

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta

Bakalářská práce

2015

Daniel Hlubuček

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Distres u členů
Hasičského záchranného sboru
Bakalářská práce

Autor: Daniel Hlubuček
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Daniel Hlubuček**
Osobní číslo: **P12554**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální patologie a prevence**
Název tématu: **Distres u členů Hasičského záchranného sboru**
Zadávající katedra: **Katedra sociální patologie a sociologie**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce se zabývá problematikou distresu u zaměstnanců Hasičského záchranného sboru. Definuje pojmy stres, zátěž, posttraumatické poruchy, salutogeneze, syndrom vyhoření, osobnostní faktory zvládnutí stresu. Empirickou metodou je standardizovaný dotazník.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování bakalářské práce:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.**
Katedra sociální patologie a sociologie

Datum zadání bakalářské práce: **14. 2. 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **22. 4. 2015**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

PhDr. Václav Bělík, Ph.D.
vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedl jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Podpis studenta:

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 1/2013.
(Řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

V Hradci Králové dne

Podpis studenta:

Poděkování

Děkuji PhDr. Stanislavu Pelcákovi, Ph.D. za odbornou a profesionálně poskytnutou pomoc při vedení této bakalářské práce a své manželce za její trpělivost a toleranci v průběhu mého studia.

Anotace

HLUBUČEK, Daniel. *Distres u členů Hasičského záchranného sboru*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 90 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou distresu u členů Hasičského záchranného sboru v Královéhradeckém kraji, zvládním stresových situací, působením stresu na zdraví a psychický stav jedinců. V teoretické části jsou objasňována problematika spojená se stresem, zátěží, mechanismem působení stresu na organismus, možnými psychickými i somatickými následky expozice stresu, druhy stresorů, zvládním stresu z pohledu resilience a možným posttraumatickým růstem. Dále práce definuje salutoprotektivní faktory životního stylu a zvládní stresu.

Cílem výzkumného šetření je zmapování intenzity subjektivně vnímaného distresu a deprese u příslušníků Hasičského záchranného sboru Královéhradeckého kraje a ověřit moderující roli psychické odolnosti při dlouhodobé expozici stresu.

Klíčová slova: stres, distres, zátěž, nezdolnost, posttraumatická stresová porucha, coping, deprese, syndrom vyhoření, sociální opora

Annotation

HLUBUČEK, Daniel. *Distress of the Fire and Rescue Service members*. Hradec Králové: Faculty of education, University of Hradec Králové, 2015. 90 pp. Bachelor Degree Thesis

Bachelor Degree Thesis addresses the problem of distress among members of the Fire and Rescue Service members in Hradec Kralove region, coping with stressful situations, effects of stress on health and psychological state of individuals. The theoretical part is explaining issues related to stress, workload, the mechanism of action of stress on the body, the possible mental and somatic consequences of stress exposure, types of stressors, coping with stress in terms of resilience, possible post-traumatic growth. Furthermore, it defines the buffering factors of lifestyle and stress management.

The aim of the research is to monitor the intensity of subjectively perceived distress and depression among members of the Fire and Rescue Service in Hradec Králové region and verify the moderating role of psychological endurance during long-term exposure to stress.

Keywords: stress, distress, workload, resilience, post-traumatic stress disorder, coping, depression, burn-out syndrome, social support

Obsah

Seznam použitých zkratk	11
Úvod	12
1 Základní přístupy k psychické zátěži a stresu	15
2 Psychická zátěž a stres	18
2.1 Psychická zátěž	18
2.2 Stres	19
2.3 Životní události a pracovní stres	23
2.4 Mechanismy stresu	28
2.5 Psychická adaptace na zátěž	33
3 Psychofyzické důsledky výkonu pracovní činnosti u exponovaných a pomáhajících profesí	35
3.1 Poruchy spojené se stresem	36
3.2 Syndrom vyhoření – burn-out syndrom	38
3.3 Deprese	40
3.4 Posttraumatický rozvoj jedince	41
4 Rezilience a zvládání zátěže	42
4.1 Osobnostní faktory zvládání zátěže	42
4.2 Coping	48
4.3 Sociální opora	50
4.4 Psychosociální krizová intervence	51
4.5 Salutoprotektivní faktory životního stylu a zvládání stresu	52
5 Psychické důsledky výkonu profese u členů HZS	56
5.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy	56
5.1.1 Design výzkumného šetření, výzkumný soubor a procedura	56
5.1.2 Výzkumná metoda	57
5.2 Výsledky a diskuse	61
5.2.1 Projevy subjektivně vnímaného distresu u členů HZS	61
5.2.2 Typy událostí podle subjektivně vnímané psychické zátěže	62
5.2.3 Výsledky projevů deprese dle dotazníku self-rating depression scale-SDS	64
5.2.4 Vztah věku a symptomů subjektivně vnímaného distresu	65
5.2.5 Psychická odolnost jako moderátor zdraví	66

5.2.6 Vztah psychické odolnosti a deprese u souboru HZS	68
5.3 Souhrn empirického výzkumu	69
Závěr	71
Seznam použité literatury:	73
Literatura:.....	73
Internetové zdroje	76
Interní předpisy HZS	76
Seznam příloh.....	78

Seznam použitých zkratek

GŘ HZS – Generální ředitelství Hasičského záchranného sboru

HZS ČR – Hasičský záchranný sbor České republiky

HZS KHk - Hasičský záchranný sbor Královéhradeckého kraje

IZS – Integrovaný záchranný systém

JPO – Jednotka požární ochrany

KOPIS – Krajské operační a informační středisko

MKN – Mezinárodní kvalifikace nemocí

SCL – Symptom Checklist (Sebeposuzovací škála)

SOC – Sence of Coherence (Smysl pro soudržnost)

TPP – Tým posttraumatické péče

Úvod

V dnešní uspěchané době, která klade na jednotlivce vysoké nároky na výkon a rychlost, je pojem stres v každodenním slovníku používaných slov u většiny lidské populace. „Jsem ve stresu, mám stres, nestíhám“ jsou slova, která slyšíme kolem nás mnohokrát denně. Každý si pod pojmem stres jistě dokáže představit mnoho situací ve svém osobním i pracovním životě. Stres ovlivňuje nejen naše chování a jednání, ale působí také na naše zdraví. Psychické rozpoložení jedince, reakce na zátěž, zvládání stresu je u každého z nás odlišné. Někdo se rozčílí při minimálním podnětu, rychle panikaří, druhý působí v kritických situacích klidně a dokáže realisticky uvažovat i při zátěži a ve stresových situacích. Souvislost mezi psychikou a celkovým zdravotním stavem jedince si uvědomuje každý z nás.

Profese hasiče záchranáře výrazně převyšuje rámec „běžného“ povolání. Schopnost zvládat velkou psychickou zátěž patří k nutné osobnostní výbavě každého záchranáře. Pro širokou veřejnost jsou hasiči symbolem statečnosti, odolnosti, výdrže, obětavosti, záchrany a naděje. Jejich povolání je vnímáno veřejností velmi pozitivně a také prestižně. Jestliže v minulosti byli hasiči spojováni především s likvidací požárů, v současné době je jejich působnost mnohem širší a jsou bráni spíše jako záchranáři. Veřejností je povolání hasiče vysoce hodnoceno, hlavně za obětavost při řešení mimořádných událostí, pomoci občanům při záchranných činnostech, při živelných pohromách. Hasiči zasahují mezi prvními a často jsou jedinými, kteří jsou schopni lidem pomoci. Hasiči patří mezi profese, při kterých dochází k zátěžovým situacím téměř denně. Při záchraně osob či majetku se dostávají hasiči do nebezpečných situací, při kterých se musí rychle a věcně rozhodovat a konat. Na tyto situace se připravují v průběhu výcviku a odborného vzdělávání tak, aby byli schopni je správně vyhodnotit a reagovat na ně. Důležitá je jejich vzájemná důvěra a souhra. Mezi hasiči se říká, že opravdovým hasičem se stává člověk po minimálně pěti letech praxe.

Ale i hasiči jsou normálními lidmi s běžnými každodenními i dlouhodobými životními problémy a starostmi. Po odpracované směně, během které jsou často konfrontováni s krutou realitou života a s jeho pomíjivostí, vystavování traumatizujícím událostem, se vrací do svého běžného mimopracovního života. I hasiči jsou rodiči, manžely, partnery a musí řešit zátěžové situace běžného života. V součtu životního

a pracovního zatížení jsou vystavováni výrazně zvýšenému psychickému zatížení, což se může projevit na jejich psychické rovnováze a popřípadě i na jejich zdravotním stavu.

U Hasičského záchranného sboru (dále jen HZS) pracují profesionálové, kteří jsou ve služebním poměru u Ministerstva vnitra ČR. Součástí jejich přijetí k HZS je splnění náročných fyzických a psychologických kritérií. Je to dáno jejich náplní práce, kdy se dostávají do přímého styku s mimořádnými událostmi, které kladou vysoké nároky na jejich tělo i psychiku. Jsou konfrontováni s mnoha traumatizujícími událostmi například s úmrtími, zraněními, dopravními nehodami, požáry, živelnými pohromami a s tím souvisejícím lidským neštěstím a utrpením. Ve všech případech jsou to oni, kdo je připraven pomoci a dle jejich služebního slibu „nasadit i vlastní život.“ (§17/3 zákona č.361/2003 Sb.) Každý zásah s sebou nese potenciální nebo reálný náboj lidského utrpení. Může mít podobu fyzického a psychického vyčerpání, zranění, úmrtí, šoku, strachu, vzteku, ochromení, pocitu bezmoci nebo jiného citového hnutí. Navzdory všem těmto reakcím musí hasiči pokračovat ve své práci a musí při tom nechat své prožitky a myšlenky stranou. Prvotní je záchrana lidských životů, a pokud to již nelze, postarat se o ty, kteří přežili, a to jak fyzickou záchranou či pomocí, tak i psychickou podporou. I k této činnosti jsou mezi hasiči vyškolení jedinci, členové týmu posttraumatické péče, kteří dokáží poskytnout krizovou intervenci obětem přímo na místě mimořádné události.

Hasiči se stávají pravidelně svědky a účastníky traumatizujících mimořádných událostí. I oni jsou těmito stresujícími událostmi zasaženi a ovlivňováni a většinou se s nimi vyrovnávají sami. Spolu s náročnými životními událostmi a každodenními problémy mohou však být i oni ohroženi následky působení stresu. V těchto případech je jim k dispozici psychologická služba HZS, ve které pracují odborníci, kteří jsou připraveni poskytnout jim psychologickou pomoc a zvládnout zátěž. Pro hasiče jsou pravidelně organizována odborná školení, na kterých jsou upozorňováni na psychická nebezpečí při zásazích, na jejich řešení a vzájemnou pomoc. Snahou je vyškolit i některé hasiče v každé směně, aby byli schopni poskytnout krizovou intervenci jak obětem, tak i svým kolegům.

Každý příslušník HZS prochází náročnou odbornou přípravou, jejíž délka se odvíjí od funkce, kterou bude u HZS zastávat. U výjezdových hasičů je nejdelší, více než půlroční. Během této doby se seznamují s právními předpisy, taktikou zásahu, získávají znalosti a dovednosti, které jim pomáhají při řešení mimořádných událostí, a které mohou

zachránit život a zdraví obětem, ale i jim samotným. Součástí této přípravy je i blok, který je seznamuje s riziky stresu a prožívání traumat.

Psychologická služba HZS organizuje školení také pro hasiče - operátory linky 150 a 112, kteří se při příjmu tísňových hovorů setkávají často se stresovanými, emočně rozrušenými lidmi, často šokovanými z právě prožitého traumatu. S takovými lidmi je obtížné komunikovat, ale je nutností vytěžít od nich informace nutné k odeslání adekvátní pomoci. Je nutné zjistit, kde a co se stalo, kolik lidí je zraněno, rozsah mimořádné události. Operátoři se na lince tísňového volání často setkávají i se sebevrahy. Na tyto hovory nejsou operátoři speciálně vycvičeni, nemohou provádět krizovou intervenci, ale mají alespoň základní znalosti, jak s těmito lidmi komunikovat a jak jim poskytnout pomoc. Také v těchto případech mohou být pracovníci psychologické služby HZS nápomocni a mohou převzít s volajícím komunikaci a provést krizovou intervenci. V některých případech volající odmítá být přepojen na psychologa nebo na pracovníky krizových linek, hovor tak musí operátor zvládnout sám, snažit se volajícího psychicky stabilizovat a zároveň ho co nejvíce vytěžít tak, aby mu mohla být poslána odborná a rychlá pomoc. Většinou to není jednoduché a hovor může trvat mnoho minut a ve výjimečných případech i hodiny. Tyto hovory patří pro operátory mezi psychicky nejnáročnější. Snahou psychologické služby HZS je operátory na tyto obtížné hovory připravit během tematických zaměstnání s praktickými ukázkami a rozborů konkrétních případů problémových hovorů.

Cílem výzkumného šetření je zmapování intenzity subjektivně vnímaného distresu a deprese u příslušníků Hasičského záchranného sboru Královéhradeckého kraje, ověřit moderující roli psychické odolnosti při dlouhodobé expozici stresu a zjištění důsledků výkonu jejich profese s akcentem na projektivní faktory životního stylu.

1 Základní přístupy k psychické zátěži a stresu

Rolí psychické zátěže na zdraví jedince se zabývalo v minulosti mnoho badatelů. Zajímalo je, proč někdy člověk reaguje na těžkou situaci útekem a jindy útokem. Tyto odlišné formy chování v ohrožení tzv. fight and flight byly považovány za vrozené dispozice jedince. Vědce však zajímalo, co se v těle při těchto situacích děje. Tím došlo k zahájení rozvoje nejen medicíny, ale i psychosomatiky a psychologie zdraví.

Biologické pojetí stresu se zaměřuje na neurofyziologickou a biochemickou odezvu organismu při působení vlivů narušujících jeho rovnovážný stav. Stres je chápán hlavně jako následek podnětů na člověka během jeho života z jeho okolí. Sleduje tedy hlavně vliv vnějších podnětů. (Paulík, 2010, s. 45) Mezi průkopníky výzkumu stresu patřil I. P. Pavlov, který se zabýval studiem fyziologických změn v organismu psů, kteří se dostali do konfliktních situací a zkoumal i jejich chování při stresové situaci. Americký fyziolog Cannon prováděl pokusy na zvířatech a zkoumal, co se děje v jejich organismu po vystavení silným stresovým situacím a jaký to má vliv na fyziologické funkce. Zjistil, že v situaci ohrožení je mobilizován celý organismus a dochází k celkovému zvýšení činnosti nervového systému organismu.

Jako nejvýznamnější se ukázal výzkum H. Selyeho. Je zakladatelem tzv. kortikoidního pojetí stresu, který se zabývá zvýšenou funkcí nadledvinek ve stresových situacích. Zjistil, že změny fyziologických funkcí vykazují po stresové zátěži určitou stálost. Tento vzor odpovědi organismu na ohrožení nazval **GAS** – General Adaptation Syndrom – obecný adaptační syndrom, který probíhá ve třech fázích:

1) Poplachová fáze – dochází k vyhlášení poplachu organismu po střetu se stresorem. Mobilizuje se obrana organismu, sympatický nervový systém vykazuje zvýšenou činnost. Do krve je vyplavován ve zvýšené míře adrenalin, zrychluje se dýchání, zvyšuje krevní tlak, dochází ke zvýšenému pocení, krev je přesouvána do svalů. Organismus se připravuje na reakci „boj nebo uteč“.

2) Fáze rezistence – v této fázi jde o vlastní boj organismu se stresorem. Boj je závislý na síle stresoru a na odolnosti organismu. Pokud jsou síly vyrovnané, boj může trvat dlouho. Při dlouhotrvajícím zatížení organismu dochází ke zhoršování stavu organismu,

kteře se označuje termínem nemoci adaptace. Selye si povšiml zvýšeného výskytu určitých nemocí či jejich příznaků. Závěrem pak byla domněnka o snížení činnosti imunitního systému při dlouhodobém působení stresoru.

3) Fáze vyčerpání – v této fázi organismus podléhá vlivu stresoru a hrouť se. Projevem můžou být deprese, v krajních případech i smrt.

Saley formuloval pojem stres jako „nespecifické odpovědi těla na jakýkoli požadavek, který je na ně kladen“. Stres pokládá za stav organismu. Stresory jsou vnější podněty, které stres vyvolávají. Podle Saleyho tedy stres není reakcí jen na mimořádné, silné podněty, ale reakcí na každý podnět.

Výzkum Selyeho byl později kritizován ze strany psychologů za to, že nebral ohled na duševní stránku člověka a jeho emoce. Později tyto vlivy i on uznal. Mnoho výzkumů prováděl pouze na zvířatech a nebral tedy ohled ani na kognitivní aktivity člověka. (Křivohlavý, 2009, s. 167 – 168)

Psychologické pojetí stresu se zaměřuje na činitele rozvoje či inhibice stresových dějů s důrazem na řídicí a integrující roli centrální nervové soustavy a mozkové kůry. Stres může vzniknout nejen tlakem objektivních nároků a ohrožení organismu, ale také na základě interpretace významu situace a hodnocení míry ohrožení. Hodnocení nebezpečí nevychází jen z reálné situace, ale může docházet ke zkreslení díky chybám hodnocení nebezpečí (přecenění, podcenění) nebo z obav zhoršení v budoucnosti. (Paulík, 2010, s. 48)

Lazarus se soustředil ve svém výzkumu na to, co se děje v psychice člověka, který se dostává do těžké životní situace. Své výsledky pozorování formuloval do modelu dvojího zhodnocování situace ohrožení:

1) **Prvotní zhodnocení** situace (primary appraisal) se týká vlastního ohrožení života, zdraví, sebehodnocení, pověsti. Sledoval, co v psychice člověka v ohrožení ovlivňuje jeho usuzování, zvažování a hodnocení situace.

2) **Druhotné zhodnocení** (secondary appraisal) se týká možností člověka zvládnout situaci. Jde o zvažování naděje na to, že by se člověk mohl ubránit nebezpečí, které ho ohrožuje, díky svým defenzivním, nebo naopak ofenzivním schopnostem.

Při modelování situací ohrožení a jejich zvládnání bral Lazarus v úvahu i zranitelnost (vulnerabilitu) jedince. Ne každý jedinec má stejné schopnosti a zkušenosti, které jsou nápomocny při řešení rizikových situací. (Křivohlavý, 2009, s. 168 – 169)

Holistické pojetí stresu spojuje fyziologické a psychologické pojetí v jedno. Jedním z těch, který se snažil spojit oba pohledy, byl Alexander. Při vývoji onemocnění předpokládal přítomnost:

- 1) vnitřního faktoru (predispozice osobnosti)
- 2) vnější noxy (událostí, stresoru)
- 3) zprostředkujících mechanismů (autonomní nervový systém a hormony)

Stanovil také sedm prvních psychosomatických onemocnění, tedy nemocí, které souvisí přímo se stresem.

Dnes tomuto pojetí odpovídají obory psychofyziologie a neuropsychologie. Prvně jmenovaný obor se snaží o pochopení psychických a fyzických faktorů z hlediska objasnění vzniku psychosomatických nemocí. Druhý jmenovaný obor zkoumá vztahy mezi funkcí mozku a chováním jedince. Dalším multidisciplinárním oborem je psychoneuroimunologie zabývající se ovlivněním imunity psychikou, a to působením různých stresorů. (Bartůňková, 2010, s. 13-14)

2 Psychická zátěž a stres

2.1 Psychická zátěž

Celý život se každý jedinec dostává do zátěžových situací, jak fyzických tak psychických. Tyto situace mohou upevňovat předchozími interakcemi vytvořenou osobnostní strukturu, zvyšovat odolnost, tvořivě se rozvíjet, stimulovat psychický rozvoj osobnosti, ale také mohou být zdrojem psychické desintegrace osobnosti.

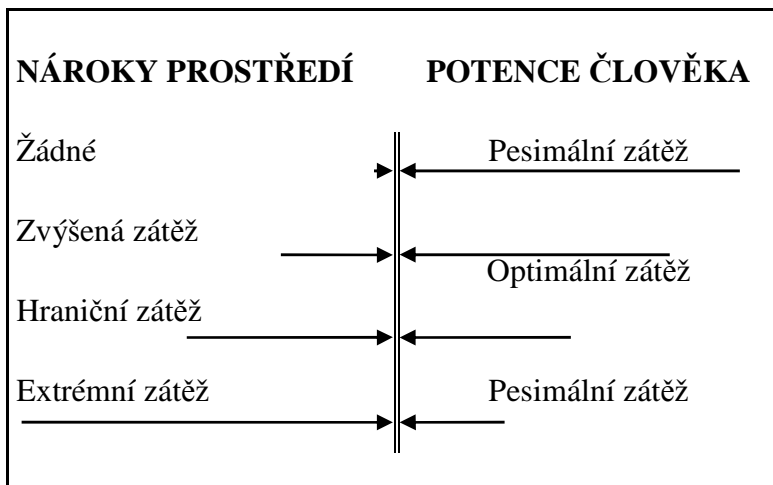
Podle Mikšíka (2005, s. 83) psychická zátěž v sobě obsahuje hledisko vnějších vlivů a vnitřních podmínek. Zatížen je vždy někdo něčím. Jde tedy o interakční přístup k vnitřnímu a vnějšímu světu dané osobnosti. Subjektivní hladinu lze hodnotit v několika stupních:

- 1) **Běžná zátěž** - život v obvyklých, osvojených kontextech života. Ukazují na jaký systém života a vztahů je jedinec adaptován.
- 2) **Optimální zátěž** - stimuluje a podmiňuje psychický rozvoj osobnosti, osvojení si nových poznatků, systémů jednání a chování.
- 3) **Hraniční zátěž** – nároky, s nimiž se jedinec vyrovnává jen mimořádným vypětím psychických sil. Dochází již ke specifickým i nespecifickým reakcím k zachování integrity osobnosti, ale člověk je schopen tuto zátěžovou situaci řešit na subjektivně přijatelné úrovni integrovanosti.
- 4) **Extrémní psychická zátěž** – jde o takové nároky na psychiku, které jedinec není schopen řešit a kde již dochází k desintegraci osobnosti, maladaptivním projevům a psychickému selhání.

