

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

**Vyrovnávání se se smrtí kolegy hasiče
při výkonu služby u příslušníků
Hasičského záchranného sboru České republiky**

Coping with Death of Colleague – Firefighter
During The Service among the Members
of the Czech Republic Fire Rescue Service



Magisterská diplomová práce

Autor: **Monika Voleská**

Vedoucí práce: **mjr. Mgr. David Dohnal**

Olomouc

2012

Mé poděkování patří vedoucímu této práce, mjr. Mgr. Davidu Dohnalovi, za jeho cenné rady a za čas a trpělivost, které této práci vždy ochotně věnoval.

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

V neposlední řadě děkuji také svým rodičům za jejich nikdy nekončící podporu.

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

Čestné prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „Vyrovnavání se se smrtí kolegy hasiče při výkonu služby u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Úpici dne 22. listopadu 2012

.....

Obsah

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1. Stres	7
1.1. Teoretické přístupy k problematice stresu	8
1.1.1. Katecholaminová hypotéza	8
1.1.2. Obecný adaptační syndrom	8
1.1.3. Steinbergova – Ritzmanova teorie	9
1.1.4. Transakční (kognitivní) koncepce stresu	10
1.1.5. Teorie alostatické zátěže	11
1.2. Odpověď organismu na stresovou situaci	11
1.2.1. Stresová reakce a nervový systém	12
1.2.2. Hormonální odpověď organismu na stres	13
1.3. Stresory	14
2. Smrt a truchlení	15
2.1. Náhlá smrt.....	15
2.2. Smrt přítele.....	15
2.3. Truchlení.....	16
2.3.1. Projevy truchlení	16
2.3.2. Stádia truchlení a jejich úkoly	17
2.3.3. Komplikované truchlení	18
2.4. Pohřeb.....	19
3. Zvládání zátěžových situací	20
3.1. Řešení problémů.....	20
3.2. Obranné mechanismy.....	20
3.3. Coping	21
3.3.1. Copingový styl versus copingové strategie.....	22
3.3.2. Teoretické přístupy ke copingu	22
3.3.3. Coping a pracovní stres záchranářů	26
3.3.4. Copingové strategie v našem výzkumu	27
3.4. Sociální opora	28
4. Reakce na závažný stres	32
4.1. Akutní stresová reakce	32
4.2. Posttraumatická stresová porucha.....	33

4.2.1.	Diagnostika PTSD	35
4.2.2.	Diferenciální diagnostika	37
4.2.3.	Biologické aspekty, patofyziologie	38
4.2.4.	Léčba posttraumatické stresové poruchy	39
4.3.	Posttraumatický rozvoj.....	45
4.3.1.	Proces posttraumatického rozvoje.....	46
4.3.2.	Teoretické přístupy	47
5.	Integrovaný záchranný systém České republiky.....	48
5.1.	Psychologická služba v IZS	48
5.2.	Hasičský záchranný sbor České republiky	49
5.2.1.	Profese hasič – záchranář.....	50
5.2.2.	Zátěžové situace v profesi hasiče.....	51
5.2.3.	Psychologická služba HZS ČR	53
5.2.4.	Psychologické ověření způsobilosti.....	54
5.2.5.	<i>Critical Incident Stress Management</i>	55
5.2.6.	Nadace policistů a hasičů – vzájemná pomoc v tísni.....	59
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	61
6.	Shrnutí teoretických poznatků	62
7.	Cíl výzkumu.....	64
8.	Zkoumaná populace a výběrový soubor.....	65
9.	Metodologie výzkumu	66
9.1.	Příprava interview.....	66
9.2.	Tvorba dat.....	67
9.3.	Fixování dat	68
9.4.	Zpracování a příprava dat na analýzu	69
9.5.	Analýza dat.....	69
9.6.	Etika výzkumu	70
10.	Výsledky	72
10.1.	Kontext události.....	73
10.1.1.	Blížkost vztahu se zesnulým	73
10.1.2.	Přítomnost u události	74
10.1.3.	Ohrožení vlastního života	74
10.1.4.	Pokus o záchranu.....	74
10.1.5.	Reakce okolí.....	75
10.1.6.	Osobní myšlenky, pocity a reakce.....	76

10.2.	Zvládací strategie.....	78
10.2.1.	Sociální opora.....	78
10.2.2.	Pomoc psychologa.....	80
10.2.3.	Fyzická aktivita.....	80
10.2.4.	Zájmy	81
10.2.5.	Víra	81
10.2.6.	Samota.....	81
10.2.7.	Pomoc rodině zemřelého.....	82
10.2.8.	Alkohol, cigarety, káva.....	82
10.2.9.	Čas.....	83
10.2.10.	Vyhýbání.....	83
10.3.	Dlouhodobější důsledky	83
10.3.1.	Zkušenost.....	83
10.3.2.	Zranitelnost.....	84
10.3.3.	Životní hodnoty	84
11.	Diskuze	85
12.	Závěry.....	92
	Souhrn.....	93
	Seznam použitých zdrojů a literatury	94
	Abstrakt diplomové práce.....
	Přílohy diplomové práce.....

Úvod

Tato diplomová práce vznikla především díky dlouhodobému zájmu autorky o témata související s krizovými událostmi a Hasičským záchranným sborem. Seznamováním s prací psychologů pracujících u Hasičského záchranného sboru jsme věnovali mnoho času. Měli jsme tak možnost seznámit se se složitější strukturou vztahů a procesů v rámci sboru.

Protože hasiči jsou natolik specifickou skupinou lidí, jsou také často studenty žádáni o spolupráci na výzkumech. Protože jsme nechtěli opakovat již jednou realizované projekty a zároveň jsme chtěli do oblasti hasičské psychologie přinést něco nového, rozhodli jsme se zaměřit své bádání na extrémně zatěžující situace, kdy došlo k úmrtí kolegy při výkonu služby. Naším hlavním cílem bylo popsat jednotlivé strategie, které hasiči používají při vyrovnávání se s takovou situací.

Teoretická část práce je rozdělena do pěti kapitol. První z nich je věnována problematice stresu, teoretickými přístupy a biologickými procesy, které při vystavení jedince stresoru v těle probíhají. Druhá kapitola se zabývá tématem smrti a truchlení. Ve třetí kapitole jsou popsány strategie zvládání zátěžových situací včetně nejčastějších strategií, které využívají příslušníci hasičského sboru. Čtvrtá kapitola vychází z autorčiny 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. Poslední, pátá kapitola pojednává o Integrovaném záchranném systému České republiky. Je zde podrobně charakterizována činnost příslušníků HZS, hasičských psychologů, a také detailně popsána komplexní metoda preventivních a intervenčních technik využívaná u bezpečnostních sborů – metoda *Critical Incident Stress Management*.

Praktická část přináší teoretické shrnutí, seznámení s cíli a postupy vytváření dat, výsledky a diskuzi nad nimi. Popisuje zvládací strategie, které hasiči z tohoto výzkumu použili při vyrovnávání se se smrtí kolegy.

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 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 nepřeborné 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 trvající. 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

Stejně jako je velké množství definic stresu, existuje také spousta teorií, které se jím 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. Cannon tuto odezvu 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) dodávají 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 (*exhaustion*). Poplachovou nebo též alarmovou reakci můžeme ještě rozdělit na dvě podfáze – fázi šoku, kdy je odolnost organismu rapidně snížena, a fázi pošokovou („*countershock phase*“), kdy se aktivuje sympatoadrenální

system a začnou se do krve vyplavovat stresové hormony (Čáp & Dytrych, 1968). Ve fázi rezistence se organismus stresu přizpůsobuje a adaptuje se na nové podmínky. Fáze vyčerpání 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), 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 projeví. 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 bez souvislosti s velikostí podnětu. 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 reinterpretaci 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 nepřetržité 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 mozkovém 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 dření 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.

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).

2. 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. 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).

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.

2.1. 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).

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

2.2. Smrt přítele

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).

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. U profesionálních hasičů se jedná o jednu třetinu veškerého času, kterou zesnulý kolega v jejich životě sdílel.

2.3. 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).

2.3.1. 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 (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 pozůstalým a vším, co ho připomíná. Pozůstalý může například naprosto omezit sociální kontakty.

