

JIHOČESKÁ UNIVERZITA

v Českých Budějovicích

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**Klíčové faktory v etiopatogenezi posttraumatické stresové
poruchy u členů Integrovaného záchranného systému**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Václav Šnorek

Autor:

Zuzana Fajtllová

22.4.2011

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

.....

datum

.....

podpis studenta

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce Mgr. Václavu Šnorkovi za jeho čas, ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Jeho vedení a pomoci si velice vážím. Dále bych ráda poděkovala PhDr. Marii Mezníkové za užitečné podněty, informace a zdroje. A v neposlední řadě také panu Tomáši Hesovi (ZZS Tábor), koordinátorovi Systému Psychosociální Intervenční Služby (SPIS), za rady a praktické informace.

ABSTRAKT

Bakalářská práce „Klíčové faktory v etiopatogenezi posttraumatické stresové poruchy u členů Integrovaného záchranného systému“ je v teoretické části zaměřena na společné osobnostní charakteristiky pracovníků záchranných složek, dále pak na popis a podstatu jednotlivých povolání s možnými psychologickými důsledky. Důležitá kapitola teoretické části se týká vymezení konkrétních stresových faktorů a náročných událostí s možným vyústěním v PTSD. V závěru teorie jsou nastíněny možnosti postupu po prožití traumatizující události.

Výzkumná část se pak věnuje konkrétním událostem při výkonu povolání, které respondenti hodnotili jako silně stresující, četnosti výskytu takovýchto událostí a v neposlední řadě ochotou respondentů zúčastnit se skupinového debriefingu s psychologem.

Klíčová slova: Integrovaný záchranný systém, posttraumatická stresová porucha, stresující událost, debriefing

ABSTRACT

The theoretical part of the bachelor work The Key Factors in Ethio-pathogenesis of the Posttraumatic Stress Disorder by Members of Integrated Rescue System is aimed to common personal characteristics of rescue worker. Then is aimed to description and to principles of working at rescue services with possible psychological consequences. The important chapter of a theoretical part of the thesis refers to determination of particular stress related factors and events which can eventually lead to PTSD. In the end of a theoretical part there is introduced the possible way of intervention after having a traumatic experience.

The practical part is then focused on particular events experienced during exercise of a profession and evaluated by respondents as strongly stressful. Also the prevalence of such events and number of respondents willing to participate on a group debriefing with a psychologist is discussed in this part of the thesis.

Key words: Integrated Rescue System, Posttraumatic Stress Disorder, Stress Related Accident, Debriefing

OBSAH

1. Úvod.....	7
2. Teoretická část práce.....	8
2.1 PSYCHOLOGICKÝ ASPEKT PRÁCE VE SLOŽKÁCH IZS	8
2.1.1 Osobnostní charakteristika členů IZS	8
2.1.2 Motivace k práci u záchranných složek	9
2.2 STRESOVÉ A RIZIKOVÉ FAKTORY POVOLÁNÍ V IZS.....	18
2.3 TEORIE NÁROČNÝCH SITUACÍ A MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ	22
2.3.1 Mimořádné události a hromadné neštěstí.....	22
2.3.2 Průběh reakce na traumatizující událost	24
2.3.3 Stres.....	27
2.4 Posttraumatická stresová porucha	32
2.4.1 Historie PTSD	32
2.4.2 Popis a diagnostická kritéria PTSD	34
2.5 Krizová psychologická intervence	38
2.5.1 Průběh krizové intervence.....	39
2.5.2 Critical Incident Stress Management	39
3.1 Cíle práce	42
3.1.1 Cíl 1	42
3.1.2 Cíl 2.....	42
3.2 Hypotézy	43
3.2.1 Hypotéza 1	43
3.2.2 Hypotéza 2	43

3.2.3 Hypotéza 3	43
4. Metodika	44
4.1 Popis metodiky.....	44
4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	44
5. Výsledky	45
5.1 Policie ČR	45
5.2 Hasičský záchranný sbor.....	53
5.3 Zdravotnická záchranná služba	61
5.4 Shrnutí výzkumu	70
6. Diskuze.....	72
7. Závěr	73
8.1 Ostatní zdroje	75
9. Přílohy	76
9.1 Dotazník	76

1. Úvod

„Ti lidé dělají nejtěžší práci - pořád se setkávají jenom s neštěstím. Všichni tihle otrlí kozáci vědí, že život není jenom Silvestr, ale že jsou i Velké pátky.“

Marián Labuda

Dnešní doba s sebou přinesla spoustu pokroku, zlepšení v materiálních směrech lidského bytí, subjektivní pocit zrychlení našich životů. Kvalita lidské existence bývá hodnocena úspěchy v zaměstnání, ve výdělku a dost možná i v ostrých loktech. Hrdinou doby je člověk racionální, bez zbytečných emocí, jdoucí si za svým, kariérista. Dá-li někdo najevo veřejně své emoce, své pocity, setká se dost často s ignorací a nezájmem okolí. Málokdo se dnes pozastaví nad prožíváním druhého člověka. Moderní doba je reprezentována rozumem, který hlídá a kontroluje naše reakce a celkové prožívání, aby nebylo příliš sentimentální, patetické a podléhající emocím. A toto vše si v mnohem vyšší míře nárokuje společnost od hrdinů současnosti, jako jsou hasiči, záchranáři a policisté. Ti už vůbec nemají nárok na zjevnou emoční odezvu na veřejnosti projevenou. Kamenný výraz jako známka profesionality, kterou nic nezaskočí. Smutek, strach, obavy a časová tíseň jsou jen malým výčtem toho, co by nemělo pravého hrdinu odvést od dobře odvedené práce. Na nějaké přemýšlení a rozjímání není čas a ani se to nehodí. Hrdina musí jednat.

Ale i pod respekt budící uniformou se skrývá jedinec, který cítí, prožívá a vyhodnocuje situace jako člověk s emocemi a psychikou, která jde zranit jako u každého jiného smrtelníka. I záchranáři, hasiči a policisté jsou jen lidé, na které musí zákonitě působit zátěž a stres jako působí na ostatní. A kvůli zodpovědnosti, kterou členové Integrovaného záchranného systému mají, si troufám říci, že působí v ještě větší míře, než je tomu u jiných zaměstnání...

2. Teoretická část práce

2.1 PSYCHOLOGICKÝ ASPEKT PRÁCE VE SLOŽKÁCH IZS

Abychom mohli lépe uchopit posttraumatickou poruchu v kontextu záchranných složek, měli bychom se nejprve podívat na psychologické aspekty práce v záchranném systému, popsat si osobnost „pomáhajícího“ a jeho motivace k tomuto povolání a vytyčit si specifika těchto povolání, abychom lépe odečetli stresové a další rizikové faktory, které práce v IZS může přinášet.

2.1.1 Osobnostní charakteristika členů IZS

Bylo by samozřejmě chybou tvrdit, že všichni členové Integrovaného záchranného systému vykazují stejné, nebo minimálně podobné osobnostní profily, ale je jasné, že určité charakteristiky budou podobné, minimálně ty, které se týkají pracovní činnosti.

Laickou veřejností bývají hasiči a záchranáři vnímáni jako zosobnění archetypu hrdiny – bájného bojovníka stojícího na straně dobra dosazeného do současné doby. Jsou považováni za odolné jedince, kteří jsou s to pracovat v situacích, ve kterých ostatním běhá mráz po zádech a utíkají odtud. Ovšem nutno podotknout, že každý výjezd a zásah neobsahuje velké množství raněných, krvavé katastrofy, ničivé požáry a vodní záplavy, ale pouze rutinní pracovní zásahy.

Psychologický profil osobnosti záchranáře se pokusilo vykreslit několik autorů. Hoskovcová (2009) popisuje zdravotnického záchranáře jako většinou silně extrovertní, úkolově zaměřenou osobnost s vůdcovskými rysy, který je schopen práce v ad hoc či stabilně vytvářených týmech. Mitchell (2002) dle výsledků studií uvádí následující charakteristiky záchranáře: potřeba řídit, ochota podstoupit vysoké riziko, vysoká potřeba stimulace i okamžitého ocenění, vysoká odolnost vůči zátěži, orientace na činnost, neschopnost říkat „ne“ a orientace na detail. Několik výše jmenovaných vlastností odpovídá osobnosti typu A, která je více ohrožená syndromem vyhoření, ale to jen tak na okraj k doplnění informací. Navíc bývá pro tyto jedince typická empatie, prosociální tendence, ctižádost, sklon k perfekcionismu, k práci pod časovým tlakem, který si přenáší i do ostatních životních situací.

Není ani ojedinělé odkládání povinností na poslední chvíli. Až když už je potřeba něco skutečně vykonat, namotivují se a pracují s vysokým nasazením jim vlastní.

Co se hasičů týče, je pro výkon jejich povolání potřeba sebedůvěra, rozhodnost, duchapřítomnost, odvaha a schopnost improvizovat. Tyto vlastnosti jsou nejen potřeba, ale zároveň jsou zpětně posilovány samotnou prací. Hasičský psycholog Benda o hasičích, se kterými se setkal, uvádí: „*Poznávám hasiče, kteří přesto, a nebo snad právě proto, že zažili mnoho mimořádných a mnohdy traumatizujících událostí, jsou lidmi s obdivuhodnou a zralou životní filosofií, jasnými prioritami, lidmi se srdcem na pravém místě, jichž si velmi vážím. Je potěšující, že tak náročná práce v nich rozvíjí obětavost, soucit s druhými, zodpovědnost, schopnost oceňovat a vážit si všedního, každodenního života i vztahů s rodinou a přáteli. Jsem přesvědčen, že jde o pozitivní dopady konfrontace s utrpením, jehož jsou hasiči u zásahů svědky a účastníky...*“ (informační zdroje Dr.Mezníkové).

U příslušníků Policie ČR se setkáváme s podobnými psychickými vlastnostmi jako u předcházejících dvou složek. Bývají úkolově zaměřeni, vykazují loajalitu, rozhodnost a smysl pro řád.

Ačkoliv je několik společných styčných ploch mezi povahovými vlastnostmi jednotlivých členů, je opravdu velmi těžké najít stejné osobnosti podle vykreslených profilů, protože výše zmiňované vlastnosti se nevyskytují u všech členů IZS, a jako v každém jiném lidském uskupení platí i zde variabilita, laicky řečeno – každý jsme jiný.

2.1.2 Motivace k práci u záchranných složek

2.1.2.1 Vymezení pojmu motivace

Motivace pochází z latinského slova moveo-movere, což znamená hýbat. Čili motivace přeneseně „hýbe“ lidským jednáním a chováním. Dle definice, motivy jsou „*faktory, které aktivizují lidské chování, zaměřují je na určitý cíl a v tomto směru je udržují po určitou dobu. Takto navozené jednání směřuje k uspokojení určité potřeby.*“ (Vágnerová 2004). Motivace je spojena s určitým emočním prožitkem a lze je interpretovat jako osobní příčiny určitého chování. Motivы určují **směr**, čili zaměření aktivity určitým směrem, a tím i její obsah a průběh určitého chování.

Dále **intenzitu** a míru úsilí vynaloženého na dosažení cíle a v neposlední řadě **délku trvání** této činnosti, kterou obvykle ukončuje uspokojení potřeby, která ji vyvolala.

Motivy dávají smysl našemu chování, a co je důležité zmínit v souvislosti s motivací k záchranné práci, že mohou existovat i v latentní formě a naše chování pak často ovlivňují nejen motivy vědomé, nýbrž i nevědomé.

2.1.2.2 Vědomé motivy

Vědomých motivů může být jak celá řada, tak i pouze jeden. Domnívám se, že i motivace k povolání je individuální a odráží do jisté míry osobnost jedince. Ovšem cílem mé práce není zjistit veškeré motivy k těmto pomáhajícím profesím, proto zůstanu u základního a obecného výčtu. Jak si ale ukážeme, i jeden základní motiv, který zdánlivě vypadá vědomě, se ale může ukázat jako hluboký a nevědomý. Nyní se ale ještě k vědomým motivům.

Je zde jeden zásadní aspekt, ke kterému většina přihlíží, když si volí nějaký druh zaměstnání, a to je finanční ohodnocení. Bohužel v případě pomáhajících profesí z IZS musím tento důvod hned na začátku vyřadit, protože platové ohodnocení není úplně nadstandardní, tudíž hlavní tažnou silou, proč jde někdo do systému IZS, není vidina nadstandardního platu, ačkoliv jde o zaměstnání s jistým platovým ohodnocením a možností finančního růstu podle odsloužených let. U složek spadajících pod Ministerstvo vnitra ČR (HZS, PČR) navíc můžeme mluvit o výsluhách a o postupu v hodnostech. Ve všech třech případech platí, že jde o pracoviště s personální stabilitou, čili jde o poměrně jisté zaměstnání, o které jedinec v běžných situacích tak lehce nepřijde

Dalším možným zdůvodněním, proč se někdo touží seberealizovat v těchto pomáhajících profesích, je chuť pracovat atypicky než ostatní, mít práci, která do jisté míry není stereotypní, protože jednotlivé případy se mění, i když postupy zůstávají přibližně stejné. Přes to přese všechno jde o práci, která není nikdy stejná. I to, co se jeví jako zanedbatelný faktor ve smyslu zásahů na pokaždé jiných místech, je dosti variabilním činitelem, co dělá tato povolání nestereotypní a svým způsobem ojedinelé.

Co může sehrávat významnou roli na půdě motivace k těmto povoláním, je touha po společenském uznání a pozitivní vnímání širokou veřejností. Ovšem tato teorie nahrává spíše k nevědomým motivům a tendencím – jak si jinak si tuto touhu odůvodnit?

2.1.2.3 Nevědomé motivy

Pokud se zeptáme některých členů IZS, co je primárně k tomuto jejich povolání vedlo, velká většina jich zřejmě odpoví, že chtěli pomáhat lidem, a tím se seberealizovat. Ne nadarmo se těmto druhům povolání říká *pomáhající profese*. Ale jak tomu ve věcech psychiky bývá, i zjevný vědomý motiv a důvod má kořeny a původ mnohem hlouběji, než si myslíme, a stojí za tím vším na první pohled vědomým nějaká nevědomá pohnutka, o které nemáme nejmenší tušení. Tak je tomu totiž údajně i v pomáhajících profesích. To, že chce člověk pomáhat ostatním a být tzv. „dobrovolníkem na druhou“, má dle některých autorů původ v jejich často neuvědomovaných tendencích. Máme i odborný termín pro toto – *syndrom pomáhajícího*.

Syndrom pomáhajícího

Na začátek bych zmínila poněkud kritický pohled Friedricha Nietzscheho na pomáhajícího, který tvrdí, že v pomáhání převažují pochybné motivy. Veškeré pomáhání a láska k bližnímu nejsou podle něj nic jiného než nedostatek sebelásky a útěk před sebou samým. Proto vkládá Zarathustrovi do úst tato slova: „*Napínáte síly pro bližní a máte na to krásná slova. Já vám ale říkám: Vaše láska k bližnímu je jen vaší špatnou láskou k sobě samým. Prcháte k bližnímu před sebou samým a chcete z toho učinit ctnost: já ale odhaluji tu vaši ‚nezištnost‘.*“ (Nietzsche, 2009)

Soudobý rakouský psychoanalytik Wolfgang Schmidbauer (2002) spatřuje v osobě pomáhajícího v podstatě bezmocnou osobnost, která nejedná ani tak z idealismu k druhým, ale kvůli potřebě se duševně stabilizovat. Pomáhat je podle něj spíše nouze než ctnost. Tyto kritické výtky ideálu nezištné pomoci vycházejí z hypotézy, že naše vědomí má kontrolu jen nad částí motivů našeho konání a pomáhání, a dokonce že ony méně dobré motivy naše vědomí určitým trikem sebeklamu přehodnotí, aby se z nich staly motivy přijatelné.

Z hlediska hlubinné psychologie pramení volba pomáhající profese, stejně jako u ostatních povolání, z pozadí specifického duševního vývoje. Již ve vývojové fázi dětství prvních pěti let jsou položeny rozhodující základy volby pozdějšího povolání. V tomto období přejímáme a zvnitřňujeme **ideály našich rodičů**, které považujeme často po celý život za závazek, a jejichž porušení nám způsobuje pocity viny. Právě tyto ideály hrají důležitou roli ve volbě pozdější profese. Mimo tyto okolnosti hrají při volbě pomáhající profese, která se přeci více než jakákoliv jiná věnuje člověku samému včetně jeho slabostí a nemocí, roli i **vlastní duševní zranění** utrpěná během psychického vývoje. Podle pojetí hlubinné psychologie žijí traumata dětství dále jako vytěsněné pocity ukřivděnosti, hněvu, strachu, méněcennosti nebo jako nenaplněná a nepřiznaná přání (Schmidbauer, 2002).

Osobnost pomáhajícího mezi bezmocí a sebezpečováním

Při veškeré rozdílnosti pomáhajících profesí se zdá, že zde vystupuje alespoň jedna důležitá společná charakteristika, a to zejména tehdy, dostane-li se pomáhající sám do krize a stane se odkázaný na pomoc. U pomáhajících byla opakovaně diagnostikována psychická **náchylnost k depresím**. Exemplárně i pro ostatní profese můžeme zmínit empirické výzkumy **depresivních osobnostní struktury** katolických duchovních.

- Jsou více introvertní, s malou potřebou kontaktů.
- Mají vyslovený strach před kritikou a neúspěchem.
- Mají sklony k ústupnosti, zdráhavosti a přemrštěné zdvořilosti.
- Má problémy říci „ne“ a požadovat od druhých něco.
- Reagují v sociálních konfliktech více osobně nezaujatě a distancovaně.
- Vytvářejí si větší tlak na vlastní perfektnost.
- Akceptují sebe sama jen pokud něco vykonají.
- Obávají se, že kdyby odhalili před druhými své slabosti a chyby, „propadli“ by u nich.
- Z velké míry rezignují na projevy agrese vůči druhým a místo toho bojují agresivně spíše sami se sebou ve formě sebekritiky a pocitů viny (Stenger).

Všechny tyto vlastnosti mají velmi blízko k depresivní osobnostní struktuře. A obzvláště závažným prvkem tohoto depresivního charakteru je **rezignace na vlastní přání**, tedy neschopnost požadovat něco pro sebe a jít svou cestou. Depresivní typ tedy žije zcela ze sebe-odříkání a sebe-vydání, které nezřídka jde až k sebeobětování. Tím že takový člověk rezignuje na vitální potřeby svého já, je zde jen pro druhé, očekává od nich onu podporu, která mu dodává energii. Aby tuto podporu neztratil, zříká se veškeré formy agresivity a sebeprosazování. U depresivního typu osobnosti dále vystupuje silně do popředí – kromě tendence k sebeobětování – **permanentní tlak na výkon**. Jen pokud je dobrý, něco vykonává, obětuje se pro druhé, může být spokojený sám se sebou. Depresivně-pomáhající charakter tedy z nedostatečného vědomí své hodnoty vyvozuje tlak k pomáhání. Labilní sebevědomí depresivního typu pomáhajícího stabilizuje ještě jedna okolnost: tím, že je požádán o pomoc, zakouší enormní **psychické ocenění**. Možná, že se tento pocit odráží v určitém vnitřním dialogu takto: „Když mě ještě druzí potřebují, nemůžu být úplně špatný a neschopný!“ Tak se pomáhající ocitá v nebezpečí, že bude muset v každé své pomáhající intervenci dokazovat svou hodnotu. To pak povede k tomu, že si bude klást ‚náklad‘ a úkoly, které by měl vlastně nést klient sám. Tím, že přejímá příliš odpovědnosti, omezuje účinnost své pomoci. Pokud je ale pomoc neúspěšná, hroutí se s ní i on. Bludný kruh depresivních pocitů neužitečnosti, nehodnoty a vnitřního tlaku k pomáhající akci se roztáčí znovu. Možná právě proto má depresivně pomáhající typ sklon k sebepřetěžování, protože je náchylný k **sebeřečňování**. Tam, kde je nedostatek sebehodnoty, tam bují nereálné fantazie vlastní velikosti. Tyto fantazie jsou nezřídka umocňovány postojem klientů (Schmidbauer, 2002).

