavricová, M. (2013). Súčasný trendy vo výskume zvládnania stresu. *Československá psychologie*, 57, 2, 134 – 143.
144. Veilleux, J. C. (2011). Coping With Client Death: Using a Case Study To Discuss the Effect of Accidental, Undetermined, and Suicidal Deaths on Therapist. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 3, 222 – 228.
145. Vinař, O. (2001, November 25). *Trpí celý svět PTSD?* Získáno 26. ledna 2011 z <http://akademon.cz/article.asp?source=ptsd>.

146. Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál.
147. Vlášková, L., & Kolářová, V. (2009). Psychologická metoda „debriefing“ a její praktická aplikace u záchranářů v rámci Rallye – Rejvíz 2009. [Electronic version]. *Urgentní medicína*, 2, 23 – 25.
148. Vodáčková, D., et al. (2007). *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Portál.
149. Vojtová, H., & Hašto, J. (2005). Stabilizační techniky a EMDR v psychoterapii posttraumatické stresové poruchy. [Electronic version]. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 198 – 200.
150. Vojtová, H., Bob, P., & Ptáček, R. (2012). Desenzitizace a zpracování pomocí očních pohybů (EMDR) – psychologické a neurobiologické souvislosti terapie posttraumatické stresové poruchy. *Československá psychologie*, 56, 5, 463 – 472.
151. Volf, O., & Karlík, J. (1998). *Záchrana osob: Práce záchranáře z fyziologicko – psychologického pohledu*. Praha: Ministerstvo vnitra – Ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky.
152. Vrbová, Z., & Dohnal, D. (nedat.). *Aktualizace koncepce psychologické služby HZS ČR pro roky 2010 – 2014*.
153. Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
154. Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing.
155. Vymětal, Š., Voska, V., Toman, O., Jungwirthová, J., & Urban, K. (2010). *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky.
156. Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing.
157. Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4. vyd.). New York: Springer.
158. World Health Organization (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* (10th ed.). Praha: Psychiatrické centrum.

159. Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. [Electronic version]. *The New England Journal of Medicine*. Získáno 13 února 2011 z <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra012941>.
160. Zákon č. 238/2000 Sb., O Hasičském záchranném sboru České republiky. Získáno 20. června 2012 z <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=49555&fulltext=&nr=238~2F2000&part=&name=&rpp=15#local-content>.

## **Abstrakt rigorózní práce**

**Název práce:** Vyrovňávání se se smrtí kolegy při výkonu služby u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky a Policie České republiky

**Autor práce:** Mgr. Monika Voleská

**Počet stran:** 163

**Počet znaků:** 298 186

**Počet příloh:** 10

**Počet titulů použité literatury:** 160

Tato rigorózní práce se zabývá vyrovňáváním se se smrtí kolegy při výkonu služby mapované u příslušníků bezpečnostních sborů – konkrétně policistů a hasičů. Jsou zde popsány zvládací strategie, reakce na závažný stres a posttraumatický rozvoj.

Výzkum byl prováděn s 8 hasiči z Olomouckého, Moravskoslezského a Jihomoravského kraje a 8 policisty z Královéhradeckého a Ústeckého kraje a hlavního města Prahy, kteří mají zkušenost s úmrtím kolegy. S těmito respondenty byly provedeny polostrukturované rozhovory, které byly analyzovány metodou zakotvené teorie.

Výsledky této rigorózní práce popisují jednotlivé zvládací strategie, které jsou hasiči a policisty používány, a proměnné, které ovlivňují proces vyrovňávání se s touto situací.

**Klíčová slova:** stres, smrt, hasiči, hasič, policisté, policista, coping, kritická událost

## **The Rigorous Thesis' Abstract**

**Title:** Coping with Death of Colleague During The Service among the Members of the Czech Republic Fire Rescue Service and the Police of the Czech Republic

**Author:** Mgr. Monika Voleská

**Number of pages:** 163

**Number of characters:** 298 186

**Number of appendices:** 10

**Number of references:** 160

The rigorous thesis focuses on coping with death of colleague during their service within members of security forces – specifically police officers and firefighters. It describes coping strategies, psychological trauma, reactions to severe stress and posttraumatic growth.

The research was conducted among eight firefighters from Olomouc, Moravian-Silesian and South Moravian Regions, and among eight police officers from the Region of Hradec Králové, the Usti Region and the capital city of Prague, who have experienced death of a colleague. Semi-structured interviews were analysed by the method of grounded theory.

The results of thesis presents and describes individual coping strategies used by police officers and firefighters, and variables which intervene proces of coping with this situation.