2.3.2. Stádia truchlení a jejich úkoly

Truchlení je vysoce individuální záležitost, ale v zásadě můžeme u každého truchlícího nalézt řadu podobností. Kubíčková (2001), Baštecká et al. (2003) i další autoři popisují **fáze** či **stádia truchlení**. Worden (1983, in Baštecká et al., 2003) mluví také 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 nevyklučovalo ze života.*“ (Worden, 2009, 50). Mohli bychom tak přeformulovat i název stadia na adekvátnější: Stadium nalezení nového pouta se zemřelým.

2.3.3. 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 zemřeli 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 „podpůrná 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).

2.4. 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 mají pro příbuzné (Kübler-Rossová, 2003), ale důležité jsou 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).

3. 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, o jejich dynamice (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).

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

3.1. 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).

3.2. 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. 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 sebepojetí (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). Je jimi 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 (in Paulík, 2010; Lazarus & Folkman, 1984).

3.3. Coping

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

Tabulka 1: 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.

3.3.1. 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.

3.3.2. 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 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 citění, 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).

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).

3.3.3. Coping a pracovní stres záchranářů

Hasiči a ostatní pracovníci záchranných 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 hasiči 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).

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, která se zdá být hasiči upřednostňovaná. 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 popsáním postupem zvládnání stresu u hasičů je klasický coping zaměřený na emoce, který se uplatňuje především u hasičů s nižší úrovní vystavení

traumatu. Problémově zaměřený coping úspěšně používali častěji hasiči 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 zvládnání 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).

3.3.4. 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 popsaných 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). My se v našem výzkumu ovšem efektivitou copingu zabývat nebudeme. Naším cílem je popsat všechny strategie, které hasiči používají bez rozdílu jejich účinku.

3.4. Sociální opora

Sociální opora (*social support*) je „podpůrná 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. Titěž 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): „narázníkový“ model a model přímého účinku. „Narázníkový“ 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, neznamena, 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 2).

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

Tabulka 2: Možné pozitivní a negativní vlivy sociální opory

Z Tabulky 2 je jasně patrné, že sociální opora má dvě strany mince. Může působit protektivně, ale zároveň může příjemci značně ztěžovat situaci.

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

Ve 4. edici Diagnostického a statistického manuálu (APA, 2000) 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 **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 zážitků 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.

Dalším příznakem ARS je **disociace**, což je náhlé narušení běžně integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity a vnímání a ovládnání těla. MKN-10 (WHO, 2006) popisuje disociaci v kontextu diagnostické kategorie F44 Dissociativní (konverzní) poruchy. Dr. Pastucha (2010) ve své disertační práci konstatuje, že je velmi neostrá hranice mezi poruchami dissociativními a jinými. Disociaci tedy společně s ním vnímáme jako jeden z příznaků v akutní fázi traumatu. Disociace v tomto kontextu může připomínat „obranné reakce zvířat typu zamrznutí v reakci na ohrožení“ (Pastucha, 2010, 130).

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 je posttraumatická stresová porucha (PTSP, *posttraumatic stress disorder*, PTSD) řazena do skupiny úzkostných poruch s označením 309.81 (Mareš, 2012; Vizinová & Preiss, 1999). V současné době probíhají diskuze o vytvoření nové kategorie pro posttraumatické poruchy v DSM-V. Bylo již vytvořeno i několik studií, které mají doporučit, zda novou kategorii vytvořit či ne (např. Resick & Miller, 2009).

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 nepřetrávají 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. Vyšší čísla se pak udávají u jedinců, kteří jsou častěji vystavováni traumatickým situacím (např. hasiči, 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 objevili 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“.

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 spojené 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 vnímány 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 a 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:

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.

Symptomy, které vzešly z vystavení jedince stresoru, by měly zahrnovat stálé znovuprožívání události prostřednictvím např. vtíravých myšlenek (u dětí opakovaným hraním hry s náznaky tématu traumatu), obtěžujících snů (u dětí můžou

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.

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 můžou jevit podobně (Praško, Pašková, Soukupová, & Tichý, 2001a).

Významným diferenciálně diagnostickým vodítkem je právě přítomnost traumatické události před vypuknutím příznaků. U většiny poruch můžeme diferenciálně 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 flashbaky, 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, Boisoeneau & 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 vstípením 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 vyhýbavé 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 podpůrná. Léky mohou zmírnit některé symptomy, ale nikdy nepovedou k jejich úplné remisi (Hodgkinson & Stewart, 1998; 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 osvědčili alprazolam s firemními názvy Neuro, 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 vyhybavé chování. Z dalších skupin antidepresiv, které mohou být indikovány u PTSD jsou **IMAO** (inhibitory monoaminoxidázy), **MAO** (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 vyhybavému chování, zvýšené dráždivosti i flashbackům a vtíravým myšlenkám. Mezi často používaná antidepresiva k léčbě PTSD patří také citalopram (Citaloc), 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 „slepování“ 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 se metoda nazvala 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.).

Hypnosuggestivní metody se zaměřují 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.

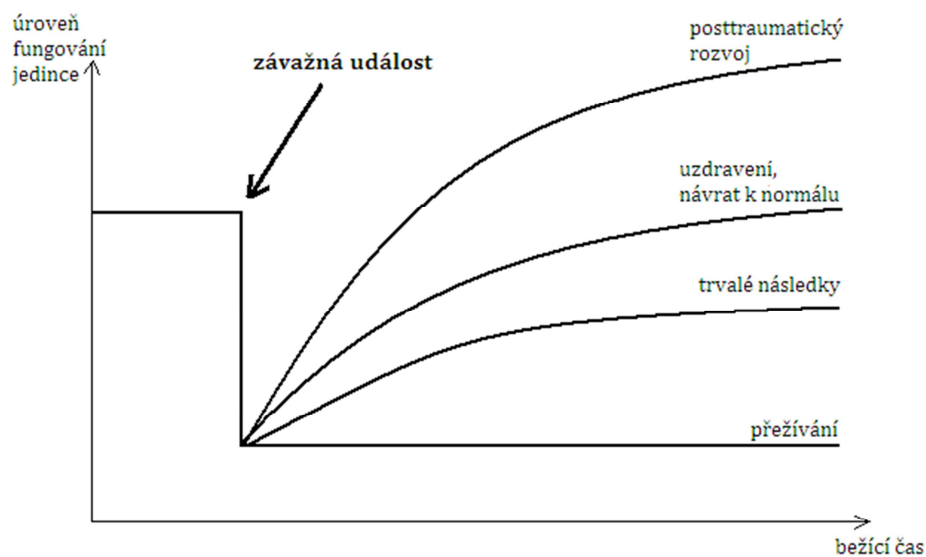
Koncept **somatického prožívání** (*Somatic Experiencing, SE*) Petera A. Levina není klasickou psychoterapií. Je to nová metoda práce s tělem a nervovým systémem pro pochopení procesů při vzniku traumatu a jeho léčení. Autor se inspiroval ve světě zvířat a celý koncept je zasazen do kontextu energetického 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 se dostává 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, neznamena 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). „Salutogenetické a patogenetické aspekty traumatu jsou propojeny. Jakoby posttraumatická stresová porucha a posttraumatický rozvoj byly

dvěma fasetami obecnějšího konstruktů „psychické reagování na trauma“ (Krutiš, Mareš & Ježek, 2011, 247).



Obrázek 1: Možné důsledky prožití 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).

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) v této souvislosti se 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. 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.

5.1. Psychologická služba v IZS

V českých poměrech byla průkopnickou psychologickou službou Psychologická služba Policie České republiky (PS PČR) (Vymětal, 2009). Systém psychologické péče u policie má tři pilíře. Prvním jsou služby policejního psychologa a druhým je Systém posttraumatické intervenční péče (PIP) (Vymětal, Voska, Toman, Jungwirthová & Urban, 2010). Systém PIP vznikl v roce 2001 díky Závaznému pokynu č. 129 policejního prezidenta. Členové tohoto týmu jsou vyškolení interventi z řad policistů a celý systém je tak založen na kolegiálním přístupu a myšlence „*peer-support*“ (Sotolářová, 2006). Z tohoto konceptu také vychází obdobná intervenční skupina působící v rámci HZS ČR.

Třetím pilířem je 24hodinová Otevřená anonymní linka pomoci v krizi pro policisty a hasiče, která funguje od roku 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.

O Psychologické službě Hasičského záchranného sboru České republiky, se zmíníme v kapitole 5.2.3.