Mikšík (2009, s. 34) pokládá zátěž za termín psychologický nikoli fyzikální. Zdůrazňuje i zvýšenou míru zátěže při nucené nečinnosti, při požadavku či potřebě nereagovat. Nedostatečná nízká zátěž má vliv na rozvoj psychiky jednotlivce, na jeho nedostatečnou trénovanost zvládat zátěž. Psychika jednotlivce se tak častěji dostává do situací pro něho neřešitelných, přesahujících jeho potenciální možnosti (příkladem může být špatná výchova, na jedné straně přehnaná péče rodičů a na druhé straně jejich absolutní nezájem). Při neúměrně vysokých nárocích na psychiku se jedinec není s to s těmito nároky vyrovnat interakčními aktivitami. Jsou zdrojem psychické desintegrace osobnosti různé povahy, míry a kvality. Výrazně nízké či nadměrně vysoké nároky

životních či situačních kontextů na psychiku osobnosti (co do intenzity či délky trvání) považujeme za **zátěž pesimální**.

Tabulka č. 1: Kvalitativní stupně psychické zátěže (Mikšík, 2009, s. 33)



Hladký (1993, s. 18) definuje zátěž jako „zvládnání jakýchkoli požadavků, které na jednotlivce klade jeho život a jeho prostředí“. Míru zátěže určuje vztah mezi požadavky, které jsou na jedince kladeny a vlastnostmi či zdroji, jakými je jedinec vybaven. Pokud je tento vztah vyvážený, jedná se o přiměřenou zátěž, pokud je rovnováha porušena, jde o zátěž nepřiměřenou. Hladký dále rozděluje psychickou zátěž na:

- 1) **Senzorickou** – vyplývá z požadavků na činnost smyslových orgánů a centrálního nervového systému.
- 2) **Mentální** – vyplývá z požadavků na psychické procesy, jako paměť, pozornost, představivost, myšlení, rozhodování.
- 3) **Emoční** – vyplývá z požadavků vyvolávajících afektivní odezvu na zátěžovou situaci.

2.2 Stres

Pod pojmem stres si každý z nás určitě dokáže něco představit. Může jít o nemoc, problémy v rodině, úmrtí blízkých, pracovní problémy, ztráta zaměstnání, dopravní nehoda, úraz apod. Schreiber (2000, s. 16) uvádí vývoj pojetí pojmu stres ve výzkumu různých badatelů. Selye definoval stres jako „nespecifickou (tj. nastávající po různých zátěžích stereotypně) fyziologickou reakci na jakýkoli nárok na organismus kladený“.

Lazarus definoval stres jako „nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vypořádat, bez problémů mu čelit“.

Zatímco Salyeho definice stresu se dá srovnávat s definicí zátěže, u Lazaruse je již zdůrazněn prvek přetížení a subjektivní odolnosti jedince. Schreiber (2000, s. 17) definuje stres jako „ jakýkoli vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, psychologický, politický), který ohrožuje zdraví některých citlivých jedinců.

Každý zná pocit, kdy je v psychickém napětí a pociťuje nervozitu. Tento stav je v odborné literatuře popisován jako **strain** – **napětí** a je používán k vyjádření emocionálního stavu člověka v ohrožení.

Podle Křivohlavého (2009, s. 170) „je pro definici stresové situace podstatný poměr mezi mírou (intenzitou, velikostí, tlakem apod.) stresové situace - **stresorů** a silou (možnostmi, schopnostmi apod.) danou situaci zvládnout. O stresu pak lze hovořit v případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší, než schopnost či možnost daného jedince tuto situaci řešit a zvládnout.“

Obecně se tedy jedná o nadlimitní neboli nadhraniční zátěž. Nadlimitní zátěží nemusí být pouze jediný velice silný stresor, ale může jít o nadlimitní množství běžných starostí, tzv. denních starostí. Z výše uvedeného je patrné, že stres je vnímán jako nadlimitní zátěž, něco, s čím musí jedinec bojovat se zvýšenou námahou a snahou.

Akutní a chronický stres

Z hlediska délky trvání lze stres rozdělit na akutní a chronický. Akutní stres má krátké trvání. Je to přirozená reakce organismu na vnější ohrožení – stresor, směřuje k fyzické akci. Chronický stres naopak trvá neúměrně dlouho. Chronickým stresem trpí lidé vystavení trvalé zátěži. Většinou nejde o fyzické, ale o symbolické ohrožení. Stresorem zde bývá pouhá představa, myšlenka či nějaké negativní očekávání. Stres nepředchází žádnému skutečnému nebezpečí. Ke chronickému stresu dochází tam, kde je opakovaně navozován pocit ohrožení. Jde například o vlastní představy nebo v situacích, kde nedochází k přirozené fyzické reakci na stres a k následnému uvolnění. Chronický stres je považován za velmi důležitý faktor při vzniku tzv. psychosomatických chorob.

Eustres a distres

V běžném životě se setkáváme i se situacemi, které jsou pro nás silně zátěžové, vyžadují určitou námahu, ale přinášejí nám radost, prospěch, poučení i vzdělání. U **eustresu** je důležitým prvkem absence negativního emocionálního zážitku. Jedná se o různé emocionálně pozitivní prožitky jako např. svatba, výhra, narození potomka, závěrečná zkouška ve škole apod. Patří sem i tzv. adrenalinové sporty, které jsou vyhledávány právě pro pocit nebezpečí, potřebu překonávání překážek. Z hlediska fyziologického dochází v organismu ke stejným procesům jako u negativních stresových situací, ale u eustresu se jedná o krátkodobé působení, rychlou odpověď a ukončení po odeznění stresoru. Eustres pomáhá udržovat rovnováhu organismu.

Pojmem **distres** se obvykle vyjadřuje "situace subjektivně prožívaného ohrožení dané osoby, spojené s negativními emocionálními příznaky. K distresu dochází tam, kde se domníváme, že nemáme dost sil a možností zvládnout to, co nás ohrožuje, a emocionálně se necítíme dobře." (Křivohlavý, 2009, s. 171)

U distresu se jedná o chronickou povahu stresoru, dlouhodobé působení, fyziologicky vyčerpávající reakci a imunopresivní charakter odpovědi. Distres narušuje celkovou rovnováhu organismu.

Stresory

Stres nepřichází z čistého nebe, ale má své příčiny a spouštěče. Vlivy, které způsobují stavy napětí, nepříjemné pocity spojené se zvýšenou zátěží, nazýváme stresory. Pojem stresor je možno chápat jako „na člověka negativně působící faktory, které mohou vést k tíživé situaci jednotlivce.“ (Křivohlavý, 2009, s. 170)

Kebza (1997, s. 4) definuje stresor jako stres vyvolávající podnět, což může být prakticky cokoli. Podle působení rozděluje stresory na **vnitřní**, vycházející z našeho těla či mysli a na **vnější**, přicházející z okolního světa. Stresory mohou mít charakter **fyziický** (teplota, tlak okolí) nebo **chemický** (znečištění vzduchu, jedy, viry, bakterie). Mezi další stresory patří podněty společenské či psychologické povahy, jež patří do kategorie **psychosociálního** stresu, vyvolávaného způsobem našeho života. Jedná se o konflikty v mezilidských vztazích, stavy zklamání či frustrace, v případě dlouhodobé frustrace přechází v deprivaci. **Deprivace** může být **emoční** (v případě nedostatku citů), **senzorická** (z nedostatku smyslových podnětů), **spánková** (z dlouhodobého nedostatku

spánku). Mezi psychosociální stresory Kebza dále řadí nadměrné požadavky na výkon v zaměstnání, nadměrnou či naopak velmi chudou stimulaci k určité činnosti nebo rozhodnutí, prožitek přímého ohrožení jinou osobou, ale také již pouhé očekávání ohrožení, spojeného se společenským postavením, pracovní funkcí či zaměstnáním. V souvislosti se stresovou situací vyvolanou nedostatečným zatížením zmiňuje také dlouhodobou nudu.

Mezi situace, které často přesahují únosnou míru zátěže a bývají spojeny se stresem, řadí Paulík (2010, s. 50 – 70) problém, frustraci, deprivaci, konflikty, strach a úzkost, nemoc, bolest, strádání, utrpení a krizi.

Mikšík (2009, s. 61) stresogenní faktory vnitřně člení na: 1) **ztížené** - resp. neobvyklé klimatické, senzomotorické a prostředkové podmínky pro realizaci cílové činnosti narušující schopnost jedince koncentrovat se na realizování cílové činnosti běžným, osvojeným způsobem. Sem lze zařadit například neznámé prostředí, hluk, teplo, osvětlení apod.

2) **časový deficit** - nezbytnost realizovat cílovou činnost při subjektivně prožívaném nedostatku času

3) **tlak ohrožení** – činnost, kterou je jedinec schopen obvykle realizovat včas a kvalitně, je uskutečňována za podmínek uvědomování si, že je v situaci ohrožení. Ohrožení může být bezprostřední, pokud se činnost vykonává v podmínkách nebezpečí újmy na zdraví či ztráty života, nebo dojde-li k tomu v případě neadekvátního postupu při realizaci vykonávané činnosti nebo i následně v případě nesplnění hodnotících kritérií kvality výkonu.

4) **tlak pocitu odpovědnosti** – za správnou a včasnou realizaci, za životy druhých, za důsledky své činnosti, jednání a zachování se pro druhé, pro zaměstnavatele, okolí nebo pro blízké. Tento tlak plodí na jedné straně výrazný sklon k sebekontrolě a obezřetnosti, na druhé straně obavy o něco či někoho, nedovolují oprostít se od prožívání závažnosti situace, racionálně se v ní orientovat a plně využít schopností a dovedností k realizaci úkolů.

Ulrichová (2012, s. 22) uvádí jako jeden ze stresorů i nedostatek životního smyslu. Tento pocit prázdnoty a bezobsažnosti se může projevit v tzv. existenciální frustraci. Absence životního smyslu vede k hledání náhražky. Jedinec pak často volí cestu

k alkoholu, drogám, v krajním případě může pocít prázdnoty a nesmyslnosti života mít za následek i sebevraždu.

Tabulka č. 2: Příklady fyzických a psychických stresorů (Combat stress behavior, 2001), (Hrstka, Vosečková, Celba, 2009, s. 15)

Fyzické stresory	Psychické stresory
<p>Z PROSTŘEDÍ teplo, chlad nebo vlhkost vibrace, hluk, zvuk výbuchu hypoxie (nedostatek kyslíku), dýmy, jedy, chemikálie zbraně/zařízení s přímým paprskem energie ionizující záření infekční látky/nemoci oslepující jas, tma, šero a zatemnění látky dráždící kůži nebo žíraviny fyzická práce náročný nebo strmý terén</p>	<p>KOGNITIVNÍ informace - příliš mnoho nebo příliš málo senzorické přetížení proti deprivaci dvojznačnost, nejistota, izolace časový tlak proti čekání nepředvídatelnost pravidla kontaktu, obtížné hodnocení dynamika organizování těžké volby proti žádaným volbám poznání narušeného fungování</p>
<p>FYZIOLOGICKÉ nedostatek spánku dehydratace špatná výživa nedostatečná hygiena svalová únava z nedostatku kyslíku (aerobní narušení imunitního systému) přehnaně nebo málo používané svaly, systémy orgánů nemoc nebo zranění způsobující ztrátu víry mezilidské pocity</p>	<p>EMOCIONÁLNÍ strach nebo úzkost produkující hrozby (poranění, nemoci, bolesti, selhání ztráty, osobního selhání nebo selhání celé mise) zármutek vyvolávající ztráty (úmrť blízkého) zášť, hněv, vztek produkující frustrace, ohrožení, ztráta a vina aktivity vyvolávající znudění, konfliktní motivy (obavy o to, co se děje doma, rozpolcená věrnost) duchovní konfrontace nebo pokušení</p>
<p>Poznámka: výše uvedené stresory mohou působit jednotlivě nebo spolu vzájemně spolupůsobit jako bojové stresory</p>	

2.3 Životní události a pracovní stres

V běžném životě se hasiči stejně jako všichni lidé setkávají s drobnými či většími záťažovými situacemi. Většina lidí má ráda své jistoty, zaběhnuté postupy, řady. Každá

změna přináší něco nového, neznámého, někdy i ohrožujícího. Tyto události tak ovlivňují psychické rozpoložení jedince. Většinu takovýchto událostí zvládá jedinec bez větších problémů a stresů. Avšak v případě kombinace více stresujících faktorů a zvýšeného množství životních událostí, může docházet k psychickým i zdravotním problémům jedince.

Životní události jsou považovány za potencionální stresory psychosociální povahy, které představují riziko vzniku a rozvoje poruch zdraví. Řadí se sem události, které silně ovlivňují náš život, přinášejí zásadní změny do života a vztahů. Existuje i tzv. škála sociální readjustace, která udává náročnost určitých situací na aktivní adaptaci jedince. Na stupnici 1 – 100 je nejvýše smrt partnera. Mezi další nejnáročnější životní situace patří rozvod, rozvrat manželství, výkon trestu odnětí svobody, úmrtí blízkého člena rodiny, úraz, ztráta zaměstnání. Do těchto situací lze zařadit i narození dítěte, sňatek, začátek školy, změna zaměstnání či bydliště, ale i půjčka nebo odchod dítěte z rodiny. Do spektra životních situací je třeba zahrnout i tzv. **denní události** (daily events), které vyvolávají mrzutost, rozlady a každodenní nepříjemnosti, strasti a **mikrostresory** (daily hassles), jejichž dlouhodobé působení se kumuluje v období mezi negativními životními událostmi a mohou ovlivňovat proces zdraví a nemoci obzvlášť u vulnerabilních jedinců. Překonávání a řešení obtížných životních situací však přináší i posilování osobnosti jedince, urychluje proces jeho zrání a zvyšuje jeho odolnost vůči stresorům. (Pelcák, 2013, s. 41)

Pracovní stres

Pravděpodobně nejčastějším druhem stresu, se kterým se v životě setkáváme, je stres pracovní. V dnešní době je pracovní stres spojen především s psychickou zátěží. K fyzickému vyčerpání, kdy se organismus již není schopen adaptovat na vysokou intenzitu práce, dochází v civilizované společnosti velmi vzácně. Pracovním stresem jsou nejvíce ohroženi pracovníci s nedostatkem tělesné námahy, kuřáci, konzumenti nadměrného množství alkoholu. Základním problémem je nedostatečná kompenzace stresu fyzickou námahou. Mezi hlavní faktory pracovního stresu dle Schreibera (2000, s. 47- 48) patří:

- příliš rychlý pracovní postup nebo naopak zklamání z nepovýšení
- příliš mnoho práce nebo příliš málo práce

- přeložení, změna pracovního prostředí, změna spolupracovníků
- změna charakteru práce nebo stylu řízení
- nevyjasněné vztahy nadřízenosti, nedostatek prostoru pro samostatné rozhodování
- nepravidelná nebo nadměrně dlouhá pracovní doba, monotónnost práce
- nebezpečná práce (pocit rizika), násilnosti na pracovišti

Pracovní stres u hasičů

V roce 2014 zasahovaly jednotky HZS Královéhradeckého kraje (dále HZS KHk) u 5038 událostí. Nejvíce bylo událostí typu technická pomoc - celkem 2220, dopravních nehod - 1362 a požárů - 782. Při mimořádných událostech, na kterých se svou činností na místě podílely jednotky HZS, zahynulo celkem 105 osob. Zraněno bylo 1744 osob, z toho 17 bylo z řad HZS KHk. (Mencl, 2015)

Hasiči jsou stresorům vystavováni při svém zaměstnání prakticky denně. Z výše uvedených faktorů se setkávají prakticky se všemi. Při jejich práci je čas rozhodující. Na výjezd jednotky jsou dány časové limity. Jak brzy a jak rychle zasáhnou, může ovlivnit záchranu lidí a majetku. V případě zásahů u mimořádné události se setkávají s mnoha problémy, kdy se musí rychle rozhodovat, určit priority a správné postupy. K zásahu vyjíždějí i několikrát denně. Někdy se mohou, zvláště na menších stanicích, dostat i do opačného extrému, kdy třeba několik směn po sobě nevyjedou k žádnému zásahu. O to větší je potom stresové napětí při povolání k zásahu. Některé zásahy se mohou časově velmi protáhnout a hasiči nemají mnohdy čas ani na pravidelnou stravu. Pracovní stres je u příslušníků vyvolán vyhlášením poplachu. Profesionální jednotky hasičů musí vyjet ke každému zásahu do dvou minut od vyhlášení poplachu. Při výjezdu k zásahu znají většinou jen základní informace o události, které dostávají prostřednictvím operačního střediska. Prakticky každý zásah je jiný. Při každém zásahu pracují v novém, neznámém prostředí. Liší se nejen svým charakterem, ale i denní dobou, ročním obdobím, počasím, rozsahem. Již při cestě k zásahu prožívají stresové situace. Během jízdy k mimořádné události jsou hasičská vozidla oprávněna použít výstražná světelná a zvuková zařízení, která je opravňují k přednosti v jízdě. Nikoliv však k absolutní přednosti. Ostatní řidiči jsou povinni umožnit jim plynulý a bezpečný průjezd a popřípadě i zastavit vozidlo tak, aby jim nepřekáželi v průjezdu. Praxe však je jiná. Bohužel někteří bezohlední a nepozorní účastníci silničního provozu hasičům nejenže cestu neusnadňují, ale jejich

reakce často způsobují kritické situace v dopravě. Řidič hasičského vozidla (strojník) tak musí neustále zvažovat a předvídat možná rizika, aby neohrozil jiné účastníky silničního provozu ani ostatní hasiče ve vozidle. V případě způsobené nehody není strojník nijak výjimečně právně chráněn a je plně zodpovědný za své jednání. To může vést v konečném důsledku i k trestnímu stíhání a ztrátě zaměstnání. Velitel již během cesty zvažuje možné postupy a strategie na místě zásahu, ale zároveň se snaží pomáhat strojníkovi při navádění na místo. Ostatní hasiči se chystají také na zásah. Každému se v hlavě honí spousta myšlenek a očekávání. Často se vrací k podobnému zásahu v minulosti. Při příjezdu na místo musí velitel rychle zhodnotit situaci a rozdělit úkoly jednotlivým hasičům. Důležitá je nacvičená souhra družstva. Při zásahu hasiči často pracují v nepříznivých klimatických podmínkách, ve tmě, v nepřehledném a složitém prostředí, které na ně působí jak po fyzické, tak psychické stránce. Jsou svědky lidského neštěstí a na místě se setkávají s oběťmi mimořádných událostí. Během zásahu se dostávají i do možného ohrožení vlastních životů.

Výjezdoví hasiči - záchranáři pracují ve 24 hodinových směnách od 7 hodin ráno do 7 hodin druhého dne. Od 23 hodin do 6 hodin jsou v režimu pohotovosti, kdy můžou odpočívat, ale v případě potřeby vyjíždí k zásahu. Spánek, při pocitu stálého napětí z možného výjezdu, rozhodně není nijak vydatný. Samotné okamžité probuzení při vyhlášení poplachu je další intenzivní stresující faktor. Poplach je vyhlášen nejdříve rozsvícením světel a následným zvukovým signálem. K psychickým stresorům přistupují i stresory fyzické a chemické, jako je nadměrné teplo nebo naopak chlad, okolní tlak, přítomnost nebezpečných látek v místě zásahu, účinky přírodních živlů, stísněné prostory, výška nebo hloubka apod. Při dopravních nehodách musí často řídit dopravu na místě události a mohou tak být ohroženi silničním provozem.

Příslušníci HZS zařazení na Krajském operačním a informačním středisku (dále KOPIS) HZS pracují ve 12 hodinových směnách ve čtyřdenních cyklech. Pravidelně se střídají v 7 hodin ráno a večer. Slouží vždy dvě denní a dvě noční směny a pak mají čtyři dny volna. Na KOPIS se střídají na pracovních pozicích. Jednou z nich je operátor tísňového volání na lince 112 a 150. Tito příslušníci musí od volající osoby v tísni co nejrychleji zjistit místo, typ, rozsah, druh události, možná zranění, další potencionální nebezpečí, kontakt na volajícího a předat informace příslušným složkám Integrovaného záchranného systému (dále IZS). V mnoha případech hovoří s lidmi, kteří právě prožili

či prožívají trauma a stres. Ti nejsou často schopni racionálně srovnat své myšlenky, mluví zmateně či nesrozumitelně. Operátor se tak dostává pod tlak, kdy chce co nejdříve poslat na místo pomoc, ale zároveň musí zjistit co nejvíce přesných informací. Po předání informace jiným složkám IZS, nemá většinou žádnou zpětnou informaci, jak se situace dále vyvíjela. U příjmu tísňového volání na operátora působí i další stresující vlivy. Velmi časté a nepříjemné je tzv. zneužívání tísňové linky, kdy volající buď záměrně, nebo neúmyslně vytáčí tísňovou linku. Jsou to případy nudících se dětí, lidí s telefonem bez SIM karty, bez kreditu, popřípadě i nechtěné vytáčení čísla při nezamčené klávesnici telefonu. Tyto hovory představují až 80% všech hovorů přicházejících na linku 112 a 150. Operátor tak je vystavován stresu při každém zazvonění telefonu a při očekávání tzv. ostrého hovoru. V roce 2014 bylo v celé České republice odbaveno více než 3,5 milionu hovorů (GŘ HZS ČR – ročenka 2014), v Královéhradeckém kraji bylo operátory tísňové linky přijato 156 937 hovorů. (Mencl, 2015)

Dalšími pracovními pozicemi na KOPIS jsou operační technik a operační důstojník. Ti mají na starost jednotky HZS a také jednotky dobrovolných hasičů, s kterými HZS spolupracuje a bez nichž by IZS jen těžko mohl plnohodnotně fungovat. Operační důstojník a technik se při vzniku mimořádné události musí rychle rozhodnout, jaké jednotky a jakou techniku pošle na místo události. Většinou mají pouze základní informace z místa události, které obdrželi od operátora tísňového volání nebo od jiných složek IZS. Musí zvážit i možný vývoj události, předvídat co se může na místě stát před příjezdem nebo i po příjezdu jednotek na místo. Z požáru odpadků se nezhřídka může stát požár domu a vyslané síly tak musí být dostatečné. Operační středisko poskytuje také informační podporu jednotkám hasičů na místě mimořádné události. Při zásazích na nebezpečné látky zjišťuje pro velitele vlastnosti látek, možná rizika a případná opatření. Na správném rozhodnutí operačního střediska je závislé, jak rychle a účinně budou moci výjezdoví hasiči na místě zasáhnout a uchránit životy, zdraví a majetek občanů. K faktorům zvýšené zátěže na pracovníky operačního střediska patří také nepřetržitá pracovní doba, hlavně noční směny, kdy dochází k narušování přirozeného biorytmu organismu.