Podoba jednotlivých motivů pomáhání

Ve struktuře depresivně-pomáhajícího charakteru vystupují do popředí určité nevědomé motivy pomáháním. Podle Hermanna Stengera se dají rozdělit do třech základních motivů:

- Přání získat uznání a lásku,
- Přání získat nad druhými moc,
- Přání podílet se na životě

1. První **přání získat uznání a lásku** je živeno vytěsněnými zážitky z raného dětství, kdy dítě bylo buď málo milováno nebo milováno pod podmínkou nějakého výkonu. V pomáhajícím vztahu toto přání znovu ožívá. Od klienta se pak mlčky očekává, že pomáhajícímu projeví uznání, vděčnost a obdiv. Tímto způsobem je ale pomáhající vztah ze strany pomáhajícího pracovníka zneužit k ‚léčbě‘ utrpených vlastních duševních zranění a klient je tak vykořisťován pro účely egoistických a narcistických potřeb pomáhajícího. Je pochopitelné, že tento motiv pomoci, stejně jako ostatní nevědomé motivy vyžadují kultivaci, tedy uzdravující proces, aby tak vyrostly a dozrály do pozitivní podoby.

2. Rovněž **přání mít nad druhými moc** – i toto přání vyrůstá z nenaplněných raně dětských potřeb, jak to osvětlila individuální psychologie Alfreda Adlera – znovu ožívá v situacích nadřazenosti a podřízenosti. Struktura vztahu mezi klientem a pomáhajícím je často přinejmenším v pokušení projevů nadřazenosti a podřízenosti. Pomáhající se ocitá v nebezpečí, že dá průchod sklonům k sebepřeceňování a nereálným fantaziím vlastního velikášství. V nebezpečném sebeklamu si pak namlouvá, že stojí nad klientem a pochopitelně přehlíží, že sám by v mnohém potřeboval pomoc, kterou u něj druzí hledají. Důležité je, aby toto nekultivované egoistické přání po ovládnutí druhého bylo kultivováno řekněme do podoby pravé ‚sebevlády‘, která se bude projevovat v kompetentní intervenci ve prospěch životních šancí druhých.

3. **Přání mít podíl na životě** je myšleno v širokém slova smyslu, nikoliv jen jako přání zachovat holý život. Pro pomáhajícího představuje toto nevědomé přání nebezpečí tehdy, je-li pouze nezúčastněným divákem života, přihlížejícím ‚přes plot‘. Problémy a konflikty druhých mu pak poskytují obraz života, který oživuje jeho mrtvý duševní svět. Následkem toho se ale pomáhající stává na tomto ‚elixíru života‘ více a více závislým. Tak ale ztrácí autentický život pomáhajícího svou originalitu a stává se náhražkou (Stenger).

Ačkoliv na předchozích stránkách šlo o snahu typizovat jakéhokoliv pomáhajícího, čili do typizace byli zahrnuti i sociální pracovníci, psychologové a duchovní, domnívám se, že tyto teorie lze často do jisté míry aplikovat i na pomáhající v záchranných složkách. Krom těchto teorií existují i konkrétní studie zabývající se motivy k záchranné činnosti, které mají též nevědomý podtext.

Motivy vedoucí k práci záchranáře

Existuje několik teorií o tom, proč se z člověka stane záchranář, potažmo hasič, či policista. Je nutné podotknout, že následující hypotézy jsou velmi hlubinného charakteru a mohou vyznívat nerealisticky, ovšem pro zajímavost a úplné doplnění tématu je zde zmiňuji. Navíc podotýkám, že následující teorie jsou spíše zaměřené na zasahujícího v kontextu katastrofy či hromadného neštěstí, což není reprezentativní vzorek pro celou pracovní náplň, ale ojedinělé mimořádné události.

1) Magnetická síla destrukce

Pokud hovoříme o přírodních jevech, se kterými se členové IZS setkávají, jako např. požáry, povodně, technologické havárie, teroristické útoky nebo v krajních případech i války, společným jmenovatelem těchto pohrom je destrukce. Zkáza majetku, přírody nebo dokonce lidských životů je sama o sobě magnetická, a ať chceme nebo ne, přitahuje naši pozornost dost možná jako nic jiného v životě. Jsme těmito pohromami oslovováni. Důkazem může být vysoká sledovanost televizních povodňových zpravodajství či přenosy „zářijového útoku“. Ano, můžeme zde použít argument, že lidi zajímá současný stav a rozsah škod, ale krom tohoto kognitivního vysvětlení implicitně tušíme, že sledování zkázy je něco fascinujícího. A to proto, že destruktivní povaha katastrofy rezonuje s našimi hlubinnými procesy, především pak s naší agresí. (Štrobl,2003)

Během 1.světové války upravil Sigmund Freud svou teorii libida a do svého schématu myšlení zapojil i pud smrti, neboli Thanatos. Lidskou agresí a destruktivitu pak chápal jako neustálý boj mezi libidem (reprezentován pudem života Erotem) a pudem smrti Thanatem, který se snaží „každou živou buňku organismu převést do anorganického stavu“ (Štrobl, 2003). Eros sice nikdy neztvídá nad Thanatem, ale dosáhne alespoň jeho vyvedení ven a obrácení agrese proti vnějším objektům. Katastrofa je potom tedy jakýmsi symbolickým vyjádřením tohoto boje, který lze chápat i jako nekonečný zápas boje dobra proti zlu. Tím, že záchranář bojuje s katastrofou, nevědomě se stává spojencem svého pudu života, svou osobou personifikuje Erota a externalizuje podobný zápas, který se odehrává v něm samotném.

Protože při boji se živlem a následným odstraňování přírodní katastrofy bývá ze strany záchranáře přítomna jistá míra agrese, což je transformace pudu smrti.

Záchranář se utkává s destrukcí pomocí své vlastní destruktivity a tím ničí ničení, eliminuje proces eliminace, poráží zlo jiným zlem, které nabírá podobu dobra, čili života a slasti. Štrobl (2003) ještě uvádí: „*Náš vnitřní boj mezi Erotem a Thanatem nikdy nekončí, libidu se daří sjednat jen částečné ústupky, přičemž požadavky pudu smrti se opakovaně objevují. Pokud je příměří příliš vratké a slast pocházející od pudu smrti lákavá, je třeba nabízet stále silnější a častější možnosti vybití. To může být v důsledku značně nebezpečné a hlavně neúnosné pro Nadjá (viz. teorie S. Freuda), které zdvihá svůj kárající prst. Zatímco při destrukci jde jednoznačně o ničení a v konečném důsledku o zabití bližního, expanzivní a agresivní aktivity nemusejí být nutně bolestivé či zraňující, nýbrž mj. stupňující rozkoš. Aby bylo tedy všem složkám osobnosti učiněno zadost, je nezbytné převést hromadící se agresi k co nejméně destruktivním účelům. Tak jako dochází k odvedení zakázaných sexuálních cílů k cílům novým, je zřejmé, že podobný proces sublimace probíhá i v případě agrese a destruktivity. Silové profese (záchranář, hasič, voják, ...) toho mohu být příkladem.*“

2) Hledání a touha po dosažení objektního vztahu

Pokud mluvíme o ideálním objektním vztahu, musíme v první řadě zmínit, že jde o vztah k celým objektům, ale je spíše vzácností, protože v reálu nejsme vždy schopni integrovat minulé zážitky s danou osobou do jednotícího rámce. Kvůli tomuto jsme vystaveni možné frustraci a utíkáme proto do déle trvající i kratší aktivity, která je naplněna náročným hledáním pevného jádra, od kterého by se odvíjel smysl všeho života. V podstatě jde o hledání svatého Grálu, které přináší vysvobození z „muk“.

A právě v situacích hromadných neštěstí prožívá záchranář jakousi šťastnou iluzi o tom, že nyní má vše smysl, život probíhá přesně tak, jak má. Ono pevné jádro je nalezeno, včerejší silná frustrace z nenaplněných tužeb a očekávání je prozatím pryč.

Pokud převedeme katastrofu do symbolické roviny, tak náš zápas s ní je naší snahou o minimalizaci škod a uvedení vnější reality ne do původního stavu, v jakém byla před kalamitou, ale do situace, jež bude kvalitativně lepší než ta předchozí. Tato snaha rezonuje s naší touhou po definitivní úlevě.

Také další důležitá věc, pokud se náš osobní život dá do kontrastu s následky nějakého hromadného neštěstí a my nejsme oběťmi, stanou se naše problémy relativně směšnými a jsou zastíněny. Boj s katastrofou je projekční místo pro spoustu našich nevyřízených účtů a nespravedlivých příkoří, jež nemají přímého viníka, a mohou se tak stát nepřímo terčem pro vybití naší agrese. A co je důležité, toto naše, i když skryté, chování, bude okolím přijato s povděkem a Nadjá nebude mít tendence k represivním krokům. Snad jen to, že jeho vlivem se skryté motivy uloží hluboko do nevědomí, aby nenarušily naše narcistické zdání o vlastní dokonalosti, statečnosti a altruizmu.

Ještě se zde uplatňuje jeden zajímavý mechanismus, a to dočasné a příjemné omezení intelektuální práce. Protože v běžném životě si klademe spoustu otázek spíše hypotetického typu „co by bylo, kdyby bylo, jak by bylo,...“, což nás časem může unavovat a deptat.

Ale během záchranných prací je toho jedinec ušetřen, věci se řeší tady a teď, neexistují frustrující životní dilemata, na výběr je jen ze dvou možností: správné versus nesprávné. (Štrobl, 2003)

Navíc je ještě třeba přidat faktor stresu, který spouští řadu fyziologických procesů, které profesionálům nejen pomáhají, ale jsou v tuto kritickou chvíli pozitivně prožívány, ačkoliv to možná zní paradoxně. Nažhavenost, nabuzenost a prahnutí po akci vystihují pocity během záchranné práce.

3) Mocný mezi slabými

Tak by se dal jednou větou charakterizovat motiv vedoucí k touze po pomáhání obětem neštěstí. Ale tuto poněkud kritickou teorii si tu ještě více rozvedeme.

Základem je vztah k obětem. Samozřejmě je v něm obsažena empatie a soucit, ale mimo toho i moc sui generis. Čím větší neštěstí, které oběti postihne, tím větší míra potence, kterou záchranář zažívá. Čím bezmocnější oběť, tím lepší objekt pro splnění našich nevědomých přání. Mimořádné události jsou pro obyvatelstvo nad rámec možností je zvládat, ale pro záchranné týmy jsou naopak výzvou a hlavně příležitostí k utvrzení vlastní důležitosti a pocitu nadřazenosti nad ostatními. Budu opět citovat vojenského psychologa Štrobla (2003), který popisuje pocit záchranáře při záchranné práci takto:

„Stavy nouze doslova vyzdvihují záchranáře do jakýchsi magických výšin, a tak, byť ustálené spojení hovoří o problémech, které se valí na naši hlavu, tyto situace pod

našima nohama paradoxně budují jakýsi piedestal, ze kterého můžeme na bezmocné oběti s odhodlaným výrazem ve tváři shlížet.“

Záchranářův postoj ke katastrofě je ambivalentní. Protože na straně jedné cítí samozřejmě soucit, empatii a dost možná i lítost nad oběťmi katastrofy. V krajních případech může zažívat i strach, zlost a smutek, čili emoce podobné, jaké mají primární oběti. Na straně druhé je sám zmítán svými vlastními nevědomými pohnutkami, s kterými může dokonce katastrofa i ladit. Potom tedy záchranný pracovník vstupuje na scénu z pozice toho silného, rozhodného a odvážného hrdiny, který není zatížen osobní ztrátou či utrpením. Protože právě během záchranných prací si mnohem více než jindy uvědomuje svou hodnotu, upotřebitelnost a užitečnost a intenzivně tak cítí naplnění ve své práci, což ho seberealizuje. A také se mu dostává od postiženého obyvatelstva pozitivní a naprosto jedinečná zpětná vazba, která jej zahrne obdivem, úctou a vděčností.

Je tady také zajímavé, že není problém odmítnutí záchranné akce, ale právě naopak silná tendence být v těchto mezních situacích fyzicky přítomen a dokonce i provádět riskantní chování, které jak už víme, nebývá vedeno jen hrdinskými pohnutkami, ale i zcela nevědomými impulsy.

Tyto faktory často zkreslí vnímání reality na objekty, s nimiž je v tuto chvíli možné manipulovat, a tím si odpočinout od tlaků svého vnitřního světa a dost možná i získat iluzi o tom, že včerejší problémy jsou dneškem vymazány. Faktem ale i nadále zůstává, že tyto vnější události nevedou k definitivní úlevě.

Domnívám se, že tímto mohu motivaci k výkonu povolání uzavřít, protože zde bylo řečeno mnoho pohnutek, ačkoliv uznávám, že často velmi kritických a laděných psychoanalyticky a hlubinně. Ale jak jsem již předeslala v úvodu, hodlala jsem se zabývat hlubšími psychologickými aspekty a nejt jen po povrchu problematiky.

2.2 STRESOVÉ A RIZIKOVÉ FAKTORY POVOLÁNÍ V IZS

Pro komplexní pohled na náročnost povolání v rámci IZS a následné podchycení některých klíčových faktorů v problematice potencionálního vzniku PTSD, je nutné popsat specifika těchto povolání. Některé charakteristiky jsou podobné nebo společné pro všechny tři složky.

Práce v záchranném systému je celkově vnímána jak veřejností, tak často samotnými pracovníky sama o sobě, jako stresující a náročná kvůli náplni práce. Členové IZS se setkávají s nepřírozenou smrtí, která je náhodná, nepředvídatelná, někdy dokonce i hromadná, tudíž postrádá na rozdíl od smrti přirozené jistou dávku lidské důstojnosti. Nepředvídatelná smrt je jedním z hlavních důvodů, proč je tato práce tak ohrožující, co se týče psychiky pracovníků. Začala jsem asi nejvíce stresujícím důvodem, tak v něm budu i pokračovat, než se dostanu k „méně závažnějším“.

Nyní se budu chvíli věnovat jen Záchranné službě. Zabývá se totiž oblastí urgentní medicíny a neodkladné péče, kde je nezbytné vyrovnat se s fenoménem smrti.

Kromě intenzivní medicíny není žádné jiné odvětví tak úzce specializované na odvrácení smrti (Bláha, 1999). Pro zajímavost ještě nabízím zamyšlení se nad resuscitací: *„Resuscitace je vědomým pokusem zachránit život pacienta, ale dá se pojmout i jako nevědomá snaha potlačit myšlenku na vlastní smrt.“*

(Šeblová, Kebza, 2007). Není ani jednoduché řešit dilemata ohledně třídění (triage) zraněných při hromadném neštěstí.

Dále se zdravotničtí záchranáři musí konfrontovat s nemocnými, bezmocnými a zraněnými lidmi. Tato konfrontace s lidmi v krizových situacích často vede ke spoluprožívání a spolucítění s postiženými, ale také vyvolává uvědomění si vlastní zranitelnosti a pomíjivosti všeho okolo, včetně nás.

Tato setkání s bezmocnými lidmi v osobní nepohodě či neštěstí jsou nebezpečná také tím, že profesionál nesmí dát najevo žádné své emoce, ani ty dobré. Musí je potlačit a jednat profesionálně bez osobní angažovanosti. Ačkoliv je to pro výkon povolání nejspíš primárně nutné, není to dle mého názoru z hlediska dlouhodobého potlačování vhodný postup. Potlačené emoce se hromadí, kulminují a zasahují do našeho osobního života takovou měrou, že si to kolikrát ani sami nedokážeme představit. Můžeme mít pak tendence potlačovat emoce i v běžném životě, protože už jsme prostě tak naučeni a „nastavení“, může nám po čase chybět diferenciací situací a my potlačujeme emoce i tam, kde to není zase až tak nutné, ovšem nechci se zde dopouštět přílišné generalizace. Ale jelikož je psychika složitá a velmi individuální komplex a zřídka jde o ní vyřknout obecné tvrzení platící pro většinu jedinců, může v potlačování emocí zafungovat i druhý protipól, a to přehnané reakce po pomnutí velkého pracovního nasazení.

U jedince může proběhnout katarze nakulminovaných emocí a někdy i neadekvátní formou z pohledu okolí.

Dále i povaha povolání mimo terén je popsána jako poměrně stresující. Střídá se zde totiž období horečnatého nasazení s dobou klidu a očekávání výjezdu. Samo o sobě čekání a nečinnost je provázána jakýmsi napětím, tělo a mysl je neustále v pohotovosti, připravena na výjezd, organismus je stále svým způsobem nabuzen. S tímto souvisí i nerovnoměrné rozložení výkonu práce během služby.

Nutná je pro toto povolání práce na směny, kdy se střídá nepravidelný spánkový vzorec. A to nemluvě o nočních směnách, kdy jedinec musí zmobilizovat ze spánku své síly a soustředění a jednat naprosto účelově. Možný negativní dopad pracovních směn je i na společenský a rodinný život. Stresujícími prvky v práci IZS se zabývalo několik autorů (James, 1998; Pudil 1998) a definovali kritické události pro toto povolání typické: smrt kolegy během výkonu služby, vážné zranění během výkonu služby (vlastní nebo kolegy), sebevražda kolegy, závažné a zejména hromadné dopravní nehody, traumatická smrt nebo těžké zranění dítěte, ošetřování kritického popáleninového traumatu a událost s velkým zájmem médií.

Ursano (1999) ještě dodává, že už sama práce s pozůstatky obětí a identifikace zemřelých je jeden z možných spouštěčů posttraumatické stresové poruchy.

Nizozemská longitudinální studie zkoumající expozici akutnímu i chronickému pracovnímu stresu zjišťovala zdravotní dopady a možnost vzniku různých psychických poruch u členů záchranných složek. Z chronických stresorů byly jako nejzávažnější shledány nedostatek sociální podpory a sociálních vazeb v práci. A za nejvíce stresové označili probandi traumatickou smrt dětí, na druhém místě jmenovali konfrontaci s lidmi s pocitem zoufalství a beznaděje a na třetím místě pak konfrontaci se sexuálně zneužitým dětmi (Ploeg van der, Kleber, 2003).

Nakonec je třeba ještě dodat, že toto povolání činí stresující i vysoká zodpovědnost, vysoké nároky na schopnost rozhodování, minimální autonomie pracovního procesu a u některých zaměstnanců i vysoký počet přesčasových hodin. V případě policie je ještě nutné zmínit dost důležitý stresový faktor, který u jiných členů nenajdeme, a to použití střelné zbraně i bez následného poranění. Policista má sice přesně dané situace, kdy a jak může přistoupit k použití určité zbraně, což ovšem nesnižuje psychickou náročnost tohoto kroku a rozhodnutí.

Policista sice může vědět, že tato konkrétní situace, ve které se nachází, je indikována pro použití střelné zbraně, ale pořád je to on, kdo musí vystřelit. Nehledě na to, že po zásazích, kde byla použita střelná zbraň, dochází k prošetřování, zda byla tato represe adekvátní, zvláště při poranění pachatele.

Storm a Rothmann (*cit. Denský, 2006*) umisťují práci příslušníků policie mezi nejstresovější společenské profese. V roce 2003 vymezili několik faktorů, které patří do široké škály policejních stresů. Vedou k pocitům napětí, strachu, nejistoty a hněvu. Těmito faktory jsou: zásahy proti občanům, kteří narušují veřejný pořádek, negativní postoj řidičů vůči silničním kontrolám, řešení případů domácího násilí, účast při smrtelných dopravních nehodách, nedostatečné finanční a jiné ohodnocení, mnohdy neuspokojující vztahy v pracovním prostředí. Jmenovaní autoři se také zabývají mírou kriminality příslušníků policie. Na základě monitorující studie považují za objektivní příčiny páchaní trestné činnosti policistů účinky stresových, konfliktních a zátěžových situací působících na psychiku příslušníků sboru. Důsledky těchto negativních situací lze pozorovat ve vztahu k pracovnímu kolektivu i ve vztahu k rodinnému životu policisty (*cit. Denský, 2006*).