Jedinou složkou Integrovaného záchranného systému ČR, která nemá psychologickou službu zakotvenou v zákoně, je zdravotnická záchranná služba.

Na konceptu Systému psychosociální intervenční služby ZZS ČR (SPIS ZZS ČR) se pracuje od roku 2008 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 (Vrbová & Dohnal, nedat.). Peřeři posttraumatického intervenčního systému ZZS ČR jsou dostupní např. ve Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici Hradec Králové a ZZS KHK nebo ve Fakultní nemocnici Ostrava a ZZS Moravskoslezského kraje.

5.2. 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, 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 3 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%
Celkem	101 101	100%

Tabulka 3: 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).

5.2.1. 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. Přijímací 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 přijímací 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 přípravu. 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).

5.2.2. 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, které se s činností hasičů snoubí. V níže uvedeném přehledu se budeme věnovat těm,

kteře 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 diplomová 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).

5.2.3. 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 interventi 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“.

5.2.4. Psychologické ověření způsobilosti

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 diplomovou 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).

5.2.5. Critical Incident Stress Management

Pro potřeby HZS ČR je nastaven systém *Critical Incident Stress Management* (CISM). Jedná se o ucelený systém preventivních a intervenčních technik pro péči o příslušníky sboru při zvládnání posttraumatického stresu (Everly & Mitchell, 1999; 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. 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).

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 zvládání 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 zvládání 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. 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 o zvládacích strategiích a postupech.
- **Fáze návratu** (*Re-entry*) – příprava na ukončení CISD, shrnutí, diskuze o možnostech návazné péče.

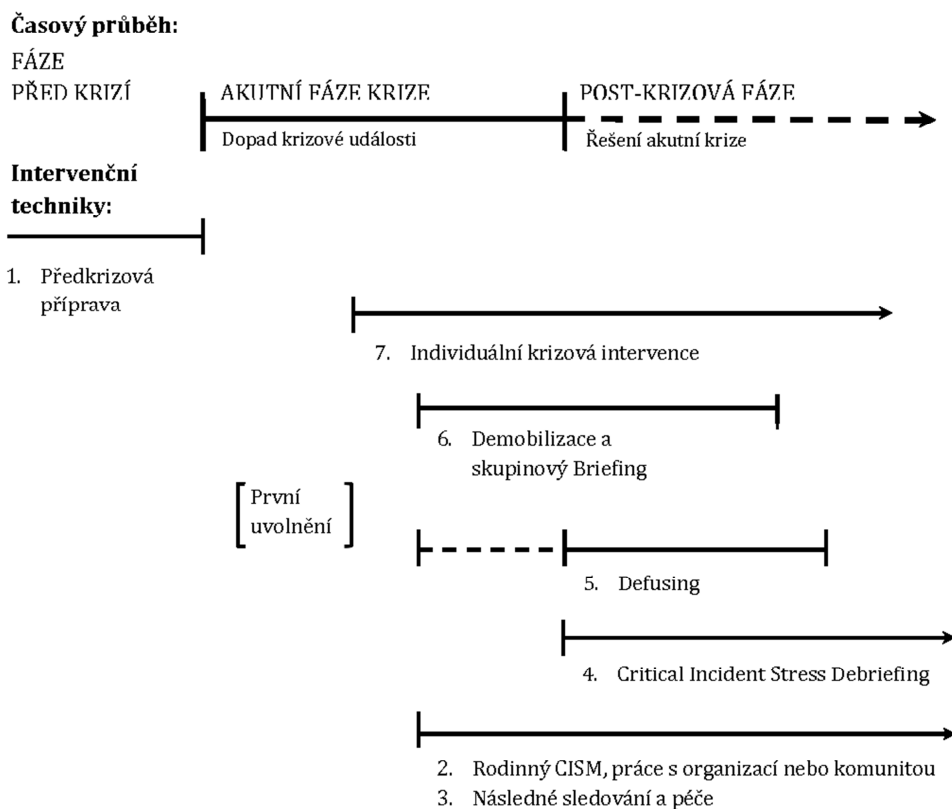
Po ukončení debriefingu je dobré pokračovat neformálním posezením u občerstvení. *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD) je nejdiskutovanější složkou celého komplexního systému CISM. Kritizovaný je mimo jiné za to, že jeho účinky nejsou prokázány výzkumnými studiemi. Více informací ke kritice i 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 pětáctičetiminutové 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.

5.2.6. 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. V těchto 43 rodinách žije 63 dětí. Nadace rodinám financuje například léčebně-ozdravné pobyty v zahraničí.

Od roku 2009 Nadace pečuje také o 45 bývalých policistů a hasičů, kteří ve službě utrpěli zranění, jehož následkem jsou trvale tělesně postiženi. Pro ně jsou pořádána nejrůznější setkávání nebo individuální pobyty v lázních.

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 umístování dětí do školy, pomoc právníckého charakteru).

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

PRAKTICKÁ ČÁST

6. Shrnutí teoretických poznatků

Stres je fenoménem dnešní doby. Stres je odpověď organismu na zátěž. Uplatňují se 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 s sebou nese značné nároky na fyzickou i psychickou stránku. V situaci, kdy je člověk svědkem stresující události, využívá k jejímu zvládnutí zvládacích neboli copingových strategií. Strategie zvládání 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, 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 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. Psychologická služba HZS ČR ze zahraničí převzala ucelený komplex preventivních a intervenčních technik, které při péči o příslušníky sboru využívá. V ČR je také nastaven systém Týmů posttraumatické péče, který je založený na konceptu tzv. *peer – support*. Na stanici slouží hasiči, kteří jsou vyškoleni v poskytování první psychické pomoci a jsou schopni tuto podporu kolegům nebo zasaženým poskytnout.

Téma vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby u příslušníků HZS je natolik specifické, že jsme nenašli práci, která by se jím zabývala. 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.

Tematicky blízkou a velmi inspirující práci je také diplomová práce Evy Špičkové „Critical Incident Stress Management v rámci psychologické služby HZS 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.

7. Výzkumný problém a cíl výzkumu

Předmětem zkoumání této diplomové práce bylo vyrovnávání se se smrtí kolegy při výkonu služby u příslušníků Hasičského záchranného sboru České republiky. Cílem výzkumného projektu jako takového bylo popsat copingové strategie a postupy zvládání zátěžových situací, konkrétně zaměřené na zkušenost úmrtí kolegy při výkonu služby a vypracovat odborný výstup pro psychologa Hasičského záchranného sboru Olomouckého kraje.

Stanovená výzkumná otázka původně zněla: „Jaké konkrétní zvládací strategie využívají příslušníci HZS ČR při vyrovnávání se s extrémně stresující událostí – úmrtím kolegy?“ Výzkumná otázka byla zvolena právě v takto obecném znění, protože ačkoli výzkumů zabývajících se zvládáním psychické zátěže bylo provedeno nepřehledné množství, nebyl jejich výzkumný zájem přímo zaměřen na skupinu hasičů. Takových výzkumů bylo provedeno jen málo, případně nebyly zaměřeny na konkrétní situaci úmrtí hasiče. 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. Došlo tak k přeformulování výzkumné otázky. Nová výzkumná otázka: „Jaké jsou reakce příslušníků HZS ČR na úmrtí kolegy hasiče při výkonu služby a jak takovou situaci zvládají?“

8. Zkoumaná populace a výběrový soubor

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

Pro výběr vzorku ze zkoumané populace byla využita metoda příležitostného výběru. Účastníci výzkumu byli osloveni psychology HZS Olomouckého a Jihomoravského kraje. V některých případech ne jimi osobně, ale prostřednictvím peerů Týmu posttraumatické péče nebo ojedinele prostřednictvím nadřízeného. Výběrový soubor byl tvořen 11 hasiči z Olomouckého, Moravskoslezského a Jihomoravského kraje. Všechny 11 respondentů byli muži. Průměrný věk souboru byl 40 let. Nejmladšímu účastníkovi výzkumu bylo 26, nejstaršímu 50 let. Délka praxe se pohybovala od dvou do šestadvaceti let, v průměru více než 16 let služby u HZS ČR. Pět respondentů v současné době pracuje na denní směně (neslouží čtyřadvacetihodinové směny ve výjezdu), ovšem dlouhodobou praxi výjezdového hasiče měli všichni dotazovaní. Osm hasičů ve výběrovém vzorku bylo ženatých se dvěma dětmi, jeden hasič byl ženatý a měl jedno dítě, jeden s manželkou potomka čekal, a jeden respondent byl svobodný, bezdětný.