Z výše uvedeného je zřejmá fyzická i psychická náročnost práce u HZS. Z tohoto důvodu jsou na uchazeče o práci u HZS kladeny vysoké nároky jak po psychické, tak fyzické stránce. Uchazeč o zaměstnání musí projít výběrovým řízením, v rámci kterého

je podroben důkladné zdravotnické prohlídce, fyzickému přezkoušení ze silových a vytrvalostních disciplín. Zároveň musí splňovat i požadavky na osobnostní způsobilost. Podmínky přijetí jsou uvedeny v zákoně 361/2003Sb. o služebním poměru bezpečnostních sborů a ve vyhlášce MV č.487/2004. (viz. příloha E) Z těchto předpisů vychází také **psychologická služba HZS**, která byla zřízena u HZS v roce 2003. Psychologická služba HZS má tři hlavní úkoly, kterými je pověřena:

- 1) zabezpečovat podklady pro personální práci a výkon služby (diagnostická činnost) – zjišťování osobnostní způsobilosti.
- 2) zajišťovat posttraumatickou činnost pro příslušníky HZS ČR i jejich rodinám
- 3) pomáhat obětem mimořádných událostí (HZS ČR – online)

System poskytování posttraumatické péče HZS

V roce 2008 byl u HZS zřízen systém poskytování posttraumatické péče pro příslušníky a občanské zaměstnance, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních úkolů. Pracuje zde tým posttraumatické péče (dále jen TPP), která je složena z odborně připravených příslušníků – členů TPP. Tento tým je odborně veden koordinátorem TPP, což bývá zpravidla psycholog z psychologické služby HZS. Členem týmu se stává příslušník nebo zaměstnanec na svou vlastní žádost a po schválení koordinátorem. Uchazeči se odborně připravují v odborném kurzu posttraumatické péče a potom pravidelně každý rok během školení s koordinátorem TPP. Člen TPP poskytuje kolegiální psychickou pomoc příslušníkům a zaměstnancům, informuje koordinátora o poskytnutí této pomoci, popřípadě ho požádá o odbornou pomoc. Na místě zásahu poskytuje posttraumatickou pomoc obětem mimořádné události formou první psychologické pomoci.(SIAŘ GŘ HZS ČR č.44/2008)

2.4 Mechanismy stresu

Důsledek zátěže na biologické úrovni závisí na produkci hormonů. Produkce adrenalinu předznamenává spíše strachovou, intrapunitivní, tj. sebetrestající odezvu, produkce noradrenalinu znamená spíše zlostnou, extrapunitivní tj. vztekovou reakci. Hošek (1999, s. 39 - 52) řadí do reakcí na zátěž úzkost a strach, které se váží k taktice útěku, a vztek a agresi, vázané k reakci útoku. Úzkost a strach řadí mezi emoce astenické, tj. tlumící, zeslabující a blokuující aktivitu, s výjimkou panické záchrany. **Úzkost** je stav

aktuální emoce, která vzniká při nereálném ohrožení jedince. Nebezpečí, které jedinec vnímá, neumí popsat a určit. **Strach** je mnohem reálnější, příčina je konkrétnější. Je to druh emoce, obranný mechanismus, bránící člověka před poškozením, a proto je v životě důležitým regulativním prvkem jednání, bránícím hazardnímu chování. Protipólem únikových reakcí jsou reakce útočné, zpravidla emočně podložené vztekem. **Agrese** může být vedena jak proti sobě - sebeagrese (sebepoškozování, sebevražda), tak proti jinému objektu (proti věcem, zvířatům, lidem). Může mít různou podobu (verbální, fyzickou), může být přímá (proti objektu, vůči kterému agresor něco má), nepřímá (proti hodnotám významným pro objekt agrese – msta), nebo přenesená (objekt agrese nemá nic společného s podnětem – vylití zlosti).

Schreiber (2000, s. 43 -51) zmiňuje Mc Keownovu teorii vývoje lidstva a jeho fáze. Během vývoje lidstva byli lidé ohrožováni různými faktory a vlivy. V první fázi v době tzv. sběračů a lovců, byli hlavními příčinami nemocí a smrtí úrazy při lovu, kmenové války a hlavně hladovění a podvýživa. V zemědělské fázi, která začala asi před 5000 lety, bylo lidstvo ohrožováno hlavně infekcemi a epidemiemi. Nebezpečí jim hrozilo i díky soužití se zvířaty a přenášení zvířecích nemocí na člověka. S příchodem třetí, tzv. průmyslové fáze, dochází k postupnému odstraňování hladomorů, ke zvyšování spotřeby potravin, ke zlepšování životních podmínek a k ulehčování fyzické práce. Život v relativním blahobytu sebou ale přináší i nové nemoci a nebezpečí pro lidstvo. Dostatek jídla se stává faktorem vyvolávajícím onemocnění. V průmyslové fázi vývoje lidstva dochází k úbytku fyzické zátěže a námahy a naopak k převaze psychických zátěžových situací. Základním rozdílem je však nedostatek kompenzace stresových situací fyzickou námahou. Působení stresu a jeho následků se nejvíce projevuje u lidí se sedavým způsobem života, s nedostatkem tělesné námahy, u kuřáků a konzumentů nadměrného množství alkoholu. Dalšími kritérii, která přispívají k prohlubování problémů lidstva, spojenými se životním stylem, jmenuje Schreiber (2000) přetížení informacemi, absence všeobecně přijímaných etických norem, rozvoj kriminality a nedostatek jednoznačných a všeobecně přijímaných norem chování a s tím spojený i jakýsi morální úpadek lidstva.

Činnost organismu při stresu

Každé změny vnějšího i vnitřního prostředí vedou v těle ke změnám, které mohou mít vliv na tělesné pochody, duševní pohodu i zdraví. Co se tedy vlastně v našem těle při

poplachové reakci na zátěž děje? Základem jsou nervové a hormonální mechanismy, které v těle vyvolávají stav pohotovosti, jako přípravu na boj či útěk, což je vrozená lidská reakce na nebezpečí. K prvním projevům patří bušení srdce, zpotené a třesoucí se ruce. Při poplachové reakci se podráždí část nervového systému zvaná sympatikus a současně se zvýší sekrece hormonů **adrenalinu**, **noredralinu** a **kortizolu** z dřeně nadledvinek. Ta je v podstatě součástí sympatického nervového systému – tzv. sympatoadrenálního systému. Obě reakce nastávají téměř společně, nervová předchází o několik vteřin tu hormonální. Hlavním smyslem je příprava organismu na boj nebo útěk. Z glykogenu v játrech se uvolňuje cukr, z tukových tkání mastné kyseliny, obojí jako palivo pro svaly i mozek. Zvyšuje se krevní tlak a zrychluje srdeční rytmus, aby se posílila výživa pracujících tkání. Vyplavováním antidiuretického hormonu se zadržuje v těle voda, což umožňuje zvýšené odpařování vody kůže a ochlazování těla při stresu v horku nebo při silné fyzické námaze. Také se snižuje přítok moče do močového měchýře. Při boji či útěku by potřeba močit mohla způsobit problém. Antidiuretický hormon **vasopresin** svým působením na cévy zvyšuje krevní tlak a přispívá ke zvýšené fyzické výkonnosti. Tento hormon má vliv i na tvorbu paměťové stopy. Je vhodné si zapamatovat, jak příště stresové situaci čelit. Hlavní rolí akutních stresových reakcí je zvyšování dostupnosti živin a krevního zásobování organismu pro boj či útěk. To mělo pro člověka v minulosti jistě větší význam, než dnes, při zcela jiných životních podmínkách. Náš organismus však funguje stejně jako v minulosti. Nahromaděná energie, která není uvolněna bojem ani útěkem zůstává v těle a může člověku způsobovat problémy. Je dokázána souvislost stresové reakce s tzv. civilizačními chorobami jako např. vysokým krevním tlakem, žaludečními vředy, cukrovkou, astmatem, migrénou a v neposlední řadě přispívá i k rychlejšímu stárnutí organismu. (Schreiber, 2000)

Projevy stresu

Pokud je organismus jednotlivce dlouhodobě vystaven stresu, lze na jednotlivci pozorovat určité specifické znaky a příznaky přetížení organismu. Frej (2004, s. 50) uvádí tyto symptomy:

- | | |
|--------------------------------|------------------|
| - podrážděnost | - únava |
| - úzkost a strach | - netrpělivost |
| - zhoršená koncentrace jedince | - vnitřní napětí |

- rychlý tep
- zvýšený tlak
- poruchy menstruace
- deprese
- nespavost
- infekční onemocnění
- úbytek či nárůst tělesné hmotnosti
- další malé fyzické obtíže jako občasná bolest hlavy nebo zad
- snížená nebo naopak zvýšená chuť k jídlu

Faktory udržující stres

Dlouhodobé udržování stresu souvisí více s vnitřními faktory než se zevními zdroji frustrace. Důležitými v tomto směru jsou především **myšlenky**. Do stresu se často přivádíme a udržujeme se v něm sami. Jakákoli situace se stává stresovou, pokud u ní očekáváme negativní důsledky nebo si myslíme, že ji nedokážeme zvládnout, vydržet. Také myšlenky na minulost, co jsme udělali špatně, jak jsme to měli, či mohli udělat nebo neudělat, nás udržují ve stálém napětí. Dalším faktorem udržování stresového prožívání je **chování**. Odkládání, neřešení problému ze strachu ze selhání sebou většinou přináší kumulaci problému, popřípadě ještě problémy nové. Také únik od problému k alkoholu, drogám může být pro člověka nebezpečné, v krajním případě až devastující. Důležitý je také **postoj** jedince, jak problém vnímá. Pokud má stresové chování **pozitivní důsledky**, třeba i jen krátkodobé, může se udržovat i bez vnějšího problému po libovolnou dobu. Typickým pozitivním důsledkem může být úleva po vybití napětí v hádce, ochrana druhou osobou, úleva v úkolech, odložení nepříjemného úkolu. (Praško a Prašková, 2001, s. 60 - 63)

Tabulka č. 3: Faktory udržující stresové prožívání (Praško a Prašková, 2001, s. 62)

Kategorie	Obecná strategie	Konkrétní strategie
Myšlenky	<p>Napětí z očekávání</p> <p>Negativní hodnocení situace nebo vlastní schopnost ji zvládnout</p> <p>Zdůvodnění pasivity a vyhýbání</p> <p>Negace zjevného problému</p>	<p>Strašení se předem</p> <p>Situace a její důsledky jsou katastrofizovány, vlastní schopnost minimalizována</p> <p>Lepší je odložit, vyhnout se, nechat na druhých</p> <p>Přesvědčování se, že o nic nejde, nic se neděje</p>
Chování	<p>Zabezpečování</p> <p>Vyhýbání se</p> <p>Únik z reality</p>	<p>Výmluvy, snaha zajistit podporu druhých</p> <p>Odkládání, vyhýbání se řešení ze strachu ze selhání</p> <p>Pití alkoholu, užívání uklidňujících léků, drog, denní snění</p>
Postoje	<p>Iracionální pohled na sebe, druhé i svět</p> <p>Negativní sebeobraz</p>	<p>Sám selhávám, druzí jsou zlí a nemají mě rádi, osud je moc těžký apod.</p> <p>Jsem zlý, neschopný, nevýkonný, hloupý apod.</p>
Pozitivní důsledky	<p>Krátkodobá úleva při nekonstruktivním chování</p> <p>Vztahové</p>	<p>Pocitová úleva při odložení, vybití napětí při hádce apod.</p> <p>Blízcí lidé řeší za mě, mám úlevy, chtějí mi pomoci, věnují mi pozornost</p>

2.5 Psychická adaptace na zátěž

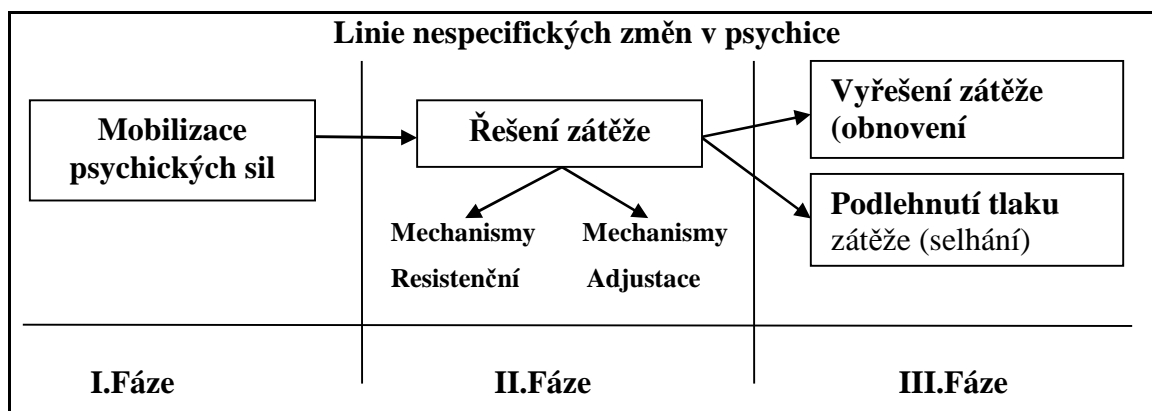
Osobnost potřebuje být v rovnovážném vnitřním stavu či vztahu s prostředím, s podmínkami své existence. Narušenou rovnováhu se usiluje řešit, nebo alespoň přiblížit k normálu. Podle Mikšíka (2005, s. 87) toho lze dosáhnout buď přizpůsobením se nově vzniklým podmínkám (adaptace), nebo aktivním úsilím o vytvoření nové struktury interakcí se vzniklou životní realitou (adjustace). Lze se setkat se třemi způsoby adaptačních či adjustačních procesů:

1. s přímým řešením nově vzniklých okolností, podmínek, kontextů života a činnosti k dosažení rovnováhy s prostředím na nové integrované rovině
2. s volbou nepřímých cest k vyrovnání se s novými kontexty, kompenzačních mechanismů ke zmírnění vzniklého napětí a odreagování tenzí, k vytvoření relativní, dočasné náhradní rovnováhy. Vystačí jen na překlenutí krátkodobých zátěží, u dlouhodobých zátěží je pouze přechodným stavem k dalšímu přerůstání k typu prvnímu nebo třetímu
3. s úsilím uniknout ze vzniklého situačního tlaku jako ústředním zaměřením prožitků a aktivit, signalizujícím, že daný jedinec se není schopen se situačními kontexty vyrovnat a dosáhnout psychické rovnováhy.

Proces psychické adaptace či adjustace je tedy podle Mikšíka (2005) aktivním procesem k obnovení rovnováhy mezi subjektem a jeho životním prostředím, který končí buď obnovenou rovnováhou, nebo psychickým selháním. Tento proces probíhá ve třech fázích:

- I. fáze - mobilizace psychiky. Mohou být tři varianty tohoto předstartovního stavu a to nabuzení bojovat, předstartovní horečka a apatie.
- II. fáze - aktivní řešení zátěže (útok, obrana, únik)
- III. fáze - nespecifické změny v psychice. Při vyřešení zátěže dochází buď k postupnému návratu do rovnováhy, nebo k projevům selhání při podlehnutí tlaku.

Tabulka č. 4: Linie nespecifických změn v psychice (Mikšík, 2005, s. 87)



Důsledky působení stresoru na zdraví

Dlouhodobý chronický stres se projevuje různými příznaky a v pozdějším stadiu nemocemi v zažívacím ústrojí (trávicí obtíže, vředy), v dýchacím systému (astma), oběhovém systému (hypertenze, zúžení a tvorba plátů v krčních i srdečních tepnách a s tím spojené riziko mozkové mrtvice), nervového systému (deprese, neurózy, apatie, podrážděnost), poruchami imunitního systému (snížená imunita, virová a bakteriální onemocnění, kožními chorobami, rakovinou. Stres se také podílí na rozvoji roztroušené sklerózy, může vyvolat cukrovku a nemoci dásní. (Frej 2004, s. 51)

Hladký (1993) uvádí, že stres může působit na negativní změnu zdravotního stavu buď přímo, nebo nepřímo. Příмым účinkem stresu na onemocnění se rozumí vliv stresu na imunitní, endokrinní nebo nervový systém. Nepřímým vlivem stresu pak je vliv stresu na chování člověka. Jde například o životní styl, kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu, přejídání se, nebo naopak hladovění apod. Výsledky výzkumů prokázaly i souvislost stresu a vzniku depresí.

3 Psychofyzické důsledky výkonu pracovní činnosti u exponovaných a pomáhajících profesí

U některých profesních činností dochází působením pracovního stresu k trvalejším poruchám mentálního zdraví, zejména příznaky chronické nespokojenosti, neurotika, poruchy přizpůsobení a neurotické poruchy. Příčinou mohou být situace extrémního stresu, silné negativně působící události, které jedinec není schopen přijmout. Následkem může být **psychotrauma**. (Pelcák, 2013, s. 50 – 51)

Praško (2003, s. 21- 29) definuje traumatickou událost jako zážitek, který téměř u každého vyvolá v době ohrožení pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci. Jedná se především o události s ohrožením života, zdraví, tělesné či psychické integrity nebo nejdůležitějších hodnot. Traumatickou se stává, pokud ji jedinec již nedokáže emocionálně zvládnout. Mezi traumatické události patří situace způsobené člověkem, jako např. dopravní nehody, letecké katastrofy, požáry a výbuchy plynů, zřícení budov a jiných staveb, přírodní katastrofy jako povodně, vichřice, lesní požáry, zemětřesení, laviny, erupce sopky. Další skupinou jsou traumatické události způsobené úmyslně člověkem, kam lze zařadit kriminální činy, přepadení, znásilnění, teroristické útoky, válečné události. Traumatickou nemusí být výše uvedené situace jen pro oběti, ale v mnoha případech i pro svědky událostí. K emočnímu zranění dochází v situacích, kdy člověk zakouší extrémní strach, bezmoc nebo hrůzu. Podstatou traumatu je narušení psychických a biologických adaptačních mechanismů jedince působením vnějšího činitele. K tomu dochází, pokud vnitřní a vnější zdroje nepostačují k vyrovnání se s ohrožením.

Hasiči jsou téměř denně svědky nějaké traumatické události. O většině z nich se dozvídají příslušníci HZS prostřednictvím tísňového volání na linkách 112 a 150. Na operačním středisku musí vyhodnotit informace z místa události a vyslat co nejrychleji dostatečné síly a prostředky na zvládnutí mimořádné situace. Výjezdoví hasiči se na místě události již fyzicky setkávají s často tvrdou realitou. Velitel zásahu musí rozhodnout o postupu záchranných prací a určit priority zásahu. Prvotní je vždy záchrana lidských

životů a zdraví a odstranění nebezpečí, které by mohlo ohrozit další osoby nebo majetek. Hasiči často musí poskytovat první předlékařskou pomoc zraněným osobám, setkávají se s vážnými poraněními či úmrtími obětí mimořádných událostí.

3.1 Poruchy spojené se stresem

Tyto poruchy jsou zařazeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí do skupiny F00-F99 **Poruchy duševní a poruchy chování**, do podskupiny F40-F48 **Neurotické, stresové a somatoformní poruchy**. U těchto nemocí je stresová událost nebo trvalé nepříznivé okolnosti prvotním a nejdůležitějším příčinným faktorem, a toto onemocnění by bez tohoto vlivu nemělo vzniknout. Tato onemocnění tak mohou být považována za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného.

Akutní reakce na stres F 43.0

Jedná se o dočasnou poruchu, způsobenou fyzickou nebo psychickou zátěží u duševně zdravé osoby. Obvykle odezní během několika hodin až dnů. K příznakům patří jakési omráčení situací, neschopnost pochopit podněty, orientovat se. Jedinec se může uzavřít do sebe nebo se naopak projevoval nadměrnou aktivitou. Jsou patrné projevy panické úzkosti (pocení, červenání, tachykardie). (MKN, 1996)

Posttraumatická stresová porucha F 43.1

Po prožití silných traumatických událostí se mohou u účastníků, ale i svědků, záchranářů objevit příznaky posttraumatické stresové poruchy. Jde o opožděnou a protahovanou odpověď na stresovou událost nebo na situaci krátkého či dlouhého trvání, která má výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter, a která by pravděpodobně způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoli. Mezi symptomy patří tzv. **flashbacks** - znovuožívání traumatu, sny, noční můry, netečnost vůči okolí, stranění se lidí, vyhýbání se situacím, připomínající traumatický zážitek. Objevuje se hyperaktivita a zvýšená bdělost, zvýšená lekavost, nespavost. Je spojena s úzkostí, depresí, popřípadě se suicidiálními myšlenkami. Nástup poruchy přichází po několika týdnech až měsících po prožité traumatické události. Ve většině případů dochází časem k úpravě zdravotního stavu postiženého. (MKN, 1996)

Praško (2003, s. 13) uvádí nejběžnější příznaky posttraumatické poruchy:

- opakující se neodbytné vzpomínky na událost

- děsivé sny
- znovuprožívání událostí v podobě útržků, „záblesků“
- vzpomínky na minulost
- vyhýbání se myšlenkám či pocitům a činnostem, které souvisí s traumatem
- neschopnost rozpomenout se na některé aspekty traumatu
- ztráta zájmu o důležité věci
- pocit odcizení
- omezení pozitivních emocí
- pocity, že budoucnost nemá smysl
- problémy s usínáním a spánkem vůbec
- podrážděnost, výbuchy hněvu
- potíže se soustředěním
- nadměrná obezřetnost, ustrašené chování, lekavost
- zvýšená konzumace alkoholu

Poruchy přizpůsobení F 43.2

U této poruchy subjektivní potíže a emoční poruchy obvykle zasahují do sociální oblasti funkce a výkonu postiženého. Začínají se projevovat v období adaptace na výraznou změnu životní situace nebo stresovou životní událost. Stresor může narušit integritu sociální sítě pacienta (úmrť v rodině, smrt partnera, osamocení). K příznakům patří depresivní nálady, úzkost, strach, pocit neschopnosti řešit situace, plánovat dopředu nebo pokračovat v současné situaci. Dochází k poruchám emocí a chování. (MKN, 1996)

Frustrace a deprivace

Frustrací rozumíme nemožnost dosáhnout cíle, neschopnost uspokojení některých potřeb. K základním formám frustrace patří vážný nedostatek nebo zbavení něčeho, co je nezbytné pro uspokojení některé biologické nebo psychické potřeby, oddálení uspokojení určité potřeby v čase a zmaření či neúspěch v úsilí o uspokojení potřeby. Reakcí na frustraci může být silné napětí, pocity neklidu, stavy deprese či agrese. (Andršová, 2012, s. 67 -68)

U hasičů může dojít k frustraci v případě nemožnosti zasáhnout, poskytnout pomoc tam, kde je to již nemožné, popřípadě silně ohrožující.