**Key words:** stress, death, firefighters, firefighter, policemen, policeman, police officer, coping, critical incident

## **Přílohy rigorózní práce**

**Příloha 1:** Informovaný souhlas s účastí na výzkumu

**Příloha 2:** Jádrové otázky polostrukturovaného rozhovoru

**Příloha 3:** Seznam použitých zkratk

**Příloha 4:** Seznam použitých obrázků a tabulek

**Příloha 5:** Leták Anonymní telefonní linky pomoci v krizi

**Příloha 6:** Informační leták „Když (náhle) zemře blízký“

**Příloha 7:** Leták Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísní z roku 2013

**Příloha 8:** Fotografie památníku padlých policistů a hasičů

**Příloha 9:** Organizační schéma Policie České republiky

**Příloha 10:** Organizační schéma Hasičského záchranného sboru České republiky

## **Příloha 1: Informovaný souhlas s účastí na výzkumu**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Prováděný výzkum je součástí výzkumné části rigorózní práce „Vyrovnávání se se smrtí kolegy při výkonu služby“ realizované v rámci rigorózního řízení Mgr. Moniky Voleské při Katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Hlavním cílem práce je popsat zvládací strategie policistů a hasičů po extrémně psychicky náročných zásazích.

Účast na výzkumu je zcela **dobrovolná**. Účastník výzkumu má právo kdykoli bez udání důvodu od výzkumu odstoupit nebo neudělit souhlas s použitím již získaných dat.

Výzkum je prováděn v souladu se zákonem č. **101/2000 Sb.**, o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. K sebraným datům nebude mít přístup žádná neoprávněná osoba a budou využita jen k účelu, za jakým byla získána. Jakékoliv identifikační údaje nebudou párovány s daty využitými ve studii. Výzkum je proto naprosto **anonymní**. Výsledky výzkumu budou uveřejněny ve výše zmíněné rigorózní práci a v dalších odborných výstupech. Výsledky výzkumu budou na vyžádání k dispozici také účastníkům výzkumu.

Realizátorkou výzkumu je Mgr. Monika Voleská, absolventka oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Garantem výzkumu je mjr. Mgr. David Dohnal, psycholog HZS Olomouckého kraje.

Prohlašuji, že jsem byl seznámen se všemi podmínkami účasti na výzkumu „Vyrovnávání se se smrtí kolegy při výkonu služby“ a **souhlasím se svou účastí**. Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou **anonymní** a nebudou použity jinak, nežli k interpretaci výsledku psychologického výzkumu. Rovněž beru na vědomí, že mohu z programu kdykoli podle svého vlastního uvážení vystoupit. Souhlasím s tím, že rozhovor bude nahráván a archivován pro účely výše zmíněné a k datům nebude mít přístup žádná neoprávněná osoba, pouze realizátorka výzkumu.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....



## Příloha 2: Jádrové otázky polostrukturovaného rozhovoru

- Věk
- Ženatý/svobodný/rozvedený/vdovec?
- Děti
- Víra
- Jak dlouho pracujete jako hasič/policista?
- **Při jaké události Váš kolega zahynul?** (požár, dopravní nehoda...)
- **Kdy se událost stala?** (den/měsíc/rok + denní doba, abychom věděli, jak dlouho byli ve službě)
- **Kde se událost stala?**
- **Byl jste zraněn?**
- **Kolik lidí zemřelo?**
- **Byl nějak ohrožen i Váš život** nebo život dalších zasahujících či zasažených?
- Co přesně se stalo? **Co si z té události pamatujete?** Co se stalo kolegovi?
- **Jak jste se o smrti kolegy dozvěděl?** Byl jste přítomen, stalo se to později v nemocnici...? Případně kdo Vás informoval?
- Jakou pozici v týmu jste měl?
- **Jaký byl Váš vztah s kolegou, který zemřel?**
- **Co jste cítil po události?**
- Měnily se často Vaše nálady? (kolísání od strnulosti k hyperaktivitě, deprese, úzkost, ...)
- **Měl jste bezprostředně po události problémy v každodenním životě?** (nezaměstnanost, problémy s dopravou, finanční problémy, ztrácení věcí apod.)
- **Pamatujete si vše z tohoto období?** Měl jste někdy problémy s vybavováním vzpomínek na událost?
- **Měla událost nějaké dlouhodobé následky na některou z oblastí Vašeho života?**
- **Vracely se Vám vzpomínky na událost, i když jste nechtěl?**
- **Zdály se Vám někdy zlé sny nebo jste měl jiné problémy se spánkem?**
- Přestaly Vám dělat radost činnosti, které Vás dříve bavily?
- **Začal jste se vyhýbat některým situacím?** Jakým?
- **Kdo Vám nejvíce pomohl a jak?**
- **Jak na událost reagoval Váš přímý nadřízený?**
- Dostalo se Vám po události vysvětlení dalšího postupu (vyšetřování apod.)?
- **Jak na událost reagovali Vaši kolegové?**