	Věk	Rodinný stav	Počet dětí	Délka praxe u HZS	Z toho ve výjezdu
Hasič 1	27	svobodný	0	2	2
Hasič 2	41	ženatý	2	21	21
Hasič 3	47	ženatý	2	14	14
Hasič 4	38	ženatý	1	17	14
Hasič 5	44	ženatý	2	20	4
Hasič 6	48	ženatý	2	26	14
Hasič 7	40	ženatý	2	15	15
Hasič 8	50	ženatý	2	22	21
Hasič 9	36	ženatý	2	15	13
Hasič 10	26	ženatý	v očekávání	7	7
Hasič 11	46	ženatý	3	20	20
Průměrně	40,27			16,27	13,18

Tabulka 4: Údaje o účastnících výzkum

9. 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.

9.1. 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 byla konzultována 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.

9.2. Tvorba dat

Jednotliví respondenti byli nejprve osloveni třetí osobou (psycholog, peer, nadřízený) 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 probíhaly na stanici, kde respondenti přímo působí nebo v případě denních pracovníků v jejich kancelářích. Rozhovory u většiny probandů 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.

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

Po krátkém seznámení 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 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 potenciaálními 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 měla zbavit pochyb o autentičnosti realizátorky výzkumu.

V jádru rozhovoru jsme používali techniku kladení otázek od obecnějších k jednotlivým konkrétním tématům a opětovnému návratu to 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. Ve dvou případech byla kratší než 30 minut, a v jednom případě přesáhla hranici jedné hodiny a čtyřiceti minut. Ostatní rozhovory se pohybovaly okolo 40–50 minut.

9.3. 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.

9.4. 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 odpovědi 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.

9.5. Analýza dat

Analýza získaných dat byla provedena metodou zakotvené teorie (*grounded theory*). Vhodnost této techniky zdůvodňujeme 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 popsanych 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...“. Hasiči 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*.

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 & Corbinová, 1999, 106). Začleněním procesu do analýzy vznikne dynamická teorie.

9.6. 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 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 a práce s nasbíranými daty.

Zdůrazněna byla především nemožnost přístupu neoprávněné osoby k informacím získaným v procesu výzkumu, především pak psychologů HZS ČR včetně vedoucího práce. 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.

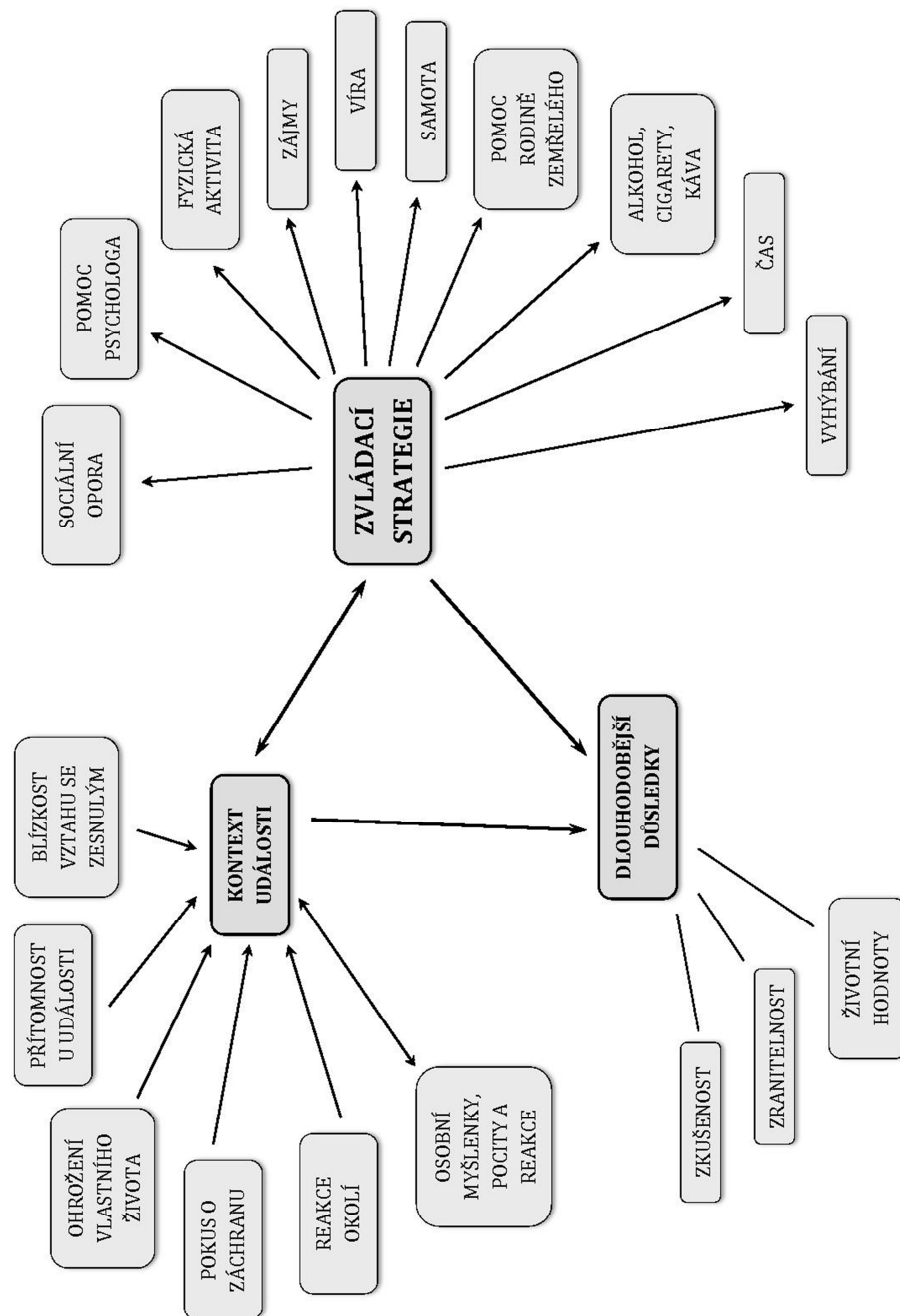
Aby nedošlo k duševní či jiné újmě účastníků, byli předem osloveni a o spolupráci požádáni psychologové HZS z Olomouckého a Jihomoravského kraje – mjr. Mgr. David Dohnal a kpt. Mgr. Marek Ženata, kteří v případě nutnosti byli připraveni poskytnout návaznou pomoc. Sama realizátorka výzkumu byla vyškolená 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. Postup, který bychom v případě takové situace zvolili, byl další rozovor, který by byl vedený v jiný den samozřejmě po domluvě s konkrétním hasičem.

10. Výsledky

Centrálním pojmem byla označena kategorie „**Zvládací strategie**“. Ve všech provedených rozhovorech byl výběr strategií zvládání ústředním tématem, ke kterému se vázaly všechny další informace a postupy. Vazby mezi jednotlivými fenomény přehledně shrnuje Obrázek 3.



Obrázek 3: Souhrn procesu působení situace úmrtí kolegy

10.1. 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.

Citace jednotlivých výpovědí jsou označeny zkratkou R – respondent a číslem, aby bylo možné jednotlivé účastníky výzkumu od sebe odlišit.

10.1.1. Blížkost vztahu se zesnulým

Blížkost 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.“ (R3)

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

„Hasiči? To jsou taková jedna velká rodina.“ (R1)

„Já jsem ho tak nějak vnímal jako svého bratra. Bral jsem ho jako takovej pevný 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.“ (R9)

V tomto výzkumu jsme pracovali se dvěma příslušníky, kteří byli v přímém rodinném vztahu se zemřelým. První z nich byl synovec velitele, který zahynul při dopravní nehodě cestou k zásahu. Druhým byl mladší bratr hasiče, který při výkonu služby zemřel při záchraně civilní osoby z hořícího domu. V době jeho smrti bylo bratrovi 16 let a studoval střední školu se zaměřením na hasičskou praxi. Jejich jednání se ale nelišilo od hasičů, kteří v příbuzenském vztahu se zesnulými nebyli, ale jako rodinu je vnímali.