Deprivace je stav, kdy nejsou fyzické a psychické potřeby uspokojovány v dostatečné míře dlouhodobě.

3.2 Syndrom vyhoření – burn-out syndrom

Zaměstnancům pomáhajících profesí, kam lze hasiče zcela jistě zařadit, hrozí tzv. burn-out neboli syndrom vyhoření. Je spojen s prožíváním dlouhodobého chronického stresu a se ztrátou nadšení.

Burn-out je definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. Syndrom vyhoření je doprovázen mnoha příznaky. Patří mezi ně tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráta iluzí, negativní postoje k práci, k lidem v zaměstnání i k životu jako celku. Je to odpověď organismu na situaci, která člověka uvádí do stresového stavu. Burn-out postihuje lidi, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení. Jsou vysoce motivovaní, očekávají, že jim práce dá smysl jejich života. Nebezpečí hrozí především u povolání, která jsou brána spíše jako poslání. Kořen vyhoření spočívá v naší potřebě věřit, že věci, které děláme, mají smysl, jsou nějak užitečné, důležité. (Křivohlavý, 2012, s. 12 -13)

Burn-out syndrom je třeba chápat jako proces, který trvá mnoho měsíců i let a jehož vrcholem je vyhoření. Může se projevovat různými způsoby, v závislosti na tom, v jakém stádiu se jedinec nachází.

Edelwich a Brodsky (in Jeklová, Reitmayerová, 2006) dělí burn-out syndrom to těchto fází:

- Na počátku je nadšení, **idealismus** a nereálná očekávání, práce se stává nejdůležitější součástí života, jedinec se dobrovolně přepracovává.
- Stádium **stagnace** – jedinec slevuje ze svých očekávání, vnímá více reálné podmínky pro svou práci, pomalu se zaměřuje na uspokojování vlastních potřeb v podobě platu, volného času apod.
- Stádium **frustrace** – jedinec začíná pochybovat o smyslu své práce, o tom, zda má cenu někomu pomáhat, objevují se první psychické i fyzické příznaky vyhoření, problémy ve vztazích.

- **Apatie** – jedinec je trvale frustrován, neschopen změnit situaci podle svých vlastních očekávání, vyhýbá se novým úkolům, pracuje jen, jak je nezbytně nutné
- **Stadium *intervence*** – vede k jakémukoliv přerušení tohoto procesu, může jím být přerušeni práce, životní změna, více času pro své zájmy nebo přehodnocení situace a realistický náhled

Příznaky syndromu vyhoření

Podle Vosečkové a Hrstky (2010, s. 29 -31) se příznaky projevují na psychické, fyzické úrovni a také v úrovni sociálních vztahů.

Na psychické úrovni jde o pocit profesního neúspěchu, zklamání a marnosti, psychického, emocionálního vyčerpání, ztrátu zájmu na dalším profesním růstu, objevuje se úzkost, deprese, negativismus, lhostejnost. Dochází k útlumu empatie, zhoršuje se vztah ke klientům. Výrazný je pocit celkového duševního vyčerpání, dochází k utlumení celkové aktivity. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, projevuje se negativismus, cynismus, hostilita.

Na fyzické úrovni se jedná o celkovou únavu organismu, apatii, ochablost. Objevují se zažívací problémy, bolesti hlavy, potíže s dechem, bolesti u srdce, poruchy spánku, celkové přetrvávající tělesné napětí.

Na úrovni sociálních vztahů se burn-out syndrom projevuje celkovým útlumem sociability, tendencí redukovat kontakty s lidmi majícími jakýkoli vztah k vykonávané profesi, zjevnou nechtí k profesi a všemu co s ní souvisí, nízkou empatií a postupným narůstáním konfliktů především z důsledku nezájmu, lhostejnosti a sociální apatie ve vztahu k okolí.

U HZS mohou být ohroženi syndromem vyhoření jak výjezdoví hasiči, tak především operátoři tísňové linky 112 a 150. Ti přicházejí v telefonickém hovoru do kontaktu s lidmi, kteří potřebují pomoc. Jejich problémy operátoři řeší, aniž by měli většinou zpětnou odezvu na poskytnutou pomoc. V případě předání tísňového volání na jinou složku IZS než HZS, nemají možnost zjistit, jak byl problém vyřešen, jak vše dopadlo. Nedostává se jim adekvátní zhodnocení jejich práce a schází pocit naplnění vlastní činnosti. Pro operátory je také těžké diferencovat mezi lidmi volajícími na tísňovou linku a rozpoznat naléhavost jejich tísně nebo nebezpečí. Každý dává najevo své potíže, pocity a emoce jinak. U operátorů hrozí i ztráta lidské empatie. Naopak přílišné

ztotožňování se s problémy volajících je taktéž pro operátory nebezpečné. Také časté opakované případy zneužívání linky tísňového volání může ovlivňovat přístup operátora k lidem v tísní a také působí negativně na jeho psychiku.

3.3 Deprese

Deprese je nemoc, která značně snižuje obranyschopnost organismu. Hlavními příznaky je depresivní nálada nebo ztráta radosti či zájmu o většinu nebo o všechny aktivity. Deprese je dle Praška a Praškové (2008) stav podobný smutku, ale je intenzivnější a hlubší než smutek, trvá déle a narušuje každodenní fungování jedince. S depresí přichází hluboký zásah do každodenního života. Deprese může mít dle intenzity formu mírnou, střední, těžkou až po nejvážnější formu melancholii. Hlavním příznakem deprese je porucha nálady. Kromě nálady je zasaženo také myšlení, chování i tělesné fungování. Většina lidí v depresi cítí únavu, tíhu, malátnost, vyčerpání. K příznakům deprese dle Praška a Praškové (2008) patří:

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo prázdňová nálada
- pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci
- pocity viny, ztráty smyslu života
- ztráta radosti nebo zájmu z koníčků
- ztráta zájmu o sexuální život
- nespavost, předčasné ranní probouzení, nebo naopak stálá ospalost během dne
- ztráta chuti k jídlu, hubnutí, nebo naopak přejídání a tloustnutí
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu
- neklid, nervozita, podrážděnost atd.

Na vzniku depresí se podílí stres, není však jeho příčinou. Většinou předcházejí vrozené nebo získané dispozice, ale nadměrný stres může být spouštěčem deprese. Dispozice vzniku deprese tvoří nadměrná citlivost (hypersenzitivita) a zvýšená zranitelnost (vulnerabilita). Kombinace specifické, zpravidla vrozené, zvýšené zranitelnosti a negativních životních událostí může vést ke snížení adaptace na stres a postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese. K depresi může vést i nadměrná konzumace alkoholu, závislost na drogách nebo užívání některých léků. Deprese se léčí kombinací antidepresiv a psychoterapie. (Praško, Prašková, 2008)

3.4 Posttraumatický rozvoj jedince

Převážná část populace vnímá stres a trauma pouze jako negativní součást života. Někteří vědci se však zaměřili i na pozitivní vliv na rozvoj osobnosti jedince a vytvořili více modelů posttraumatického růstu, tedy pozitivního vlivu zátěže na jedince.

Například Tedeshi, Parková, Calhoun (1998, s. 3) definují posttraumatický rozvoj jako „významnou pozitivní změnu v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života.“ Předpokládají pozitivní změny v několika oblastech:

- jedinec objevuje své stránky osobnosti, o kterých dosud nevěděl
- mění se vnímání vlastního „já“
- mění se jedincovy vztahy k jiným lidem, je vstřícnější
- mění se jedincovo chápání života, přeskupují se jeho životní hodnoty, nastupuje hlubší porozumění životu
- dochází i ke změnám v duchovní oblasti, u některých lidí nastává příklon k víře
- dochází ke změně životního stylu - v případě prožitých závažných zdravotních problémů dochází ke změně chování, které podporuje zdraví.

Bulmanová (in Mareš, 2012) doplňuje výše uvedené oblasti ještě o psychologickou připravenost na zlé události. Jedinci se změnil jeho dosavadní svět a stal se připravenější na další negativní událost. Když nastanou, je již méně traumatizovaný. Získal větší odolnost.

4 Rezilience a zvládání zátěže

4.1 Osobnostní faktory zvládání zátěže

Veřejnost vnímá hasiče jako silné, odolné, obětavé, pomáhající jedince, občas také až jako hrdiny, kteří zasahují tam, kde ostatní již nemůžou. Ale hasič záchranář není ani superhrdina, ani nadčlověk. I on musí být vybaven osobnostními schopnostmi, které mu pomáhají zvládat zátěžové situace. Každý jedinec má svou hranici, po kterou je schopen zátěž zvládat bez dalších následků. Tato mez není pevná a je ovlivněna mnoha aspekty. Jistě každý ví, že někdy stres zvládá lépe a někdy hůře. Také rozdíly mezi jednotlivci jsou značné. Co jeden člověk zvládá bez zvýšené zátěže, jiného dokáže psychicky zlomit. Je to dáno jak vrozenými, tak získanými schopnostmi čelit zátěži a také momentálním duševním rozpoložením.

Praško a Prašková (2001, s. 59-60) vyjmenovávají povahové vlastnosti, které snižují schopnost adaptivně řešit stresové situace nebo do stresových situací člověka častěji dostávají:

- Ego – centrium – projevem lidí, kteří vidí jen sebe sama. Uvažují jen z hlediska svého prospěchu, špatně spolupracují s druhými. Nejsou schopni obětí.
- Pasivita – lidé s touto vlastností očekávají, že problém vyřeší někdo jiný. Tím, že nic sám neřeší, stává se často obětí i nevýznamných stresových událostí.
- Ustrašenost – přináší strach z každé změny, neustálé očekávání, co nejhoršího se může stát. Strach svazuje jeho schopnost konstruktivně jednat a myslet.
- Nutkavost – je tendence nutkavě opakovat činnosti, které vedou ke krátkodobému zisku či úlevě. Takový člověk nehledá nové řešení situace, stále opakuje neadaptivní vzorce chování. Nutkavost se může projevovat v jídle, pití, hráčské vášni, promiskuitě apod.
- Nezdrženlivost – je neschopnost odolat chuti, přání, touze, rychlému uspokojení. Jde o přejídání, opilství, hádavost apod. Je to neschopnost odolat krátkodobým ziskům bez ohledu na dlouhodobé ztráty.
- Nedostatek sebekázně – je neschopnost ukázněně a plánovitě řídit svůj život, nedostatek vytrvalosti a odolnosti.

- Nepoctivost – projevuje se lhaním nebo pololžemi, které si často nepamatuje a žije v neustálém strachu z odhalení.
- Chamtivost – je tendence něco mít, vlastnit. Získání cíle vede k libým pocitům, v zápětí však přichází touha po něčem dalším.
- Rigidita – znamená strnulost v postojích. O vzniklých situacích není schopen uvažovat z více stran.
- Strach z neznámého – vlastnost lidí, kteří potřebují nadměrné bezpečí. Protože život přináší stále něco nového, musí se před životem skrývat, vyhýbat se mu. To však pomáhá málo, takže nezbyvá než žít v neustálém napětí.
- Perfekcionalismus – znamená snahu vše co nejdokonaleji a nejpečlivěji dodělat. Takoví lidé jsou ve stálém časovém presu, stále nestíhají. Nemají čas na odpočinek ani na příjemné aktivity.
- Impulzivita – je neschopnost zvládat své náhlé citové hnutí, zejména negativní emoce. Impulzivní člověk často podlehne agresivnímu chování, často verbálně nebo i fyzicky někoho napadne.
- Bezcílnost – je ponechání života na náhodě.
- Pýcha – namyšlenost, vlastní pocit nadřazenosti. Pyšný člověk velmi špatně zvládá kritiku a posměch. Mívá málo přátel, těžko hledá oporu.
- Nedostatek úcty k sobě – u neúcty ke svému tělu se přetěžuje, neodpočívá, v případě neúcty ke svým psychickým funkcím trpí pocity méněcennosti. Často se kritizuje, znehodnocuje, nevěří si.
- Závislost na názorech druhých – člověk nedokáže být sám sebou a stát za svými názory. Příliš se obává, že by ho druzí odmítli, považovali za hloupého, nevzdělaného. Schází mu vnitřní jistota, je závislý na pochvale od ostatních, těžce snáší kritiku, odmítnutí nebo opuštění.
- Nedostatek úcty k druhým – často se projevuje bezohledností. Takový člověk se často dostává do konfliktů, je neoblíbený, osamocený, lidé mu často jeho chování vracejí.

Chování typu A a B

To, jak jedinec zvládá zátěž a také jak na něho působí a ovlivňuje i jeho zdraví, je dáno také jeho charakterovými vlastnostmi a s tím spojeným přístupem k problémům.

V 60. letech 20. století rozlišili Fridman a Roseman na základě mnohaletého sledování tisíců lidí s kardiovaskulárními obtížemi, dva základní typy osobností, typ A a typ B.

Typ A se vyznačuje společnými osobnostními charakteristikami – tzv. „komplexem nadměrné aktivity“. Ten je charakterizován výraznou snahou mimořádně intenzivně pracovat, angažovat se na hranici únosnosti, snahou dělat více a více, v kratším a kratším čase. Toto chování je dále doplněno některými osobnostními rysy, např. rivalita až nepřátelství, agresivita, nenávisť, závist, netrpělivost apod. Lidé typu A pracují neustále ve spěchu, v časovém stresu, používají výraznou gestikulaci a bývají i hlasití ve své argumentaci a projevech. Jedinci s chováním typu A jsou náchylnější k onemocnění kardiovaskulárními nemocemi.

Typ B vykazuje relativně opačné charakteristiky. Jsou klidní, pomalejší, rozvážnější, umí více odpočívat, jsou mnohem trpělivější při práci. Jsou i méně náchylní ke kardiovaskulárním nemocem.

V pozdějších výzkumech byl zjištěn i **C typ** chování. Tito jedinci velmi dobře spolupracují, jsou psychicky vyrovnaní, ochotní pomáhat druhým, jsou přátelští a nemají problém s autoritami. Výrazně však potlačují negativní pocity, jsou u nich výraznější pocity bezmoci a beznaděje. Často také řešení těžkostí vzdávají bez boje. Tito jedinci mají určitý sklon k onemocnění rakovinou. (Křivohlavý, 2009)

Sence of Coherence – SOC – smysl pro soudržnost

Izraelský sociolog Aaron Antonovsky zkoumal vztahy mezi fyzickým zdravím a duševním utrpením a strádáním. Povšiml si, že u některých jedinců, kteří prošli například nacistickými koncentračními tábory a tedy obrovským duševním i fyzickým zatížením, nemají tyto extrémní zátěže vliv na zhoršení jejich zdravotního stavu. Zjistil souvislost mezi osobnostní orientací v životě a zdravotním stavem jedince. V případě SOC (Antonovsky, in Paulík, 2009, s. 39) „jde o dlouhodobou osobnostní orientaci zahrnující kognitivní emotivní i snahové stránky, které hledí na svět jako na smysluplný vnitřně soudržný celek, který je důležitý pro zachování a znovuzískání zdraví.“

Smysl pro soudržnost je tvořen třemi základními komponenty:

Manageability – **zvládnutelnost** situace při uvědomění si vlastních možností danou situací ovládnout, vyřešit problémy. Polaritu zde tvoří vědomí zvládnutelnosti a dostatku

sil ke zvládnutí zátěže a na druhé straně dojem nezvládnutelnosti situace svými schopnostmi

Comprehensibility – srozumitelnost, pochopitelnost. Je charakterizován na kladném pólu osobního přesvědčení o přetrvávajícím smysluplném uspořádání věcí a světa jako celku, na něž je možno se spolehnout. Na opačném pólu je celkový pocit, že svět je neuspořádaný chaos bez řádu a pravidel a je těžké pochopit jednotlivé události a nějak je pochopit

Meaningfulness – smysluplnost daného řešení vyvolávajícího pozitivní emoce. Na kladném pólu je výrazná tendence považovat řešení nastalé situace za smysluplné a stojící za pozornost a věnované úsilí. S tím je spojeno pozitivní emoční ladění, že vynaložené úsilí přinese pozitivní efekt, včetně sociálního ocenění. Na opačném pólu je citově odosobněné stanovisko k situaci (odcizení). Jedinec se díky lhostejnému přístupu dostává mimo dění, až k sociální izolaci.

Nedostatek SOC přináší pocit, že život je chaos. Neexistuje řád, pravidla, nedá se ničemu věřit ani sobě. Tyto pocity vedou k depresi, úzkosti, obavám ze selhání, k pocitu odcizení, omezení sociálních kontaktů, k pocitům marnosti, nespokojenosti a zbytečnosti vlastní aktivity. Antonovsky zjistil přímou souvislost mezi SOC a zdravím neboli tzv. well – being. S nárůstem SOC souvisí nárůst pocitu zdraví, spokojenosti, kompetence, přibývání projevů zdravého životního stylu. Naopak je zaznamenána negativní vazba mezi SOC a příznaky nemocí, pracovním stresem, úzkostí, depresí, nespokojenosti apod. (Paulík, 2009, s. 39 – 42)

Odolnost

Je chápána jako „v čase relativně stabilizované, individuálně příznačné charakteristiky dispozic jedince zvládat zátěž“. (Paulík et al, 2009, s. 31) Pojem odolnost (Paulík 2010, s. 102) „se vyjadřuje schopnost nenechat se výrazněji vyvést z míry, rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti i kreativně využít poznatky z již zvládnuté zátěže s vynaložením odpovídajícího volního úsilí v další adaptaci“.

Dle Paulíka (2010) odolnost představuje:

1) schopnost klást odpor a odolávat tlakům (resistence) bez závažnějších následků na funkci systémů a schopnost volit optimální interakční vzorce chování.

2) schopnost rychlé, pružné regenerace systému (recovery) – odstranění narušení stavu rovnováhy, návrat do normálu

3) schopnost změny systému (osobnosti) spočívající ve využití získaných zkušeností, dovedností ke zvládnutí příštích situací (reconfiguration).

Hardiness znamená tuhost, pevnost, nezdolnost, zocelenost, zdatnost. Složkami hardiness jsou podle Paulíka (2009, s. 108):

- **Kontrola** - přesvědčení o vlastních možnostech (od maximální kontroly až k bezmocnosti).
- **Výzva** – s protipóly výzva (jako podněty k aktivitě, dalšímu rozvoji) a hrozba (dojem nebezpečí ohrožení).
- **Osobní zaujetí** - stupňované od plného zaujetí (ztotožnění se, angažovanost, pocit smysluplnosti činnosti) až k odcizení, odevzdanosti (pocit prázdnoty, marnosti, zbytečné snahy).

O tom jak jedinec zvládá zátěž, rozhoduje mnoho faktorů. Rozhodující jsou jeho vnitřní zdroje, jak dokáže mobilizovat své schopnosti a využívat dřívější zkušenosti získané v zátěžových situacích. Důležité jsou jeho charakterové vlastnosti, styl života, životní hodnoty apod. Neméně důležitá je při zvládnutí obtížných situací pomoc zvenčí, sociální opora, důvěra blízkých osob.

V souvislosti s odolností vůči zátěži, chápanou jako rys osobnosti jedince se uvažuje o řadě osobnostních vlastností nebo psychických stavů, které mají pozitivní vliv na zvládnutí zátěže. Hovoříme o nich jako o **mediátorech a moderátorech** zátěže. **Moderátory** jsou spojovány s individualitou jedince. Lze mezi ně zahrnout vlastnosti osobnosti, vědomosti, dovednosti, zkušenosti, sociální vztahy, věk, pohlaví. Je to tedy něco, s čím jedinec disponuje stabilně. Mediátory vykazují vyšší variabilitu než moderátory. Je to jakési aktivní jednání jedince při zátěži. Mareš (2001, s. 6) vysvětluje úlohu mediátorů pomocí tří cest a tří konkrétních otázek:

- 1) cesta směřuje od stresoru přes mediátor k výsledku a vyvolává otázku: „proč je výsledek zvládnutí dané stresové situace jedincem, který je vystaven stresu, právě takový a ne jiný?“

- 2) cesta stres – mediátor – zvládání a vyplývá z ní otázka: „proč si stresovaný jedinec vybírá tento a ne jiný postup?“
- 3) cesta zvládání – mediátor – výsledek s otázkou: „ jak určitá zvládací strategie ve skutečnosti funguje?“

Autor dále vymezuje dva hlavní typy mediátorů zátěže:

- 1) kognitivní hodnocení míry závažnosti ohrožení a míry vlastních možností zátěž zvládnout
- 2) míru pozornosti, kterou je jedinec schopen, případně ochoten stresoru a jeho zvládání věnovat

Mezi mediátory lze zařadit například coping, sociální oporu apod.