- Měl jste možnost si s kolegy o události promluvit? Využil jste tuto možnost?
- **Svěřil jste se své rodině s událostí? Jak reagovali?**
- Nabídla Vám partnerka možnost o události hovořit? Využil jste tuto nabídku?
- **Mluvil jste o události s některým z přátel** v soukromém životě?
- Poskytli Vám přátelé i jinou pomoc? Jakou?
- **Jaká odborná pomoc Vám byla bezprostředně po události nabídnuta?** (lékař, psycholog, debriefing, apod.)
- Podal Vám někdo informace o možných reakcích na událost a možnostech jejich zvládnání?
- Dostaly se k Vám letáky nebo brožury na toto téma?
- Využil jste možnosti zavolat na Anonymní telefonní linku pomoci v krizi?
- Využil jste možnosti kontaktovat psychologa apod. delší dobu po události? (ne bezprostředně)
- Kontaktoval jste kněze nebo pastora?
- Co z toho pro Vás bylo nejdůležitější? **Co Vám nejvíce pomohlo?**
- **Co Vám obvykle pomáhá zvládnout nějaký pro Vás „těžký zásah“?**
- **Jak jste zvládal tuhle konkrétní událost?**
- **Vyhledával jste společnost spolupracovníků?**
- **Uvažoval jste o odchodu od HZS/PČR?**
- **Snažil jste se vyhnout se čemukoli, co by Vám událost a zemřelého kolegu připomínalo?** (vyhýbání se)
- **Vinil jste se někdy z toho, co se stalo?**(coping – negativní pohled)<sup>92</sup>
- **Osvědčila se Vám některá ze strategií, kterou jste popsal natolik, že byste ji využil v podobném případě znovu?**
- **Kontaktoval jste rodinu svého zemřelého kolegy?**
- **Zúčastnil jste se pohřbu zesnulého? Jak to probíhalo?**
- **Přinesla Vám událost nějakou novou zkušenost?**
- **Přemýšlel jste o Vaší vlastní zranitelnosti nebo o vlastních limitech?**
- Začal jste nějak řešit praktické otázky života? (Dluhy, pojistka...)
- Zvýšil se u Vás pocit důvěry ve vlastní schopnosti?
- **Změnil se nějak Váš pohled na vztahy s druhými lidmi?** (např. větší blízkost, častější kontakt, ...)
- **Změnil jste nějak priority ohledně toho, co je pro Vás v životě důležité?**
- Našel jste v sobě po události nějaký nový smysl života?
- **Změnil se nějak Váš pohled na víru?**

### **Příloha 3:** Seznam použitých zkratk

ACTH	adrenokortikotropní hormon
ADH	antidiuretický hormon
APA	Americká psychologická asociace ( <i>Americal Psychological Association</i> )
AR	poplachová, alarmová reakce ( <i>alarm reaction</i> )
ARS	akutní reakce na stres (F43.0)
CISD	<i>Critical Incident Stress Debriefing</i>
CISM	<i>Critical Incident Stress Management</i>
CMB	<i>Crisis Management Briefing</i>
CNS	centrální nervová soustava
CRF	kortikotropin-releasing-faktor
DSM	Diagnostický a statistický manuál
EMDR	desenzitizace a přepracování pomocí očních pohybů
GAD	generalizovaná úzkostná porucha (F41.1)
GAS	obecný adaptační syndrom ( <i>general adaptation syndrome</i> ), H. Selye
HPA osa	osa hypotalamus – hypofýza – nadledvinky
HZS ČR	Hasičský záchranný sbor České republiky
IMAO	inhibitory monoaminoxidázy
IZS ČR	Integrovaný záchranný systém České republiky
JPO	jednotky požární ochrany
KBT	kognitivně – behaviorální terapie
LAS	lokální adaptační syndrom
LOC	místo kontroly ( <i>Locus of Control</i> ), J. Rotter
MAO	reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NLP	neurolingvistické programování ( <i>neurolinguistic programming</i> )
OCD	obsedantně-kompulzivní porucha (F42)
PČR	Policie ČR
PIP	posttraumatická intervenční péče
PS HZS ČR	Psychologická služba Hasičského záchranného sboru České republiky
PS PČR	Psychologická služba Policie České republiky
PTG	posttraumatický rozvoj ( <i>posttraumatic growth</i> )
PTSD	posttraumatická stresová porucha (PTSP, F43.1)

SARI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu + serotoninový agonisté ( <i>serotonin agonist/ reuptake inhibitors</i> )
SAS	sympatoadrenální systém
SE	somatické prožívání ( <i>somatic experiencing</i> ), Peter A. Levine
SKPV	Služba kriminální policie a vyšetřování
SNRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu ( <i>serotonin – norepinephrine reuptake inhibitors</i> )
SOC	odolnost v pojetí <i>Sence of Coherence</i> , A. Antonovsky
SPIS	Systém posttraumatické intervenční služby
SPP	Služba pořádkové policie
SSRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu ( <i>selective serotonin reuptake inhibitors</i> )
TČ	trestný čin
TPP	týmy posttraumatické péče
URNA	Útvar rychlého nasazení
ÚOOZ	Útvar pro odhalování organizovaného zločinu
VMT	Vídeňský maticový test
WHO	Světová zdravotnická organizace ( <i>World Health Organization</i> )
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS HPM	Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy
ZZS KHK	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