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

„Asi by to bylo jiné, kdybych s tím člověkem byl denně. Tak by to jinak působilo. Ale tím, že to byl člověk z XY a byl tady na den převelený, tak to nebylo až... To pouto nebylo tak silné.“ (R4)

10.1.2. 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 myslíme bezprostřední očitě svědectví, jak se událost stala. Respondenti v takovém případě byli členy výjezdové jednotky nebo výcvikového družstva. V tomto výzkumu takových případů bylo pět. V ostatních případech nebyli hasiči přímým svědkem události.

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.“ (R8)

10.1.3. 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.

10.1.4. Pokus o záchranu

Možnost pokusit se kolegu zachránit byla zaznamenána u sedmi 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 zvládání 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.“ (R3)

„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.“ (R2)

10.1.5. 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.“ (R8; 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.“ (R9; 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 spoustu z nás sledoval až domů.“ (R7)

„Ono se to překrývá s událostí, která nastala potom. Jeho rodina, řekněme, začala být taková velmi podezíravá ve směru k Hasičskému záchrannému sboru.“ (R4)

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.“ (R9)

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.“ (R8)

Reakce vedoucích pracovníků má také své kladné i záporné dimenze vlivu. Při zvládnání 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 nadřízeného, který přijel jiný, že jako smekali klobouk, že to bylo fakt precizně uděláno a precizně ošetřeno všechno.“ (R7)

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.“ (R5)

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.“ (R8)

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 ošklivý věci. Tak jsem měl tendenci ho od tama vyhodit.“ (R11)

10.1.6. 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 prázdno 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.

„... jenom takový zahledění do té samotné události, až potom si člověk uvědomí, co se vlastně stalo. V ten moment asi spíš takový ty technický věci, co teď mám udělat a tak.“ (R1)

„Hasiči se vždycky něco tragického uvědomí až ex – post.“ (R4)

„V případě takové situace se všechno vypne, zapne se prostě jen jeden směr.“ (R7)

„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.“ (R8)

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 jiný 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.“ (R2)

U některých hasičů jsme zaznamenali zmínku o posttraumatických symptomech, které se ale po nějaké době po události ve všech případech vytratily. 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.“ (R8)

„Měl jsem období, kdy jsem nespal třeba pět dní v kuse.“ (R9)

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 se s některýma věcmi, že si nevím rady. Hodně jsem se bál. Takovej jsem byl úzkostlivej.“ (R2)

„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.“ (R9)

10.2. Zvládací strategie

Strategie zvládání 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**“).

10.2.1. 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.“ (R3)

„Představa, že přijdu domů a obejmu se se svou ženou, tak už nepotřebuju nic. To mi stačí.“ (R4)

„Určitě manželka mi nejvíc pomohla, ona prostě byla furt se mnou, do toho pohřbu, a tak jsme si vykládali a všechno.“ (R8)

„Rozhodně děti, tam bez debat. Děti jsou děti.“ (R7)

Významné postavení ve zvládání 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 nějaký 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.“ (R2)

„Možná nejdůležitější po té nehodě bylo, že jsme si všichni účastníci toho kurzu, že jsme si sedli, že jsme si o tom promluvili tak kolektivně.“ (R1)

„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.“ (R8)

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.“ (R6)

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.“ (R8)

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.“ (R8)

„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.“ (R6)

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.“ (R3)

„Udělalali s náma sezení, přímo nadřizení, pobavili se o tom s náma. Bylo poskytnuto spoustu možností ze strany zaměstnavatele.“ (R7)

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 pracovní – právním vztahu, tak co obnáší ten výkon služby. Líp se na to pak dá zkusit udělat pohled trošku i z druhé strany.“ (R5)

10.2.2. 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.

„Bylo dobré, že přijel psycholog. Byla to forma takovýho pokecu. Ono to nevyřeší ten problém, ale bylo to uklidňující. Takovej novej, klidnější pohled na věc.“ (R4)

„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.“ (R6)

„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.“ (R8)

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.“ (R7)

10.2.3. 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.

„Mě nejvíc asi pomáhá práce, že se jako odreaguju.“ (R10)

„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.“ (R9)

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.

„Já jsem okamžitě připravil nějakou strukturu a dával jsem jim enormní zátěž práce. Enormní zátěž práce, aby neměli čas přemýšlet... během dne - práce, práce, práce. Odtrhávat anebo dávat práci na přemýšlení jiného typu, jiného charakteru, takže vymysli plán cvičení, budeme tam hasit, budeme tamto dělat. A myslím si, že se to hodně dařilo. A samozřejmě hlídat, ty lidi hlídat.“ (R4)

10.2.4. 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.“ (R2)

10.2.5. Víra

V případě, že respondent uvedl, že je věřící, využil také víru jako prostředek ke zvládnutí situace. Jedinec v tomto případě využívá svou přirozenou komunitu. Proto je tento postup zařazen do skupiny copingu „Zaměření na problém“. V tomto výzkumu byl takový případ pouze jeden.

„Chodili jsme tehdy víc do kostela. Člověk se víc upjal na tu víru.“ (R10)

10.2.6. 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“.

„Já osobně potřebuju sednout v klidu, nejlépe sám. Člověk si to promítne v hlavě. Nejdříve potřebuje nějaký svůj klid, aby si to ujasnil, vytrřibil myšlenky.“ (R4)

„V té době jsem chtěl být spíš sám. I když mi to moc nikdo nedovolil.“ (R10)

10.2.7. 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.“ (R9)

„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.“ (R6)

„Zaměřil jsem se asi na to, abych pomohl té manželce taky. Jo, protože to mně přišlo důležitější, než se prostě zabývat sám sebou.“ (R11)

10.2.8. Alkohol, cigarety, káva

Zvýšená konzumace alkoholu nebyla v tomto výzkumu prokázána. Konzumování alkoholu bylo spíše formou jednorázové epizody.

„Tak jsem se hodně opil, ale stejně to ničemu nepomohlo.“ (R10)

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.“ (R8)

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.

10.2.9. 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.

„Čas byl ten, kdo pomaličku přivíral ten poklop.“ (R4)

„Tím odstupem času a jak jsem se s tím... tak to strašně vyšumělo. Jak se říká, fakt ten čas zahojí vše.“ (R2)

10.2.10. 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.“ (R2)

10.3. 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. Domníváme se, že je to dáno především povahou události.

10.3.1. 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.“ (R2)

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

„Všechno to kolem toho je obrovská zkušenost. Je to jedna z těch, které nemusím mít, ale už ji mám. Klidně bych šel do důchodu, aniž bych takovou zkušenost měl. Ale mám ji za sebou a myslím si, že v tomto případě vím, jak bych se k tomu postavil.“ (R4)

„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.“ (R5)

10.3.2. Zranitelnost

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

„Všichni si uvědomili, že nejsou nesmrtelní. Všichni si uvědomili, že ač mají na sobě krásné pevné oblečení, dobrou přilbu, dobré rukavice a boty, tak furt že ta schránka je zranitelná a může se stát cokoliv.“ (R4)

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

„Jsem daleko víc opatrnější. ... Protože ta tělesná schránka je strašně zranitelná.“ (R3)

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.“ (R11)

10.3.3. 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.“ (R9)

11. Diskuze

Rozbor výsledků kvalitativní analýzy dat

Hasiči jsou specifická skupina lidí, která se denně setkává s lidským neštěstím. Po zkušenostech již vědí, jaké zvládací strategie jsou pro ně vhodné, a které jim pomáhají. Proto je využívali i v případě situace úmrtí kolegy.

Z výsledků vyplývá, že nejčastější strategií, kterou hasiči využívají, je vyhledávání sociální opory. To potvrdilo výsledky Kirka (2011). Důležitost sociální opory uvádějí také Chamberlin & Green (2010). Deset hasičů uvedlo za zdroj podpory kontakt s kolegy na stanici. Tuto skutečnost nevedl pouze bratr zesnulého hasiče, který v době události ještě nebyl členem HZS ČR. Rodinu jako zdroj sociální opory uvedlo 8 respondentů. Jako nejdůležitější prvek považovali manželku nebo partnerku, v případě, že byli svobodní, sehráli důležitou roli rodiče nebo sourozenci. Dva hasiči, kteří neoznačili rodinné zázemí jako zdroj zvládnutí, byli v době události svobodní a bez partnerky.