Neuvědomované obranné mechanismy

Jedinec může reagovat na zátěžovou situaci buď pasivně, nevědomě anebo aktivně, vědomě. Podle Vágnerové (2008, s. 58 – 60) patří mezi neuvědomované obranné mechanismy:

- Popření – člověk přijímá jen ty informace, které jsou pro něho neohrožující. Popření může mít až patologický charakter. Člověk může změnit své postoje a chování tak, aby odpovídaly jeho představě, a tím přestávají být přiměřené skutečnosti.
- Potlačení a vytěsnění – funguje hlavně v oblasti vlastního vědomí. Člověk se snaží zbavit nepříjemných myšlenek, pocitů a pohnutek. Vytěsněné obsahy vědomí se projevují i nadále, ale v zastřené pozměněné podobě, která nevyvolává pocit napětí či ohrožení.
- Racionalizace – pokus o zvládnutí zátěže jejím zdánlivě logickým přehodnocením. Slouží k zastření příliš traumatizující situace tak, že ji vykládá přijatelnějším, ale zároveň více zkreslujícím způsobem.
- Sublimace – impuls, který není možno odžít, je uspokojen na jiném, náhradním objektu. Toto uspokojení je dovoleno a podporováno a je společensky hodnotné.
- Regrese – únik na vývojově nižší úroveň chování. Může přinést aktuální úlevu a pomoci k dočasnému vyrovnání se situací.

- Identifikace – pokus o posílení vlastní hodnoty ztotožněním s někým, koho lze obdivovat. Jedinec si připisuje žádoucí vlastnosti a úspěchy takové osoby či skupiny.
- Substituce – náhrada jednoho nedosažitelného uspokojení jiným, jež se jeví dostupnějším. Jedná se hledání náhradního cíle, což je reakcí na frustrující nepřekonatelnou překážku.
- Projekce – promítání vlastních chyb a pocitů do druhých lidí. Vede ke klamnému vidění skutečnosti. Člověk předpokládá u druhých lidí své vlastní názory, vlastnosti a zejména motivy.
- Rezignace – postoj k obvykle dlouhodobé zátěžové situaci, která se uspokojení předem vzdává, protože je považována za nedosažitelnou. Vyjadřuje bezmocnost, pasivitu a apatii, odmítá jakékoli řešení situace. Obrana spočívá v tom, že když člověk nic neočekává, nemůže být zklamán.

4.2 Coping

Patří mezi aktivní, vědomé zvládání zátěžové situace. „Schopnost jedince vyrovnat se adekvátně s nároky, které jsou na něj kladeny, případně zvládat nadlimitní zátěže se vyjadřuje termínem **coping**.“ (Hartl, 2000, s. 88) Coping je chápán jako charakteristika procesu adaptace na zátěž. Jde tedy o souhrn psychických aktivit jedince, které je schopen uplatňovat pokud se dostane do zátěže. Lze hovořit o jakémisi zvládacím stylu, kdy jedinec preferuje určité strategie zvládání zátěže, pokud se do ní dostane.

Lazarus (in Paulík, 2009, s. 26 - 31) rozlišuje čtyři kategorie zvládání copingu:

- 1) útok na obtěžující a rušivý fenomén (noxa)
- 2) různé aktivity směřující k posilování vlastní obranyschopnosti vůči noxám
- 3) vyhýbání se noxám
- 4) apatie (pocity beznaděje, deprese, bezmocnosti)

Lazarus dále určil dva základní typy copingu, podle toho jak působí na stresovou situaci:

- a) Coping zaměřený na problém zvolí subjekt, pokud soudí, že lze něco dělat. Sem patří aktivní postupy, uvážlivé plánování, selekce rušivých vlivů (soustředění se na jeden problém), jednání s časovým odstupem

b) Coping zaměřený na emoce je subjektem zvolen, pokud dojde k závěru, že nelze nic dělat. Jde o regulaci emočního doprovodu stresových situací přinášejících škody nebo jejich riziko. Může jít o vyhledávání emoční podpory v okolí, pozitivní interpretaci situace, popření problému, obrat k víře.

Později bylo Lazarusovo členění doplněno ještě o funkční hledisko.

c) Dysfunkční strategie zvládnání – projevoování negativních emocí, snaha uniknout z obtížné situace a vyhnout se nutnosti řešení pomocí drog, mentální a behaviorální oddálení (snaha odpoutat se od problému jinými aktivitami, projevy bezmoci, rezignace na cíle).

Důvodem stresu je působení stresoru. „Vliv stresu na organismus závisí nikoli na vyvolávacím stresovém faktoru (stresoru), ale na tom, jak na stres zareagujete“ (Frej, 2004, s. 33). Každý stresor může působit na různé jedince zcela odlišně. Závisí to na jedincově vnímání nebezpečí a na jeho schopnostech se s případným nebezpečím vyrovnat. To, zda určitá situace je, či není vnímána jako stresující, ovlivňuje mnoho faktorů. Může to být momentální nálada jedince, nečekanost situace, předchozí zkušenosti v podobných situacích a případný úspěch či neúspěch při jejich zvládnání. Někteří lidé se dostávají do stresu rychle, snadno, vždy a všude, jiní jsou odolnější, až stresu imunní. Některé stresory na někoho působí a na jiného nikoli. Stres tedy lze vnímat jako multifaktoriální jev. To znamená, že je ovlivněn mnoha faktory.

Na tom, jak jedinec reaguje, se podílejí jeho osobnostní dispozice. Ulrichová (2012, s. 39) mezi ně řadí individuální životní historii, vývojové a individuální specifické kognitivní mapy, zkušenosti s předchozím stresem, individuální motivace a hodnotový systém a také aktuální fyzický i psychický stav. O tom, jak jedinec bude reagovat, se rozhoduje již v jeho ontogenezi v genetickém dědictví.

Binerová (in Ulrichová, 2012, s. 42) používá pojmy **vulnerabilita**, **reaktivita** a **anxieta**, které zdůrazňují osobnostní proměnné a jsou spojeny s ontogenetickým a genetickým faktorem. Termín **vulnerabilita** se používá v souvislosti s individuálními rozdíly v citlivosti na stresory. Jde tedy o jakousi zranitelnost jedince. Ta je dána nejen genetickým základem, ale i výchovou a životními zkušenostmi, kde hraje velkou roli kognitivní činitel. Jedinec s dostatečnou vulnerabilitou vnímá stres jako výzvu k vyšším výkonům a vyvrátí vlastní osobnosti. **Reaktivita** je pojem pro odezvu, odpověď, zpětné

působení na podnět. Je součástí celkové aktivity, je pojmána jako energetický aspekt chování. V souvislosti s reaktivitou se používá termín senzibilita – citlivost. Jedinci s nižší úrovní reaktivity mají vyšší rezistenci ke stresu a jsou emočně stabilnější. Lidé, kteří jsou reaktivnější, citlivější, úzkostnější mají větší tendenci k neurotickému chování. **Anxietou** neboli úzkostí, je označován uvědomovaný stav, provázený nepříjemným pocitem napětí, který aktivuje nervový systém. Anxiozita záleží na momentální situaci, na vlastním zhodnocení oné situace. Jen u vysoké míry úzkostnosti lze předvídat úzkostné projevy.

Obecně lze konstatovat, že lidé s menší psychickou odolností snadněji podléhají stresu a následně selhávají. (Ulrichová, 2012, s. 40 - 43).

4.3 Sociální opora

Každý z nás ví, že pokud se svěří s problémem někomu jinému, většinou se mu výrazně uleví. Sociální opora je jedním z nejdůležitějších pozitivních faktorů při prožívání stresu. Je důležité mít vybudovaný okruh blízkých osob a přátel, kterým se můžeme v případě potřeby svěřit, popřípadě využít jejich pomoci. Tyto vztahy je nutno udržovat a rozvíjet. V některých případech již pouze vědomí jedince, že někam patří, někomu na něm záleží, dokáže jedinci v jeho obtížné situaci pomoci. Naopak nedostatečná sociální podpora zanechává člověka ve svých problémech osamocенého. Nezanedbatelná je důležitost sociálních vazeb a podpory pro zdravý život, **well being**.

Křivohlavý (2001, s. 95) zmiňuje tři úrovně sociální opory:

1. Makrouroveň sociální opory – kdy se jedná o celospolečenskou formu pomoci potřebným. Sem lze zařadit státní sociální systém, ADRA, celonárodní sbírky apod.
2. Mezoúroveň sociální opory – jde o oporu skupiny lidí, která se snaží pomoci jednomu ze svých členů nebo lidem ve svém okolí, kteří nejsou členy skupiny, ale nacházejí se v určité nouzi.
3. Mikroúroveň sociální opory – pomoc a oporu poskytuje člověk nejbližší (rodina, nejbližší přátelé)

Sociální opora má více funkcí:

- **Emocionální opora** – opora ujišťující o respektu, úctě, ceně, důležitosti, osobní důvěryhodný vztah. Vede k posílení sebevědomí, pocitu potřeby.

- **Instrumentální opora** – poskytování konkrétní hmotné, praktické, materiální, osobní pomoci. Umožňuje jedinci řešit praktické problémy, čas pro odpočinek, posiluje jeho snahy zvládat zátěž.
- **Informační opora** – poskytnutí rady, doporučení, kognitivní poučení, řešení problému. Poskytuje zdroj informací - pokud znám problém je snadnější ho řešit. Informace vedoucí ke konkrétní potřebné pomoci.
- **Opora poskytovaná společenstvím** – pocit sounáležitosti, začlenění. Navozuje u jedince kladné emoce, umožňuje odpoutat se od problému, na určitou chvíli zapomenout.
- **Opora potvrzením platnosti** – zpětná vazba, sociální opora. Snižuje pocit jednotlivce, že je mimo normu, přináší mu pocit, že jeho problémy, a to co prožívá, společnost akceptuje a chápe. (Wills, Shinar in Mareš, 2002, s. 38)

Na opačném pólu sociální opory však mohou být i negativní stránky. V případě absence dostatečně kvalitní sociální sítě hledá jedinec podporu u různých part, sekt či u dalších patologických skupin, kde ji může dočasně nalézt. Ve stresu je zranitelnější a přístupnější k únikům od problémů, například k drogám, alkoholu, k sektářství nebo jinému deviantnímu chování. Tyto aktivity přináší krátkodobou úlevu, avšak v konečném důsledku situaci ještě zhoršují a komplikují.

4.4 Psychosociální krizová intervence

Náročná práce hasičů se podepisuje výraznou měrou na jejich psychice. V povědomí záchranářů i laické veřejnosti leží mýty typu: záchranář musí být silný, neprojevuje emoce – ty jsou projevem slabosti. Záchranář nepotřebuje pomoc – on pomáhá. Záchranář by měl na prožitou krizovou situaci co nejdříve zapomenout, nechat si pomoci, znamená selhat. To ovšem není pravda. I hasiči jsou normální lidi, se svými starostmi a emocemi. V jejich případě se denně setkávají s traumatizujícími událostmi. Na druhé straně jim jejich práce může přinášet radost a pocit uspokojení, společenské uznání, což jsou faktory, které mohou přispívat ke zvládnutí zátěží v práci hasiče. K prevenci vlivu stresu je potřeba v životě využívat systém podpor, salutorů a antistresových metod. Motto „Kdo chce dávat, musí také vědět, kde brát!“ je charakteristické pro všechny pomáhající profese, kam hasiči jistě patří.

Časná intervence je označení pro krátkodobou psychosociální pomoc po traumatizujících událostech. Pomáhá vyrovnat se s prožitou situací a rozumově i emocionálně ji zvládnout. Do této kategorie řadíme demobilizaci, defusing a debriefing. Jsou to metody časné intervence, která jsou často využívány u záchranářů, policistů, v armádě a také u hasičů. **Demobilizace** (snížení vojenské pohotovosti) se provádí jako porada v týmu po zásahu. Jejím úkolem je informovat a uvolnit. **Defusing** (z angl. defuse - zbavit výbušnosti) se provádí do 12 hodin po zásahu. Zaměřuje se na příznaky, usiluje o jejich zmírnění, snaží se událost uzavřít a roztrždit oběti na zvládající a ohrožené. Členové týmu tak vlastně společně pečují o ty, pro které byl zásah nejnáročnější. Dochází tím i k posilování týmu. **Debriefing** (z angl. debrief - podat hlášení) se provádí v malých skupinách od 1 do 10 dnů po události, ale lze ho použít i později. Je založen na zážitku všeobecnosti – lidé si uvědomují, že ostatní se cítí a cítili podobně jako oni. Cílem debriefingu je poskytnout racionální pohled na událost, tak na její emoční důsledky, nastartovat proces přijmutí svých myšlenek, pocitů a emocí v průběhu událostí a znecitlivět profesionála vůči nadměrnému rozrušení, které často doprovází traumatizující událost. Debriefing se zabývá tím, co se lidem během události přihodilo, jak na to reagují, a poskytuje informace o obvyklých reakcích na traumatizující událost – vzdělávají. (Baštecká, 2005, s. 178- 182)

4.5 Salutoprotektivní faktory životního stylu a zvládání stresu

Ke stresujícím situacím se dá obecně přistupovat třemi způsoby. První přístup je **ústupový** (defensivní) nebo popírající. Jedinec si podvědomě překrucuje skutečnost, protože doufá, že se situace vyřeší sama, nebo ze strachu z konfrontace se situací, ji úplně popírá. Problém není řešen, naopak se mnohdy zvětšuje. Druhým přístupem je **únik od problému** k náhražkovým aktivitám (kouření, alkohol, drogy, hráčství, workoholismus, pasivní sledování televize apod.). Důsledky bývají negativní, člověk si nachází „přijatelné důvody“ pro nerozumné jednání. Třetí přístup představuje vědomou snahu situaci řešit. Tento **adaptivní přístup** může spočívat ve:

1. Změně situace – může to být velké rozhodnutí (změna zaměstnání, rozvod, začít cvičit, přestat kouřit), ale třeba i jednoduchá věc (opravit kohoutek, vymalovat byt).
2. Náviku dovedností zvládat situaci – jde o učení se novým věcem, které člověk potřebuje, aby stresující situaci byl schopen lépe zvládat.
3. Změně pohledu na situaci – jde o učení se vidět jak situaci a její důsledky z různých perspektiv, tak i vlastní schopnosti ji zvládat plněji a reálněji. (Praško, Prašková, 2001, s. 64)

Salutogeneze

„Salutogeneze se zabývá zkoumáním podmínek pevného, nezdolného zdraví vzdor nepříznivým vlivům prostředí.“(Pelcák, 2013, s. 19)

Paulík (2010) považuje salutogenezi za proces vedoucí k podpoře a rozvíjení zdraví, proces obnovy narušeného zdraví i jeho upevňování a prevence jeho ohrožení.

Jde tedy o hledání faktorů, které přispívají k udržování dobrého zdravotního stavu, které ho zlepšují a pozitivně ovlivňují. Salutogenetické pojetí zdraví se nezajímá, proč jedinec onemocněl, ale naopak, proč jedinec ne onemocněl a co přispívá k jeho zdraví.

Salutory

Salutor je protikladem stresoru, tedy něco co podporuje naše zdraví, co nám dodává energii, radost a celkově nás podporuje. Každý jedinec si může osvojit techniky zvládání stresu. Ty lze rozdělit dle časového pohledu na krátkodobé, které se zaměřují na okamžité snížení stresové reakce organismu a na dlouhodobé, které ovlivňují naši odolnost vůči stresu. Mezi dlouhodobé lze řadit atributy související se zdravým životním stylem – jídlo, pití, spánek, pohyb, copingové strategie, dostatek zájmů a zálib, péče o mezilidské vztahy, kontrola či změna přístupů vyvolávajících stres.(Andršová, 2012, s. 103-104)

K tomu, aby jedinec dokázal lépe zvládat stresující situace, je nutné poznat sám sebe, své reakce, definovat problém, pracovat se svými zkušenostmi a modifikovat své chování dle naučených technik. Sebevzdělávání nám pomáhá chránit se před stresujícími situacemi a lépe je řešit v případě kdy nás ohrožují. Existuje velké množství odborné literatury o aktivních strategiích zvládání stresu, konají se různé kurzy zaměřené na tuto problematiku. Důležité je také umět si správně naplánovat vlastní čas, nastavit si priority života. Je dobré si nastavit dlouhodobé cíle, směr, kam směřujeme. V organizaci činnosti

si nastavit důležitost a naléhavost řešení jednotlivých úkolů. K prevenci negativního působení stresu patří také příjemné aktivity. Sem lze zařadit návštěvy kulturních představení, činnosti s přáteli, rodinou, osobní koníčky, četbu knih, procházky, tedy vše co nám přináší radost a potěšení.

V dnešní uspěchané době umí jen málo lidí odpočívat. Pro naše zdraví je důležité načerpat po pracovním dni nové síly a odreagovat se od starostí. Každý relaxuje jinak. Někdo preferuje sport, někdo muziku, jiný četbu, další třeba nicnedělání nebo zahradničení či cestování. Tyto činnosti jsou výborné a z velké části uvolňují psychické napětí. Benda (2005) doporučuje různá **dechová cvičení, relaxace** nebo **meditace**. Vedou k uvolnění napětí v těle, což pomáhá k reálnému pohledu na situaci a k jejímu lepšímu zvládnutí. Jsou součástí tzv. **psychohygieny** člověka. Do ní by mělo patřit denní vyhodnocení našich výsledků, zpracování emocí, které na nás prožité události zanechaly. Důležitá je především pozitivní bilance naší činnosti. Doba psychohygieny by měla být věnována na sebepoznávání, duševnímu odpočinku a zotavení. Je to čas vyhraněný pouze pro sebe. K hlubšímu a účinnějšímu odpočinku lze využívat relaxačních technik. Relaxace je stav psychického a fyzického uvolnění. Je to přirozený způsob jak dostat stresovou reakci pod vlastní kontrolu. Relaxace znamená jak uvolnění svalstva, tak koncentraci na určitou představu, tedy soustředěné sebe-uvědomování.

K prevenci stresu patří také tělesný pohyb, **sport**. Druh a množství pohybu jsou rozhodujícími faktory, na kterém závisí náš zdravotní stav. Pohyb působí na naši náladu i duševní výkon. Nedostatek pohybu vede k obezitě a různým nemocem. V nezdravém těle churaví i duch. Pohyb pomáhá i s vyplavováním stresových hormonů z těla. Díky dostatečnému pohybu lépe dýcháme, což přináší možnost většího uvolnění organismu. Hasiči mají každou směnu povinnou dvouhodinovou fyzickou přípravu. Na jedné straně je tím zabezpečena fyzická připravenost na náročné zásahy a na druhé straně dochází k vybití nahromaděné energie v těle po traumatizujících zážitcích a vyplavování nadměrného množství stresových hormonů z těla.

Well-being, neboli prožitek osobní pohody či celkový pocit životní spokojenosti, je jednou z významných složek zdraví. Pojem well-being je také spojován s termíny blaho, radost, úspěšnost, prosperita, štěstí, osobní pohoda. Je v něm zahrnuta dimenze duševní, tělesná, sociální i spirituální. (Kebza, 2005, s. 62-64)

Pokud hovoříme o salutorech zdraví, nesmíme zapomenout na správnou životosprávu a s ní spojenou správnou výživu. Kouření, alkohol, nedostatek spánku a odpočinku, špatné stravovací návyky, to vše jsou negativní vlivy, které ovlivňují naše zdraví a kondici a tím také odolnost vůči stresu.

5 Psychické důsledky výkonu profese u členů HZS

5.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Výkon profese u HZS je spojen se zvýšenou expozicí akutního a dlouhodobého stresu. Obdobně, jako u jiných exponovaných profesí, může docházet k celé řadě psychických a somatických problémů. Cílem výzkumného šetření je zmapování intenzity subjektivně vnímaného distresu a deprese u příslušníků HZS KHk a ověření moderující role psychické odolnosti při dlouhodobé expozici stresu. Shodně s prostudovanou literaturou a cílem práce byly stanoveny tyto hypotézy:

H 1: Členové HZS vnímají oproti běžné populaci vyšší míru subjektivně vnímaného distresu

H 2: Více jak 30 % členů HZS bude vykazovat projevy středně silné až zcela zřetelně vyjádřené deprese

H 3: Se zvyšujícím se věkem příslušníků HZS se zvyšuje psychická odolnost

H 4: Psychická odolnost snižuje hodnoty subjektivně vnímaného distresu u členů HZS

H 5: Psychická odolnost snižuje závažnost deprese jako možného důsledku výkonu profese

5.1.1 Design výzkumného šetření, výzkumný soubor a procedura

Výzkumné šetření bylo realizováno na požárních stanicích a na Krajském operačním a informačním středisku HZS KHk. V Královéhradeckém kraji je celkem 14 profesionálních požárních stanic HZS. Náhodným výběrem bylo vybráno 5 požárních stanic, v Nové Pace, Trutnově, Dvoře Králové nad Labem, Jičíně a Broumově. KOPIS HZS KHk je dislokován přímo v Hradci Králové. Sběr dat byl prováděn v období od září do listopadu roku 2014. Část dat byla získána za přítomnosti autora šetření, část

dotazníků byla předána respondentům k vyplnění prostřednictvím velitelů požárních stanic. Toto řešení bylo vynuceno směnným provozem na požárních stanicích a úsporou času a nákladů za opakované cesty na jednotlivé požární stanice. Velitelé byli instruováni o způsobu vyplňování a v případě jakýchkoliv nejasností mohli telefonicky kontaktovat autora výzkumného šetření. Na KOPIS byly dotazníky rozdány osobně autorem.

Celkem bylo rozdáno 130 složek s dotazníky. Vyplněných složek se vrátilo celkem 83 (63,84%), 3 dotazníky (2,3%) byly vyřazeny pro neúplnost dat. Nevyplněných se vrátilo 47 složek (36,13%), tito příslušníci se odmítli zúčastnit výzkumu. Vyplnění dotazníků trvalo příslušníkům 50 – 80 minut. Zúčastnění respondenti byli rozděleni dle svého služebního zařazení u HZS:

- Velitelé družstev – 11 příslušníků - 13,75 %
- Hasiči – 22 příslušníci – 27,5 %
- Strojníci – 21 příslušník – 26,25 %
- Operační důstojníci – 12 příslušníků – 15 %
- Operační technici – 14 příslušníků – 17,5 %

Z celkového počtu 80 respondentů bylo 70 mužů (87,5 %) a 10 žen (12,5 %). Všechny ženy jsou služebně zařazeny na KOPIS, dvě ve funkci operační důstojník (2,5 %) a osm ve funkci operační technik (10 %). Průměrný věk respondentů byl 36 let, průměrná délka praxe 10,8 let. Získaná data byla zpracována pomocí tabulkového procesoru Excel.