Raiskup (*cit. Matoušková, Spurný, 2005, s. 59*) považuje za základní zdroje stresu v policejní profesi: společenský význam a důležitost práce policisty, vědomí odpovědnosti, existenci rizika, konflikty a konfliktní situace a s nimi související zvýšené nároky na sebekontrolu a sebeovládání policistů. Zdrojem stresu může být vše, co v účastnících interakce (policista – občan) vyvolává pocity nepřipravenosti, nekompetentnosti, bezmoci, ohrožení pro ně významných hodnot či potřeb. Svou roli v podobnosti zde hraje fakt, že všechny tři složky jsou službou lidu, pomáhající profesí, všichni jsou pod časovým nátlakem a jejich práci mimo jiné sleduje veřejnost, která v současné době podléhá trendu podávat s „oblibou“ žaloby a stížnosti na postupy jednotlivých složek. Často se tak může zasahující jedinec dostat do vnitřního konfliktu, kdy by rád jednal určitým způsobem (nemám na mysli nezákonným), ale nedovolí mu to přítomnost svědků. Jako příklad bych uvedla neojedinělé slovní napadání posádky zasahující na místě, kdy by například záchranář či policista rád přistoupil k tomu, že by oplatil stejnou mincí jako v civilním životě. Ale bohužel si musí zachovat profesionalitu a nesmí se nechat vyprovokovat okolím k podobnému slovně-agresivnímu chování, jako má pacient či občan.

Ačkoliv se tento příklad může zdát jako stresující situace zanedbatelný, přesto si dovolím ho takto hodnotit. V jedinci pak může zůstat nepříjemný pocit nespravedlnosti a neuzavřeného tvaru dle gestalt teorie.

Co se týče příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR, tak jelikož jsou v součinnosti s ostatními složkami, je mnoho situací, které mohou být vnímány jako stresující, podobných či dokonce stejných. Podle Sotolářové (2006) je za silně stresující považováno potencionální ohrožení vlastního zdraví či života, smrt kolegy, smrt dítěte či mladého člověka, mnohočetná zranění a případy kruté a nepřírozené smrti, pohled na mrtvé a konfrontace s pozůstalými, smrt oběti během neštěstí v průběhu záchranné práce (např. během vyprošťování) a jako poslední zmiňuje Sotolářová nezdařený záchranný pokus.

Tímto bych výčet potencionálně stresových faktorů ukončila, ale ještě bych znovu podotkla, že ačkoliv je literatura uvádí jako náročné aspekty daných povolání, jde i v tomto případě o zkreslení individualitou, protože co je pro jednoho zatěžující, pro druhého může být běžná záležitost.

2.3 TEORIE NÁROČNÝCH SITUACÍ A MIMOŘÁDNÝCH UDÁLOSTÍ

Abychom se mohli podrobněji zabývat zátěží a stresem v záchranných složkách, je nutné si na začátek nejprve vymežit tyto pojmy obecně a nějak zachytit princip jejich vlivu a fungování.

Pojem stres není nikomu úplně cizí, protože se s ním dnes a denně běžně setkáváme, ať už ve spojení s nedostatkem času, v práci pod nátlakem, v dopravní zácpě,... Ale každého z nás mohou zasáhnout i náročné životní situace, kdy je krize tak zásadní, že už nejde o běžný stresující podnět, proto následuje i abnormální reakce a zátěž na nás vyvíjená se naprosto vymyká našim dosavadním zkušenostem, a my tak často zůstaneme situací natolik paralyzováni, že nevíme, co si počít a jak dál jednat.

2.3.1 Mimořádné události a hromadné neštěstí

V této kapitole pojednávající o náročných životních situacích začnu těmi nejtěžšími možnostmi, jaké mohou nastat, ale vzhledem k tématu celé práce je nasnadě, že právě tyto situace mají v sobě ten potenciál zanechat v zasahujících složkách nesmazatelnou stopu traumatu.

Samozřejmě, že existují menší stresující reakce, jde-li je tak nazvat, které mohou po jistém nastřádání vyústit ve stresovou poruchu, ale mimořádné události typu např. hromadných dopravních nehod si o toto nebezpečí vyloženě říkají. Nutné ještě podotknout, že tyto kritické události spíše více ohrozí samotné oběti, než členy záchranných složek, protože na to nejsou v nejmenším připraveni, ale i zasahující jednotky jsou také jen lidi s emocemi a prožíváním a nebylo by na místě jim ohrožení také připustit.

Ačkoliv se lidstvo děsí neštěstí a katastrof, musíme uznat, že během celé historie se staly součástí života, ačkoliv jeho stinné stránky. To, čím se stává katastrofa děsivou je, že tvoří jakousi polaritu k tomu, co dělá naše životy přehledné, bezpečné a do jisté míry námi uchopitelné. Máme představy o tom, jak svět funguje, věříme různým mýtům a teoriím, jsme zaběhlí do životního procesu...do doby, než naše životy zasáhne neštěstí – to ochromí naše struktury a představy, které máme o světě vytvořené, ztratí se pocit bezpečí a životní jistoty. Ztrácíme orientaci, svět je nepředvídatelný, nesrozumitelný, nepřátelský a stejně takto můžeme chápat i lidi v něm. Náhle se ocitneme v naprostém chaosu, v blízkosti destrukce, lidského utrpení, zranění, smrti, zmaru a relativní či totální bezmoci. Neštěstí ale není jen o přírodních katastrofách a pádech letadel, kupříkladu, ale i o nehodách, násilné kriminalitě a podobným událostem, které velmi hluboko zasáhnou jednotlivce a mohou vést ke vzniku psychického traumatu. Kastová krizi definuje takto: *„O krizi hovoříme tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a možnostmi zvládnutí, které má k dispozici. V krizi jedinec cítí ohrožení své identity, kompetence utvářet svůj vlastní život. Prožitek schopnosti formovat život pro nás má vysokou hodnotu, která je v krizi ohrožena“* (Kastová, 2000, dle Hoskovcová, 2009, s.83).

Dále o mimořádné události můžeme říct, že její síla spočívá v tom, že je **nečekaná**, jak jsme nastínili výše. Doložila bych toto tvrzení citátem týkající se sice smrti, ale protože v těchto situacích smrt často figuruje, nebude tento výrok úplně od věci. Protože mám tento výrok poznamenaný již několik let, bohužel neznám autora, ale vzhledem k ilustraci budu i přes to citovat, ačkoliv může vyznívat pateticky:

„Největší síla smrti je v tom, že je nečekaná. Zlomek vteřiny a všechno je jinak.“
(Sochor,2007)

Mimo jiné je mimořádná událost **velmi intenzivní, nevyhnutelná** (jedinec z ní nemůže uniknout), **ohrožující** (obává se nejhoršího). Protože je tato situace neznámá a jedinec nad ní nemá kontrolu, tak i tento fakt se stává zatěžujícím, protože my v tomto okamžiku nevíme, jak máme jednat, nejsme si jistí našimi reakcemi a zda jsou vůbec adekvátní, proto i naše samotné prožívání může být zdrojem silné úzkosti a stresu (Kohoutek, 2010).

Ještě bych na okraj zmínila, že tyto náročné situace charakterizuje ten fakt, že mají **minimální předvídatelnost** (člověk neví, co bude dále následovat) a jsou značně **nejednoznačné** (v prvních chvílích člověk nemusí vědět, co celá situace znamená).

V neposlední řadě **ohrožuje identitu jedince**, bere mu pocit bezpečí, životní jistoty a hlavně pocit kompetence utvářet si vlastní život, který je pro člověka velmi důležitý. Jakmile člověk ztratí pocit, že si svůj svět netvoří sám, život se neodvíjí podle něj samotného, pocit životní jistoty se vytratí a mohou se dostavit další zúskostňující stavy (Kohoutek, 2010). V neposlední řadě dochází k **nabourání sociální hierarchie a řádu**, už nemusí platit uspořádání společnosti, co doposud – z obyčejných lidí se stávají hrdinové, kteří pomáhají ostatním, nebo např. nadřizený není už ve stejném postavení, katastrofa tyto rozdíly smaže (Kohoutek, 2010).

Znovu bych ráda podotkla, že předcházející informace jsou sice spíše zaměřeny na pohled zasažených obětí mimořádnou událostí, ale přesto jsem sem zařadila tento popis k úplnému vykreslení situací, se kterými se členové IZS setkávají.

2.3.2 Průběh reakce na traumatizující událost

Dziaková (2009) uvádí krizi jako situaci, jež přesahuje schopnost člověka se s ní vyrovnat a zvládnout ji. Zároveň popisuje časový průběh reakce na traumatizující událost:

➤ **Fáze omámení a šoku** : Trvá v rozmezí 24-36 hodin. Tato fáze se vyznačuje jak tělesnými příznaky (třes, nevolnost, pocení,...), tak psychickou otupělostí, zárazem myšlení, poruchami paměti, ztrátou orientace a prudkými a rychle se měnícími emocemi (strachu, zoufalství, vzteku); navíc může docházet ke ztrátě zábran (nekontrolovatelný pláč, klení), nebo se může chovat agresivně útoky na domnělé původce neštěstí, či zachovává paradoxní klid. V tomto stadiu potřebuje postižený informace stručné, jasné, pravdivé.

➤ **Fáze výkřiku** : Vyskytuje se do 3 dnů po události. Přetrvává pocit omámenosti v pocitu derealizace. Časté jsou disociativní prožitky, kdy se jedinec cítí oddělen jako by „za sklem“, kde se ho nic netýká, je v izolaci od vnějšího dění i od vlastních prožitků. Tyto prožitky ho ale chrání před zaplavením traumatizující skutečností. Zároveň ale může dojít i ke zdánlivě opačné reakci – zvýšené aktivaci a neschopnosti „vypnout se“. Toto souvisí s připraveností k obraně na základě přehnané úlekové reakce. V této fázi spočívá pomoc i nadále v konkrétním a věcném výhledu do blízké budoucnosti, jako je zajištění ubytování, stravy a lékařské péče.

➤ **Fáze hledání smyslu** : Bývá v období od 3 dnů do 2 týdnů a nejlépe ji vystihuje věta „Proč se nám to stalo?“. Tento čas je důležitý pro naslouchání obětem neštěstí, lidé potřebují o události opakovaně mluvit, zpracovat ji a porozumět jí. Hledání a nalezení smyslu postižený člověk potřebuje, aby mohl oživit pocit, že věcem opět rozumí a dějí se s ohledem na něj.

➤ **Popření a znovuprožívání** – Dochází k tomu v průběhu od 2 týdnů do 1 měsíce po neštěstí. Jedinec si zkouší namlouvat, že se mu to celé všechno jen zdálo. U někoho naopak probíhá strach, že se to celé zopakuje. V tomto období se vyskytují různé posttraumatické jevy, jako např. výše zmíněné popření skutečnosti a uzavření se do snů. Místo vděčnosti za přežití a záchranu vlastního života či majetku se spíše dostavuje hněv a pocit křivdy. V tomto období je důležitá psychosociální síť.

➤ **Posttraumatická fáze** : Trvá v rozmezí 1-3 měsíců po události. Jde o velmi citlivé období, protože se v něm rozhoduje, zda jedinec uvízne v negativním prožívání, nebo se „uzdraví“ a traumatický zážitek zintegruje do svého života. Uzdravení může být ale vědomě či nevědomě předstírané, čímž oběti hrozí odložená traumatická reakce. Někteří lidé ale nejsou s to zpracovat trauma po celý svůj život a vzpomínky jsou uloženy hluboko do nevědomí. Existuje předpoklad, že obětem rozsáhlých katastrof trvá přibližně 7 let proměna události v nezraňující vzpomínku (Kohoutek, Čermák, 2009; Dziaková, 2009).

2.3.2.1 Další projevy reakce na mimořádnou událost

Protože mimořádná událost zasáhne psychiku do všech jejích struktur, je tím pádem samozřejmě narušen proces i myšlení, který je silně ovlivněn emocemi. Jedinec není schopen v tuto chvíli plně pochopit a zpracovat nastalou situaci. Navíc hůře zpracovává informace, které jsou mu poskytovány a podávány, dochází pod vlivem silných emocí k tzv. **mentálnímu ohlušení** (Vymětal, 2009). Dále může docházet k paradoxním jevům – na straně jedné například amnézii na událost či poruchy paměti, ale na straně druhé intruze, živé vzpomínky a plastické znovuprožívání určitých momentů. Navíc může nastat jakýsi zlom ve vnímání času, protože člověk je v tuto chvíli jako by izolován od své minulosti a budoucnosti.

Kohoutek (2009) uvádí **zlom v životní dráze** dle Juena (2000). Do něj zahrnuje:

- **Časový zlom** – změněné vnímání času; pocit „nekonečné přítomnosti“, kdy není navíc dostupná minulost ve smyslu „nic už není a nebude jako předtím“, a zároveň se zdá nezvládnutelná budoucnost. Tento zlom má za následek neschopnost respektovat realitu a pocit ztráty kontroly nad budoucností.
- **Zlom v subjektivním pocitu kontroly** – pojednává o zaměření na vlastní emoce, tělesné prožívání a spočívá v tom, že jedinec, který je zaplavený tragickou událostí, tak se mu jeho akutní reakce může jevit jako nekontrolovatelná, což může následně zúzkostňovat.
- **Sociální zlom** – mluví o tom, že postižení jedince mají pocit, že jim může porozumět pouze ten, kdo prožil to samé, aby mohlo dojít k pocitu soudržnosti, sdílení a spřízněnosti mezi oběťmi. Zároveň se ale stává, že silně zasažení lidé ztrácejí porozumění pro méně zasažené.

Výše zmíněné sociální zlomy zde zmiňuji z toho důvodu, že je nesmírně důležité jejich překonání pro profylaxi rozvoje traumatických poruch.

U některých náročných situací nemusejí být projevy stresu tak výrazné, jak uvádím výše v kontextu neštěstí s dramatičtější průběhem a následky. Nebezpečný je také pozvolný úbytek energie a neschopnost obnovovat své zázemí i běžný život.

Maercker (1997) a Schuster (2000, dle Kohoutek 2009) uvádějí, že traumatizace probíhá dvojím rozdílným způsobem:

Typ I následuje po událostech, které jsou ojedinělé, nenadálé, mají jasný začátek a konec, příkladem může být těžký úraz, znásilnění, přepadení, technická katastrofa.

Tato událost se obvykle velmi silně a detailně vryje do paměti. Psychické následky bývají značné a mohou vést k rozvoji různých poruch.

Typ II vzniká na základě vícečetného, opakujícího se nebo přetrvávajícího traumatu, který byl způsoben opakovaným expozicím extrémním podmínkám, buďto v práci (hasiči), za války, při únosu nebo v důsledku delšího fyzického nebo sexuálního násilí.

V těchto situacích je jedinec nucen se neustále přizpůsobovat. Proto i důsledky bývají odlišné od typu I – jsou komplexnější, zasahují do větší hloubky. V tuto chvíli ale nebudu dále rozvádět konkrétní následky, protože tématu PTSD se budu věnovat podrobněji v následující kapitole.

2.3.3 Stres

Ačkoliv jsem se stresovými faktory a situacemi zabývala na předchozích stránkách, uvedu pro doplnění a celistvost základní a obecnější informace a poznatky. Pokud bychom si chtěli nějak vymezit posloupnost fází náročné životní situace, tak bychom umístili stres na pomyslné první místo.

Definujeme-li stres obecně, pak stres je reakcí na situaci, ve které „*se lidé setkávají s událostmi, jež vnímají jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody*“ (Atkinsonová, 2003, s.487). Jde tedy o nějakou zátěž, která je buď fyzická nebo psychická.

Ale existuje mnohem více teorií stresu. Na začátek zmíníme, že název stres zavedl fyziolog Hans Selye, který vykládá pojem stres jako „*souhrn všech nespecifických účinků různých činitelů, jež působí na organismus*“ (Selye, 1966, s. 66).

R. S. Lazarus modifikuje definici stresu následovně: „*Stres je nárok na jednotlivce, který přesahuje jeho schopnost se s nárokem vypořádat, bez problémů mu čelit.*“ (Schreiber, 1992, s. 16) a tuto teorii ještě rozšiřuje o toto:

„*Stres je jakýkoli vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, psychologický, politický), který ohrožuje zdraví některých citlivých jedinců.*“ (Schreiber, 1992, s. 17).

V souvislosti s výkonem povolání v IZS je nutné zmínit vystihující definici O.Mikšíka:

„Mluvíme-li o stresu, máme na mysli použití tohoto pojmu v souladu s jeho původním významem. Stressem tudíž rozumíme psychickou zátěž, při níž nějaká rušivá okolnost působí na organismus, hlavně pak na psychiku jedince v období realizace cílové činnosti a ztěžuje či narušuje svým působením (psychickým tlakem, vyvolávajícím specifický psychický stav a prožitky) její optimální, resp. zdárný průběh.“ (Mikšík, 1969, s. 283)

Podle Mikšíka je tedy stres zátěžovou situací, kdy navíc přistupují další faktory, jako jsou ztížené nebo neobvyklé podmínky činnosti, tlak deficitu času, činnost spjatá s rizikem či ohrožením, činnost s psychickou zátěží. Činnost, jindy únosná, tak nabývá povahy zvýšené až extrémní. Je ale namístě zmínit, že určitá míra stresu je pro člověka přínosná a často až povzbuzující. Mluvíme potom i tzv. eustresu, což je pozitivní stres motivující nás k výkonu a udržující optimální míru napětí. Opakem je ale distres, což je negativně působící stres. Oba tyto typy jsou stejné v chemickém průběhu, pouze se mění naše reakce na ně. Zatímco u eustresu zažíváme příjemné napětí a po něm radost z dosažení cíle, u distresu začneme ztrácet pocit jistoty a adekvátnosti. Cítíme přetížení, zoufalství, bezmoc a ztrátu.

Jak si ještě ukážeme, prožívání stresu má přímý vliv na náš zdravotní stav. Každý **stresor**, který nás působí, lze ohodnotit určitým počtem bodů, které lze sčítat, přičemž při dosažení 150 bodů je 36% riziko zdravotního onemocnění a při 300 bodech toto riziko stoupá na celých 83%. Vodáčková (2002) ještě uvádí, že suma 250 bodů je pro člověka hraniční a ocitá se na pomezí vlastních rezerv.

Holmes a Rahe (1967) měří stres z hlediska životních změn:

Posuzovací škála sociálního přizpůsobení (Holmes, Rahe, 1967)

<i>úmrtí partnera, partnerky</i>	100
<i>rozvod</i>	73
<i>rozchod manželů</i>	75
<i>úmrtí blízkého člena rodiny</i>	63
<i>úraz, vážné onemocnění</i>	53
<i>sňatek</i>	50
<i>ztráta zaměstnání</i>	47
<i>odchod do důchodu</i>	45
<i>smíření manželů</i>	45
<i>změna zaměstnání</i>	39
<i>závažné neshody s partnerem</i>	35
<i>změna odpovědnosti v zaměstnání</i>	30
<i>dítě opouští domov</i>	29
<i>problémy s nadřizovým</i>	23

Ve vnímání stresu sehrávají svou roli ještě další faktory. Jedním z nich je faktor **neovlivnitelnosti**. Čím neovlivnitelnější se nám událost zdá, tím více ji vnímáme jako stresovou. Závažné neovlivnitelné události zahrnují smrt milovaného člověka, vážnou nemoc a úraz nebo ztrátu zaměstnání. Mezi méně závažné situace tohoto druhu patří zdražování jízdového, odmítnutí naší omluvy za prohřešek,...

To, co činí tyto situace stresovými je to, že ztrácíme kontrolu nad událostí, nemůžeme ji řídit a dost často ani do ní nějak zasáhnout. Tento jev dokázali Geer a Maisel (1973) ve své studii, kdy pokusným osobám ukazovali barevné reálné fotografie obětí násilných činů. Kontrolní skupina, na rozdíl od skupiny pokusné, mohla ukončit prohlížení fotografií stisknutím červeného tlačítka. Obě skupiny si fotografie prohlížely stejnou dobu, ale pokusné osoby neměly možnost prohlížení ukončit. Kontrolní skupina vykazovala při reakcích na fotografie mnohem menší úzkost měřenou pomocí kožní galvanické reakce, která na základě poklesu elektrického odporu pokožky měří autonomní aktivaci, než skupina, která nemohla ovlivnit délku trvání expozice.

Pocit, že můžeme ovlivnit průběh událostí, snižuje naši úzkost, i když tuto možnost nijak dále nevyzkoušíme.

Druhým faktorem v otázce vnímání stresu je jeho **nepředvídatelnost**. Protože možnost předvídat výskyt stresové události i za předpokladu, že ji jedinec nemůže ovlivnit, obvykle snižuje intenzitu stresu. V laboratorních experimentech bylo dokázáno, že zvířata i lidé dávají přednost předvídatelným nepříjemným událostem před těmi nepředvídatelnými. Jakmile je očekávána nějaká náročnější situace, vykazuje člověk nižší emoční aktivaci, má méně strach a situaci pak vnímá jako méně nepříjemnou.