Humor je u příslušníků HZS 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. Zůstává ovšem přirozený druh humoru a žertování na účet ostatních kolegů. Tuto skutečnost uvedlo celkem sedm hasičů. 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 „černý humor“.

Důležitou proměnnou, která ovlivňuje výběr strategií vyrovnávání je právě blízkost vztahu se zemřelým. Blízkost vztahu se promítla do všech subkategorií hlavní kategorie. Hasiči, kteří se znali delší dobu, byli ochotnější a častěji pomáhali pozůstalým rodinám. Častěji se také uchýlovali k alkoholu a kouření. Tento fakt doplňuje teoretické východisko o intenzitě prožívání zármutku v souvislosti s prostorem, který zemřelý zaujímal v životě pozůstalého, v našem případě hasičů, který popsal Parkes (1996, in Kubíčková, 2001).

Pomoc hasičského psychologa využilo 6 hasičů. Jeden pomoc nevyužil a u dalších čtyř nebyla v době události Psychologická služba HZS ještě k dispozici. 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 to 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 diplomové práci.

Strategie zvýšené konzumace alkoholu nebyla uváděna jako významná. Jednorázovou alkoholovou epizodu uvedli pouze 2 respondenti, kteří byli se zesnulým v blízkém vztahu. Při neformálním setkání s kolegy „u piva“ hrál alkohol roli spíše prostředku k uvolnění atmosféry a vytvoření snadnějšího kontaktu. 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.

Coping tzv. traumatické membrány (Lindy, 1985, in Malek, Fahrudin & Kamil, 2009) jako prostředek nebyl ani v jednom případě přímo zaznamenán. Jeho prvky jsou ale patrné v subkategorii „Osobní myšlenky, pocity a reakce“ jako prázdno v hlavě, technické myšlení a nutnost odvést zásah. Domníváme se, že tento druh copingu se uplatňuje především u zásahů s nižší osobní zaangażovaností než je přímo úmrtí kolegy při výkonu služby.

Využívání fyzické aktivity bylo potvrzeno jako jedna z nejvyužívanějších činností ke zvládnutí nároků situace. 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 v těle nahromaděné energie, která by se jinak mohla projevit formou posttraumatických symptomů. Má napomoci tělu unavit se a hlavně přepnout „na jiný program“.

Fenomén „hlídání a zabavování“ hasičů jejich veliteli je mince o dvou stranách. Přidělení člověka, který bude na „ohroženého“ hasiče nenápadně dohlížet, může působit jako prevence nežádoucích symptomů traumatu a s nimi spojených rizik, které jsou v profesi hasičů značná. Zároveň podle výpovědi jednoho z respondentů, který byl touto neoficiální skrytou supervizí pověřen, může také příznivě působit i na ně samotné. Naopak přílišné zaměstnání a neustálé dávky práce a úkolů mohou pouze překrýt symptomy, které se pak objeví mimo pracovní dobu.

Pomoc rodině pozůstalých se ukázala jako další velmi podstatná proměnná, kterou uvedlo celkem 6 probandů. Podmínkou byl ovšem blízký vztah se zesnulým. Hasiči 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. 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.

Nízké zastoupení využití víry jako prostředku zvládnání je dán nízkým rozložením víry ve vzorku všeobecně. Deset z 11 hasičů ve výzkumu uvedli, že nejsou věřící. Hasiči, kteří nebyli věřící před událostí, nezměnili svůj pohled na ni ani po události a nevyužili tak víru ani jako copingu.

Posttraumatický rozvoj nebyl u respondentů zaznamenán, jako důležité se ukázaly jen některé jeho prvky – zkušenost, uvědomění si vlastní zranitelnosti a potvrzení priorit. Novou zkušenost v události vnímalo osm hasičů. Jednoznačně pozitivně ji ovšem nevnímali ani jeden z nich. 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. Domníváme se, že důvodem absence posttraumatického rozvoje jako takového je právě dennodenní setkávání se záťažovými situacemi. Hasiči tak mají již vytvořenou vysokou míru psychologické připravenosti, mají vytvořené pevné žebříčky hodnot a stabilní náhled na život. Dalším důvodem ovšem může být také extrémní povaha události, protože podmínkou posttraumatického rozvoje je optimální rozmezí traumatického působení (Mareš, 2012).

Možné zdroje zkreslení

Domníváme se, že hlavním zdrojem zkreslení může být skepse hasičů k osobě výzkumnice. I přes velkou snahu navázat kvalitní vztah a důvěru, přístup některých hasičů 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.

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 nejvíce přirozenější běh rozhovoru. I přesto mohou být tyto pauzy zdrojem zkreslení.

Jedním ze zdrojů zkreslení může být i sama realizátorka výzkumu. Ke zkreslení může přispět při prepisech rozhovorů. Především takovému ovlivnění výzkumu jsme se

snažili především doslovným přepisem 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.

Podněty pro další výzkumy tohoto tématu

Pro navazující výzkumy bychom doporučili upřesnění požadavků na výběrový soubor. Zacílili bychom přímo na příslušníky, kteří byli přítomni bezprostředně u události a sloužili se zemřelým na směně. Jsme přesvědčeni, že v takovém případě, je možné získat 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 stanici včetně účasti a pomoci při výjezdech a zajistit tak delší neformální kontakt s respondenty a obecně se skupinou hasičů.

Výsledky našeho výzkumu mohou být základním kamenem pro zvažovanou dizertační práci. V plánovaném projektu by byla využita data z výzkumu stávajícího doplněná o kontrolní skupinu 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 psychologa HZS Jihomoravského kraje. Byla tak zajištěna forma jakési odborné supervize.

V průběhu získávání účastníků pro výzkum se objevily značné komplikace. Velká část oslovených hasičů, kteří splňovali kritéria výběru zkoumaného souboru, odmítla účast na výzkumu.

Rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře a přinesly mnoho podnětných dat. Hasiči 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 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.

Podněty pro praktické využití Psychologickou službou HZS ČR

Výsledky mohou být využity v praxi hasičských psychologů 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.

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 diplomové práce 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, kteří při ní zemřeli.

Psycholog může působit také jako počáteční prostředník v kontaktu s rodinou zemřelého kolegy v případě, že hasiči mají zájem poskytnout nějakou formu pomoci, ale s rodinou se přímo neznají. Tento kontakt je v takovém případě velmi vhodný.

12. Závěry

Výsledky analýzy kvalitativních dat získaných od profesionálních hasičů, 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.

Jako nejdůležitější a zároveň nejvyužívanější zvládací strategii hasiči označili vyhledávání sociální opory. Ať už se jedná o rodinné zázemí, manželku a děti, nebo o kolegiální formu pomoci na směně. Hasiči využívali jak individuální rozhovory s kolegou, tak skupinová posezení a probrání všech aspektů zásahu.

S tím souvisí odborná pomoc psychologa. Ta v podstatě kopíruje přirozené tendence k setkání všech zasahujících formou defusingu a debriefingu. Pozitivně je vnímána také indikovaná individuální krizová intervence.

Přirozeným postupem při vyrovnávání se se smrtí kolegy je také fyzická aktivita – práce nebo sport, která odbourává nahromaděnou energii v těle a pomáhá hasičům unavit se.

Významnou kategorií se jeví poskytování pomoci rodině pozůstalých jako forma zvládací strategie. Modifikovaně to odpovídá výsledkům studie Veilleux (2011).

Hasiči 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.

Analýza získaných dat upozornila právě na subkategorii „Blízkost vztahu se zemřelým“, která jednoznačně velkou měrou ovlivňovala veškerý další proces a promítala se do výběru strategií zvládnání i na hodnocení celé události. Tento výsledek potvrzuje předpoklad Parkese (1996, in Kubíčková, 2001) o míře zaangažovanosti.

Z výsledků vyplývá, že při vyrovnávání se s úmrtím kolegy při výkonu služby u příslušníků HZS ČR nejsou používány žádné odlišné nebo specifické strategie. Hasiči využívají stejných strategií, jako při jiných potenciálně traumatizujících událostech, které jsou jejich dlouhodobou praxí osvědčené a ověřené.

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

Souhrn

Tato diplomová práce popisuje proces vyrovnávání se se smrtí kolegy – hasiče při výkonu služby. Vznikla na základě dlouhodobého zájmu autorky o psychologii v hasičské 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 tvořilo 11 hasičů 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.