## **Příloha 4:** Seznam použitých obrázků a tabulek

**Obrázek 1:** Možné důsledky prožité traumatické události

**Obrázek 2:** Časová osa průběhu CISM

**Obrázek 3:** Souhrn procesu působení situace úmrtí kolegy u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky

**Obrázek 4:** Souhrn procesu působení situace úmrtí kolegy u příslušníků Policie České republiky

**Tabulka 1:** Stupně psychické zátěže s příklady z praxe

**Tabulka 2:** Srovnání obranných a zvládacích reakcí

**Tabulka 3:** Možné pozitivní a negativní vlivy sociální opory

**Tabulka 4:** Typy zásahů HZS ČR pro rok 2011

**Tabulka 5:** Údaje o účastnících výzkumů z řad hasičů

**Tabulka 6:** Údaje o účastnících výzkumu z řad policistů

**Příloha 5: Leták Anonymní telefonní linky pomoci v krizi**

<b>NONSTOP</b>		<b>NONSTOP</b> OTEVŘENÁ ANONYMNÍ LINKA POMOCI V KRIZI	
<p><b>OTEVŘENÁ ANONYMNÍ LINKA POMOCI V KRIZI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● POLICISTŮM</li><li>● VOJÁKŮM</li><li>● HASIČŮM</li><li>● ZAMĚSTNANCŮM REZORTŮ MV A MO</li><li>● JEJICH RODINÁM A BLÍZKÝM</li></ul> <p>e-mail <b>pomoc.ski@mvcv.cz</b></p> <p>telefon MV: <b>974 834 688</b></p> <p>skype: <b>linkapomoci</b></p> <p>telefon MO: <b>991 834 688</b></p>	<p><b>974 834 688 • skype: linkapomoci • 991 834 688</b></p> <p><b>ZAVOLAT JE PRVNÍ KROK, VŽDY EXISTUJE ŘEŠENÍ</b></p>	<p><b>VOLEJTE, KDYŽ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– jste ztratili blízkou osobu, kolegyni nebo kolegu</li><li>– máte rodinné či partnerské problémy</li><li>– jste použili služební zbraň</li><li>– máte nezvyklé fyzické příznaky neumožňující plné nasazení</li><li>– máte problémy v zaměstnání, s nadřízeným nebo kolegy</li><li>– vás sužují jiné nepříjemnosti či těžkosti, které vám dlouhodobě ztrpčují život</li></ul> <p><b>LINKA POMOCI V KRIZI NABÍZÍ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– ANONYMITU</li><li>– povinnost mlčenlivosti</li><li>– emocionální podporu</li><li>– vyslechnutí a porozumění</li><li>– zprostředkování kontaktů</li></ul> <p>  </p>	<p><b>974 834 688 • skype: linkapomoci • 991 834 688</b></p> <p><b>ZABRAŇTE KRIZI, ABY VÁS OVLÁDLA</b></p>

## Příloha 6: Informační leták „Když (náhle) zemře blízký“

Zvláště děti vnímají neštěstí citlivě – věnujme jim pozornost, mluvm s nimi a umožněme jim zapojit se do loučení se zemřelým, a do pomoci blízkým.

Po dobu prvních týdnů a měsíců se nebojme odpočívat, dělejme i to, co máme rádi, neočekávejme od sebe výkony a nespěchejme na radost.

Pomoc může přijít z různých stran a také ji můžeme vyhledat. Lékař nám může pomoci s nespavostí nebo tělesnými obtížemi, psycholog pomáhá porozumět tomu, co prožíváme, duchovní s námi může mluvit o otázkách smyslu a naděje.

### Autoři:

Pracovní skupina pro tvorbu standardů psychosociální krizové pomoci při MV-Generálním ředitelství Hasičského záchranného sboru ČR  
Vydává OS ADRA ve spolupráci s MV – GR HZS ČR, 2. vydání, léto 2009  
Předkládaný text je veřejným vlastnictvím a může být používán pouze beze změn textu. Oceňujeme případné citace zdroje.

Budeme rádi za jakoukoli Vaši odezvu (včetně stížnosti) směřovanou na adresu: Psychologické pracoviště, MV-GR HZS, Kloknerova 26, 148 01 Praha 414  
E-mail: standardy@grh.izscr.cz

Nečekaná smrt blízkého člověka patří k nejtěžším situacím v lidském životě. Někdy mohou posloužit informace.

### Praktické kroky

Zkušenosti ukazují, že pro naše vyrovnání se s náhlým úmrtím bývá důležitá, abychom získali dostatek informací o okolnostech smrti, o tom, co se děje s tělem a osobními věcmi zemřelého. Tyto informace poskytnou zdravotníci, případně policie.

*Pozůstalí mají právo nahlížet do zdravotní dokumentace zemřelého, či do vyšetřovacího spisu.*  
Pro někoho je důležité zesnulého vidět, aby se s ním mohl rozloučit. V případech nehod, trestných činů atp. mohou policisté žádat pozůstalé, aby potvrdili totožnost zemřelého – tj. provedli identifikaci. Pokud se nás to týká a domníváme, že by to pro nás bylo příliš náročné, můžeme tak učinit pomocí fotografií anebo v doprovodu další osoby. Příomou identifikaci těla lze z osobních důvodů odmítnout.