Vysoký stupeň nepředvídatelnosti sehrává svou roli i v záchranných povoláních a nejen tam. Nepředvídatelnost je v těchto povoláních vnímána jako silně stresující.

Jen tak pro zajímavost bych důležitost předvídatelnosti ještě ukázala na obětech týrání. Pokud oběť vnímala okamžik před mučením jako alespoň trochu předvídatelný, uzdravovala se posléze rychleji než jedinci, kteří se v tomto ohledu nacházejí ve zcela nepředvídatelné situaci (Basoglu, Mineka, 1992).

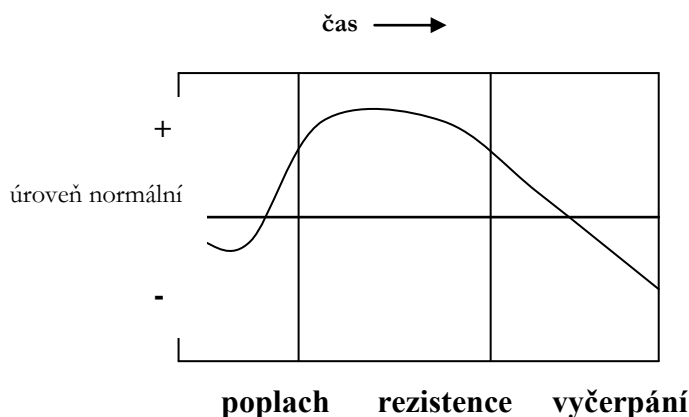
Průběh stresové reakce

Na stres reagujeme řetězcem vrozených fyziologických reakcí, kterými se snaží tělo uvést do původního stavu homeostázy bez ohledu na druh stresoru.

System reakcí na působení stresorů popsal H. Selye jako „generální adaptační syndrom“ (GAS) (Atkinson et al., 2003).

Generální adaptační syndrom v sobě zahrnuje tři fáze (stádia).

Obr. 1: Schematické znázornění generálního adaptačního syndromu



První fáze je nazývána **poplachovou**. Zahrnuje reakce organismu na působení stresoru, jejichž jádrem jsou nervové a hormonální mechanismy, které v těle navozují stav pohotovosti jako přípravu na boj nebo útěk.

Znamená mobilizaci organismu cestou sympatického nervového systému, jímž je aktivizována sekrece hormonů adrenalinu a noradrenalinu z dřeně nadledvin. Příprava na boj nebo útěk by nebyla možná bez uvolňování krevního cukru z jater a tukových složek z tukových tkání, jež jsou nezbytné pro získání energie pro svalovou práci. Zároveň se zvyšuje krevní tlak a stoupá rychlost krevního oběhu pro posílení výživy a kyslíkového zásobení pracujících tkání. Z adenohipofýzy se vyplavuje stresový hormon adrenokortikotropin (ACTH), který podněcuje kůru nadledvin k sekreci kortizolu. Vyplavení ACTH i kortizolu je podmínkou přežití stresu (Schreiber, 1992).

Pro úplnost probíhajících pochodů v organismu musíme ještě dodat vyplavování antidiuretického hormonu a oxytocinu z hypofýzy a také endorfinů, které způsobují tzv. stresové znecitlivění, tlumí bolest a navozují pocit pozitivního stavu.

Některé tělesné funkce jsou pak sníženy nebo zcela zastaveny, tj. trávení, pohlavní pud, imunitní systém. Reakce organismu pak doprovázejí ještě další projevy, které si zmíníme v dalším textu.

Druhou fází označil Selye jako **rezistenci, odolávání** nebo také **odpor**.

V této fázi je již ustálen „zmatek“ poplachové reakce, jsou rozvinuty specifické způsoby obrany organismu. Zvýšená činnost kůry nadledvin pokračuje, čímž pomáhá organismu čelit dlouhodobému stresu. Postupně dochází ke spotřebovávání a vyčerpávání energetických rezerv. Můžeme se u této fáze setkat i s označením adaptace (Atkinson et al., 2003).

Poslední fází je **vyčerpání, exhausce**. Organismus již nemá k dispozici žádné rezervy. Může nastat selhání organismu, které může skončit i smrtí.

2.4 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD z anglického názvu **posttraumatic stress disorder**) bývá dávana do souvislosti s mimořádnou a náročnou životní událostí, která na jedince působí jako natolik silný stresor, že se s ní často sám nemůže pomoci svých copingových strategií vyrovnat. Je spornou otázkou, zda jsou tímto syndromem ohroženi více civilní obyvatelé, které mimořádná událost zasáhne více neočekávaně a postihne jejich majetek a v nejhorších případech i zdraví jejich, či blízkých, a nebo zda více ohrožuje pracovníky, kteří se s těmito událostmi za svůj profesní život setkají pravděpodobně častěji, než ostatní lidé, ačkoliv bývají na tyto situace mnohem více připravováni.

A ačkoliv lze namítnout, že s nenadálou náročnou situací také nemusí počítat, tak během dojezdu na místo mají ještě prostor vytvořit si v mysli představu situace a jejího rozsahu, předpokládaný postup na místě, a tímto se na ni alespoň minimálně připravit. Nicméně dlouhodobá expozice náročným situacím a významným stresujícím faktorům, zmíněných v předchozích kapitolách, bude mít nezastupitelný vliv v etiopatogenezi PTSD.

2.4.1 Historie PTSD

O PTSD se nejprve hovořilo jako o válečných traumatech. První informace pocházejí z americké občanské války, ale rozšířeny byly studiemi po první světové válce.

Píše se v nich o tom, že muži, kteří dlouhou dobu žili v zákopech a vedli kruté boje, se po návratu z fronty chovali jako hysterické ženy. Je zde přirovnání k hysterickým ženám, protože toto období se hysterií velmi zaobíralo a teorie hysterie je dodnes spojována se jmény jako jsou Charcot, Janet, James a samozřejmě Freud.

Vojáci, kteří se vrátili z 1.světové války se pomočovali, křičeli, nemluvili, ztráceli sebekontrolu a trpěli poruchami paměti a prožívání. Tato reakce byla tehdejšími psychiatry nazývána jako **shell shock**, což byl nervový otřes způsobený výbuchem granátu a vzniklý jako následek psychického, nikoliv fyzického traumatu. Jinými užívanými termíny pro tuto poruchu byly: bojová stresová reakce, šok z bombardování a ostřelování. Pokud docházelo k nějaké intervenci, tak k individuální s psychiatrem.

Během 2.světové války se pak hovoří o válečné neuróze, bojovém vyčerpání a o bitevní únavě.

Tehdejší psychiatři začali této problematice věnovat větší pozornost než doposud a na rozdíl od dob 1.světové války, kdy jedinec zasažený traumatem byl považován za degradovaného zbabělce, dospěli k názoru, že válečnému traumatu může podlehnout úplně každý bez rozdílu odvahy a odhodlání k boji a povaha psychických obtíží záleží na míře vystavení krutým bojům. Dále odhalili jeden velmi významný faktor, který může vojáky chránit před těžkými následky – pevná emoční vazba mezi spolubojovníky. Dobová intervence probíhala jako skupinové sezení zaměřené na principy bezprostřednosti, blízkosti a očekávání, léčení pak formou hypnózy a různých psychofarmak.

Další systematický výzkum nebyl prováděn až do 70.let, kdy veteráni z Vietnamu žádali psychiatrickou pomoc. Během bojů s nimi kromě lékařů byli i psychiatři a psychologové. Ti poté popsali na vojácích řadu změn. Nezaznamenali jen takové reakce, jako pocity strachu, úzkosti, rezignace, hostility až skryté agrese, ale u některých vojáků i zcela nové symptomy. Především pak opakované prožívání traumatické události v myšlenkách, snech a představách (tzv.flashbacky), přičemž jsou některé vzpomínky na okolnosti události těžko vybavitelné. Nemocný se vyhýbá místům a situacím, které nějak s mimořádnou událostí asociují nebo mu ji mohou připomínat. Postižený je úzkostný, nepřiměřeně ostražitý, nedokáže se koncentrovat, preferuje izolaci od okolí, tenduje k panickým nebo agresivním reakcím. Překvapením v této době bylo, že se tyto příznaky nemusí objevit ihned po prodělaném traumatu, ale rozvíjejí se až v průběhu několika dnů až týdnů. Traumatické zkušenosti vojáků a vězňů v koncentračních táborech byly souhrnně označeny jako „*syndrom přežití*“.

Během následujících let se tyto pojmy začaly používat v USA v souvislosti s psychickými poruchami vyvolanými traumatickým zážitkem i v mírovém stavu, jakými jsou například pouliční násilí, znásilnění,...

V prvním vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* – dále jen DSM) byl traumatickým syndrom označován jako „*velká stresová porucha*“.

Kdežto pojem **posttraumatická stresová porucha (PTSD)** se poprvé objevil až ve druhém vydání DSM v roce 1968.

Je nutno ještě podotknout, že rozvoj výzkumu PTSD se netýkal jen obou světových válek a války ve Vietnamu, ale i po Libanonské válce v Izraeli v roce 1982, kdy byl proveden první vážný výzkumný projekt ukazující význam procesu debriefingu. Procesem debriefingu se budeme ještě zabývat na dalších stránkách.

Na konec ještě zmíním dvě důležitá jména spjatá s 2.sv.válkou, která ovlivnila další vývoj výzkumu: **Dr. Glen Srodes**, který působil v Normandii a vedl neformální skupinové rozhovory a ventilování. Po nich byli vojáci lépe připraveni k dalšímu boji. **Dr.S.L.A.Marshall** vedl debriefingy podobné CIRD (současná modifikovaná podoba, budeme zde o nich ještě hovořit). (Mitchell, Everly, 2001)

2.4.2 Popis a diagnostická kritéria PTSD

Nejprve si vymezíme PTSD v rámci DSM-III, kde byla PTSD zařazena pod velkou skupinu úzkostných poruch:

308.30 Posttraumatická stresová porucha, akutní

309.81 Posttraumatická stresová porucha, chronická nebo opožděná

V případě členů IZS může dojít k oběma výše zmíněným poruchám, proto zmíním i akutní formu.

Příčinou vzniku těchto poruch je psychické trauma, které vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresující situace, které mají následující povahu:

1. příčina přichází z vnějšku

2. je extrémně děsivá

3. navozuje prožitek ohrožení života, tělesné či duševní integrity

4. navozuje pocity bezmocnosti. (Vodáčková, 2002, s.360)

Během těchto situací naprosto selhávají běžné adaptační mechanismy, které fungují při běžné zátěži.

Nastalý pocit ztráty moci a vlivu je pro jedince zdrcující a nastává poté **akutní reakce na stres**. Ta se obvykle objevuje bezprostředně po prožitém traumatu do 2-3 dnů. Základem této reakce je spuštění obranných mechanismů, které mobilizují rezervy postiženého jedince, které mu pomáhají fungovat dál a v přeneseném významu i přežít.

Rozlišujeme dvě základní reakce – obranná reakce typu A (aktivní reakce), kde jak jsme si již řekli v kapitole o stresu, spouští buďto útěk nebo útok.

Pokud člen záchranných složek „vyhodnotí“ náročnou situaci jako významně stresující, dalo by se očekávat, že bude reagovat spíše tímto způsobem.

Můžeme potom u něj pozorovat tyto reakce, které jsou následkem fungování sympatiku: svalové napětí, zrudnutí v obličeji, krev se přesouvá do periferie, pocení, tachykardie, tachypnoe, hypertenze, jedinec disponuje velikou silou, třes rukou, subjektivní pocit zkrácení času.

Druhou formou (méně častou) reakcí na stres je pak akutní reakce typu B, která je pasivní a koreluje s parasympatickými účinky: ztuhlost; strnulost; omezení pohybu; pokud se jedinec pohybuje, tak jeho pohyb je nemotorný, nekoordinovaný; zpomalení fyziologických procesů, studený pot, studené akrální části těla; prožitky derealizace, depersonalizace; snížená schopnost rozumět verbálnímu sdělení druhých (viz. mentální ohlušení); celková paralýza.

Vzhledem k plné funkčnosti záchranářů a policistů by se dalo předpokládat, že se pravděpodobně nevyskytuje, protože touto reakcí je jedinec natolik paralyzován, že není schopen adekvátně jednat a fungovat sám za sebe, natož pak pomoci ostatním.

Nyní se vrátíme zpět k **chronické a dlouhodobé PTSD (F43.1)**. Začíná na stejném principu jako akutní reakce na stres, je vyvolána stejnými podněty a situacemi. Především se ale týká predisponovaných osob, tzn. jedinců oslabených dlouhodobým psychickým vypětím, fyzickým vyčerpáním a těch, kteří jsou nějak vystaveni závažné životní změně. Tato kritéria zaměstnanci záchranných složek splňují, jsou tedy už díky povaze zaměstnání pravděpodobně více disponováni k této poruše, pokud nastane nějaká náročná stresová situace.

Kromě mimořádných životních událostí tuto poruchu vyvolávají také *přírodní katastrofy, nehody vyvolané člověkem* (vážné dopravní nehody s větším počtem zraněných či s úmrtím, letecké havárie, rozsáhlé požáry) a nebo *člověkem záměrně způsobené neštěstí* (mučení, teroristické útoky, koncentrační tábory).

Jak jsem zmínila výše, na rozdíl od postižených obětí jedou zasahující složky na místo už částečně připraveni na to, že se setkají s neštěstím a se zraněnými.

Často vědí, do čeho jdou a k čemu jedou na rozdíl od přímých obětí, které situace zasáhne naprosto nečekaně.

Dalo by se říci, že přímé oběti utrpí větší psychický šok kvůli nečekanému momentu překvapení, což je jistě horší prognóza.

Také nemají zkušenosti s podobnou situací, spousta zúčastněných, pokud hovoříme např. o hromadné dopravní nehodě, nikdy předtím neviděla zraněného člověka.

Nicméně pravdou zůstává, že tyto situace mohou (a často to také udělají) zaskočit i profesionála, který na místě sice funguje, tak jak má, ale po odjezdu z místa s časovým zpožděním se u něj mohou objevit příznaky reakce na abnormální stres.

Dalším důležitým symptomem je, že traumatizující události bývají znovuprožívány různými způsoby. Většinou se člověku vše vrací v bolestných vzpomínkách, dochází u něj k nečekaným a rozrušujícím znovuvybavením, situace se opakuje v děsivých snech a nočních můrách, kde je situace znovu prožívána, tzv. "flashbacky". Může také dojít k různým disociativním stavům, které trvají několik minut, hodin až dnů. Během tohoto stavu se jedinec jako by ocitne znovu v oné náročné situaci a jako by všechno toto znovu ožilo a jedinec se chová stejně jako by tu událost znovu prožíval. Ale Vizinová v literatuře uvádí, že toto je častěji popisováno převážně u válečných veteránů jako pocity strnulosti, emoční anestezie a chybí odezva na vnější svět. Obvykle se toto vyskytuje brzy po traumatu.

Dále postižený může udávat, že se cítí odtržen od okolí, cítí uží odcizení a nezájem o dříve příjemné aktivity. Tito jedinci mají sníženou schopnost prožívání emocí všeho druhu, zvláště pak emoce spojené s intimitou, něžností a sexualitou.

V případě přežití nebo vyvážnutí bez zranění dochází k pocitům viny za vlastní přežití.

Tuto situaci dokládá svými slovy i jeden řidič ZZS, který nebyl účastníkem dopravní nehody dvou sanitních vozů, kde došlo k těžkému poranění zdravotní sestry s doživotními následky. „*Měl jsem tam jet já! Ne oni! Kdybych tam byl, možná by se to nestalo, je to moje vina, mělo se to stát mně.*“

Co se věku týče, vyskytuje se PTSD v jakékoliv věkové skupině, ačkoliv výzkumy označují jako nejohroženější staré lidi a děti.

Průvodními projevy jsou depresivní a úzkostné stavy, někdy tak silné, že může být diagnostikována úzkostná nebo depresivní porucha. Dále se objevuje zvýšená podrážděnost, přehnané úlekové reakce, nespavost, výbuchy agresivity, impulzivní chování a náhlé změny životního stylu.

Organicky se porucha může projevovat problémy s pamětí, soustředěním, emoční labilitou, bolestmi hlavy a závratěmi.

Ještě bych na závěr diferencovala akutní reakci na stres a PTSD, protože jsou si v mnohém podobné: akutní stresová porucha se objeví ihned a mizí během několika dnů. Je přechodná. Spíše je provázána vegetativními projevy úzkosti. A není vždy riziko, že se vyvine v posttraumatickou poruchu.

Riziko, že přejde v chronickou formu, je větší u lidí s fyzickým vyčerpáním a dalšími organickými faktory, jako je např. stáří či psychická porucha v osobní anamnéze.

2.4.2.1 Diferenciální diagnostika PTSD

Jelikož má PTSD několik podobných symptomů s dalšími poruchami, je nutné ji nějak diferencovat. Diagnózy, které sdílejí některé podobné aspekty, jsou deprese, panická porucha, fobie a tzv.pseudopsychóza.

Symptomatický překryv mezi PTSD a depresí zahrnuje sociální stažení, anhedonii, poruchy spánku a koncentrace, podrážděnost, dysforii a pocity viny. Odlišnými prvky jsou úleková reaktivita, znovuprožívání a fyziologické reakce na podněty spojené s traumatem. I poruchy spánku lze od sebe odlišit. Při PTSD ubývá REM spánek, ale u deprese přibývá. Latence REM je prodloužena u PTSD, u deprese je zkrácena. Noční můry, které u PTSD opakují prožité trauma, se objevují jak během nonREM, tak i během REM fáze.

Podobnost mezi panickou poruchou a PTSD je v tomto: přítomnost chronické úzkosti, náhlé rozrušení (panické ataky, flashbacky) a strach z příznaků rozrušení. Podobné jsou i poruchy spánku – snížená účinnost a kratší doba spánku, spánková latence. Přestože jsou si tyto dvě poruchy hodně podobné, lze je od sebe i tak odlišit.

U panických pacientů se neobjevuje znovuprožívání ani celkové psychické ochromení. Navíc panika se od flashbacků liší svým obsahem, protože panické ataky bývají spojeny s chybnou interpretací tělesných vjemů jako znaků hrozící katastrofy (např.nepravidelný tep jako hrozba srdeční příhody,...). Kdežto flashbacky se pojí s nedobrovolnou aktivací rušivé epizodické paměti. Jinými slovy, panická ataka je o následné hrozbě, zatímco flashback o minulé. U PTSD se nerozvíjí agorafobie jako u paniky.

Co se týče podobnosti s prostou fobií, obojí je charakterizováno strachem a vyhýbáním se určitým stimulům.

Někdy je těžké rozlišit tyto dvě poruchy, zvláště pokud prostá fobie vznikla jako následek traumatu. Jako příklad zde uvedu dopravní nehodu, která může vyvolat jak PTSD, tak fobii z řízení auta.

Ale podle některých autorů je pro tuto fobii typický úzce ohraničený strach z konkrétní činnosti, ale chybí už jiné symptomy PTSD, jako například emoční strnulost. Pro doplnění uvedu výsledek studie o dopravních nehodách.

Ta uvádí, že ponehodová psychopatologie bývá výraznější u spolujezdců než u řidičů, což koreluje s teorií, že za vznikem PTSD stojí pocit bezmoci a nekontrolovatelnosti. Také se častěji objevuje u osob, které věří, že nenesou za nehodu žádnou zodpovědnost.

2.5 Krizová psychologická intervence

Na závěr této práce bych ráda ještě nastínila možný postup péče o členy záchranných složek po profesně náročného zásahu.

Psychologická péče a podpora je poskytována profesím, které jsou exponovány **kritickým incidentům**, přičemž kritický incident definujeme jako „*náhlou neočekávanou událost, provázenou velmi vysokou úrovní stresu, která způsobuje silnou emoční reakci. Ta je natolik silná, že se její zvládnutí vymyká běžným mechanismům*“ (Nový, 11/2003, „Psychologická pomoc po krizové události“).