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 „Blížkost vztahu se zesnulým“ a nejdůležitějšími strategiemi zvládnutí je vyhledávání sociální opory, fyzická aktivita a pomoc rodině zemřelého.

Omezení výzkumu lze spatřovat v možném skeptickém přístupu hasičů 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. Také malý počet účastníků výzkumu může být zdrojem zkreslení, kvalitativní analýza pak znamená, že výsledky nemohou být zobecňovány na celou zkoumanou populaci.

Výsledky výzkumu potvrdily výsledky získané diplomovou prací Lucie Kollertové a většinu výsledků zahraničních výzkumů. Pouze v případě užívání alkoholu jako prostředku zvládnutí situace se naše interpretace výsledků lišila od výsledků Bacharacha, Bambergera & Doveha (2008).

Seznam použitých zdrojů a literatury

1. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text revision). Washington, DC: Author.
2. 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.
3. Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
4. Baštecká, B., et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál.
5. Baštecká, B., et al. (2005). *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing.
6. 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.
7. Bezpečný podnik (2005). *Pracovní stres a zdraví*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.
8. Bouček, J., et al. (2003). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
9. 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.
10. 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>.
11. Čáp, J., & Dytrych, Z. (1968). *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
12. Čírtková, L. (1996). Profese se zvýšeným rizikem posttraumatické stresové poruchy. *Psychologie v ekonomické praxi*, 3-4, 31, 145 – 150.
13. 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>.

14. Čírtková, L., & Vitoušová, P. (2007). *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada Publishing.
15. 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.
16. 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>.
17. EMDR – desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů. (nedat.). Získáno 28. března 2011 z <http://www.trauma-terapie.cz/>.
18. 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.
19. Ficková, E. (1993). Determinanty zvládnutí stresu: I. teoretické přístupy. *Československá psychologie*, 37, 1, 37 – 46.
20. Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie. Nové přístupy k terapii na základě poznatků neurovědy*. Praha: Portál.
21. Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
22. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2004). *Akutní a posttraumatické stresové reakce po mimořádných událostech při výkonu služby*. (Brožura). Praha: Autor.
23. Hasičský záchranný sbor České republiky (2008). *Pokyn generálního ředitele HZS ČR č. 30/2008 ze dne 25. července 2008*.
24. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010a). *Psychologická služba - Kontakty*. Získáno z <http://www.hzscr.cz/clanek/psychologicka-sluzba-kontakty.aspx>.
25. 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>.

26. 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>.
27. 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>.
28. Hasičský záchranný sbor České republiky. (2010e). *Psychologická služba – Vstupní vyšetření*. Získáno 27. června 2012 z <http://www.hzscr.cz/clanek/vstupni-vysetreni.aspx>.
29. 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>.
30. Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.
31. Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace* (2. vyd.). Praha: Portál.
32. Hodgkinson, P. E., & Stewart, M. (1998). *Coping With Catastrophe: A handbook of Post – Disaster Psychological Aftercare*. London: Routledge.
33. Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Eds.) (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
34. Chamberlin, M. J. A., & Green, H. J. (2010). Stress and Coping Strategies Among Firefighters and Recruits. *Journal of Loss and Trauma*, 15, 548 – 560.
35. Chopko, B. A. (2010). Posttraumatic Distress and Growth: An Empirical Study of Police Officers. *American Journal of Psychotherapy*, 64, 1, 55 – 72.
36. Johanson, G. J. (2009). Psychotherapy, Science, and Spirit: Nonlinear Systems, Hakomi Therapy, and the Tao. *Journal of Spirituality In Mental Health*, 11, 172 - 212.
37. Kadlčík, M. (2004). *Osobnost v zátěži*. Stráž pod Ralskem: Justiční akademie.
38. Kirk, Ch. (2011). Less Stressed at Work – Research on the Efficacy of Job Stress Coping Strategies. *Advances In Management*, 4, 31 – 40.
39. Kohlíková, E., Bartůňková, S., Melichna, J., Smitka, K., & Vránová, J. (2003). *Cytopatologie, patobiochemie a patofyziologie. Všeobecná část*. Praha: Karolinum.
40. Kohoutek, T., & Čermák, I. (Eds.). (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.

41. 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.
42. Koukolík, Z., Svitáková, I., & Vonásek, V. (2012). Hasiči zachránili více než dvanáct tisíc lidských životů a uchránili několikamiliardové hodnoty. *Časopis* 112, 2, 4 – 5.
43. Král, P. (2011). *Posttraumatická stresová porucha*. Získáno 25. února 2011 z http://download.psychologickeporadenstvi.com/PTSDIPVZ_leden2011_pro%20mail.pdf
44. Kroupa, M., & Říha, M. (2008). *Integrovaný záchranný systém*. Praha: Armex Publishing.
45. Krutiš, J., Mareš, J., & Ježek, S. (2011). Posttraumatický rozvoj u vojáků AČR po návratu ze zahraniční mise. *Československá psychologie*, 55, 3, 245 – 256.
46. Kryl, M. (2002). Komplexní léčba posttraumatické stresové poruchy. [Electronic version]. *Psychiatrie pro praxi*, 1, 31 – 34.
47. Křivohlavý, J. (1989). Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí. *Československá psychologie*, 33, 4, 361 – 368.
48. Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
49. 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/>.
50. 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/>.
51. Kubíčková, N. (2001). *Zármutek a pomoc pozůstalým*. Praha: ISV nakladatelství.
52. Kübler – Rossová, E. (1994). *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. Turnov: Arica.
53. Kübler – Rossová, E. (2003). *O dětech a umírání*. Praha: Ermat.
54. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
55. Levine, P. A., & Fredericková, A. (2002). *Prebúdzanie tigra. Liečenie traumy. Vnútoraná schopnosť transformovať zaplavujúce zážitky*. Humenné. Pro Familia.

56. Lüllmann, H., Mohr, K., & Wehling, M. (2004). *Farmakologie a toxikologie*. Praha: Grada Publishing.
57. Machačová, H. (1997). Stres, rekuperace a kontrola stresu. *Československá psychologie*, 41, No. 2, 139 – 146.
58. 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>.
59. Malá, E., & Baránková, Z. (2003). Posttraumatická stresová porucha. Terapie sertralinem u dětí předškolního věku. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99, No. 6, 324-330.
60. 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.
61. 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.
62. Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 52, 6, 567 – 583.
63. Mareš, J. (2009). Posttraumatický rozvoj: výzkum, diagnostika, intervence. *Československá psychologie*, 53, 3, 271 – 290.
64. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
65. 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.
66. 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-xOlj74QS5q9wJ&usg=AFQjCNFXQIgwJVNbn4BdeNh2oEoNgu1jMA>.
67. Miovský, M. (2010). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

68. Mohapl, P. (1990). *Vybrané kapitoly z klinické psychologie I*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci.
69. 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.
70. National Center for Crisis Management. (2008). *Dr. Jeffrey Mitchell*. Získáno 20. září 2012 z <http://www.nc-cm.org/biojeffreymitchell.htm>.
71. Novotný, M. (2008). EMDR a jeho místo v KBT. Získáno 28. března 2011 z http://www.plkm.cz/kbt2008/prednasky/ws03_novotny_emdr.ppt.
72. Nowack, K. M. (1989). Coping Style, Cognitive Hardiness, and Health Status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 2, 145 – 158.
73. Nowack, K. M. (2006). *Stress profile. Příručka*. Praha: Testcentrum - Hogrefe.
74. Orel, M. (2009). *Stres, zátěž a jeho zvládání*. Valašské Meziříčí: Obchodní akademie a VOŠ.
75. Orel, M., & Facová, V. (2007). *Základy stavby a funkce nervového systému*. Olomouc: Univerzita Palackého.
76. Orel, M., & Facová, V. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada Publishing.
77. Paris, J. (2000). Predisposition, Personality Traits, and Posttraumatic Stress Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 4, 175 – 183.
78. 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.
79. Pastucha, P. (2010). *Disociativní symptomy u vybraných typů psychických onemocnění* (Dizertační práce). Získáno 21. září 2012 z <http://theses.cz/id/vct7zc/>.
80. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
81. Pidrman, V. (2002). *Posttraumatická stresová porucha. Manuál pro praktické lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum.
82. Porterfieldová, K. M. (1998). *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha: Lidové noviny.
83. Praško, J. (2005). *Posttraumatická stresová porucha*. Získáno 23 ledna 2011 z <http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/posttraumaticka-stresova-porucha-165282>.