5.1.2 Výzkumná metoda

Při výzkumu bylo k získání výzkumných dat použito dotazníkové metody. Každý příslušník obdržel jednu očíslovanou složku se čtyřmi dotazníky a s průvodním dopisem, obsahujícím krátké představení a odůvodnění výzkumného šetření a instrukce k vyplňování dat v dotaznících. Pro zachování anonymity nebyly vyplňovány kolonky pro jméno, příjmení a datum narození. Ke standardizovaným dotazníkům Nezdolnost typu SOC, Sebeuposuzovací škála SCL – 90 a Sebeuposuzovací stupnice deprese byl přiložen dotazník vlastní konstrukce určený ke zjištění pohlaví, věku, délky praxe a služebního zařazení respondentů. V tomto dotazníku respondenti také hodnotili náročnost jednotlivých typů zásahů jednotek HZS z hlediska subjektivního psychického zatížení.

Dotazník nezdolnosti typu SOC

Antonovsky (1987) vytvořil 29položkový dotazník SOC pod původním názvem „The Orientation to Life Questionnaire“ – Dotazník orientace na život. Konstrukce dotazníku vychází z Guttmanovy teorie (překlad včetně vyhodnocení Křivohlavý, 2009). Respondenti si mohou vybrat odpověď na sedmibodové škále se dvěma zakotvujícími frázemi. Dotazník obsahuje 11položek na **comprehensibility** (srozumitelnost), 10 na **manageability** (zvládnutelnost) a 8 na **meaningfulness** (smysluplnost). Třináct z těchto položek je formulováno negativně, z tohoto důvodu musí být hodnoceny obráceně. Vysoké skóre vždy vyjadřuje silný pocit koherence (SOC). Administraci lze realizovat individuálně nebo skupinově, vyplnění 29položkového dotazníku SOC trvá 15–20 minut. Respondent musí odpovědět na všechny otázky, při nezodpovězení více než 4 z 29 položek není výsledek validní. Validitu podle autora rovněž snižuje tendence k extrémní odpovědi (1 nebo 7). Alfa Cronbachova míra vnitřní konzistence byla zjištěna ve 26 studiích používajících 29položkový dotazník.(Pelcák, 2013)

Tabulka č: 5 Orientační hodnoty pro českou populaci (Pelcák, 2013)

	SOC	Comprehensibility	Manageability	Meaningfulness
průměr	145,6	4,40	5,30	5,51
min	57	1,09	1,60	1,25
max	195	6,80	7,00	7,00

Sebeposuzovací škála SCL – 90

Sebeposuzovací škála Symptom Checklist – 90 (Derogatis, Lipman, Covi, 1973, 1985), patří mezi nejčastěji používané měřicí nástroje v oblasti péče o duševní zdraví. Škála byla původně sestrojena pro ambulantní pacienty za účelem sledování změn psychického stavu v klinických psychofarmakologických zkouškách. Dnes je používána pro široký okruh psychiatrických pacientů a klientů využívajících psychologické služby. U somaticky nemocných pacientů slouží pro zjišťování výskytu psychopatologických symptomů. Škála se také používá na screening, pro posouzení stupně psychopatologie, případně jako nástroj měření efektu změny vyvolané psychoterapeutickou intervencí. SCL – 90 je devadesátipolžková multidimenzionální škála měřící aktuální psychický stav posouzením intenzity výskytu subjektivních psychopatologických symptomů, které jsou

sduženy do devíti symptomatických škál: I. Somatizace (SOM, 12 položek); II. Obsese-kompulze (O-C, 10 položek); III. Interpersonální senzitivita (INT, 9 položek); IV. Deprese (DEP, 13 položek); V. Anxieta (ANX, 10 položek); VI. Hostilita (HOS, 6 položek); VII. Fobie (PHOB, 7 položek); VIII. Paranoidní ideace (PAR, 6 položek); IX. Psychoticismus (PSY, 10 položek). SCL – 90 obsahuje dále sedm tzv. nezařazených položek, které se týkají prioritně poruch spánku a chuti k jídlu. Při administraci je úkolem respondenta na pětibodové škále Likrtova typu (v rozpětí od 0 - *vůbec ne* po 4 – *velmi silně*) uvést, v jaké intenzitě se uvedený symptom vyskytuje za určité časové referenční období. Ze SCL – 90 získáme devět dimenzionálních skóre a souhrnný index GSI (*Global Severity Index – Index celkové závažnosti*). GSI vyjadřuje celkovou míru distresu. (Pelcák, 2013)

Tabulka č. 6: Hranice normy a hodnoty psychopatologie symptomových dimenzí a souhrnného ukazatele GSI (Pelcák, 2013, s. 92)

Dimenze	Hranice normy		Mezní hodnota psychopatologie	
	ženy	muži	ženy	Muži
SOM	0,92	0,75	1,32	0,81
OBS	1,26	0,99	1,39	1,07
INT	0,88	0,65	1,28	0,99
DEP	0,97	0,66	1,56	0,99
ANX	1,03	0,80	1,58	1,23
HOS	0,68	0,71	0,98	0,78
PHOB	0,48	0,36	0,81	0,54
PAR	0,61	0,61	1,00	0,82
PSY	0,32	0,34	0,56	0,50
NEZ	0,87	0,79	1,34	1,26
GSI	0,81	0,64	1,18	0,89

Sebeuposuzovací stupnice deprese

Self-rating depression scale-SDS, (Zung, 1974, 1991, in Pelcák,2013). Deprese je autorem definována jako syndrom současně se vyskytujícími příznaky a známkami z oblasti nálady, somatické, psychomotoriky a psychologie. SDS obsahuje seznam 20 položek. Každá položka odráží určitý charakteristický rys deprese. Všechny 20 položek dohromady

zahrnuje příznaky deprese v jejich plné šíři. Poměrně často používaným termínem „deprese“ se označuje:

1. afekt, který je subjektivním pocitem krátkého trvání,
2. nálada, která je déle trvajícím stavem,
3. emoce, která zahrnuje subjektivní prožívání nějakých objektivních skutečností,
4. onemocnění nálady definované charakteristickými symptomy a syndromy.

Sebeposuzovací stupnice deprese je určena pouze k popisu deprese ve smyslu onemocnění nálady. Slouží ke kvantitativnímu hodnocení intenzity deprese bez ohledu na její typ.

Tabulka č. 7: Převodní tabulka SDS indexu na CGI (Zung,1991, in Pelcák 2013, s. 93)

SDS index	Globální klinický dojem (CGI)
méně než 50	normální, nejeví známky deprese
50–60	známky minimální, lehké deprese
60–90	středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese
70 a více	přítomna těžká až extrémně těžká deprese

Z etických důvodů nejsou standardizované dotazníky Nezdolnost typu SOC, Sebeposuzovací škála SCL – 90 a Sebeposuzovací stupnice deprese součástí příloh.

Dotazník s osobními daty a hodnocení náročnosti typů zásahů (příloha F)

Tímto dotazníkem byla zjišťována osobní data respondentů – věk, délka praxe, služební zařazení a pohlaví. Respondenti zde také hodnotili jednotlivé typy zásahů z hlediska vnímání psychického zatížení na stupnici 1 až 6, kdy hodnota 1 byla nejvíce zátěžová. Z důvodů objektivity bylo součástí dotazníku také zjišťování závažných prožitých událostí za poslední rok, které se mohly promítnout do výsledků (zásah, při kterém došlo k úmrtí, ohrožení vlastního života, zásah, při kterém došlo k úmrtí dítěte, vlastní úraz při zásahu, závažná rodinná tragická událost).

5.2 Výsledky a diskuse

5.2.1 Projevy subjektivně vnímaného distresu u členů HZS

Pro posouzení závažnosti důsledků výkonu exponované profese byly použity dvě standardizované metody: SCL - 90 a Škála hodnocení deprese. Metody umožňují objektivizovat nejčastější problémy související s expozicí akutnímu a chronickému stresu.

Pro porovnání s ostatními profesemi se výzkumné šetření opírá o výsledky a získaná data výzkumu smyslu pro soudržnost české populace realizovaného v letech 1998 – 2005 Pelcákem (2013).

Tabulka č. 8: Porovnání průměrných hodnot subjektivně prožívaného distresu u členů HZS (N=80) a dalších profesních skupin.

	SOM	OBS	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	NEZ	GSI
ZP	0,326	0,501	0,416	0,362	0,256	0,255	0,155	0,275	0,128	0,326	0,308
POS	0,422	0,750	0,508	0,448	0,329	0,413	0,178	0,452	0,135	0,583	0,423
MED	0,478	1,007	0,804	0,633	0,619	0,472	0,260	0,705	0,305	0,659	0,601
KYN	0,239	0,789	0,413	0,335	0,232	0,430	0,146	0,529	0,196	0,401	0,364
ZZS	0,521	0,907	0,781	0,763	0,559	0,614	0,459	0,693	0,452	0,674	0,537
LEK	0,414	0,928	0,681	0,532	0,497	0,463	0,222	0,658	0,277	0,578	0,527
HZS	0,329	0,623	0,397	0,286	0,273	0,398	0,153	0,414	0,116	0,425	0,337

Vysvětlivky: ZP: soubor zdravá populace, POS: policisté-specialisté, MED: studenti 1. ročníků medicíny, KYN: kynologové-záchranáři, ZZS: zdravotníci integrovaného záchranného systému, LEK: lékaři, HZS: hasiči. GSI: index celkové závažnosti, SOM: somatizace, OBS: obsese-kompulze, INT: interpersonální senzitivita, DEP: deprese, ANX: anxieta, HOS: hostilita, PHOB: fobie, PAR: paranoidní ideace, PSY: psychoticismus. NEZ: nezařazené.

Orientační porovnání průměrných hodnot položek SCL 90 se srovnatelnými profesními skupinami ukazuje, že průměrná hodnota GSI u příslušníků HZS je mírně

vyšší ve srovnání se zdravou populací, ale překvapivě nižší než u ostatních srovnatelných profesních skupin. U zkoumané skupiny respondentů je vyšší hodnota než u zdravé populace u položek OBS – obsese/kompulze, HOS - hostilita, PAR -paranoidní ideace, položka NEZ - nezařazené a nižší hodnota u DEP – deprese. Průměrné hodnoty za soubor zakrývají variabilitu individuálních výsledků. Relativně nižší průměrné hodnoty distresu mohou souviset s účelovým vyplněním dotazníku, ale také se zvládnutím profese. Členové HZS mohou mít již dostatečně rozvinuté kompetence – způsobilosti pro výkon profese, opakovaná expozice stresu může mít obdobné důsledky jako posttraumatický rozvoj. (Mareš, 2013)

Na základě zjištěných výsledků se hypotéza H1 nepotvrdila

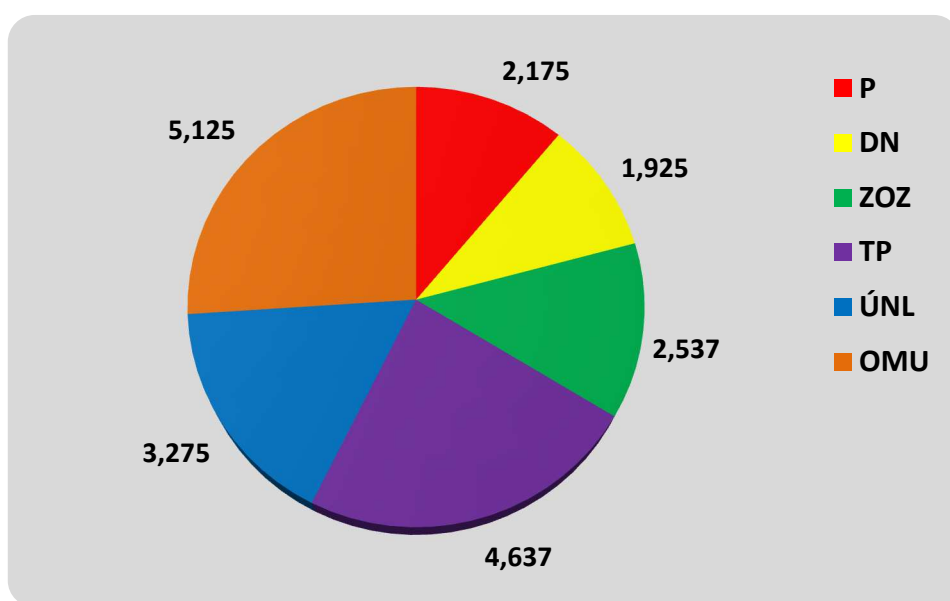
5.2.2 Typy událostí podle subjektivně vnímané psychické zátěže

Dílním cílem této části šetření bylo zjistit, které činnosti (druhy zásahů) jsou členy HZS vnímány jako nejvíce zatěžující. Druhy zásahů jsou definovány podle **SIAR GR HZS ČR č. 10/2006** (viz. příloha D). Respondenti vyjadřovali náročnost jednotlivých typů zásahů z hlediska subjektivně vnímané psychické zátěže na stupnici 1 až 6, kdy hodnota 1 byla nejvíce zatěžová. Ze získaných dat vyplývá, že respondenty jsou vnímány nejvíce psychicky zatěžující zásahy u dopravních nehod, požárů a při záchraně osob a zvířat. U dopravních nehod je to pravděpodobně dáno charakterem činnosti na místě události, kdy se příslušníci setkávají často s vážnými, případně i smrtelnými zraněními účastníků dopravních nehod, poskytují předlékařské ošetření zraněným osobám a jsou vystavováni traumatickým prožitkům. U požárů můžeme usuzovat, že se jedná o zvýšenou zátěž z důvodu časové a taktické náročnosti zásahu, spojenou s možností ohrožení životů lidí v zasažených budovách a také s možností ohrožení vlastního zdraví a života během zásahu. Také při záchraně osob a zvířat se jedná o rychlou a odbornou pomoc, často spojenou se závažnými zraněními či úmrtími postižených osob. Z výsledků vyplývá, že pro hasiče jsou z hlediska subjektivně vnímané psychické zátěže nejobtížnější zásahy, při kterých se setkávají s vážnými zraněními a úmrtími osob na místě zásahu.

Zajímavostí je, že zásahy u dopravních nehod se objevovaly na prvním místě u respondentů na všech služebních funkcích mimo velitelů družstev, kteří je zařadili

na druhé místo až za zásahy u požárů. Zatímco u všech respondentů byly průměrné hodnoty u dopravních nehod - 1,925 a u požárů - 2,175, u velitelů družstev byly tyto hodnoty u dopravních nehod – 2,18 a u požárů – 1,64. To dokazuje vysoké subjektivní psychické zatížení velitelů družstev při zásazích u požárů. Je to pravděpodobně způsobeno vnímáním obtížnosti a vysoké zodpovědnosti při velení u zásahu z hlediska taktiky zdolávání požáru a koordinace jednotek požární ochrany (JPO) na místě požáru. Zatímco u většiny typů zásahů zasahuje jedna profesionální JPO, u požárů zasahuje 3 až 10 JPO, ve složitějších případech až několik desítek, a to vždy včetně jednotek dobrovolných hasičů. Pro velitele je tím dána složitost a obtížnost činnosti na místě zásahu z hlediska velení, taktiky vedení zásahu, spolupráce, spojení, zabezpečení dostatečného množství techniky, hasících prostředků a dostatečného množství hasičů a také s pocitem odpovědnosti za zasahující hasiče.

Graf č. 1: Typy zásahů dle subjektivního vnímání psychické zátěže



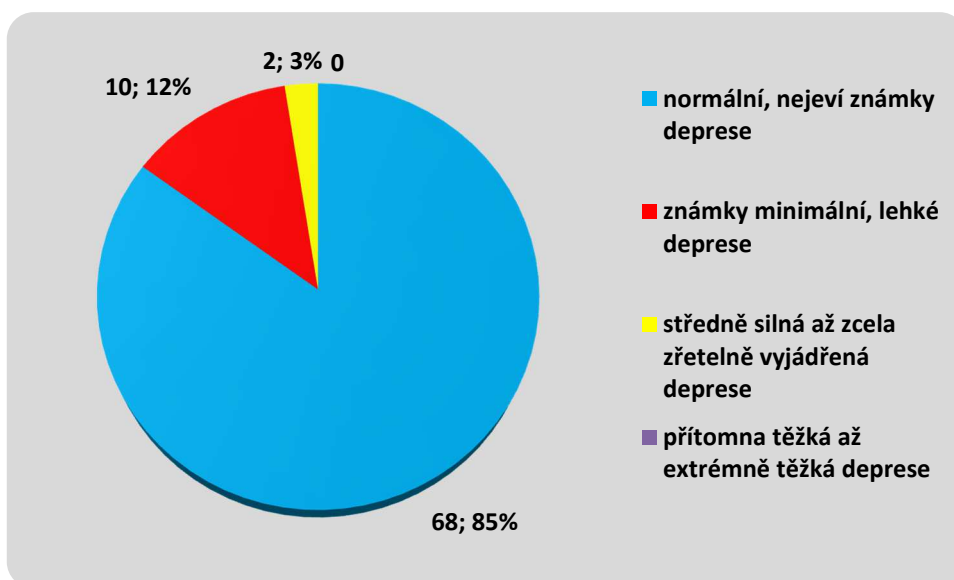
Vysvětlivky: P - požár, DN - dopravní nehoda, ZOZ – záchrana osob a zvířat, TP – technická pomoc, ÚNL – únik nebezpečných látek, OMU – ostatní mimořádné události

5.2.3 Výsledky projevů deprese dle dotazníku self-rating depression scale-SDS

Dlouhodobá dispozice k akutnímu a chronickému stresu v důsledku výkonu profese, společně s působením náročných životních situací a mikrostressorů, může vést ke zvýšené hladině depresivního prožívání.

Shodně s Hermanem a Doubkem (2012) byla zvolena pro objektivizaci psychických důsledků profese sebesuzovací stupnice deprese. Graf č. 2 ilustruje závažnost projevů deprese u členů HZS vyjádřenou globálním klinickým dojmem.

Graf č. 2: Distribuce hodnot deprese u souboru příslušníků HZS (N=80)



Analýza získaných hodnot projevů deprese u souboru HZS dle převodní tabulky SDS indexu na CGI (viz. tab. č. 7) ukazuje, že 68 respondentů (85 %) nejeví známky deprese, 10 respondentů (12 %) jeví známky minimální, lehké deprese, a u dvou respondentů (3 %) se objevuje středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese. Těžká až extrémně těžká deprese nebyla prokázána u žádného z respondentů.

Na základě zjištěných výsledků se hypotéza H2 nepotvrdila

5.2.4 Vztah věku a symptomů subjektivně vnímaného distresu

Se vzrůstajícími životními zkušenostmi, zvyšujícím se věkem a s tím spojenou celkovou vyzrálostí jednotlivce, lze předpokládat vyšší psychickou odolnost proti zátěži. Věk respondentů ve skupině HZS se pohybuje od 19 let do 60 let. Průměrný věk skupiny byl 36 let.

Tabulka č. 9: Vztah věku a symptomů subjektivně vnímaného distresu

	VĚK	SOM	OBS	INT	DEP	ANX	HOS	PHO	PAR	PSY	NEZ	GSI
VĚK	1											
SOM	0,14	1										
OBS	0,16	0,48	1									
INT	0,15	0,52	0,69	1								
DEP	0,11	0,73	0,63	0,63	1							
ANX	0,14	0,62	0,68	0,58	0,74	1						
HOS	-0,06	0,44	0,54	0,45	0,48	0,46	1					
PHO	0,01	0,52	0,49	0,57	0,48	0,40	0,44	1				
PAR	-0,02	0,50	0,62	0,74	0,64	0,61	0,53	0,48	1			
PSY	-0,01	0,56	0,64	0,70	0,65	0,61	0,59	0,62	0,62	1		
NEZ	0,14	0,62	0,55	0,50	0,72	0,73	0,46	0,32	0,61	0,52	1	
GSI	0,12	0,78	0,83	0,82	0,87	0,83	0,67	0,64	0,80	0,81	0,77	1

Vysvětlivky: SOM – somatizace, OBS – obsese-kompulze, INT – interpersonální senzitivita, DEP – deprese, ANX – anxiety, HOS – hostilita, PHOB – fobie, PAR – paranoidní ideace, PSY – psychoticismus, NEZ – nezařazené, GSI – index závažnosti. Korelace průkazné na hladině * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Nebyl potvrzen signifikantní vztah mezi věkem a závažností (intenzitou) projevů subjektivně vnímaného distresu. Věk je ve vztahu k subjektivně vnímanému distresu nezávislý faktor. Věk nemá vliv na psychickou odolnost jedince.

Na základě zjištěných výsledků se hypotéza H3 nepotvrdila

5.2.5 Psychická odolnost jako moderátor zdraví

V souladu s teoretickou částí lze předpokládat statisticky významnou korelaci mezi psychickou odolností respondentů a symptomů subjektivně vnímaného distresu.

Psychicky více odolní jedinci mají schopnost čelit účelněji zátěžovým situacím. Zvládání zátěže má moderující účinek na kvalitu žití a s tím spojené zdraví jedince.

Pro porovnání s ostatními profesemi se výzkumné šetření opírá o výsledky a získaná data výzkumu smyslu pro soudržnost české populace realizovaného v letech 1998 – 2005 Pelcákem (2013).

Tabulka č. 10: Srovnání hodnot SOC příslušníků HZS (N=80) s dalšími profesními skupinami

Soubor/proměnná	CSOC	C	MA	ME
ZP (N=372)	147,76	4,50	5,35	5,57
POS (N=237)	154,78	4,69	5,68	5,80
MED (N=511)	140,77	4,19	5,16	5,38
KYN (N=79)	152,10	4,51	5,63	5,70
ZZS (N=93)	148,76	4,53	5,39	5,61
LEK (N=101)	147,43	4,41	5,34	5,74
HZS (N=80)	147,65	4,64	5,28	5,48

Vysvětlivky: ZP: soubor zdravá populace, POS: policisté-specialisté, MED: studenti 1. ročníků medicíny, KYN: kynologové-záchranáři, ZZS: zdravotníci integrovaného záchranného systému, LEK: lékaři, HZS: příslušníci HZS; CSOC - celkové skóre vyjadřující sílu smyslu pro soudržnost, C - comprehensibility – srozumitelnost, MA - manageability – zvládnutelnost, ME - meaningfulness – smysluplnost.