V rámci SPIS (Systém psychosociální intervenční služeb) je možné poskytnout buďto individuální nebo skupinový defusing/debriefing, který se vede dle stanoveného průběhu a struktury, nejčastěji dle CISM (Critical Incident Stress Management) podle Mitchella. Ovšem v našich podmínkách není licence pro debriefingy dle CISM a je postupováno dle NPIT (Nižší psychosociální intervenční tým), který z CISM vychází a odborným garantem výcviku je PhDr. Baštecká.

Je vize, aby na každém pracovišti byl proškolený peer (kolega) a v případě zaznamenání profesně náročného zásahu zkontaktoval koordinátora NPITu a ten nabídl Psychosociální intervenci zasaženým událostí.

Je-li zájem ze strany účastníků krizové události, je proveden defusing/debriefing, kterého se účastní dva odborníci na duševní zdraví (leader+coleader), kteří vedou celý proběh a dohlíží na strukturu setkání. Dále je podle počtu zasažených vybrán určitý počet peeru z řad profesních kolegů, ale ne nikdy kolega ze stejného pracoviště.

Principem přítomnosti peerů je to, že mají stejnou či podobnou profesní zkušenost a mohou poskytnout svůj pohled na prožitý zásah.

V ideálních podmínkách by se toto setkání mělo uskutečnit do 24-48hod, ale horní hranice není stanovena a záleží na individuálních potřebách. Je dobré, aby prožité emoce byly ještě čerstvé, ale zároveň by měla proběhnout konsolidace, aby se k zážitku přistoupilo s určitým časovým odstupem.

Je nutné ještě podotknout, že potřebu vyhledat psychologickou intervenci nemusí být po jednom abnormálním zážitku, ale i po nahromaděných stresujících událostech, kdy je jedinec exponován dlouhodoběji náročným situacím.

2.5.1 Průběh krizové intervence

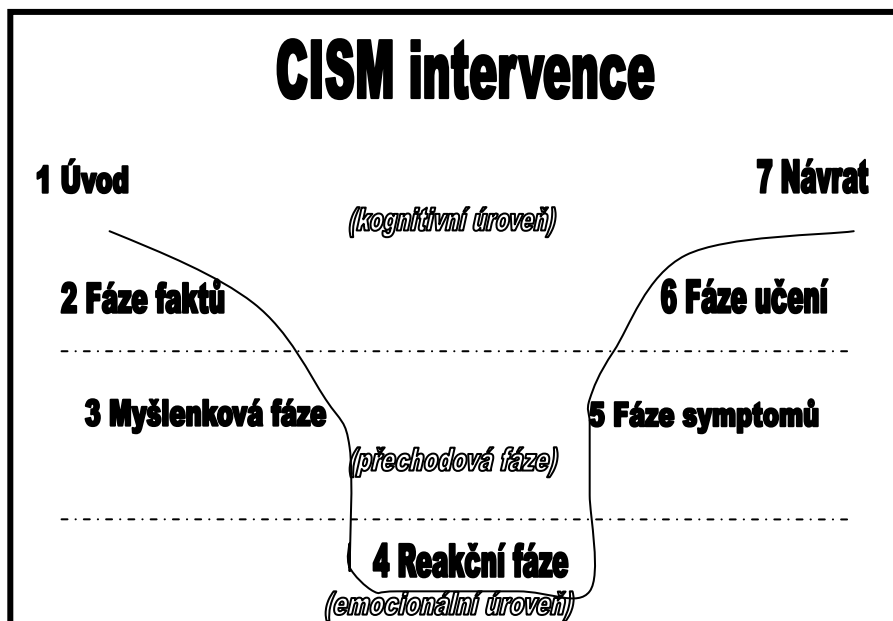
Caplan rozděluje psychologickou podporu profesionálů do 3 fází. **Pre-krizová podpora** je poskytována cíleně a systematicky ještě před vypuknutím krize formou školení a vzdělávání v této problematice. Dalším krokem je péče poskytována přímo v akutní fázi krize a nakonec jde o **post-krizovou** péči. A právě post-krizovou péčí se budu zabývat podrobněji.

2.5.2 Critical Incident Stress Management

Critical Incident Stress Management (dále jen CISM) je americký program pro poskytování posttraumatické krizové intervenční péče. Jeden z nejstarších CISM programů byl zaveden u hasičů v LA v roce 1986, ale model CISD (Critical Incident Stress Debriefing) byl už poprvé zmíněn a popsán v publikovaném článku v USA v roce 1983 americkým psychologem Mitchellem. Postupy CISM jsou školeny i v ČR. Personální struktura CISM má několik členů týmu:

Vedoucí (CISM director) poskytuje supervizi a monitoruje debriefingy. Dalším členem je **týmový koordinátor**, který např. řídí činnost týmu, nabírá nové členy. Důležitou složkou je **odborník na duševní zdraví**, který poskytuje psychologickou podporu. Pomoc CISM týmům poskytují tzv. **peers**, což jsou kolegové z vlastních řad. Kontaktují koordinátora v případě potřeby, provádí defusing a poskytují pomoc v terénu.

CISM má svůj propracovaný způsob, jak intervenovat. Má 7 dílčích kroků:



1 Úvod – trvá 5 minut, představí se tým, stanoví se očekávání, účastníci jsou informováni, že budou tázáni pouze dvakrát.

2 Fáze faktů – „Jak se jmenujete? Co bylo vaším úkolem? Co se stalo?“. Začátek vyprávění osobního příběhu na kognitivní úrovni.

3 Fáze myšlenek – „Co bylo vaší první myšlenkou po vypnutí autopilota?“. Přejít na emocionální úroveň, reflexe události.

4 Fáze reakcí – „Co bylo pro vás na celé situaci nejhorší?“. Ventilování pocitů.

5. Fáze symptomů – shrnutí stresových projevů, návrat do kognitivní úrovně, pojmenování a rozčlenění symptomů na fyzické, kognitivní, emocionální a behaviorální.

6 Fáze učení – zabývá se hlavními stresovými projevy a učí účastníky, jak s nimi zacházet a zvládat je, pokrývá základní techniky vypořádávání se stresem.

7 Návrat – prostor pro dotazy

Pro úplnost ještě doplním zásady správného debriefingu, který by měl být prováděn, jak jsem zmínila výše, v průběhu následujících 24-48 (event.72) hodin po krizové události, aby mohlo dojít k emočnímu odžití a ventilování nakumulovaného stresu. **SAFE R** je také užívaný **model**. Jeho struktura vypadá následovně:

- **Stimulation reduction** – úvodní fáze uklidnění
- **Acknowledgement of the crisis** – ujištění o tom, že jedinec skutečně prošel náročnou situací
- **Facilitation of understanding** – porozumění, práce s náhledem
- **Encourage effective coping techniques** – podpora efektivních způsobů vyrovnávání se s důsledky kritického incidentu
- **Restoration** – návrat na úroveň před incidentem (Hoskovcová,2009).

Možnost a využití CISM a SPIS po profesně náročných situacích je samozřejmě prvním krokem v psychologické péči a intervenci. Jde o profylaxi posttraumatické stresové a poruchy a burnout syndromu. Pokud jedinec utrpěl nadřámcovou traumatizující událost, zřejmě pouhý a samotný debriefing není jedinou cestou ke zvládnutí této zkušenosti a je dále nabídnuta další spolupráce s odborníkem na duševní zdraví, pokud má zasažený jedinec zájem. Právě debriefing slouží i k tomu, aby během něj byl/i vytipován/i nejvíce zasažené osoby a jim byla posléze ještě nabídnuta další psychologická, v těžších případech psychiatrická, pomoc.

Chtěla jsem poukázat na možnosti první psychologicko-sociální pomoci a ne na komplexní terapii PTSD, která je sama o sobě velmi široká.

Touto kapitolou bych ukončila teoretickou část práce.

3. Cíle práce a hypotézy

3.1 Cíle práce

3.1.1 Cíl 1

Prvním cílem této práce je teoreticky zachytit podstatu práce ve složkách Integrovaného záchranného systému a zaměřit se na faktory, které by za určitých okolností mohly působit jako natolik stresující podnět, ať jednorázově, nebo kumulativně, že by u některých jedinců mohlo dojít k vyústění v PTSD. Zejména se na podstatu těchto povolání podíváme z pohledu psychologie. Pokusím se zachytit určité společné rysy osobnosti záchranářů a policistů. Zaměříme se také na motivy (i nevědomé) vedoucí jedince k těmto povoláním, včetně náčrtu syndromu pomáhajícího.

Dále popíšeme a konkretizujeme stěžejní stresové a rizikové faktory v povolání IZS, na což navazuje teorie náročných životních situací a mimořádných událostí, kam spadá navíc hromadné neštěstí. Samozřejmě v tomto kontextu doplníme tuto problematiku o průběh reakce na mimořádné události a rámec uzavřeme teoretickým základem stresu jako takového. Na závěr teoretické části se budu věnovat samotné posttraumatické stresové poruše – pohledem historie, popisu a diagnostických kritérií a diferenciální diagnostiky.

3.1.2 Cíl 2

Mým druhým cílem bude pomocí dotazníku zjistit, zda respondenti z řad IZS prožili nějakou významně stresující nebo traumatizující událost a potažmo jakou. Dále mě v rámci tohoto cíle zajímá, jak často se s takovými situacemi setkávají. Dotazník se ptá i na možnou spolupráci s psychologem nebo jinou možností krizové intervence po prožitém traumatu. A protože se v teoretické části věnuji stresujícím faktorům, které zmiňují různé zahraniční výzkumy, je mým cílem zjistit, jak je tomu v našich českých podmínkách, zda jsou potencionálně traumatizující události „univerzální“.

3.2 Hypotézy

3.2.1 Hypotéza 1

Faktory popsané v teoretické části budou i samotnými respondenty vnímané jako traumatizující/ stresující, tzn. sami je budou s jistou variabilitou takto formulovat v otázkách s možnostmi volných odpovědí.

3.2.2 Hypotéza 2

Členové IZS se setkávají často se stresujícími situacemi.

3.2.3 Hypotéza 3

Hasiči, zdravotníci ani policisté nebudou mít příliš zájem o využití psychologické pomoci formou debriefingu po prožití náročné situace.

4. Metodika

4.1 Popis metodiky

Výzkum klíčových faktorů v etiopatogenezi PTSD u členů IZS jsme rozdělili do dvou částí, přičemž první část byla zpracována formou anonymních dotazníků vytvořených pro tuto práci. Dotazník měl 13 položek- 11 položek bylo uzavřených s nabídnutými odpověďmi a zbylé 2 byly určeny pro volné odpovědi respondentů pro možnost individuální formulace. Dotazník byl distribuován v Jihočeském, Ústeckém a Libereckém kraji ve všech 3 složkách. Výzkum byl realizován v průběhu prosince 2010 do března 2011.

Navíc jsou některé části praktického řešení doplněny o autentické výpovědi některých profesionálů, pro zajímavost a praktické uchopení problematiky.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Respondenti první části výzkumu byli anonymní členové Integrovaného záchranného systému v Jihočeském, Ústeckém a Libereckém kraji. Dotazníky byly předány vrchním sestřím Záchranných služeb jednotlivých oblastí a velitelům Hasičského záchranného sboru a Policie ČR. Všichni nechali respondenty vyplnit dotazníky během služby. Celkem bylo rozdáno 210 dotazníků. Dostatečně vyplněných a vhodných ke zpracování tvořil konečný vzorek 183 dotazníků, dohromady od všech tří složek.

5. Výsledky

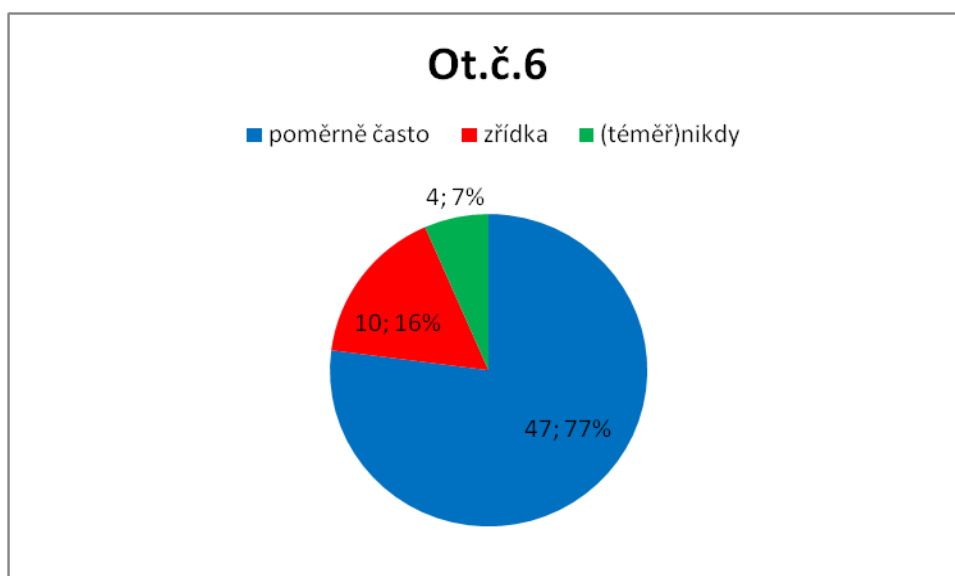
5.1 Policie ČR

Otázky bezprostředně týkající se náročných situací či stresovým faktorům jsem pro lepší přehlednost zpracovala graficky, zbylé otázky, které jsou pro téma doplňujícími a dokreslujícími, jsou zpracovány verbálně, bez grafického znázornění.

V prvních 5 otázkách byli respondenti dotazováni na obecné informace týkající se pohlaví, věku, délky praxe, rodinného stavu a vzdálenosti místa zaměstnání. Protože jsem v žádné ze skupin nezaznamenala signifikantní rozdíly nebo vliv na zkoumanou problematiku, rozhodla jsem se tyto otázky nezpracovávat graficky, ale pouze je verbálně popsat.

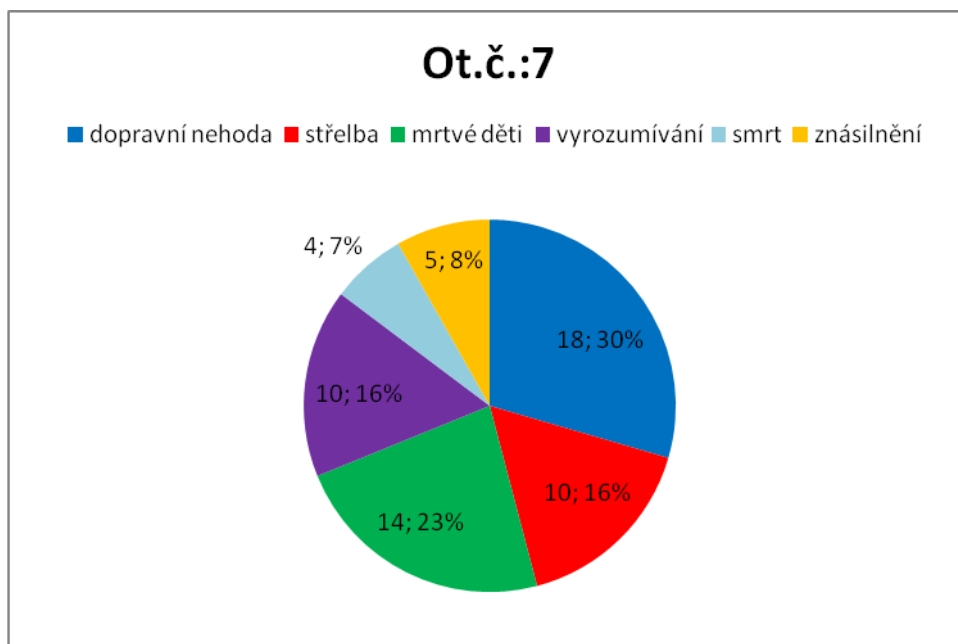
Vzorek PČR jsem měla zastoupen **53 muži a 8 ženami**. Nejsilnější věkovou kategorií v počtu **46** respondentů byla skupina do 40 let. Co do délky praxe, **20** respondentů slouží u PČR do 5let a **22** respondentů do 15 let. Ženatých/vdaných bylo ve skupině **36** a **15** jich žilo s partnerem/partnerkou.

Otázka č.6: Jak často se setkáváte se stresujícími až traumatizujícími událostmi?



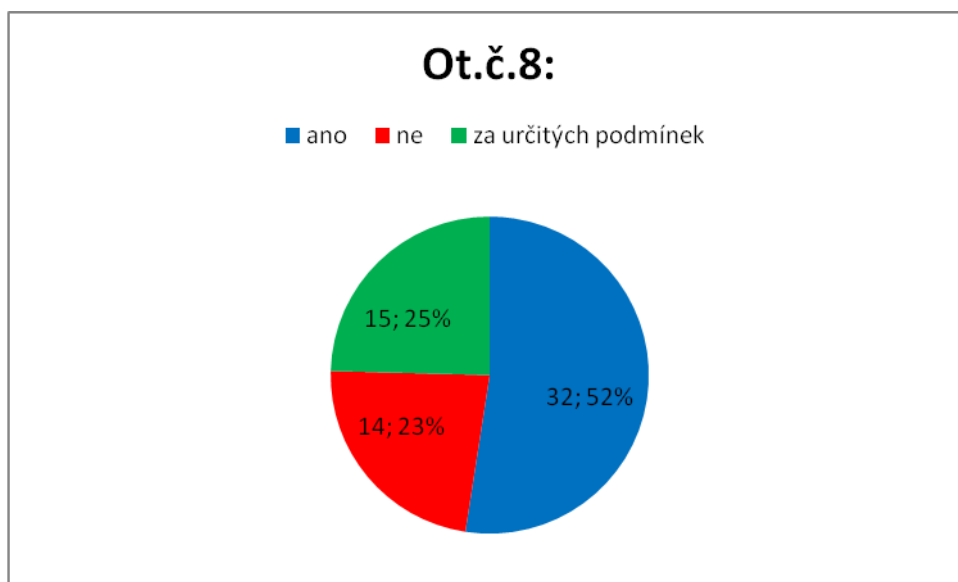
V otázce číslo 6 měli respondenti zodpovědět otázku, jak často se v rámci svého povolání setkávají se stresujícími událostmi. Více než **75%** dotázaných připustilo, že poměrně často, a pouhých **7%** (téměř) nikdy. Tato odpověď nejčastěji zaznívala u příslušníků mající nekratší praxi u PČR. Domnívala jsem se, že takto budou odpovídat spíše respondenti s delší praxí z možného důvodu habituace, ale opak byl pravdou. Vysvětlují si to tak, že během kratší praxe nebylo tolik příležitostí zažít mnoho stresujících událostí, ačkoliv praxe do 5 let není až tak zanedbatelným časem.

Otázka č.7: Můžete popsat takovou poslední událost?



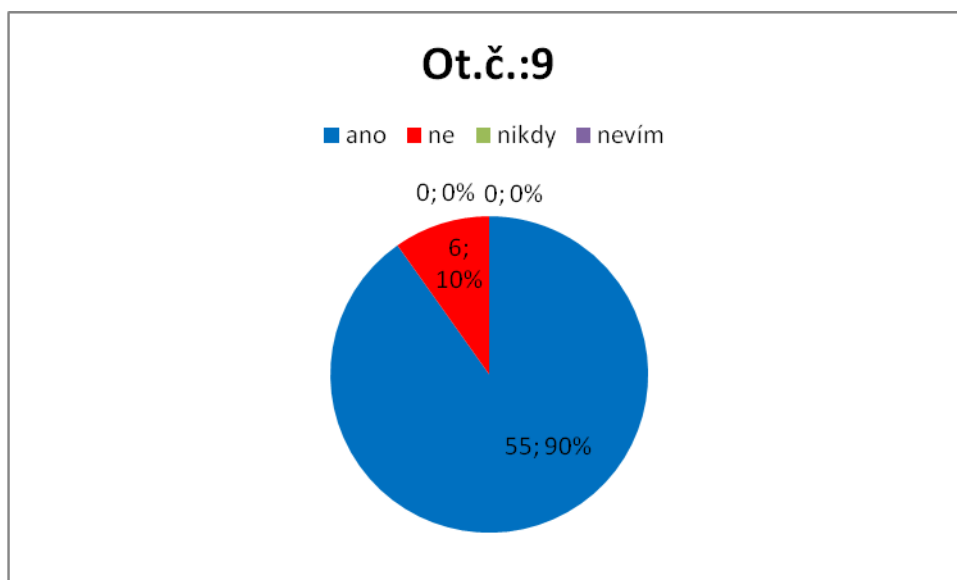
Tato otázka byla založena na možnosti volných odpovědí, kde mohli respondenti volně zformulovat tyto stresující situace. Ze všech volných odpovědí jsem vytvořila společné skupiny zakládající se na stejném nebo podobném stresoru, a vzniklo mi tak 6 skupin. V grafu jsou popsány pouze heslovitě z důvodu úspory místa, prostor jim věnuji až zde. Poměrně nejčastější odpověď (**33%**) byla popsána jako nejvíce stresující událost „dopravní nehoda s mrtvým/i účastníkem/y“. Jako druhým nejčastějším (**23%**) stresorem bylo označeno „úmrtí dítěte/děti“. Následuje s předešlými odpověďmi související „vyrozumívání pozůstalým“ a „střelba s následkem zranění/smrti“. Zbytek odpovědí se týkal „znásilnění“ v **8%** a „svědectví smrti“ jako takové v **7%**. Policie ČR je totiž často přizvaná i ke smrti přirozené, která ovšem byla beze svědků. Proto odpověď „svědectví smrti“. Navíc jeden z respondentů formuloval stresující událost takto: „Každá, kde je ohrožen lidský život či zdraví, včetně zasahujících“. Tato odpověď nemá větší četnost, ale pro dokreslení a trefnou formulaci jsem jí sem přesto zařadila.