Smrt blízkého příbuzného bývá spojena i s vyřizováním řady praktických věcí (např. je třeba zrušit smluvní závazky zemřelého). Pomoci mohou následující instituce:

- \* Pohřební služba: zařízení pohřbu, vystavení potřebných dokladů a další informace
- \* Sociální odbor úřadu obce s rozšířenou působností: informace o případných dávkách a další pomoci

### Užitečné kontakty

Pokud postrádáme další informace nebo pomoc, využijme navazujících služeb. Uveden je výběr z těch, které jsou v naší zemi poskytovány zdarma:

**Občanské poradny** poskytují poradenství v oblasti sociální, právní, bytové, vztahové.  
www.obcanske-poradny.cz

Kontakt na občanskou poradnu v bydlišti nám dají i na Asociaci občanských poraden – tel.: 222 780 599 / 322, mobil: 777 257 521

**Krizové služby** mohou rychlou pomocí podpořit nás i naše rodiny. Nejsnáze kontaktujeme Linku důvěry, kde nám dají též informace o místních i celostátních možnostech další opory; podobně je zjistíme v Adresáři krizových služeb na www.remedium.cz

Informace související s úmrtím a pohřbem najdeme na ww.pohreb.cz

Vydání finančně podpořila energetická skupina RWE



### Další kontakty

- \* Příslušná správa sociálního zabezpečení: přiznání vdovského, vdoveckého nebo sirotčího důchodu a další informace
- \* Notář: vyřízení pozůstalosti a dědictví *Pozor, pokud není předem ustanoven tzv. správce dědictví, mohou být zablokovány některé účty zemřelého.*
- \* Pokud se dostaneme do hmotné nouze, není hanbou požádat o pomoc příbuzné, přátele, obec a církev.
- \* Pokud za smrt blízkého někdo nese odpovědnost (v případě trestného činu viník, v případě pracovního úrazu či nemoci z povolání zaměstnavatel atp.), máme nárok na odškodnění.
- \* V nejasných případech zdarma poradí občanské poradny.

**Prosazujeme svá práva. Pokud se nám to nedaří, mohou pomoci kontakty uvedené v závěru.**

### Prožívání

Ztrátu blízkého člověka každý prožíváme jinak a nikdo nemá právo nám vnucovat reakce, které nám nejsou vlastní.

Běžně se na nějakou dobu objevují:

- \* problémy se spánkem
  - \* tělesné obtíže
  - \* ztráta energie
  - \* nesoustředěnost
  - \* pocity smutku, zlosti anebo viny
  - \* odcizení v rodině i mezi přáteli
- Dejme sobě i blízkým čas.



## Když (náhle) zemře blízký



**Informace pro ty z nás, kteří (náhle) ztratili blízkého člověka**

Truchlení představuje dlouhou a bolestnou cestu, na níž se vyrovnáváme se ztrátou blízkého. Nejtěžší období trvá zpravidla rok. Přesto, že máme různé představy o tom, co je po smrti, vnímáme, že smrtí náš vztah k blízkému člověku nekončí. Můžeme na něho myslet, mluvit k němu, může se nám zdát, že slyšíme jeho kroky, hlas, dál se s ním setkáváme, třeba i ve snech.

Zřejmě se vynoří také otázky po smyslu: Proč se to stalo? Proč právě jí - jemu? Proč jsem tomu nemohl/a zabránit?

V průběhu truchlení obvykle pomáhají obřady a další způsoby rozloučení, např. pohřeb anebo návštěva hřbitova. Nacházíme tak nový vztah k zemřelému i odvahu k dalšímu životu. Obřad rozloučení se zesnulým lze uspořádat i po delší době od úmrtí.

### Možnosti pomoci a svépomoci

Ačkoli můžeme mít pocit, že nám nikdo nerozumí, obvykle pomáhá o prožitcích hovořit.

Každý z nás může pomoci druhým věcně i svou přítomností: pokud nasloucháme bolestivým věcem, měli bychom snést pláč, a zároveň nenutit druhého, aby plakal.

# Příloha 7: Leták Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísní z roku 2013

### Nadace policistů a hasičů byla založena 21. prosince 2002

Je neziskovou organizací, která pomáhá nad rámec zákona zlepšit životní podmínky 66 dětem po policistech a hasičích, kteří zahynuli při výkonu služby. Další skupinou, o kterou se nadace od roku 2005 stará a snaží se zabezpečit jejím 45 členům důstojné životní podmínky, jsou bývalí policisté a hasiči, kteří utrpěli při svém služebním nasazení těžkou zdravotní újmu s trvalými následky, jež jim znemožňují prožít plnohodnotný život.