Hodnoty celkového smyslu pro soudržnost SOC u příslušníků HZS se pohybovaly v rozmezí hodnot 103 - 193. Při porovnání hodnot celkového SOC příslušníků HZS s ostatními profesními skupinami (Pelcák, 2013), jsou jejich hodnoty vyšší než u skupiny MED, prakticky srovnatelné se skupinami ZP, ZZS, LEK a HZSZ a nižší než u POS a KYN.

Tab. č. 11: Vztah psychické odolnosti a symptomů subjektivně vnímaného distresu

	CSOC	C	MA	ME
CSOC	1			
C	0,74	1		
MA	0,91	0,49	1	
ME	0,84	0,36	0,73	1
SOM	-0,25*	-0,07	-0,26*	-0,28**
OBS	-0,27*	-0,16	-0,22	-0,29**
INT	-0,33**	-0,24*	-0,32**	-0,26**
DEP	-0,42**	-0,14	-0,44**	-0,44**
ANX	-0,44**	-0,20	-0,43**	-0,46**
HOS	-0,35**	-0,19	-0,32**	-0,35**
PHOB	-0,18	-0,03	-0,17	-0,24*
PAR	-0,40**	-0,27*	-0,37**	-0,36**
PSY	-0,37**	-0,12	-0,35**	-0,44**
NEZ	-0,39**	-0,20	-0,38**	-0,38**
GSI	-0,43**	-0,21*	-0,41**	-0,44**

Vysvětlivky: CSOC - celkové skóre vyjadřující sílu smyslu pro soudržnost, C - comprehensibility – srozumitelnost, MA - manageability – zvládnutelnost, ME - meaningfulness – smysluplnost, GSI - index závažnosti, SOM - somatizace, OBS - obsese-kompulze, INT - interpersonální senzitivita, DEP - deprese, ANX - anxiety, HOS - hostilita, PHOB - fobie, PAR - paranoidní ideace, PSY - psychoticismus, NEZ - nezařazené. Korelace průkazné na hladině * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Tabulka č. 11 ukazuje korelace mezi SOC a položkami SCL - 90. Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi celkovou silou smyslu pro soudržnost CSOC a položkami SOM ($r = - 0,25$), OBS ($r = - 0,27$), INT ($r = - 0,33$), DEP ($r = - 0,42$), ANX ($r = - 0,44$), HOS ($r = - 0,35$), PAR ($r = - 0,40$), PSY ($r = - 0,37$), NEZ ($r = - 0,39$), GSI ($r = - 0,43$). Nebyl potvrzen statisticky významný vztah mezi CSOC a položkou fobie. Tento fakt může souviset se systémem výběru a přípravy příslušníků HZS. Svou roli hraje také vyšší průměrná hodnota SOC u souboru.

Na základě zjištěných výsledků se hypotéza H4 potvrdila

5.2.6 Vztah psychické odolnosti a deprese u souboru HZS

V souladu s poznatky uvedenými v teoretické části práce, lze předpokládat menší potencionální ohrožení depresemi u psychicky odolnějších jedinců, než u jedinců s nižší psychickou odolností.

Tab. č. 12: Vztah psychické odolnosti a deprese u souboru HZS

	CSOC	C	MA	ME	SDS index
CSOC	1				
C	0,74	1			
MA	0,91	0,49	1		
ME	0,84	0,36	0,73	1	
SDS index	-0,59**	-0,35**	-0,53**	-0,58**	1

Vysvětlivky: CSOC - celkové skóre vyjadřující sílu smyslu pro soudržnost, C - comprehensibility – srozumitelnost, MA - manageability – zvládnutelnost, ME - meaningfulness – smysluplnost, SDS index - Self-rating depression scale - sebesposuzovací stupnice deprese. Korelace průkazné na hladině * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Hodnoty uvedené v tabulce č. 12 potvrzují statisticky významnou korelaci mezi celkovým smyslem pro soudržnost SOC a depresí ($r = -0,59$). I jednotlivé složky smyslu pro soudržnost - srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost statisticky významně korelují s SDS indexem deprese. Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost snižují závažnost deprese. Smysl pro soudržnost SOC má moderující efekt zdraví a chrání před depresivními stavy.

Na základě zjištěných výsledků hypotéza H5 se potvrdila

5.3 Souhrn empirického výzkumu

Cílem výzkumného šetření bylo zmapování intenzity subjektivně vnímaného distresu a deprese u příslušníků HZS KHk a ověřit moderující roli psychické odolnosti při dlouhodobé expozici stresu. Shodně s prostudovanou literaturou byly stanoveny tyto hypotézy:

***H1:** Členové HZS vnímají oproti běžné populaci vyšší míru subjektivně vnímaného distresu*

Hypotéza H1 se nepotvrdila

***H2:** Více jak 30 % členů HZS bude vykazovat projevy středně silné až zcela zřetelně vyjádřené deprese*

Hypotéza H2 se nepotvrdila

***H 3:** Se zvyšujícím se věkem příslušníků HZS se zvyšuje psychická odolnost*

Hypotéza H3 se nepotvrdila

***H4:** Psychická odolnost snižuje hodnoty subjektivně vnímaného distresu u členů HZS*

Hypotéza H4 se potvrdila

***H5:** Psychická odolnost snižuje závažnost deprese jako možného důsledku výkonu profese*

Hypotéza H5 se potvrdila

Z výsledků získaných výzkumným šetřením lze konstatovat, že i přes zvýšenou pracovní zátěž hasičů, obtížné podmínky a okolnosti při zásazích u mimořádných událostí, nebyla u zkoumané skupiny příslušníků HZS zjištěna výrazně zvýšená úroveň subjektivně vnímaného distresu. Výsledky mohou ukazovat na dostatečně rozvinuté kompetence pro výkon profese a na možný posttraumatický rozvoj po obtížných zásazích. (Mareš, 2013) Je třeba zohlednit i možné ne zcela objektivní vyplnění dotazníku z důvodu osobních obav. Dalším pozitivním faktorem zvládnání zátěže může být v případě hasičů kvalitní práce posttraumatického týmu, kvalitní defusing a debriefing po obtížných zásazích a také kvalita odborné přípravy, výcviku a vzdělávání členů HZS. Vliv na zjištěné hodnoty lze přičíst také kvalitnímu výběru uchazečů o zaměstnání u HZS.

Jako nejvíce psychicky zatěžujícím typem události jsou respondenty vnímány zásahy u dopravních nehod a požárů. U dopravních nehod to lze vysvětlit nutností rychlého zásahu, častými vážnými zraněními a úmrtími účastníků nehod, popřípadě hasiči poskytovanou předlékařskou pomocí zraněným v případě prvotního příjezdu na místo dopravní nehody. U požárů jsou zátěžovými situacemi potencionální ohrožení zdraví a životů osob i samotných hasičů u zásahu, zakouřené prostory a s tím spojená špatná viditelnost a orientace při zásahu, nutnost používání dýchací techniky. Požáry jsou také náročné z hlediska velení a organizace většího počtu zasahujících požárních jednotek.

Výzkumem nebyla prokázána korelace mezi věkem respondentů a jejich psychickou odolností. Lze to vysvětlit stálými osobnostními kvalitami, schopností adaptace na zátěž, vlivem salutoprotektivních faktorů a také kvalitním výběrem uchazečů o práci u HZS.

Získanými daty byl potvrzen signifikantní vztah mezi psychickou odolností a symptomy subjektivně vnímaného distresu u členů HZS. Psychickou odolnost tak můžeme hodnotit jako významný moderátor zdraví, což nám potvrzuje i statisticky významný vztah mezi smyslem pro soudržnost a depresí u respondentů. Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost snižují závažnost deprese.

Závěr

V teoretické části práce byla popsána problematika stresu se zaměřením na příčiny jeho vzniku, působení na organismus, jeho důsledků a zároveň i možné prevence zvládnání stresu. Zdaleka ne každá zátěžová situace, která na člověka působí, je nutně stresorem, vyvolávajícím stres a následnou stresovou reakci. Reakce lidského organismu na vzniklou stresovou situaci je vysoce individuální. Je nutné vycházet z individuálních schopností, charakteru a vlastností konkrétního člověka. Stres a jeho intenzita působí na každého z nás odlišně a také tolerance vůči stresorům je individuální. To, co jeden vnímá jako stres či vysokou zátěž, může druhý vnímat jako běžnou a přirozenou situaci. S tím souvisí osobnostní faktory zvládnání zátěže a aktivní styl zvládnání tzv. coping. Vliv stresorů, především v případě jejich dlouhodobého působení, může způsobovat i psychofyzické potíže jedinců a vést k duševním poruchám a různým nemocem. Odborné výzkumy prokázaly přímou souvislost mezi stresem a různými druhy onemocnění, včetně psychických poruch. Po adaptaci na traumatizující situaci může docházet i k posttraumatickému rozvoji jedince, ke zvýšení jeho odolnosti.

Profese hasiče výrazně převyšuje rámec „běžného“ povolání. Schopnost zvládat velkou psychickou zátěž patří k nutné osobnostní výbavě každého záchranáře. Pro širokou veřejnost jsou hasiči symbolem statečnosti, odolnosti, výdrže, obětavosti, záchrany, ale i naděje. Jejich povolání je vnímáno veřejností velmi pozitivně a také prestižně. Hasiči patří mezi profese, kde dochází k zátěžovým situacím téměř denně. Při záchrane osob či majetku se dostávají hasiči do nebezpečných situací, při kterých se musí rychle rozhodovat a jednat. Jsou tak vystavováni jak fyzické, tak psychické zátěži, což prověřuje jejich kvality, klade vysoké požadavky na jejich připravenost, ale zároveň tyto zátěže mohou ohrožovat jejich zdraví popřípadě i životy.

Cílem výzkumného šetření bylo zmapování intenzity subjektivně vnímaného distresu a deprese u příslušníků Hasičského sboru Královéhradeckého kraje a ověření moderující role psychické odolnosti při dlouhodobé expozici stresu. Z výsledků získaných šetřením lze konstatovat, že i přes zvýšenou pracovní zátěž hasičů, obtížné podmínky a okolnosti při zásazích u mimořádných událostí, nebyla u zkoumané skupiny členů HZS zjištěna výrazně zvýšená úroveň subjektivně vnímaného distresu. Výsledky ukazují na dostatečně rozvinuté kompetence hasičů, na možný vliv posttraumatického

rozvoje, na kvalitní sociální oporu hasičů a na kvalitní výběr uchazečů o toto náročné povolání. V provedeném výzkumu byl u hasičů prokázán vzájemný vztah mezi psychickou odolností a subjektivně vnímaným distresem a také vztah mezi psychickou odolností a závažností projevů deprese. Naopak nebyl potvrzen vztah mezi věkem a psychickou odolností. Nebyla zjištěna vyšší míra zvýšené deprese u příslušníků HZS. I přes náročnost hasičského povolání nevnímají příslušníci oproti běžné populaci vyšší míru subjektivně vnímaného distresu. Svědčí to o kvalitě výběru uchazečů, o jejich psychické odolnosti vůči zátěži a také o kvalitní posttraumatické péči o příslušníky HZS.

Zjištěná data potvrzují oprávněnost kvalitního osobnostního výběru adeptů o hasičskou profesi, potřebu udržovat a zvyšovat odolnost hasičů pomocí kvalitní přípravy a využívání salutoprotektivních faktorů k udržování dobrého zdravotního stavu a psychické odolnosti.

Výsledky výzkumného šetření, provedené v rámci této bakalářské práce, považuji za přínosné a určující pro další komplexní péči o hasiče ze strany HZS. Ukazují na potřebu sebereflexe a sebevzdělávání hasičů. Potvrzují potřebu dalšího odborného vzdělávání členů HZS a využívání salutoprotektivních faktorů v práci i v osobním životě členů HZS. Individuální výsledky šetření, se kterými budou příslušníci v případě jejich zájmu seznámeni, mohou varovat ohrožené jedince na možné problémy v jejich psychice a s tím úzce souvisejícími potencionálními zdravotními riziky.

Seznam použité literatury:

Literatura:

ANDRŠOVÁ, Alena. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 120 s. ISBN 978-80-247-4119-2.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2010, 137 s. ISBN 978-80-246-1874-6.

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-x.

BENDA, Jan a DOHNAL, David. *Program redukce stresu: příručka ke kurzu*. Vyd. 1. Praha: HZS ČR, 2005. 75 s. ISBN 80-86640-41-8.

Česká republika. Zákon č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 14. 9. 2000. Semily: Trivis, 2010. ISBN 978-80-86795-82-9.

Česká republika. Zákon č. 361/2003 Sb. o služebním poměru příslušníků bezpečnostních sborů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1. 11. 2006. Vyd. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra ČR. 24 s.

FREJ, David. *Stres*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004, 123 s. ISBN 80-7254-578-7.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.

HERMAN, Erik a DOUBEK, Pavel. *Deprese a stres: vliv nepříznivé životní události na rozvoj psychické poruchy*. Praha: Maxdorf, ©2008. 94 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-157-8.

HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993, 173 s. ISBN 80-7066-784-2.

HOŠEK, Václav. *Psychologie odolnosti*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999, 70 s. ISBN 80-7184-889-1.

HRSTKA Z., VOSEČKOVÁ A., CELBA P. *Kapitoly z psychologie zdraví 3. díl Bojový stres*. 1. vyd. HK: Universita obrany, 2009. 64 s. ISBN 978-80-7231-338-9.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet. 2.*, přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2005, 261 s. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, Vladimír. *Zvládání stresu*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, 30 s. ISBN 80-7071-042-x.

MAREŠ, Jiří. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 198 s. ISBN 978-80-247-3007-3.

MAREŠ, Jiří. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001, 151 s. ISBN 80-86225-19-4.

MAREŠ, Jiří. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, 2002, 188 s. ISBN 80-86225-25-9.

Mezinárodní klasifikace nemocí: instrukční příručka: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1996, 207 s. ISBN 80-901856-4-9.

MIKŠÍK, Oldřich. *Hromadné psychické jevy: (psychologie hromadného chování).* Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005, 269 s. ISBN 80-246-0930-4.

PAULÍK, Karel. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti.* Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009, 238 s. ISBN 978-80-7368-635-2.

PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.

PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví.* Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013, 206 s. ISBN 978-80-7435-342-0.

PRAŠKO, Ján. *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 178 s. ISBN 80-7178-811-2.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Proti stresu krok za krokem.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději.* 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 180 s. ISBN 978-80-7367-501-1.

SCHREIBER, Vratislav. *Lidský stres.* 2., upr. vyd. Praha: Academia, 2000, 106 s. ISBN 80-200-0240-5.

TADESCHI, R. G., PARK, C. L., CALHOUN, L. G. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis.* Mahwah: Erlbaum, 1998, 250 s. ISBN 978-0-8058-2319-0.

ULRICHOVÁ, Monika. *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. Vyd. 1. Ústí nad Orlicí: Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové, 2012, 100 s. ISBN 978-80-7405-186-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VONÁSEK, Vladimír a Pavel LUKEŠ. Statistická ročenka 2014: Příloha časopisu 112. *112: odborný časopis požární ochrany, integrovaného záchranného systému a ochrany obyvatelstva*. Praha: MV-generální ředitelství HZS ČR, 2015, roč. 14, č. 3, s. 44.

VOSEČKOVÁ, Alena a Zdeněk HRSTKA. *Kapitoly z psychologie zdraví: učební text pro vysokoškolskou výuku*. Vyd. 1. Brno: Univerzita obrany, 2010, 54 s. ISBN 978-80-7231-344-0.

Internetové zdroje

Česká republika, Vyhláška č. 487/2004 Sb.: Vyhláška o osobnostní způsobilosti, která je předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru. [online]. [cit. 2015-03-15].

Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-487>

Interní předpisy HZS

MENCL, Radek. Statistická ročenka zásahové činnosti jednotek požární ochrany za rok 2014. In: *Hasičský záchranný sbor České republiky* [online]. 2015 [cit. 2015-03-14].

Dostupné z: <http://www.hzscr.cz/clanek/menu-informacni-servis-statistika-statisticke-rocenky.aspx>

SIAR GR HZS ČR č. 10/2006 – Pokyn generálního ředitele HZS ČR, kterým se stanoví pravidla statistického sledování událostí a dokumentace o vedení zásahů, [online]. [cit. 2015-03-15] Dostupné z: www.hzscr.cz/soubor/pokyn-gr-c-10-2006.aspx

SIAŘ GŘ HZS ČR č.44/ 2008 – Pokyn generálního ředitele HZS ČR, kterým se zřizuje systém posttraumatické péče příslušníkům a občanským zaměstnancům HZS ČR, kteří prožili traumatizující událost v souvislosti s plněním služebních nebo pracovních úkolů a stanoví postup při posttraumatické péči o oběti mimořádné události, [online]. [cit. 2015-03-15].Dostupnéz: http://www.hzsoul.cz/images/psychologicka/siar_gr_30_08.pdf

Seznam příloh

Příloha A: Získaná data z dotazníku SCL - 90

Příloha B: Získaná data - dotazník nezdolnost typu SOC

Příloha C: Získaná data z dotazníků – deprese, osobní data a hodnocení zásahů

Příloha D: SIAŘ GŘ HZS ČR č. 10/2006

Příloha E: Požadavky na přijetí k HZS

Příloha F: Dotazník osobních údajů a typů zásahů

Příloha A: Získaná data - dotazník SCL - 90

	SCL -90										
	SOM	OBS	INT	DEP	ANX	HOS	PHOP	PAR	PSY	NEZ	GSI
1	0,08	0,40	0,11	0,08	0,20	0,83	0,00	0,33	0,00	0,14	0,19
2	0,42	0,10	0,33	0,38	0,20	0,50	0,00	0,50	0,00	0,57	0,29
3	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,14	0,03
4	0,33	0,50	0,11	0,38	0,10	0,00	0,14	0,00	0,10	0,43	0,23
5	0,42	0,60	0,22	0,00	0,00	0,50	0,57	0,50	0,00	0,29	0,28
6	0,25	0,10	0,11	0,15	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,12
7	0,25	0,10	0,11	0,23	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,21
8	0,42	0,40	0,33	0,15	0,20	0,17	0,00	0,00	0,00	0,43	0,22
9	0,17	0,10	0,11	0,15	0,10	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	0,12
10	0,08	0,50	0,22	0,00	0,20	0,33	0,00	0,17	0,00	0,00	0,14
11	0,17	1,10	0,89	0,46	0,10	0,33	0,71	0,50	0,30	0,29	0,48
12	0,00	0,20	0,22	0,00	0,10	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07
13	0,33	1,00	0,56	0,46	0,50	0,00	0,14	1,00	0,20	0,43	0,47
14	0,17	0,70	0,67	0,31	0,60	0,33	0,00	0,67	0,30	0,43	0,41
15	1,25	1,10	1,22	1,00	0,80	0,50	1,14	1,00	1,20	1,00	1,04
16	0,17	0,60	0,11	0,08	0,10	1,17	0,00	0,00	0,00	0,57	0,24
17	0,00	0,20	0,00	0,08	0,01	0,17	0,00	0,00	0,00	0,29	0,08
18	0,33	0,90	0,33	0,46	1,10	0,17	0,43	0,17	0,10	0,86	0,50
19	0,33	0,00	0,33	0,08	0,20	0,00	0,00	0,33	0,00	0,14	0,14
20	0,25	0,10	0,11	0,08	0,10	0,50	0,00	0,33	0,00	0,14	0,14
21	0,08	0,20	0,22	0,15	0,00	0,67	0,00	0,17	0,00	0,14	0,14
22	0,08	1,00	0,56	0,00	0,20	0,50	0,43	0,67	0,20	0,43	0,37
23	0,67	0,70	0,56	0,46	0,30	0,67	0,14	0,67	0,20	0,43	0,48
24	0,83	0,60	1,00	0,54	0,30	0,00	0,00	0,05	0,00	0,71	0,48
25	0,75	1,20	0,89	0,77	0,60	1,17	0,14	1,00	0,50	0,71	0,77
26	0,08	1,30	0,33	0,15	0,10	0,17	0,14	0,00	0,00	0,14	0,26
27	0,25	0,40	0,44	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
28	0,75	0,70	0,78	0,31	0,20	1,00	1,43	0,67	0,10	0,00	0,56
29	0,17	0,20	0,22	0,08	0,10	0,17	0,14	0,17	0,00	0,43	0,16
30	0,33	0,50	0,00	0,00	0,10	0,17	0,00	0,17	0,00	0,43	0,17
31	0,25	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
32	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
33	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
34	0,17	0,10	0,11	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,08
35	0,58	0,40	0,33	0,38	0,60	0,17	0,14	0,50	0,20	0,29	0,38
36	0,42	0,60	0,56	0,31	0,10	0,33	0,29	0,50	0,00	0,29	0,33
37	0,00	0,20	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,04
38	1,00	1,90	0,67	0,38	0,80	0,67	0,29	0,33	0,30	0,71	0,73
39	0,50	1,20	0,56	0,69	0,50	1,17	0,14	0,83	0,20	0,86	0,64
40	0,33	0,00	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,10