Otázka č.8: Byl/a byste ochoten/a po takové situaci absolvovat skupinový debriefing (s psychologem) a sdělit své pocity?



Protože na otázku odpovědělo „ano“ **52%**, vnímám tento výsledek pozitivně ve smyslu důvěry v psychologickou „pomoc“ a vůbec přípuštění si toho, že jsou situace, které stojí mimo rámec běžného zvládnání, a není projevem slabosti, když tento zážitek chceme zaintegrovat do našeho života pomocí odborníka na duševní zdraví. Zbylá polovina policistů odpověděla přibližně nastejno **23%** „ne“ a **25%** „pouze za určitých podmínek“.

Otázka č.9: Uvědomujete si vždy, co je příčinou stresu, který prožíváte?

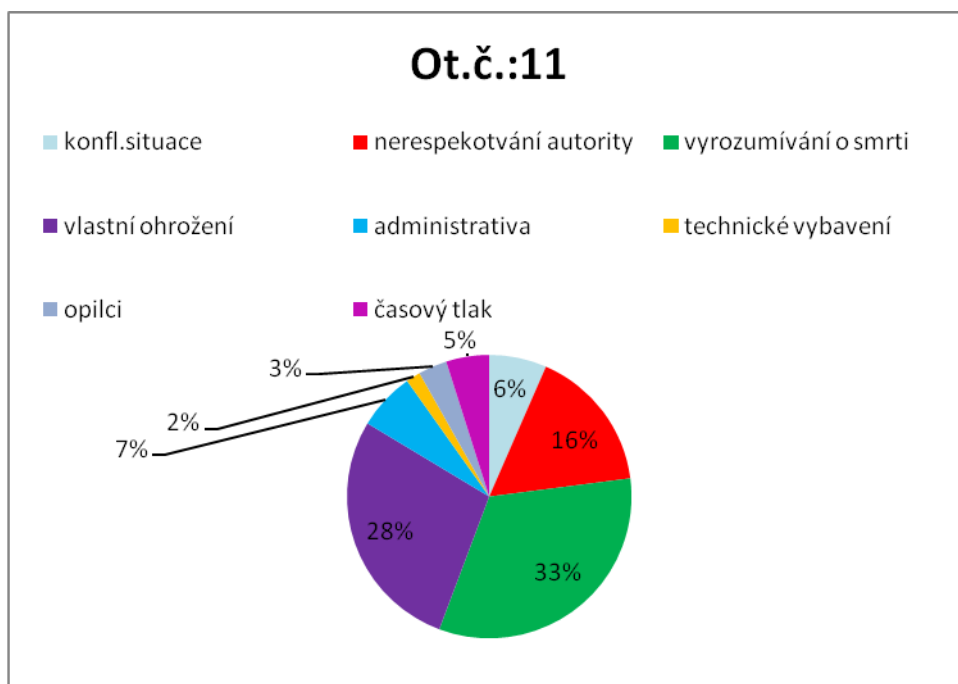


Domnívám se, že schopnost uvědomit si, co je příčinou prožívaného stresu, je pozitivní vklad do pozdější práce s následky stresu.

Stejně jako v předchozí otázce týkající se možnosti debriefingu s psychologem, není připuštění si stresu známkou slabosti, právě naopak. Policisté odpověděli v 90% „ano“. Pokud je jedinec schopný vědět, co je příčinou stresu a určitým způsobem sám sebe v těchto situacích znát, je tím pádem i schopnější s náročnou situací pracovat jak na ještě na místě, tak posléze i po odeznění. Netvrdím, že je jedinec automaticky schopný se se vším vyrovnat, ale prognóza n zvládnutí stresu bude lepší u člověka, který sám sebe zná v náročných situacích, než u člověka, co stresory jako by nevnímá a ty působí podprahově, a dost možná tím pádem i silněji, protože chybí ventil ke zpracování. Navíc je zajímavé, že u této odpovědi volili respondenti pouze odpovědi ano-ne, žádnou jinou.

V otázce č.10: Co Vám pomáhá se po takové situaci odreagovat? volilo **30** respondentů možnost **C**, čili „zábava, kultura a sport“. Rodinu, co by možnost odreagování, preferovalo **16** policistů a „kolegové“ byly voleny **8** respondenty. Pouze **5** dotazovaných by preferovalo samotu a klid po náročné pracovní situaci.

Otázka č.11: Co považujete při výkonu Vašeho povolání za nejvíce obtížné a zatěžující?(prosím streučně popiště)

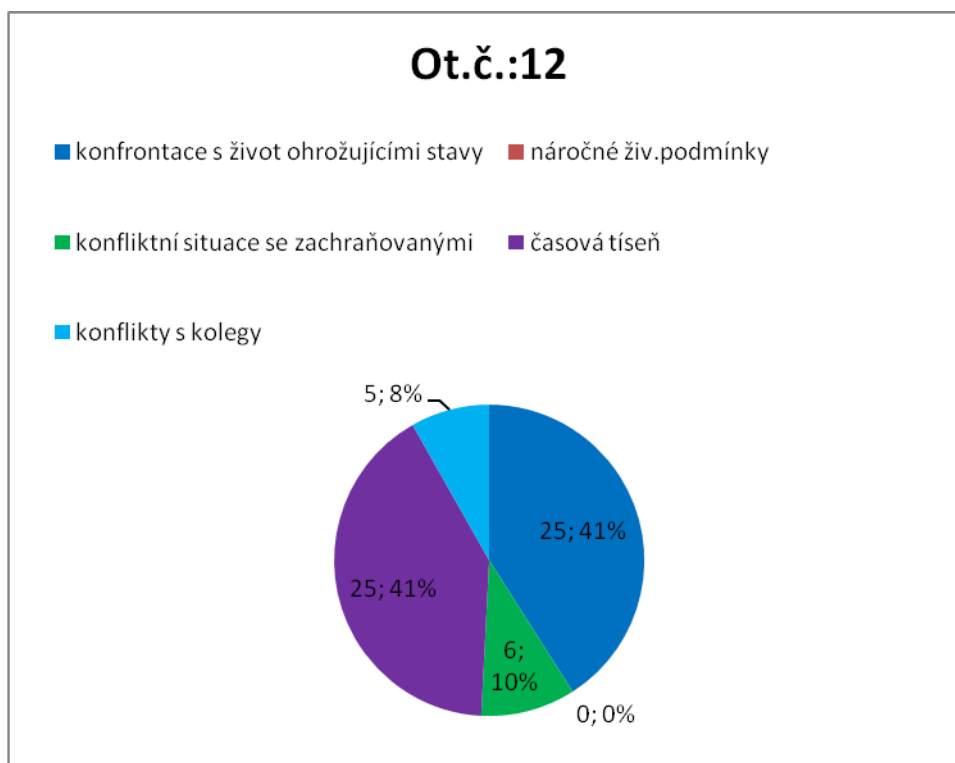


Podobně jako v otázce č.7 jsem i zde z odpovědí vytvořila skupiny se stejným jmenovatelem a výsledky zpracovala pomocí grafického znázornění.

Vyrozumívání o smrti bylo zastoupeno **33%** respondenty.

Následovalo v **28%** ohrožení vlastní osoby. Dalo by se tedy říci, že tyto dvě odpovědi mají v našem vzorku poměrně nejvyšší statistickou významnost. Pro zajímavost ještě dodám, že **16%** dotazovaných uvedlo jako nejobtížnější a nezatěžující „respektování autority osoby policisty“. Domnívám se, že je toto číslo poměrně k vyrozumívání a ohrožení vlastní osoby takto veliké vzhledem k tomu, že častěji se policista shledá s nerespektováním jeho osoby (např. během silničních kontrol či pacifikování opilců), než s vyrozumíváním o smrti či vlastním ohrožení. Nehledě na to, že pocit ohrožení vlastní osoby souvisí s nerespektováním policisty a jeho „moci“. Mezi dalšími odpověďmi se objevila administrativa, konfliktní situace, práce pod časovým tlakem a opilci. Okrajově bylo zmíněno jako zatěžující nedostatečné technické vybavení.

Otázka č.12: Které neobvyklé situace považujete za nejvíce zatěžující?



V této otázce měli respondenti nabídnuto 5 možných odpovědí. Z grafického znázornění vidíme, že nejvíce zatěžujícími situacemi shledávají policisté v **41%** časovou tíseň a ve stejném procentuálním zastoupení konfrontace s život ohrožujícími stavy. V části týkající se Zdravotnické záchranné služby poukážu v této otázce na zajímavý paradox. Konfliktní situaci se zachraňovanými shledalo nejvíce zatěžujícím **10%** dotázaných a **8%** volilo jako nejvíce zatěžující konflikty s kolegy.

Žádný z dotazovaných neuvedl mezi zátěžovými situacemi náročné životní podmínky, ve smyslu klimatické nepřízně.

Přemýšlela jsem, proč je pro někoho více zatěžující konflikt s kolegy a pro někoho život ohrožující stavy či práce pod časovým tlakem a domnívám se, že tyto odpovědi zřejmě korespondují s osobní zkušeností respondentů a může se zde i promítnout aktuální problém či poslední zkušenost. Pokud má někdo aktuální problém s kolegou na pracovišti a o kterém často přemýšlí, s největší pravděpodobností zakryje tato palčivost současného problému i náročnější, avšak nárazové náročné situace.

A samozřejmě tato variabilita může vycházet i z osobnostních předpokladů, kde někdo nemá problém pracovat pod časovým tlakem či řešit život ohrožující stav, ale dělají mu problémy

interpersonální vztahy a konflikty. Samozřejmě jde o pouhé spekulace a pokud nemáme komentář respondentů, můžeme jen hádat a usuzovat o výsledcích a důvodech.

Otázka č.13: Co pokládáte za klíčové ve fungování IZS?

Jako nejvíce klíčové ve fungování IZS chápe dobrou spolupráci všech tří složek **24** policistů . Následuje odpověď „pozitivní klima uvnitř jednotlivých složek“ , zastoupená **17** respondenty. Efektivní řízení velících složek považuje za důležité **12** dotazovaných a pouze **8** vidí jako důležitou „dobrou spolupráci s laickou veřejností“.

Dobré fungování IZS jako celku je důležité nejen během běžných a menších zásahů, např. u dopravních nehod bez těžkých zranění či smrti, ale hlavně u hromadných neštěstí a mimořádných událostí, kdy je důležitá návaznost jedné složky na druhou a hlavně konstruktivní spolupráce a být si nápomocni. Pokud jedna složka selže či komplikuje zásah, brání efektivní práci a zvládnutí krizové události i ostatním složkám. Důležitou funkci zde hraje velící složka, samozřejmě i dobrá spolupráce mezi IZS. Pozitivní klima uvnitř jednotlivých složek je důležité pro soudržnost a možné spolehnout se na druhého kolegu ve vypjaté situaci, kdy je nutné kooperovat ještě více, než kdykoliv jindy. Pokud není něco v pořádku uvnitř složky, pravděpodobně se to projeví v takto náročné situaci. Laická veřejnost je taktéž důležitá pro spolupráci, kdy může převzít nějaké jednoduché úkoly, pokud kooperuje na místě zásahu, např. držet infúzi, vypovídat, nebo prostě jen pomoci s drobnými úkony, které ovšem zasahující složky v těchto situacích zdržují.

5.2 Hasičský záchranný sbor

Vzorek Hasičského záchranného sboru (dále jen HZS) čítal **60** respondentů. V tomto případě, jakožto v jediné složce, nebyly mezi dotazovanými žádné ženy, protože dotazníky byly zadány pouze výjezdovým hasičům a mezi nimi nejsou ženy, alespoň ne na místech, kde byly dotazníky snímány.

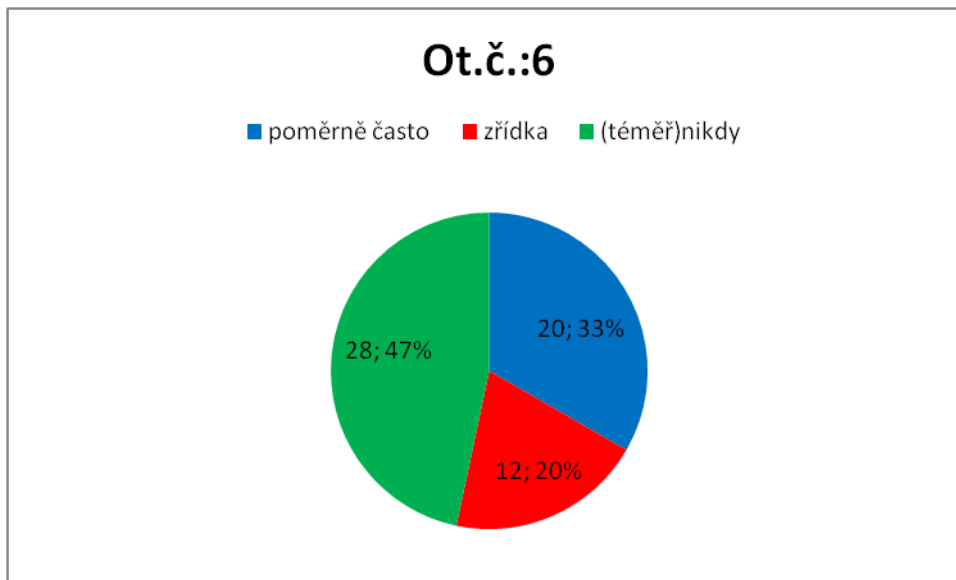
Nejčastější věkovou skupinou byla do 50-ti let (**n=30**), dále pak do 40-ti let (**n=24**). Zbývajících **6** dotázaných patřilo do skupiny do 30-ti let. Nikdo se nevyskytoval ve věku do 20-ti let a 60 a více let.

Co se týče odsloužené praxe u HZS, tak do 5-ti let bylo **39** dotázaných, **13** jich u HZS pracovalo do 15-ti let. Do 10-ti let byli jen **2** respondenti a **6** jich slouží nad 15let.

Nejčastějším rodinným stavem je ženatý/vdaná (**n=40**) a s partnerem/partnerkou (**n=13**). Rozvedení byli **4** hasiči a **3** byli svobodní. K této otázce bych doplnila takovou kuriozitu, která se mi u ostatních složek neobjevila – hasiči navíc rozlišovali a přísně zaškrtovali v odpovědi „přítel-přítelkyně“ slovo „přítelkyně“, zřejmě se domnívali, že bude vyhodnoceno i pohlaví partnera, se kterým žijí.

Otázka týkající se vzdálenosti zaměstnání, tak do 25km dojíždí **32** hasičů a v místě zaměstnání bydlí **23** dotazovaných. Do 40km dojíždí **5** respondentů.

Otázka č.6: Jak často se setkáváte s traumatizujícími událostmi?

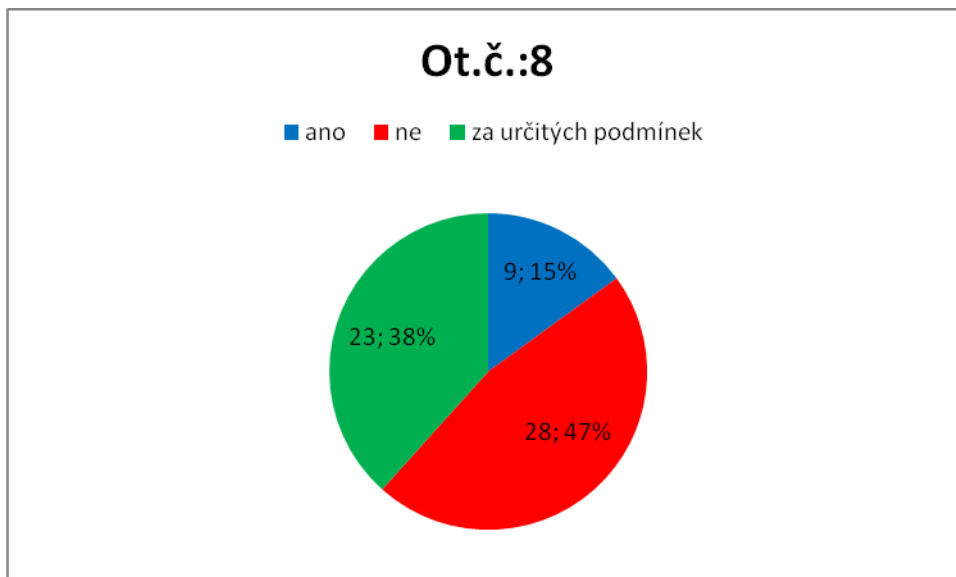


V grafickém znázornění vidíme, že nejčastější odpovědí byla možnost „(téměř) nikdy“ a to skoro v polovině případů (47%). Zároveň nezanedbatelnou hodnotou 33% byla odpověď „poměrně často“. S traumatizující událostí se „zřídka“ setkává 20% dotázaných. Zde bych poukázala na rozdíl mezi Policií ČR a HZS, která udává v 77%, že zažívá traumatizující událost, na rozdíl od HZS, která tuto možnost volila „pouze“ v 47% případů. Uvědomuji si relativně malý vzorek, abych mohla výsledek paušalizovat, ale i v průměrném počtu $n=60$ je to zajímavý výsledek.

Otázka č.7: Můžete popsat takovou poslední událost?

V případě HZS jsem tuto otázku nebyla schopná zpracovat graficky, protože ji hasiči nechávali nevyplněnou. Z celého vzorku 60 respondentů jsem získala pouze 3 odpovědi: Jeden respondent uvedl, že „každá situace je vypjatá“ a další 2 uvedli dopravní nehodu s těžkými zraněními, eventuelně smrtí. Vzhledem k výsledkům v předchozí otázce, kde 33% dotázaných přiznalo, že stresující, až traumatizující událost zažívá poměrně často, očekávala bych v přiměřeném poměru i zodpovězení této otázky. Bylo by ovšem pouhou spekulací hádat, proč tato otázka zůstala nezodpovězena- zda šlo o nechuť vypisovat odpověď, či je v tom něco jiného.

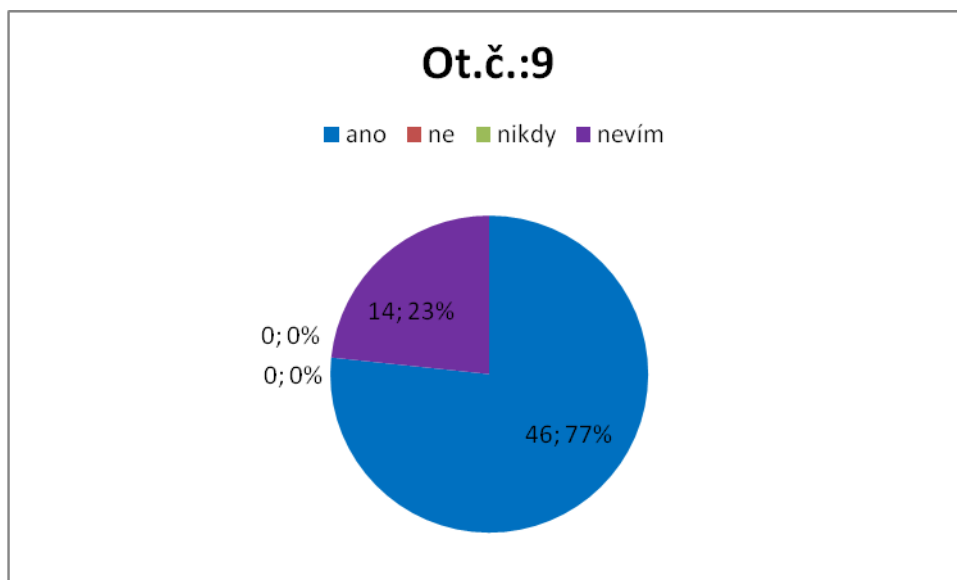
Otázka č.8: Byl/a byste ochoten/a po takové situaci absolvovat skupinový debriefing (s psychologem) a sdělit své pocity?