V roce 2012 poskytla podporu za téměř sedm milionů korun. Nepřipadá však jen materiální, pomáhá také řešení těžkých životních situací, při výchově dětí, poskytnutím léčebně ozdravných pobytů, při zajištění zdravotních pomůcek a především umožňuje setkání „nadační rodiny“.

### Jsme tady my, co můžeme pomoci...

...problémech tragické události, jak si všichni uraďme, nebyli poslední. Mysleme na ty, kteří při výkonu služby zemřeli, nebo se těžce zranili, a nemohou už vykonávat svoji profesi ve prospěch nás všech, nemohou se postarat o rodiny, nemohou už jít do služby mezi kolegy...

Po provedení auditu ze dne 7. 2. 2013 zni výrok auditora „bez výhrad“. To dotvrzuje i skutečnost, že je hospodářsky s výsoce kladným hospodářským výsledkem, který přispívá k prohloubení důvěry v nadaci.

Pokud jste se již rozhodli, můžete přispět finančním darem na dárcovský účet buď jednorázově, nebo pravidelným posíláním ze svých plateb.



## NADACE POLICISTŮ A HASIČŮ

VZÁJEMNÁ POMOC V TÍSNÍ  
www.nadacepah.cz

### Nadace děkuje

Rádíme jím přátelé nadace. Všichni mají srdce na správném místě. Pomáhají nadací a nadačním rodinám společně uvést životní blázniv. Jsou to Policie ČR, HZS ČR, MV ČR, ZP MV ČR, soudní osoby, malé firmy a společnosti, velké organizace i zabití občani. Dalšími poskytovateli patří těm, za jejichž pomoci vznikla nadační kniha, bez finančních vyjádření nadace.

**Všem dárcům děkujeme.**

**Děky této spolupráci a pomoci, nadace zajišťuje mimo již zmíněných léčebných pobytů pro „nadační rodinu“:**

- zdravotní péči a stavební spoření pro děti policistů a hasičů, kteří zemřeli při výkonu služby
- každému dítěti v závěru roku finanční obnos
- každému TTP v závěru roku finanční obnos
- pomoc při obnově zdravotních pomůcek TTP
- pomoc rodinám a TTP v oblasti sociální, právní a zdravotní

### Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísní

#### Číslo účtu: 175 787 001 / 0300



Již jedenáctý rok pomáhá nadace pozůstalým dětem policistů a hasičů, kteří se ze služby nevrátili a těžce tělesně postiženým bývalým policistům a hasičům, kteří utrpěli úraz při výkonu povolání. Nadace tak svoji činností naplňovala a stále naplňuje moudrý výrok francouzského spisovatele

Francois Duc de la Rochefoucauld  
Všichni máme dostatek síly, abychom unesli neštěstí druhých.



**Orgány nadace**

Orgány nadace jsou Správní a Dozorčí rada Nadace policistů a hasičů. Všechny funkce v těchto orgánech jsou čestné.

**Správní rada**  
Správní rada nadační řídí, je jejím statutárním orgánem, spravuje její majetek a rozhoduje o všech jejích záležitostech.  
Předseda: Jan Kubice  
Místopředseda: JUDr. Milan Štěpánek  
Členové: plk. Mgr. Martin Červíček, JUDr. Miloš Dožkal, JUDr. Stanislav Gross, plk. Mgr. Vladislav Husák, Mgr. Petr Lesný, genmjr. Mgr. Oldřich Martin, JUDr. Vladimír Mládek, Zdeněk Jiradřich Oberreiter, plk. Ing. Dušan Ryba, genmjr. Ing. Miroslav Štěpán

**Dozorčí rada**  
Dozorčí rada je kontrolním orgánem nadace.  
Předseda: Zdeněk Julík  
Členové: Bc. Daniel Blaha, Ing. Josef Věštek

**Ředitel**  
Je výkonným orgánem nadace.  
Ředitel: PhDr. Vladimír Šutera, CSc.

**Kontakt:**  
Adresa: PS 21 Nad Štolou 3, 170 34 Praha 7  
KÚ: 26738741  
Telefon: 914 824 030, 603 191 478  
Fax: 914 824 321  
E-mail: nadace@mvz.cz  
Intranet: nadace@pccr.cz  
nadace.prochazkova@pccr.cz  
www.nadacepah.cz



### Plán roku 2013 – možnosti individuálních i společných pobytů a setkání

22. 6. – 29. 6.	ozdravný pobyt tělesně postižených (TTP) v Červené nad Vltavou
20. 6. – 30. 6.	léčebné ozdravné pobyty pro matky a děti v moři ve Španělsku
15. 7. – 27. 7.	léčebné ozdravné pobyty v Polsku pro studující děti ve věku 18–26 let
24. 8. – 31. 8.	ozdravný pobyt pro děti s matkami v Kaperských Horách
31. 8. – 7. 9.	léčebné ozdravné pobyty pro TTP v termálních lázních v Maďarsku
28. 11. – 29. 11.	nadační setkání v Praze
Celoročně	možnost léčebně ozdravného pobytu v českých lázních pro matky s dětmi a TTP