	SCL -90										
	SOM	OBS	INT	DEP	ANX	HOS	PHOP	PAR	PSY	NEZ	GSI
41	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
42	0,17	0,20	0,33	0,08	0,00	1,17	0,14	0,00	0,00	0,29	0,20
43	0,41	1,00	0,11	0,00	0,20	0,17	0,00	0,00	0,00	0,43	0,24
44	0,00	0,20	0,00	0,00	0,00	0,67	0,00	0,67	0,00	0,43	0,14
45	0,42	0,60	0,89	0,23	0,40	0,17	0,14	0,83	0,00	0,71	0,42
46	0,00	0,70	0,33	0,15	0,00	0,17	0,00	0,33	0,00	0,14	0,18
47	0,17	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,14	0,09
48	1,75	1,40	0,89	2,46	1,20	1,00	0,57	1,50	0,50	2,14	1,40
49	0,33	0,10	0,00	0,15	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,10
50	0,00	0,30	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,08
51	0,17	0,70	0,11	0,15	0,20	0,17	0,14	0,17	0,10	0,29	0,22
52	0,25	0,50	0,11	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12
53	0,75	1,70	1,56	0,92	0,70	2,33	0,71	1,33	1,20	1,00	1,17
54	0,25	1,50	0,78	0,54	0,60	0,33	0,00	0,67	0,30	0,86	0,59
55	0,17	0,40	0,00	0,38	0,10	0,33	0,00	0,17	0,00	0,14	0,18
56	0,50	0,10	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,43	0,13
57	0,42	0,80	0,22	0,38	0,40	0,50	0,00	0,33	0,00	0,29	0,34
58	0,33	1,40	1,11	0,62	0,60	0,17	0,10	0,50	0,20	0,29	0,63
59	0,00	0,70	0,44	0,23	0,10	0,50	0,00	0,50	0,00	0,43	0,27
60	0,50	1,10	0,44	0,46	0,80	0,50	0,29	1,00	0,00	1,43	0,62
61	0,25	0,80	0,22	0,31	0,30	0,83	0,00	0,67	0,00	0,29	0,34
62	0,50	0,60	0,67	0,38	0,50	0,00	0,14	1,33	0,10	0,86	0,49
63	0,25	0,70	0,78	0,31	0,30	0,83	0,14	0,67	0,00	0,86	0,44
64	0,00	0,10	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	0,43	0,11
65	0,08	1,00	0,11	0,15	0,20	0,00	0,00	0,17	0,00	0,57	0,23
66	0,08	0,70	0,89	0,31	0,20	0,00	0,14	1,17	0,10	0,14	0,36
67	1,58	1,00	0,67	0,46	0,50	1,50	0,29	0,67	0,30	0,86	0,78
68	0,17	0,40	0,44	0,38	0,10	0,50	0,29	0,00	0,00	0,57	0,28
69	0,50	0,50	0,22	0,15	0,20	0,33	0,29	0,67	0,00	0,14	0,29
70	0,25	1,10	0,89	0,31	0,50	0,17	0,43	0,83	0,30	0,71	0,53
71	0,25	0,70	1,11	0,38	0,10	0,00	0,14	1,17	0,20	0,29	0,42
72	0,33	1,00	0,44	0,23	0,50	1,17	0,14	1,33	0,40	1,43	0,62
73	0,42	0,90	0,44	0,62	0,30	0,67	0,14	0,67	0,10	0,43	0,47
74	0,00	0,30	0,00	0,15	0,10	0,00	0,00	0,17	0,00	0,14	0,09
75	0,67	1,20	0,89	0,46	0,10	0,50	0,29	1,00	0,30	0,57	0,59
76	0,58	1,80	0,89	1,08	1,00	2,33	0,57	1,33	0,80	0,86	1,08
77	0,42	0,80	0,89	0,38	0,90	1,00	0,14	0,83	0,10	0,57	0,58
78	0,08	1,10	0,33	0,46	0,50	0,33	0,14	0,17	0,10	0,29	0,37
79	0,17	0,60	0,22	0,23	0,10	0,33	0,14	0,00	0,30	0,43	0,26
80	0,17	0,70	0,22	0,23	0,20	0,33	0,29	0,33	0,00	0,00	0,24
p	0,33	0,62	0,40	0,29	0,27	0,40	0,15	0,41	0,12	0,43	0,34

Příloha B: Získaná data - dotazník nezdolnost typu SOC

	CS	CSC	C	MA	ME
1	140	4,83	4,18	5,10	5,38
2	145	5,00	4,27	5,30	5,63
3	169	5,83	5,91	6,10	5,38
4	144	4,97	4,27	5,40	5,38
5	172	5,93	5,73	5,90	6,25
6	173	5,97	5,00	6,70	6,38
7	139	4,79	5,18	5,10	3,88
8	126	4,34	3,91	4,20	5,13
9	149	5,14	4,45	5,40	5,75
10	119	4,10	4,64	3,60	4,00
11	144	4,97	3,82	6,00	5,25
12	155	5,34	5,00	5,60	5,50
13	138	4,76	4,18	4,90	5,38
14	128	4,41	4,64	4,00	4,63
15	129	4,45	4,73	4,00	4,63
16	150	5,17	4,73	5,20	5,75
17	150	5,17	4,82	5,40	5,38
18	115	3,97	3,55	4,20	4,25
19	133	4,59	4,45	4,00	5,50
20	137	4,72	3,55	5,00	6,00
21	127	4,38	4,64	3,50	5,13
22	118	4,07	4,45	3,80	3,88
23	130	4,48	4,18	4,60	4,75
24	160	5,52	5,00	5,10	6,75
25	136	4,69	4,36	4,40	5,50
26	170	5,86	5,45	6,30	5,88
27	163	5,62	4,91	6,30	5,75
28	155	5,34	4,82	5,40	6,00
29	161	5,55	5,00	6,00	5,75
30	136	4,69	3,73	4,80	5,88
31	182	6,28	5,55	6,60	6,88
32	173	5,97	5,45	5,90	6,75
33	163	5,62	5,36	5,70	5,88
34	185	6,38	5,91	7,00	6,25
35	122	4,21	4,09	4,90	3,50
36	133	4,59	4,36	5,00	4,38
37	164	5,66	5,36	5,80	5,88
38	165	5,69	5,36	5,80	6,00
39	150	5,17	4,73	5,20	5,75
40	193	6,66	6,45	6,80	6,75
41	157	5,41	4,82	5,90	5,63
42	148	5,10	3,64	5,90	6,13
43	170	5,86	5,36	6,30	6,00
44	141	4,86	3,82	5,30	5,75
45	146	5,03	4,45	5,50	5,25
46	146	5,03	4,64	5,50	5,00
47	168	5,79	5,18	6,10	6,25
48	103	3,55	4,64	2,80	3,00
49	171	5,90	5,82	5,60	6,38
50	130	4,48	3,45	4,90	5,38
51	165	5,69	5,27	5,40	6,63
52	118	4,07	3,00	4,60	4,88
53	121	4,17	4,64	4,40	3,25
54	120	4,14	4,00	4,30	4,13
55	126	4,34	4,36	4,40	4,25
56	133	4,59	4,27	4,70	4,88
57	142	4,90	4,09	5,30	5,50
58	151	5,21	3,64	5,80	6,63
59	135	4,66	4,82	4,40	4,75
60	155	5,34	4,64	5,50	6,13
61	139	4,79	4,18	5,00	5,38
62	113	3,90	3,82	4,00	3,88
63	149	5,14	4,45	5,10	6,13
64	154	5,31	4,73	5,50	5,88
65	159	5,48	4,91	6,00	5,63
66	160	5,52	5,00	5,30	6,50
67	153	5,28	4,45	6,00	5,50
68	155	5,34	5,18	4,60	6,50
69	155	5,34	4,64	6,20	5,25
70	151	5,21	4,36	5,80	5,63
71	156	5,38	4,18	5,70	6,63
72	146	5,03	3,64	5,70	6,13
73	150	5,17	4,45	5,60	5,63
74	179	6,17	5,91	6,30	6,38
75	177	6,10	5,55	6,50	6,38
76	110	3,79	4,64	3,60	2,88
77	126	4,34	3,82	4,30	5,13
78	180	6,21	5,55	6,70	6,50
79	141	4,86	3,82	5,20	5,88
80	172	5,93	5,00	6,60	6,38
η	147,65	5,09	4,64	5,28	5,48

Příloha C: Získaná data - dotazník – deprese, osobní data a hodnocení zásahů

Hasič	Deprese		Os. data respondentů				Hodnocení náročnosti zásahů					
	Hrubé skóre	SDS index	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Služ. funkce	P	DN	ZOZ	TP	ÚNL	OMU
1	25	31	M	36	16	VD	1	2	4	5	3	6
2	33	41	M	44	22	VD	3	1	2	6	4	5
3	28	35	M	39	18	VD	2	3	4	5	1	6
4	36	45	M	40	20	VD	2	1	3	4	5	6
5	27	34	M	36	12	VD	1	2	3	6	4	5
6	32	40	M	43	20	VD	1	3	4	5	2	6
7	36	45	M	43	18	VD	2	3	4	5	1	6
8	34	43	M	51	14	VD	3	2	1	6	5	4
9	36	45	M	56	33	VD	1	3	2	5	4	6
10	23	29	M	38	14	VD	1	2	3	5	4	6
11	29	36	M	32	12	VD	1	2	3	5	4	6
12	40	50	M	26	5	H	3	2	1	5	4	6
13	24	30	M	38	13	H	1	3	5	6	2	4
14	36	45	M	28	5	H	3	2	4	5	1	6
15	45	56	M	33	10	H	2	3	1	6	4	5
16	36	45	M	34	12	H	0	0	0	0	0	0
17	28	35	M	24	1	H	3	4	1	5	2	6
18	42	53	M	30	8	H	1	4	3	6	2	5
19	41	51	M	27	4	H	2	1	5	4	3	6
20	29	36	M	29	6	H	2	3	1	6	4	5
21	37	46	M	30	6	H	1	4	3	6	2	5
22	29	36	M	33	8	H	3	2	1	5	4	6
23	32	40	M	36	14	H	4	1	2	6	3	5
24	30	38	M	60	30	H	5	3	2	4	1	6
25	30	38	M	38	12	H	4	1	2	6	3	5
26	22	28	M	37	14	H	3	4	1	6	5	2
27	27	34	M	25	3	H	2	1	3	6	4	5
28	35	44	M	38	12	H	3	2	1	4	5	6
29	24	30	M	25	3	H	2	1	3	4	5	6
30	41	51	M	43	17	H	2	1	3	5	4	6
31	26	33	M	19	1	H	3	1	2	5	4	6
32	23	29	M	28	5	H	4	2	3	5	1	6
33	24	43	M	36	3	H	1	3	2	5	4	6
34	27	34	M	26	3	S	2	1	3	6	4	5
35	51	64	M	42	16	S	1	2	3	4	5	6
36	39	49	M	41	17	S	2	1	5	6	3	4
37	24	30	M	33	7	S	3	2	1	6	4	5
38	35	44	M	53	20	S	1	2	3	4	4	4
39	33	41	M	34	9	S	2	1	3	5	4	6
40	20	25	M	40	18	S	1	1	1	1	1	1

	Deprese		Os. data respondentů				Hodnocení náročnosti zásahů					
	Hrubé skóre	SDS index	Pohlaví	Věk	Délka praxe	Služ. funkce	P	DN	ZOZ	TP	ÚNL	OMU
41	25	31	M	35	10	S	3	2	1	5	4	6
42	24	30	M	32	8	S	3	2	4	5	1	6
43	24	30	M	27	7	S	2	1	3	5	4	6
44	27	34	M	34	10	S	1	2	4	5	3	6
45	33	41	M	36	3	S	3	1	2	5	4	6
46	30	38	M	32	3	S	3	1	2	5	4	6
47	30	38	M	41	16	S	2	1	3	5	4	6
48	54	68	M	33	6	S	3	1	2	4	5	6
49	26	33	M	40	6	S	3	4	5	6	1	2
50	37	46	M	28	8	S	1	2	5	6	3	4
51	30	38	M	25	3	S	4	3	2	5	1	6
52	26	33	M	47	21	S	1	1	1	1	1	1
53	42	53	M	36	13	S	4	3	5	2	1	6
54	37	46	M	26	5	S	3	2	1	4	5	6
55	40	50	M	31	5	OD	2	3	4	5	1	6
56	32	40	M	33	9	OD	1	1	3	4	5	6
57	31	39	M	40	11	OD	3	1	2	5	4	6
58	33	41	M	52	24	OD	3	2	1	6	5	4
59	35	44	M	58	14	OD	3	2	1	5	4	6
60	25	31	M	45	22	OD	1	2	3	4	5	6
61	32	40	M	29	4	OD	2	3	1	4	5	6
62	39	49	M	48	20	OD	1	2	6	4	3	5
63	32	40	Ž	36	13	OD	4	1	2	5	3	6
64	26	33	M	33	6	OD	1	2	3	5	4	6
65	42	53	Ž	29	3	OD	3	4	2	5	1	6
66	29	36	M	29	5	OD	1	1	1	1	1	1
67	38	48	Ž	32	10	OT	3	2	1	6	4	5
68	26	33	Ž	38	12	OT	2	1	3	4	5	6
69	25	31	Ž	26	7	OT	2	1	4	5	3	6
70	34	43	M	50	6	OT	1	2	3	5	4	6
71	29	36	Ž	30	6	OT	3	1	2	5	4	6
72	43	54	M	28	8	OT	1	1	1	1	1	1
73	35	44	Ž	35	5	OT	2	1	3	5	4	6
74	27	34	Ž	26	6	OT	1	2	2	3	4	3
75	25	31	M	38	13	OT	1	2	3	6	4	5
76	42	53	Ž	33	9	OT	1	1	1	1	1	1
77	35	44	M	28	8	OT	3	1	2	5	6	4
78	28	35	Ž	61	17	OT	3	2	1	5	4	6
79	32	40	M	44	14	OT	3	4	5	1	2	6
80	31	39	M	32	8	OT	3	1	2	4	5	6
p	32	40,28	70/10	36,0	10,8	x	2,175	1,925	2,538	4,638	3,275	5,125

Vysvětlivky: M – muž, Ž – žena, VD – velitel družstva, H – hasič, S – strojník, OD – operační důstojník, OT – operační technik

Příloha D: Typy mimořádných událostí dle SIAŘ GŘ HZS ČR č. 10/2006

Rozdělení typů mimořádných událostí vychází ze statického sledování událostí HZS, kde jsou události rozděleny do hlavních typů a podtypů dle interních předpisů HZS ČR:

Požár

- požár nízké budovy
- požár vysoké budovy
- průmyslové, zemědělské objekty, sklady
- podzemní, prostory, tunely
- trafostanice, rozvodny
- dopravní prostředky
- lesní, polní porost, tráva
- popelnice, kontejner, odpad, ostatní

Dopravní nehoda

- vyproštění osob
- uvolnění komunikace, odtažení
- úklid vozovky
- železniční
- letecká

Záchrana osob a zvířat

- uzavřené prostory, výtah
- z výšky, z hloubky
- Zasypané, zavalené
- z vody

Technická pomoc

- otevření uzavřených prostor
- odstranění nebezpečných stavů
- odstraňování překážek
- spolupráce se složkami IZS
- měření koncentrací
- čerpání vody
- náhrada nefunkčního zařízení

- monitoring
- destrukce objektu

Únik nebezpečných látek

- na pozemní komunikaci
- do půdy
- na (do) vodní plochu(y)
- do ovzduší

Ostatní mimořádné události

- radiační nehoda, havárie
- evakuace a ochrana obyvatel plošná
- jiné

Příloha E: Požadavky na přijetí k HZS

Zákon 361/2003Sb. o služebním poměru bezpečnostních sborů

Předpoklady k přijetí do služebního poměru

§ 13

(1) Do služebního poměru může být přijat státní občan České republiky (dále jen "občan"), který

a) o přijetí písemně požádá,

b) je starší 18 let,

c) je bezúhonný,

d) splňuje stupeň vzdělání stanovený pro služební místo, na které má být ustanoven,

e) je zdravotně, osobnostně a fyzicky způsobilý k výkonu služby,

f) je plně svéprávný,

g) je oprávněný seznamovat se s utajovanými informacemi podle zvláštního právního předpisu, má-li být ustanoven na služební místo, pro které se tato způsobilost vyžaduje,

h) není členem politické strany nebo politického hnutí, a jde-li o služební poměr příslušníka zpravodajské služby, ani odborové organizace,

i) nevykonává živnostenskou nebo jinou výdělečnou činnost a není členem řídicích nebo kontrolních orgánů právnických osob, které vykonávají podnikatelskou činnost.

(2) Vyžaduje-li to důležitý zájem služby, může být příslušník zpravodajské služby ve výjimečných případech přijat do služebního poměru, i když nesplňuje stupeň vzdělání stanovený pro služební hodnost, do níž má být jmenován.

(3) Předpoklady uvedené v odstavci 1 pod písmeny h) a i) prokazuje občan čestným prohlášením.

§ 14

Bezúhonnost

(1) Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona nepovažuje občan, který byl

a) v posledních 10 letech pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin s horní hranicí trestní sazby odnětí svobody nepřevyšující 2 roky,

b) v posledních 15 letech pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin s horní hranicí trestní sazby odnětí svobody převyšující 2 roky, avšak nepřevyšující 5 let,

c) pravomocně odsouzen pro úmyslný trestný čin s horní hranicí trestní sazby odnětí svobody vyšší než 5 let nebo k výjimečnému trestu, nebo

d) v posledních 5 letech pravomocně odsouzen pro trestný čin spáchaný z nedbalosti, jestliže jeho jednání, kterým spáchal trestný čin, je v rozporu s požadavky kladenými na příslušníka.

(2) Za bezúhonného se pro účely tohoto zákona nepovažuje též občan,

a) jehož trestní stíhání pro úmyslný trestný čin bylo na základě pravomocného rozhodnutí o schválení narovnání zastaveno, a od tohoto rozhodnutí ještě neuplynulo 5 let, je-li jednání, kterým spáchal trestný čin, v rozporu s požadavky kladenými na příslušníka,

b) jehož trestní stíhání pro úmyslný trestný čin bylo pravomocně podmíněně zastaveno, a od uplynutí zkušební doby nebo lhůty, v níž má být rozhodnuto, že se osvědčil, neuplynulo ještě 10 let, nebo bylo v trestním řízení, které bylo proti němu vedeno, rozhodnuto o podmíněném odložení podání návrhu na potrestání a od tohoto rozhodnutí ještě neuplynulo 5 let, je-li jednání, kterým spáchal trestný čin, v rozporu s požadavky kladenými na příslušníka,

c) který byl v posledních 5 letech pravomocně uznán vinným z přestupku nebo jiného správního deliktu, je-li jednání, kterým spáchal přestupek nebo jiný správní delikt, v rozporu s požadavky kladenými na příslušníka, nebo

d) který vykazuje znaky závislosti na alkoholu či jiných psychotropních látkách nebo činnostech.

(3) Při posuzování bezúhonnosti se nepřihlíží k zahlazení odsouzení podle zvláštního právního předpisu nebo k rozhodnutí prezidenta republiky, v jejichž důsledku se na občana hledí, jako by odsouzen nebyl.

§ 15

Zdravotní, osobnostní a fyzická způsobilost

(1) Zdravotní způsobilost občana posuzuje poskytovatel pracovnělékařských služeb na základě výpisu ze zdravotnické dokumentace vedené registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, výsledku lékařské prohlídky a dalších potřebných vyšetření. Proti lékařskému posudku o zdravotní způsobilosti může podat občan návrh na přezkoumání poskytovateli pracovnělékařských služeb, který posudek vydal.

(2) Osobnostní způsobilost občana posuzuje psycholog psychologického pracoviště bezpečnostního sboru. Proti závěru psychologa o osobnostní způsobilosti může podat

občan návrh na přezkoumání vedoucímu psychologického pracoviště bezpečnostního sboru.

(3) Za osobnostně způsobilého se považuje občan, u něhož byly podle závěru psychologa bezpečnostního sboru zjištěny takové osobnostní charakteristiky, které jsou předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru.

(4) Za fyzicky způsobilého se považuje občan, který vyhovuje požadavkům na tělesnou zdatnost, jež stanoví ředitel bezpečnostního sboru služebním předpisem pro výkon služebního místa, na které má být ustanoven.

(5) Náklady spojené se zjišťováním zdravotní, osobnostní a fyzické způsobilosti občana hradí bezpečnostní sbor.

(6) Ministerstvo v dohodě s Ministerstvem financí, Ministerstvem spravedlnosti, zpravodajskými službami a Ministerstvem zdravotnictví stanoví vyhláškou seznam nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost občana pro výkon služby, obsah lékařských vyšetření, náležitosti lékařského posudku a dobu jeho platnosti.

(7) Ministerstvo v dohodě s Ministerstvem financí, Ministerstvem spravedlnosti a zpravodajskými službami stanoví vyhláškou osobnostní charakteristiky, které jsou předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru, důvody zjišťování osobnostní způsobilosti, postup při zjišťování osobnostní způsobilosti, náležitosti závěru psychologa bezpečnostního sboru a postup při přezkumném řízení.

Osobnostní charakteristiky

Vyhláška MV č.487/2004 určuje osobnostní charakteristiky, které jsou předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru.

§ 1

Osobnostní charakteristiky, které jsou předpokladem pro výkon služby v bezpečnostním sboru

Ty splňuje občan nebo příslušník, pokud je:

- a) intelektově v pásmu průměru nebo vyšším,
- b) emočně stabilní,
- c) psychosociálně vyzrálý,
- d) odolný vůči psychické zátěži,

- e) s žádoucí motivací, postoji a hodnotami,
- f) bez nedostačivosti v oblasti volných procesů,
- g) bez nedostačivosti v oblasti poznávacích procesů,
- h) bez nedostačivosti v oblasti autoregulace,
- i) bez znaků nežádoucí agresivity a
- j) bez psychopatologické symptomatiky.

Příloha F: Dotazník s osobními daty a hodnocení náročnosti typů zásahů

Věk:

Počet let praxe:

Služební zařazení:

Pohlaví MUŽ ŽENA

Setkal jste se během posledních 12 měsíců s některou z těchto situací?

Zásah, při kterém došlo k úmrtí	ANO	NE
Ohrožení vlastního života	ANO	NE
Zásah, při kterém došlo k úmrtí dítěte	ANO	NE
Vlastní úraz při zásahu	ANO	NE
Závažná rodinná tragická událost	ANO	NE

Které druhy zásahů jsou pro vás nejnáročnější z hlediska psychického zatížení? (vypíšte dle pořadí: 1 - nejobtížnější)

Požár
Dopravní nehoda
Záchrana osob a zvířat
Technická pomoc
Únik nebezpečných látek
Ostatní mimořádné události