Co se týče debriefingu po náročné události, odmítlo by ji celých **47%** dotazovaných, což koreluje s otázkou č.6, kde stejné procento respondentů udává, že stresující situace nezažívají (téměř) nikdy. Čili pokud tyto situace nezažívají, nemají potřebu ji nějak zpracovávat pomocí debriefingu či konzultací s psychologem. Ale je ovšem možné, že na tyto otázky vědomě hasiči neodpovídali v souvislosti s otázkou č.6, ale protože jednoduše nemají zájem o psychologickou intervenci. Je nutné podotknout, že **38%** připustilo, že by za určitých podmínek zájem o debriefing měli, což chápu jako posun v otevření se jinému člověku, protože u osobností, jaké lze nalézt u hasičů, je to v podstatě nadlidský výkon – neradi o sobě hovoří a neradi přiznávají nějakou svou slabost. Podle slov Dr.Mezníkové (psychologická služba HZS JčK) mají v sobě nejspíše zakořeněno, že psycholog je ten, u koho museli projít přes psychotesty a kdo také rozhodoval o jejich ne/přijetí. Možná zůstal strach psychologovi cokoliv svěřit z obavy, že by mohl z toho mohl odvodit práce neschopnost po psychické stránce, což je ovšem iracionální pocit a obava. Odborník na duševní zdraví na poli HZS není pouze u přijímacích řízení, ale dále slouží i pro samotné hasiče, pokud ho vyhledají.

Ochotu absolvovat debriefing projevilo mezi hasiči **15%**.

Otázka č.9: Uvědomujete si vždy, co je příčinou stresu, který prožíváte?



Výsledky této otázky se mi jeví jako velmi zajímavé vzhledem k předchozím otázkám č.6 a 7, protože zde odpovědělo celých **77%** respondentů kladně ve smyslu, že si uvědomují, co je příčinou stresu, který prožívají. Podle výsledků ze zmíněných otázek by se dalo spíše očekávat, pokud nezažívají stresující situace, že ani nebude potřeba uvědomit si, co je příčinou stresu. Nezažívá-li jedinec (téměř) nikdy stresující události, není si co uvědomovat, když ho nic nestresuje. To je jedno vysvětlení. Druhým vysvětlením tohoto rozporu je pouhá interpretace otázky a jedinec nemusí zažívat traumatizující události a přitom prostě vědět, co ho stresuje, jen to během výkonu služby nezažívá. Opět chybí interpretace a komentář respondentů, proto se tímto vysvětlením pohybuji na poli hypotéz. Nicméně jsem tento rozkol zaznamenala a očekávala jsem, že odpovědi a výsledky spolu budou spíše korelovat.

Odpověď „ne“ a „nikdy“ nevolil nikdo z dotázaných a odpověď „nevím“ se vyskytla v **23%**. Odpověď „nevím“ bych očekávala u jedinců, kteří zatím nezažili nějakou hraniční a stresující událost, nebo jen neuvažují v této rovině o nějakých mimořádných událostech. Ví, že jsou náročné, ale nezvažují, zda je stresují, až traumatizují, pokud je prožitý zásah určitým způsobem nezasáhne.

Otázka č.10: Co Vám pomáhá po takové situaci se odreagovat?

V této otázce nepatrně převažovala odpověď „zábava, kultura, sport“ (n=19) a „rodina“ (n=18). Na rozdíl od policistů volilo „samotu a klid“ 14 hasičů. „Kolegy“ jako odreagování vyhledává 9 hasičů.

Otázka č.11: Co považujete při výkonu Vašeho povolání za nejvíce obtížné a zatěžující? (prosím, stručně popište)

Podobně jako v otázce č.7, kde měli respondenti také volně odpovídat, zůstávala tato otázka většinou bez odpovědí, nevyplněná. Z posbíraných vzorků mi tak zůstalo pouze několik ojedinělých a samostatně stojících odpovědí, které zde přepíši. Z logiky věci vyplývá, že postrádají statistickou významnost, proto opět nebylo možné je graficky znázornit, pouze popsat.

Jeden z respondentů mi nabídl tuto odpověď: „*Neselhat při mimořádné události a neohrozit tak kolegy a civilní obyvatelstvo.*“

Další hasič odpovídá takto: „*Komunikace s lidmi ve stresu.*“

I přes neochotu vypovídat k této otázce se seskupila jedna skupina respondentů, která považuje za zatěžující „*administrativu (zbytečné papírování), současná legislativa, poslouchat nekompetentní jedince.*“

Tyto odpovědi se tedy týkají organizačního zázemí a nejsou přímo ve vztahu k zásahům.

Dále jeden dotázaný odpověděl, že za zatěžující považuje „*noční služby a klimatické podmínky.*“

Shrnu-li odpovědi do číselně vyjádřené hodnoty, získám počet 7 respondentů z celkových 60.

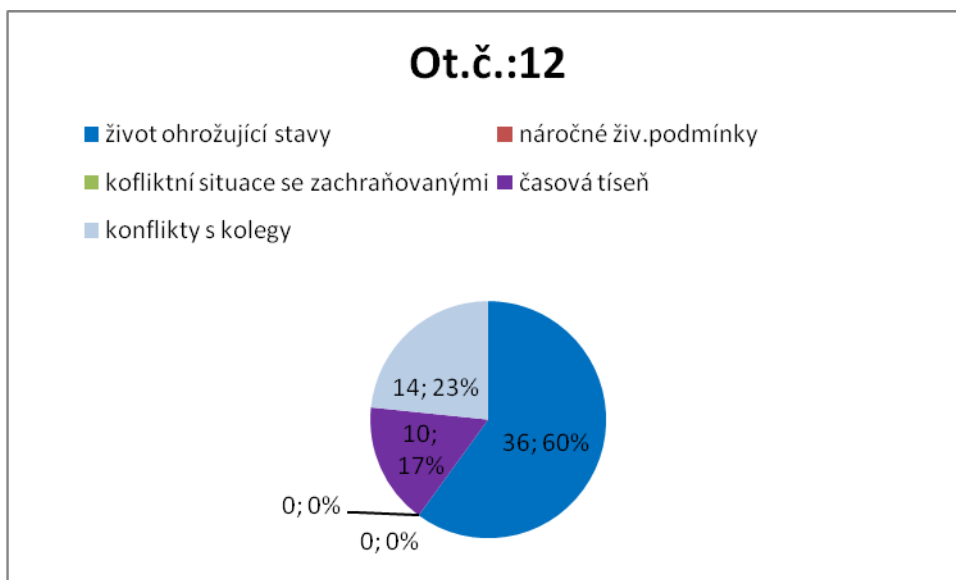
Pro nedostatek odpovědí použiji mimo tento výzkum pro doplnění tématu citace částí rozhovorů s profesionálními hasiči z diplomové práce Mgr.Nechvátalové, zaměřené na *Profesní zátěž a její vztah k životní spokojenosti u profesionálních hasičů.*

Na dotaz, co považují za nejvíce zatěžující, odpovídali takto:

- „...už jen to, když se vyhlásí poplach a někam se jede. „...už prostě víš, že se někomu něco stalo. Víš, že vyjíždíme k neštěstím. Jedeme, protože lidi potřebují pomoci. To je takový divný.“
- „...za zatěžující, stresující považuje všechny adrenalinové situace: „Ať už jsou to požáry výškových budov nebo dopravní nehody, kde je více zraněných nebo kdyby tam byli mrtví. Hlavně teda děti. (...) Nebo místa, kde člověk absolutně nic nevidí a je odkázanej jen na toho druhýho. Taková ta neznalost terénu.“
- „...stres pro něj začíná při vyhlášení poplachu a během cesty k události se obvykle zklidní. „Ale pak se to může vrátit, když lezeš z auta a vidíš nějaký oheň nebo větší bouračku. (...) Spousta věcí dojde člověku až po zásahu.“
- „...jako nejvíce zátěžovou shledává záchranu osob při dopravních nehodách, opět s důrazem na děti. „Když se něco stane, tak asi pohled na děti. (...) Celkově jakýkoli člověk při nehodě, pak je asi jiný, jestli ho znáš nebo ne.“
- „...„co já si myslím, tak jako nepříjemný, stresující jsou situace, kdy jsou u zásahu mrtví lidi. Nejhorší jsou děti...“
- „...„co mě dokáže vyvést z míry, jsou média, který opruzujou u zásahu, lidi, který opruzujou u zásahu a nemají tam co dělat, a neposlouchaj.“
- „...„tak asi ty krváky. Nejhorší jsou děti v autech. Když řvou a nemůžeš jim nijak pomoci. (...) Ostatní zásahy jsou průměr. Já už jsem po těch letech tak nějak otupělej...“ (Nechvátalová, 2005).

Vzhledem ke komentářům respondentů, je tento příspěvek více než vhodný k uveřejnění v této bakalářské práci.

Otázka č.12: Které neobvyklé situace považujete při výkonu Vaší profese za nejvíce zatěžující?



Tato otázka přinesla opět zajímavé výsledky. Očekávala jsem, že zejména hasiči budou vnímat jako nejvíce zatěžující náročné životní podmínky, jakými jsou povodně, požáry apod., během nichž musí zasahovat a popřípadě likvidovat její následky. Protože kde je fyzicky ohrožen záchranář, tam musí nejprve hasič a místo zajistit, pokud jde o přírodní nepřízeň. Kde je záchranář ohrožen např.fyzickým násilím či dopravní situací, tam musí zase nejdříve vstoupit policista. Ale možnost náročných klimatických podmínek nezvolil **žádný** z dotázaných hasičů.

Právě možná paradoxně volilo **60%** dotazovaných „konfrontace s život ohrožujícími stavy“. Vysvětluji si tento výsledek tak, že hasiči zasahují časo na místech, kde jde civilnímu obyvatelstvu o život a leckdy výsledek závisí na jejich práci, pokud pomínu péči zdravotníků. A dalším možným vysvětlením je, že chápou tyto situace jako zatěžující, protože na ně nejsou systematicky připravováni, narozdíl od záchranářů. Použiju zde výpověď jednoho z hasičů sloužícího u HZS v Prachaticích, který komentoval dopravní nehodu s těžkými zraněnými, na jejíž místo dorazily vozy HZS dříve než vozy ZZS: „*To je hrozný tam být první, než přijede záchrana. Nedočkávat vyhlížím sanitu a vždycky se mi uleví, když jí vidím přijíždět. Mají v autech spoustu pomůcek a materiálu, jak zajistit zdravotní stav, to my nemáme.*“

Dále **23%** dotazovaných vnímá jako zatěžující konflikty s kolegy a **17%** pak práci pod časovým tlakem.

Obojí souvisí s náplní povolání, kdy hasiči musí umět kooperovat na místě události a pracují ve větším celku než třeba ZZS, a často se „čeká“, až HZS zajistí místo pro ZZS a jejich přístup ke zraněnému.

Otázka č.13: Co pokládáte za klíčové ve fungování IZS?

Pozitivní klima uvnitř jednotlivých složek vnímá jako klíčové **36** dotázaných, **11** jich považuje za důležitou dobrou spolupráci všech složek IZS. Na místě hromadného neštěstí či mimořádné události přebírá vedení nad celým zásahem buďto náčelník služby HZS nebo lékař ZZS dostavující se na místo události jako první. Záleží na charakteru události, ale pokud jde spíše o přírodní katastrofu a je důležité primárně zajistit místo technicky, velí všem na místě náčelník z HZS, pokud jde o nehodu, kde figuruje větší počet zraněných a je primárně důležitějším odsun raněných, velí celému místu vedoucí lékař ZZS. Ale obě tyto složky, ještě společně s náčelníkem PČR, spolu musí efektivně kooperovat a jedna strana nesmí převzít celé velení bez konzultací s druhou složkou, které se nehota také týká. Často jde likvidace škod a odsun raněných ruku v ruce a probíhá najednou a je více než nutné, aby se všechny týmy dokázaly shodnout a být efektivní. Nesmí docházet k prodlevám a nesmí být ohroženi záchranáři poskytující neodkladnou péči raněným.

Efektivní řízení velících složek vidí jako klíčové **9** dotázaných a **4** hasiči zakroužkovali všechny čtyři možnosti.

5.3 Zdravotnická záchranná služba

Vzorek Zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) byl v našem výzkumu zastoupen **30 ženami** a **32 muži**, čili **n=62**. Dotazník byl distribuován mezi nelékařské pracovníky, takže ve vzorku byl jak střední zdravotnický personál (záchranáři a sestry specialistky) a řidiči.

Ve věkové skupině do 20-ti let se nevyskytoval žádný respondent z důvodu další specializace po vykonání maturitní zkoušky. Minimální věk pro přijetí k ZZS je tedy minimálně 22 let, co se zdravotníků týče. Řidiči musí mít za sebou specializační 2-letý kurz pro řidiče záchranných služeb a určitou řidičskou praxi. Z tohoto důvodu se mezi zdravotníky ZZS nevyskytuje nikdo mladší 20-ti let.

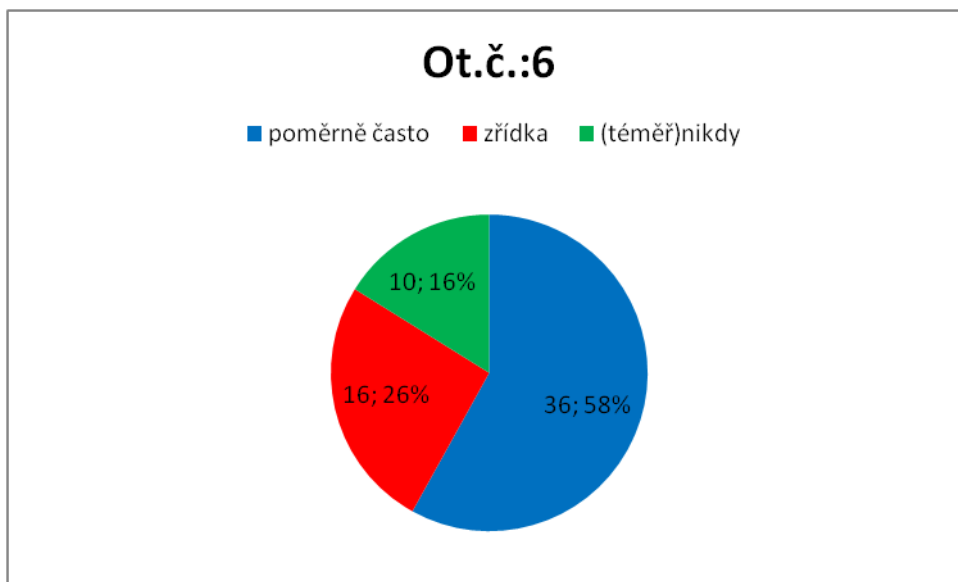
Největší zastoupení měla skupina do 40-ti let, kterých je ve vzorku **32**, a dále do 50-ti let, kde **n=16** a do 30-ti let (**n=10**). Pouze v této složce byli zastoupena i věková kategorie do 60-ti a více, a to **4** řidiči ZZS.

Délka praxe je souměrně rozložena mezi do 5 a 10 let – obojí **n=15**, a do 15-ti a nad 15let, kde u obou bylo **n=16**.

Ženatých je mezi záchranáři **34**, s partnerem žije **12** dotázaných, svobodných je **10** respondentů a rozvedených **6**.

V místě zaměstnání bydlí **30** záchranářů, do 25km dojíždí **22** dotázaných. Do 35km pak **8** z nich a pouze **2** musí za svou práci do 40km daleko.

Otázka č.6: Jak často se setkáváte se stresujícími/traumatizujícími událostmi?

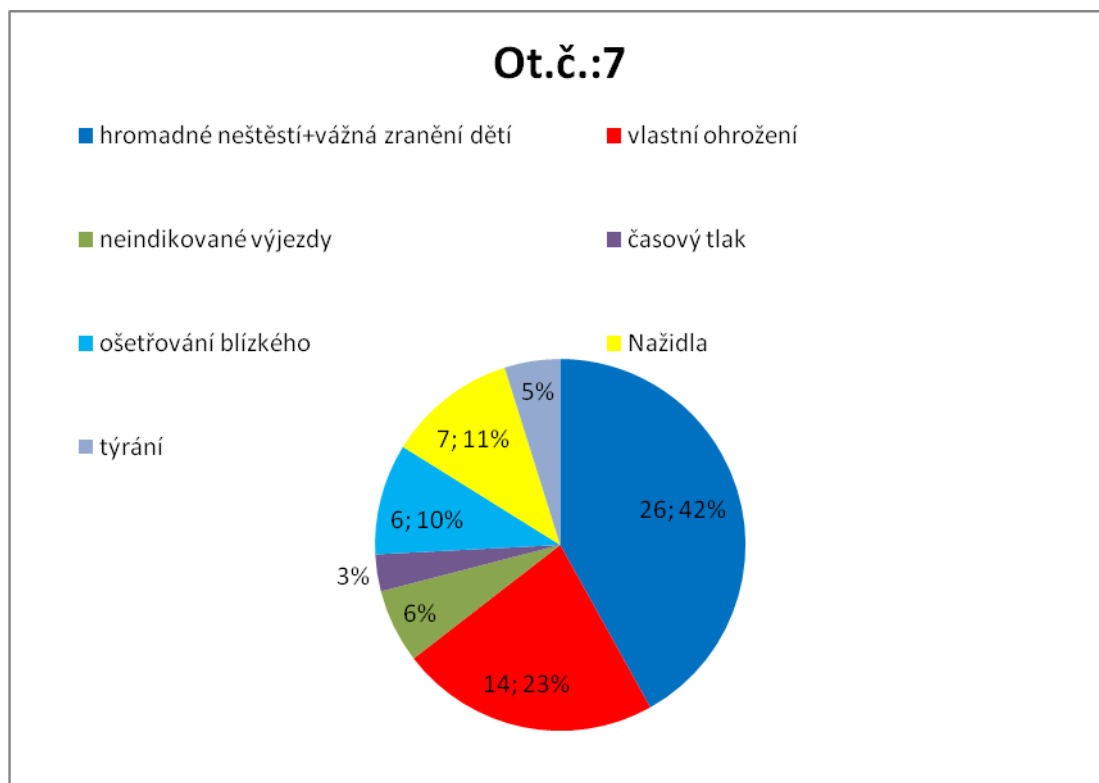


Na tuto otázku zodpovědělo „ano“ celých **58%** dotazovaných. Čili více jako polovina záchranářů v našem vzorku se ocitá poměrně často v stresujících až traumatizujících událostech. A „zřídka“ pak **26%** záchranářů a „(téměř) nikdy“ **16%**.

Z těchto výsledků vyplývá, že záchranáři se setkávají s traumatizujícími událostmi skoro dvakrát častěji než hasiči, pokud budeme chápat jejich vnímání stresové události jako více méně objektivní a pomineme individuální faktor vnímání stresu.

Ovšem nejvíce se s traumatizujícími událostmi stále setkávají příslušníci PČR.

Otázka č.7: Můžete popsat takovou poslední událost?



Vzhledem k variabilitě odpovědí vznikl i poměrně velký počet skupin.

Největší procentuální zastoupení (**42%**) měla odpověď „hromadné neštěstí a vážná traumata dětí“. Nejde v tomto o dvě skupiny sloučené do jedné společné, ale s odpovědí hromadné neštěstí se vyskytovala zároveň odpověď „vážná traumata dětí“, popř.KPCR (kardio-pulmo-cerebrální resuscitace= oživování, kříšení) dětí a mladých lidí.