### Nadace policistů a hasičů stavi svoje úsilí na principu solidarity a dobrovolné finanční podpory policistů, hasičů a občanských pracovníků resortu, darů organizací a soukromých osob, kteří svým příspěvkem pomáhají vytvořit nezbytné základy pro pozůstalé rodiny a TTP. Nadace se ve svých aktivitách také zaměřuje na pořádání kulturních a sportovních charitativních akcí, jejichž výtěžek pomáhá rozšířit možnosti podpory potřebným. Více než desetiletou systematickou péči pomáhá nadačním rodinám zvýhodnit jejich sociální a morální kredit. Vnesla mezi ně pocit soudržnosti a sebevědomí. Díky ní mohou děti bez starostí studovat. Vztahy se prohlubují, rodiny se mezi sebou navštěvují. Podávají se výtěhy to nejempaně, velkou nadační rodinu. A to je hlavní cíl a úspěch nadace.



### Aktivity 2012

#### Významné sportovní akce

V rámci projektu Sparta vzdává hold se na pozvání nadace a HC Sparta Praha sešlo v jednu na dvou hokejových zápasích v Tipsport aréně více než 10 000 policistů, hasičů a občanských pracovníků resortu. Unikátní hračkové dresy se staly předmětem charitativní internetové dražby ve prospěch nadace.



V květnu se uskutečnil v areálu Sportovního klubu Moterlet v Praze 5 již tradiční sedmý nožník megaruningu policistů v minikopaně „Košický košík“. Vítězské za startovního byl již tradičně předán nadací.



Při zahájení přípravného utkání fotbalové reprezentace Česko Maďarsko Fotbalová asociace ČR věnovala nadační finanční dar. Dárkový ček předal prezident fotbalové asociace za

přítomnosti vlnkonosů se standartami Policie ČR. Kromě toho obdržela nadace na tento zápas také 1 000 vstupenek pro své příznivce.



Požadatelé 51. ročníku Mezinárodního atletického mítinku Zlatá tretra, agentura TK Plus a atletický oddíl SSK Vítkovice, pozvali nadaci a umožnili jejím členům, jako divákům, zúčastnit se zdarma na atletických sportovních kláních.

V říjnu se v rámci výstavy Sport Life uskutečnila v Brně nová akce „namosilveer maraton“. Jejím cílem bylo podpořit nadaci a zviditelnit její činnost.

Již poosm se uskutečnila Slavnosti bojových umění pod patronací ředitele Krajského ředitelství policie Moravskoslezského kraje a pod záštitou náměstka primátora statutárního města Ostravy. Požadatelem byl oddíl AKIKO SKP Ostrava.

### Významné kulturní akce

U příležitosti 10. výročí vzniku Nadace policistů a hasičů a 20. výročí vzniku Zdravotní pojistovny Ministerstva vnitra ČR se v dubnu uskutečnil ve Španělském sálu Pražského hradu koncert Hudby Hradní stráže a Policie ČR, na kterém vystoupili naši i američtí operní sólisté.



Koncert pro přátele a příznivce nadace, se uskutečnil v listopadu v paláci Blaník v Praze. Smyslem bylo poděkovat všem příznivcům nadace za získané finanční dary. O příjemnou atmosféru večerního programu se postaral zpěvák Janek Ledický.



### Společné chvíle na léčebně ozdravných pobytech

Ceremonie léčebně ozdravných pobytů pro nadační rodiny ve Španělsku byl navržena tak, aby zdraví a energii čerpaly děti i maminky a pobytu po celý rok.



V červnu se uskutečnil společný ozdravný pobyt, ve spolupráci nadace se Zařízením služeb MV a Nadací ČEZ v Červené nad Vltavou, které se zúčastnili zdravotně postižení bývalí policisté a hasiči. Tato setkání přispívají k prohloubení vztahů nadačních rodin a tím i jejich psychické podpore.




Velkému zájmu se těší letní léčebně ozdravný pobyt v termálních lázních v Maďarsku, který je určen především tělesně tělesně postiženým. Díky těmto ozdravným pobytům a setkáním se z nich stala soudržná a přátelská parta chlapců, kteří se perou se svým životem a kteří ve svém nitru se stále cítí být policisty a hasiči.



Od roku 2007 nadace s polskou nadací organizují zahraniční ozdravné pobyty pro studující děti od 18 do 26 let. Studentům se u Baltického moře libí. Spolupráce s polskou nadací se úspěšně rozvíjí.

### Vánoční setkání nadačních rodin se stává milou tradicí

Většina aktivit nadace se v roce 2012 nesla ve slavnostním duchu desátého výročí založení. Nadační dvoudenní plešvánoční setkání bylo zahájeno pietním aktem u pomníku padlých policistů a hasičů v areálu Muzea Policie ČR v Praze, za účasti vlnkonosů Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR ze všech krajů. Za zemele byla sloužena krátká ekumenická mše v přítomnosti kněze.