84. Praško, J., Hájek, T., & Preiss, M. (2002). *Posttraumatická stresová porucha a jak se jí bránit. Příručka pro klienta a jeho rodinu*. Praha: Pfitzer.
85. Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám. Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
86. 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.
87. Praško, J., Pašková, B., Soukupová, N., & Tichý, V. (2001b). Posttraumatické stresové poruchy – II. díl. Léčba. [Electronic version]. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 206 - 211.
88. 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.
89. 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.
90. Raboch, J., Zvolský, P., et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
91. Resick, P. A., & Miller, M. W. (2009). Posttraumatic stress disorder: anxiety or traumatic stress disorder? *Journal of Traumatic Stress*, 22, No. 5, 384 – 390.
92. 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/.
93. 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>.
94. 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>.

95. 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.
96. Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení podané ruce.
97. 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>.
98. 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>.
99. 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.
100. Šiška, E. (2003). K terminologii a vymezení stresu, stresorů a tzv. „coping“. *Varia psychologica IX*, 33, 47 – 58.
101. Šmarda, J., et al. (2004). *Biologie pro psychology a pedagogy*. Praha: Portál.
102. Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 63, 1, 19 – 38.
103. Šolcová, I., & Kebza, V. (2003). Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, 67, 3, 220 – 229.
104. Špatenková, N. (2008). *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing.
105. Špičková, E. (2006). *Critical Incident Stress Management v rámci psychologické služby HZS ČR*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
106. Šváb, S. (2006). *Psychologie práce pro nováčky, hasiče – záchranáře, ale nejen pro ně*. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství.
107. The Hakomi Institute. (nedat.). *The Hakomi Method*. Získáno 13. října 2012 z <http://www.hakomiinstitute.com/>.
108. 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.

109. Vinař, O. (2001, November 25). *Trpí celý svět PTSD?* Získáno 26. ledna 2011 z <http://akademon.cz/article.asp?source=ptsd>.
110. Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál.
111. Vodáčková, D., et al. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
112. Vojtová, H., & Hašto, J. (2005). *Stabilizační techniky a EMDR v psychoterapii posttraumatické stresové poruchy*. [Electronic version]. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 198 – 200.
113. 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.
114. Volf, O., & Karlík, J. (1998). *Záchrana osob: Práce záchranáře z fyziologicko – psychologického pohledu*. Praha: Ministerstvo vnitra – Ředitelství Hasičského záchranného sboru České republiky.
115. Vrbová, Z., & Dohnal, D. (nedat.). *Aktualizace koncepce psychologické služby HZS ČR pro roky 2010 – 2014*.
116. Vybíral, Z., & Roubal, J. (Eds.). (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
117. Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Praha: Grada Publishing.
118. Vymětal, Š., Voska, V., Toman, O., Jungwirthová, J., & Urban, K. (2010). *Možnosti psychologické podpory v Policii ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky.
119. Výrost, J., & Slaměník, I. (Eds.). (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing.
120. Worden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner* (4. vyd.). New York: Springer.
121. World Health Organization (2006). *Mezinárodní klasifikace nemocí. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka* (10th ed.). Praha: Psychiatrické centrum.
122. 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>.

123. 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 diplomové práce

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

Autor práce: Monika Voleská

Vedoucí práce: mjr. Mgr. David Dohnal

Počet stran: 113

Počet znaků: 205 616

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 123

Tato diplomová práce se zabývá vyrovňáváním se se smrtí kolegy hasiče při výkonu služby. Jsou zde popsány zvládací strategie, reakce na závažný stres a posttraumatický rozvoj.

Výzkum byl prováděn s 11 hasiči z Olomouckého, Moravskoslezského a Jihomoravského kraje, kteří mají zkušenost s úmrtím kolegy. S těmito hasiči byly provedeny polostrukturované rozhovory, které byly analyzovány metodou zakotvené teorie.

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

Klíčová slova: stres, smrt, hasiči, coping, kritická událost

The Thesis' Abstract

Title: Coping with Death of Colleague – Firefighter During The Service among the Members of the Czech Republic Fire Rescue Service

Author: Monika Voleská

Supervisor: mjr. Mgr. David Dohnal

Number of pages: 113

Number of characters: 205 616

Number of appendices: 5

Number of references: 123

This thesis focuses on coping with death of colleague – firefighter during their service. It describes coping strategies, reactions after critical incident stress and posttraumatic growth.

The research was conducted among 11 firefighter from Olomouc, Moravian-Silesian and Southmoravian Region, who have experience with death of a colleague. We conducted half-structured interviews with said firefighters. The interviews were analysed by the method of grounded theory.

The results of this thesis describe individual coping strategies which are used by firefighters, and variables which intervene proces of coping with this situation.

Keywords: stress, death, firefighters, coping, critical incident

Přílohy diplomové práce

Příloha 1: Formulář zadání magisterské diplomové práce

Příloha 2: Seznam použitých zkratk

Příloha 3: Seznam použitých obrázků a tabulek

Příloha 4: Leták Anonymní telefonní linky pomoci v krizi

Příloha 5: Informační leták „Když (náhle) zemře blízký“

Příloha 1: Zadání magisterské diplomové práce

Příloha 2: Seznam použitých zkratk

ACTH	adrenokortikotropní hormon
APA	Americká psychologická asociace (<i>Americal Psychological Association</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
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
SSRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (<i>selective serotonin reuptake inhibitors</i>)
TPP	týmy posttraumatické péče
VMT	Vídeňský maticový test
WHO	Světová zdravotnická organizace (<i>World Health Organization</i>)
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS KHK	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

Příloha 3: 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

Tabulka 1: Srovnání obranných a zvládacích reakcí

Tabulka 2: Možné pozitivní a negativní vlivy sociální opory

Tabulka 3: Typy zásahů HZS ČR pro rok 2011

Tabulka 4: Údaje o účastnících výzkumu

Příloha 4: Leták Anonymní telefonní linky pomoci v krizi

NONSTOP		NONSTOP OTEVŘENÁ ANONYMNÍ LINKA POMOCI V KRIZI	
<p>OTEVŘENÁ ANONYMNÍ LINKA POMOCI V KRIZI:</p> <ul style="list-style-type: none">● POLICISTŮM● VOJÁKŮM● HASIČŮM● ZAMĚSTNANCŮM REZORTŮ MV A MO● JEJICH RODINÁM A BLÍZKÝM <p>e-mail pomoc.ski@mvcv.cz</p> <p>telefon MV: 974 834 688</p> <p>skype: linkapomoci</p> <p>telefon MO: 991 834 688</p>	<p>974 834 688 • skype: linkapomoci • 991 834 688</p> <p>ZAVOLAT JE PRVNÍ KROK, VŽDY EXISTUJE ŘEŠENÍ</p>	<p>VOLEJTE, KDYŽ:</p> <ul style="list-style-type: none">– jste ztratili blízkou osobu, kolegyni nebo kolegu– máte rodinné či partnerské problémy– jste použili služební zbraň– máte nezvyklé fyzické příznaky neumožňující plné nasazení– máte problémy v zaměstnání, s nadřízeným nebo kolegy– vás sužují jiné nepříjemnosti či těžkosti, které vám dlouhodobě ztrpčují život <p>LINKA POMOCI V KRIZI NABÍZÍ:</p> <ul style="list-style-type: none">– ANONYMITU– povinnost mlčenlivosti– emocionální podporu– vyslechnutí a porozumění– zprostředkování kontaktů <p>  </p>	<p>974 834 688 • skype: linkapomoci • 991 834 688</p> <p>ZABRAŇTE KRIZI, ABY VÁS OVLÁDLA</p>

Příloha 5: 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 bez změny textu. Oceňujeme případné citace zdroje.

Budeme rádi za jakoukoli Vaši odezvu (včetně stížností) směřovanou na adresu: Psychologické pracoviště, MV-GR HZS, Kloknerova 26, 148 01 Praha 414
E-mail: standardy@grh.izscr.cz

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

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 důležité, 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. Přímou 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). Pomocí 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

- 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
 - pocíty 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 smrti 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.