V průběhu vánočního nadačního koncertu v Národním domě na Vinohradech hrála Hudba Hradní stráže a Policie ČR, vystoupil dětský sbor Harmonie Kráslice a pro nadaci zazpívala Jitka Zelenková.

Zakladatelé nadace pokřtili první nadační knihu a prezentovali DVD.



Druhý den dopoledne členové nadační rodiny navštívili unikátní expozici soustředěnou v Expozici požární ochrany HZS ČR ve Zbraslvi. Na závěr se „nadační rodina“ sešla se členy správní a dozorčí rady. Směta se tělesně postižení od nich převzali finanční obnos a věcné dárky od svých příznivců.



Cíle setkání doprovázelo mnoho významných domácích i zahraničních hostů.





**Příloha 8: Fotografie památníku padlých policistů a hasičů**



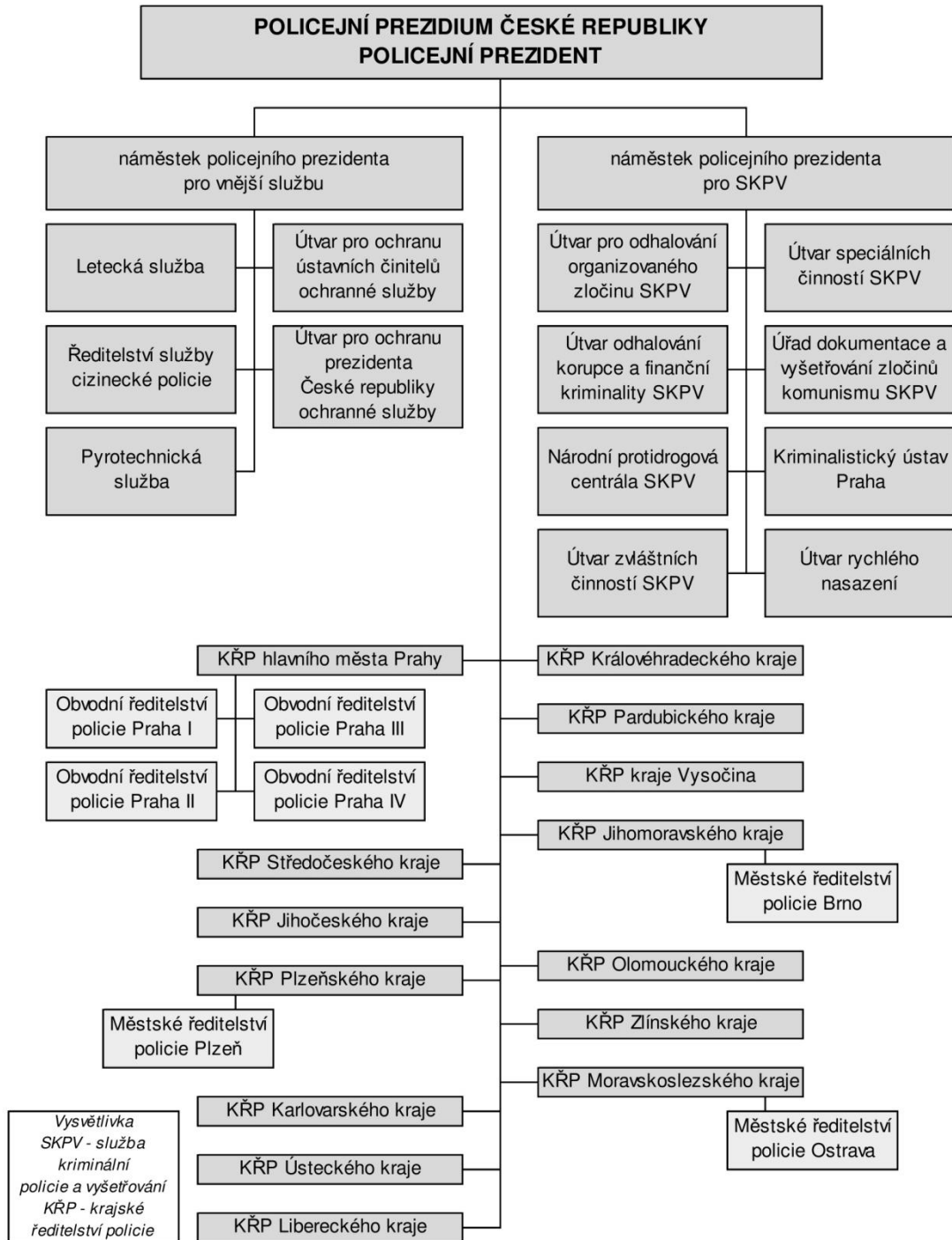
(HZS ČR, 2010g)



(Pražský deník, 2009)

**Příloha 9: Organizační schéma Policie České republiky (PČR, 2010d)**

**Organizační schéma policie**



# Příloha 10: Organizační schéma Hasičského záchranného sboru České republiky

(HZS ČR, 2012)

Schéma organizační struktury MV-generálního ředitelství HZS ČR  
(stav k 1.12.2012)