Ve své podstatě je každá resuscitace nárokována zvýšeným stresem, zvláště za přítomnosti příbuzných pacienta, ale oživování dětí je ještě o mnoho etází výš než „běžná“ resuscitace. Samozřejmě také záleží na tom, zda je o kříšení po např.kardiálním selhání, či po dopravní nehodě, kdy musí záchranáč čelit navíc traumatům.

Jako druhá je zastoupena odpověď (**23%**) „vlastní ohrožení“. Domnívám se, že nemusí jít přímo o zjevný fyzický útok na záchranáře, ale i slovní napadání nebo jiné projevy agrese. Tento pocit se může dostavit i bez přítomného násilníka. Jako důkaz poslouží i jedna má osobní zkušenost . Na začátku dubna letošního roku přijalo tábořské

Zdravotnické operační středisko (dále jen ZOS) okolo 2.hod ranní napadení bodnou zbrání v jedné z místních heren. Shodou okolností posádka na místo dojela první, bez zabezpečení místa policií. Na místě události ležela v tratolišti krve žena s bodnou ranou v hrudníku, v oblasti srdce. Nejevila již známky života, proto nebyla zahájena KPCR. V herně nikdo nebyl, bylo tam šero a ozývaly se jen alarmy z vypáčených automatů.

Na místě byl jen volající chlapec, syn napadené. Dozadu vedla tmavá chodba a nebylo vidět, kam vede a co v ní je. Protože jsme na místo dorazili vzápětí po telefonátu, nebyli jsme si jistí, zda útočník ještě není na místě činu. Před několika lety se stala ve stejném městě podobná vražda, kdy vrah mladou ženu podřízl vzadu ve skladu a ještě nějakou chvíli se na místě události ukrýval. Po skončení celé situce, kdy jsme se po několika hodinách vrátili na základnu mi nebylo dobře. Uvědomovala jsem si, že to, co jsem cítila na místě zásahu byl ohromující strach o mě a zbytek posádky, bála jsem se, že vrah může být ještě na místě schovaný a my tam byli sami, bez možnosti obrany. Ve zlomku vteřiny mě tam napadlo, co bysme dělali, kdyby se někdo proti nám s nožem v ruce rozběhl z té tmavé chodby za hernou. Bylo to velmi nepříjemné a pocítovala jsem strach. Když jsem dorazili na, syn zraněné ženy do té chodby zaběhl a řidič pro něj odmítal jít ze stejných obav, jaké jsem měla já. Několik dní jsem se ulici kolem herny vyhýbala a somatizovala jsem, když jsem viděla podobnou ženu mrtvé oběti.

Ještě i skoro po měsíci se leknu, když slyším alarmy stejné jako v tu noc, a somatizuji do žaludku, udělá se mi špatně a pocítím mírnou nejistotu.

Neměla jsem v úmyslu zmiňovat zde vlastní zkušenosti, ale tato, poměrně čerstvá událost, dokladuje, jak je pocit ohrožení vlastní osoby variabilní a může k němu dojít i bez přítomnosti ohrožující osoby.

Vzhledem k poměrně velikému vzorku respondentů z českobudějovické záchranné služby, mi vznikla u 11% záchranářů odpověď „Nažidla“. Jde o hromadné neštěstí autobusu v jižních Čechách, kde zahynulo 19 cestujících a spoustu jich bylo zraněno. Tato událost se nasmazatelně vryla do paměti většině zasahujících členů IZS a zúčastnění profesionálové se shodují na společných traumatizujících okolnostech této nehody.

Tím byly: **věk obětí** (šlo o autobus, ve kterém bylo nejvíce mladých lidí vracejících se z lyžařského pobytu), **vyzvánějí mobilní telefony v kapsách**

zemřelých a počet obětí. Tyto tři aspekty shledávají zúčastnění záchranáři jako nejnáročnější na celé situaci. Pro dokreslení jejich pocitů uvedu autentickou výpověď:

- „...nejhorší na tom bylo asi to, jak tam na té louce vyzváněly mobily těm mrtvejm v kapsách, když je scháněli příbuzný. Tam leží člověk pod plachtou a zvoní mu mobil v kapse, protože se o něj doma bojí, jestli se mu taky něco nestalo. Ono těch telefonů bylo i dost vypadanejš venku na louce. Pořád to tam vyzvánělo...“
- „...strašný bylo, když jsme si brali do sanitky člověka ve věku mých dětí, který nejevil známky života. Zkusili jsme ho prodechnout, nic, nechtyl se, nedostal další šanci, musel ven a brali jsme tam dalšího...to pak člověk srovnává s vlastníma dětma...jako by nechal umřít ty svoje, když je posílá z auta mrtvý a nemá už čas zkoušet je oživit...“
- „...19 mrtvých lidí z jednoho autobusu...dokážete si to představit?“

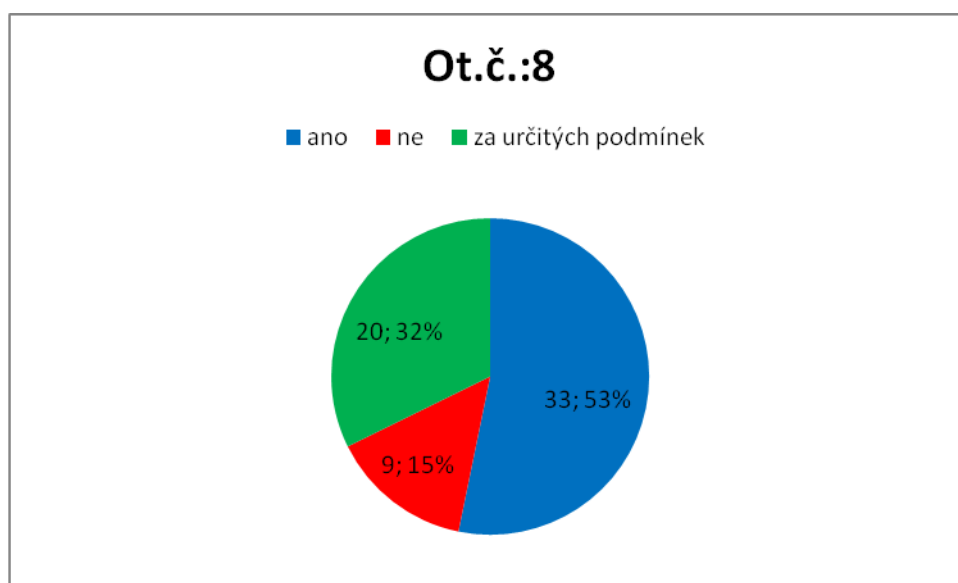
Tyto výpovědi jsem vybrala jako reprezentativní vzorek, v čem se zasahující záchranáři shodli. Jeden ze zúčastněných přiznal, že se po zásahu a odchodu domů snažil uvolnit napětí a emoční stres ze zásahu alkoholem. Ačkoliv se tato nehoda stala v březnu 2003, přesto jsem ji sem zařadila, protože podobné hromadné neštěstí se od té doby na území JČK nezopakovalo.

Navíc zhruba před rokem, když byla o této nehodě točena reportáž do pořadu „112“, jedna z vypovídajících sester po natočení reportáže přiznala, že měla pocity nepříjemných flashbacků, když o tomto zásahu znovu mluvila před kamerou a vracely se jí podobné pocity jako tenkrát po nehodě a zvažovala psychologickou intervenci i po tolika letech od události.

Vrátím-li se zpět k popsaným traumatizujícím událostem v otázce, tak v **10%** případů popsali jako zatěžující „ošetřování blízkého“. Jeden záchranář uvedl, že jel před pár dny k dopravní nehodě do míst, kudy se měla vracet domů jeho přítelkyně. Zraněná byla žena v autě stejném jako měla přítelkyně, a pro těžké a devastující poranění obličejové části lebky nebylo možné ihned identifikovat totožnost zraněné. Než přišel záchranář do bezprostřední blízkosti zraněné a cizí ženu neznal, bál se, že jde o jeho přítelkyni.

Z **6%** procent uvedli dotazovaní jako zatěžující „neindikované výjezdy“, kterých bohužel stále více přibývá a lidé zneužívají linku 155 i pro stavy, které nejsou život ohrožující. Dále bylo uvedeno v **5%** ošetřování „týraných“, zejména dětí“. A zbývající respondenti (**3%**) uvedli „práci pod časovým tlakem“.

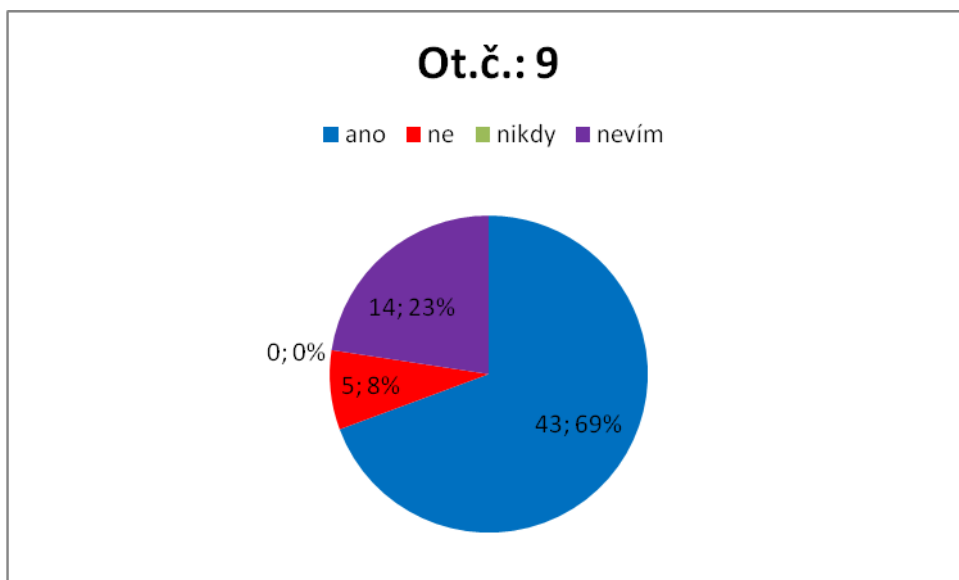
Otázka č.8: Byl/a byste ochoten/a po takové situaci absolvovat skupinový debriefing (s psychologem) a sdělit své pocity?



Více jak polovina (**53%**) dotázaných záchranářů by měla zájem o psychologickou první pomoc v podobě debriefingu. Od peeru, zajišťujících psychosociální intervenční péči pro potřeby IZS, se dozvídám o stále větším zájmu o výcvik v této intervenci a zároveň o větší poptávce po těchto službách. V nedávné době poskytoval tým peerů z řad záchranářů, duchovního a odborníka na duševní zdraví psychosociální intervenci v západních Čechách po dopravní nehodě sanitního vozu, kde došlo k úmrtí řidiče protijedoucího vozu. Tento tým byl osloven s žádostí o pomoc.

Pouze „za určitých podmínek“ by tuto intervenci vyhledalo **32%** dotázaných a zájem nemá **15%** pracovníků ZZS.

Otázka č.9: Uvědomujete si vždy, co je příčinou stresu, který prožíváte?



Co se týče introspekce na poli vnímání stresu, byli k sobě záchranáři poměrně otevření, protože **69%** dotázaných ví, co u nich stresovou reakci vyvolává. Zároveň **nikdo** nezvolil možnost „nikdy“ a **23%** jich nevědělo a **8%** si toto neuvědomuje.

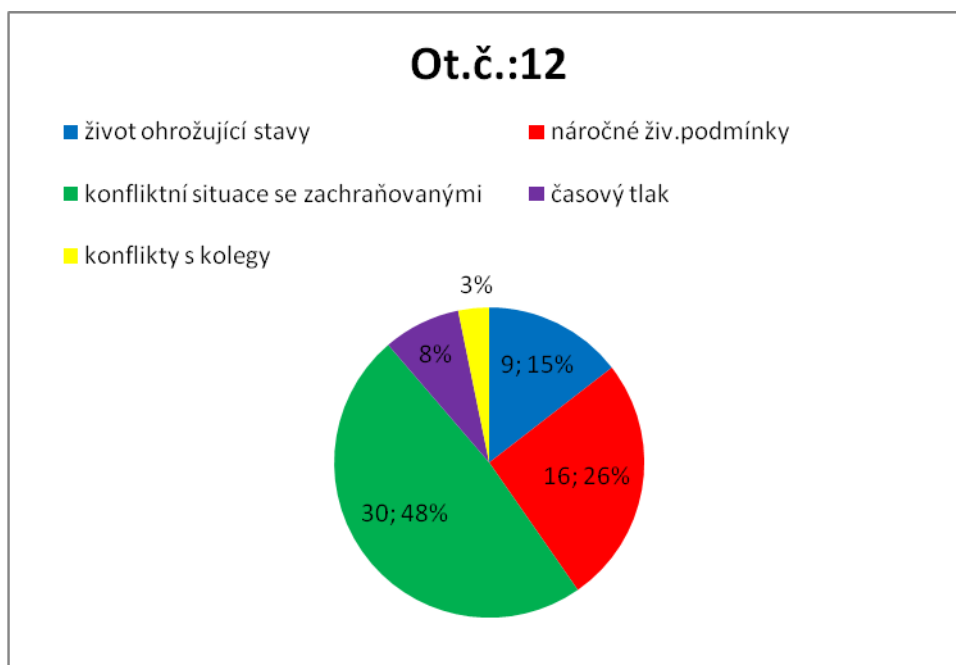
Otázka č. 10: Co Vám pomáhá po takové situaci se odreagovat?

Největší zastoupení v odreagování měla podobně jako v ostatních skupinách největší počet odpovědí (**n= 34**) možnost „zábava, kultura, sport“. Polovinu tohoto počtu získali „kolegové“ (**n=17**). „Rodinu“ jako odreagování volili pouze **4** respondenti, přičemž ženatých/vdaných bylo v tomto vzorku 34 dotazovaných. Stejný počet preferovalo „samotu a klid“ a „jinou možnost“ volili **3** dotázaní, přičemž jeden z nich připsal k této kolonce položku „alkohol“.

Otázka č.11: Co považujete při výkonu Vašeho povolání za nejvíce obtížné a zatěžující? (prosím, stručně popište)

Tato otázka zůstávala podobně jako u HZS spíše bez doplněných odpovědí a nebo respondenti odkazovali na otázku č.7 a tyto dvě otázky chápali jako podobné, ne-li stejné. Nicméně **3** záchranáři uvedli „vedení“, **6** jich zmínilo „neindikované výjezdy“, dále pak **2** napsali, že nejvíce obtížný je „špatně dostupný terén“ a **7** jich uvedlo „komunikace s lidmi na místě zásahu“, k čemuž se ještě vrátím v následující otázce. Zbytek zaměstnanců ZZS ponachalo své dotazníky v této otázce nevyplněné.

Otázka č.12: Které neobvyklé situace považujete při výkonu Vaší profese za nejvíce zatěžující?



Tato otázka přinesla zajímavý výsledek. Očekávala jsem, že záchranáři budou spíše považovat za nejvíce zatěžující život ohrožující stavy, které by měly být hlavní náplní jejich povolání, ale tuto možnost volili v **15%**. Oproti tomu v **48%** případů uvedli jako nejvíce zatěžující možnost „konfliktní situace se zachraňovanými“. Přemýšlela jsem o důvodu tohoto výsledku a domnívám se, že na život ohrožující stavy jsou záchranáři připravováni nejvíce ze všech třech složek a jejich povolání je na ně zaměřené. A pokud pominu přípravu na tyto stavy, tak se s nimi setkávají během své praxe a musí je umět řešit a zvládnout a postupem času třejmě „otupí“ a život ohrožující stav už nepůsobí jako tak významný stresor. Právě to, co často záchranné službě komplikuje jejich práci jsou paradoxně sami pacienti nebo jejich rodina. Zde může záchranář pocítit jistý druh frustrace, kdy jede na místo určení poskytnout první pomoc a setká se neochotou splupracovat ze strany pacienta či rodiny a musí zůstat slušný a chovat se přiměřeně dle svému povolání. Nebo taky často přichází námitky proti postupu léčby. Nepříjemné je taky odmítnutí ošetření ze strany pacienta a nátlak ze strany rodiny ve smyslu : „Tak udělejte něco a odvezte ho!“ Často takhle dochází ke konfliktům mezi možnostmi postupů a požadavky pacienta a rodiny.

Zajímavým výsledkem v kontextu ZZS je hodnota **26%** u odpovědi „náročné životní podmínky“. Pravdou je, že i záchranáři musí zvládnout např. nedostupný terén nebo vstoupit do vody v zájmu záchranné akce.

„Práci pod časovým tlakem“ jako stresující uvedlo **8%** dotázaných a pouhá **3%** „konflikty s kolegy“. Narazil od hasičů, kteří uvedli jako zatěžující konflikty s kolegy ve **23%**. Uvažuji, že toto vychází z pracovního procesu na místě záchranné akce, kde jedna posádka ZZS je složena ze 2 nebo 3 členů, kdežto u HZS vyjíždí na místo vždycky minimálně 5 hasičů v jednom voze a to často těch vozů vyjíždí více. Čili z tohoto nastavení logicky vyplývá, že hasiči musí na místě kooperovat a není příliš prostoru pro individuální úkoly, ačkoliv každý má své místo a část záchranného řetězce, který musí splnit. Ale jeden krok navazuje na druhý.

Kdežto v posádce ZZS je zodpovědnost na jednom člověku (lékař v posádce s lékařem a záchranář v posádce bez lékaře), a to, co se odehrává v sanitce je na jednom člověku, který má za poskytnutí neodkladné péče zodpovědnost a většinu úkonů dělá sám s určitou pomocí sestry nebo řidiče. Samozřejmě je důležitá kooperace i v ZZS, ale pokud nejde o hromadné neštěstí, tak se na místě zásahu vyskytují opravdu jen 2 (nejčastěji) nebo 3 lidé.

Otázka č.13: Co pokládáte za klíčové ve fungování IZS?

V této otázce figuroval výsledek (**n=40**) v odpovědi „pozitivní klima uvnitř jednotlivých složek“. Možnost „efektivní řízení velkých složek“ nevybral žádný z dotázaných. To by mohlo souviset s vysvětlením v předchozí otázce, protože záchranáři mají autonomní pracovní proces.

„Dobrou spolupráci všech složek IZS“ považovalo za důležité **17** respondentů a pouze **5** pak „dobrou spolupráci s laickou veřejností“, kde jsem očekávala taky větší číslo, protože v přímém ohrožení života první pomoc záleží na prvních minutách po incidentu, a tu mají šanci poskytnout pouze laici do příjezdu ZZS a ta pak navazuje na záchranný řetězec po laicích, je-li ještě ovšem na co navázat, pokud nebyla poskytnuta první pomoc.

5.4 Shrnutí výzkumu

Z hlediska druhého cíle bylo mým úkolem zjistit, zda respondenti z řad Integrovaného záchranného systému na území Jihočeského, Libereckého a Ústeckého kraje prožili nějakou významně stresující až traumatizující událost. Samozřejmě jsem zanechala rozdělení na tři složky kvůli jiné pracovní náplni a situacím, se kterými se setkávají.

Traumatizující události pro ZZS byli jimi formulovány nejčastěji jako zásahy, kde byl větší počet zraněných, dále pak vážná traumata a resuscitace dětí a v neposlední řadě ohrožení vlastní osoby.

U příslušníků PČR šlo o použití střelné zbraně a dopravní nehody s těžkým zraněním, popř. smrtí, s následným vyrozumíváním pozůstalých.

Složka HZS nebyla příliš sdílná co do konkretizování traumatizujících událostí, proto tento cíl u HZS nemohu relevantně komentovat.

Dále jsem chtěla zjistit, jak často takové události záchranáři prožívají v rámci svého povolání. Nejčastěji (v 77%) se s traumatizujícími událostmi setkávají policisté, poté záchranáři (58%) a nejméně pak hasiči (33%).

Co se týče následné spolupráce s psychologem během debriefingu, nejvíce zájemců by bylo z řad Záchrané služby (53%), přičemž 15% ji odmítá a 32% o ni uvažuje za určitých podmínek.

Naklonění této službě byli i policisté v počtu 52%, ale více jich odmítlo (23%) a zvažuje ji 25%.

Hasiči projevíli zájem pouze v 15% případů, odmítli ve 23% a zvažuje tuto možnost 25% dotazovaných.

Druhý cíl byl v podstatě splněn až na neúplnost výzkumné části u HZS, kteří odmítli konkretizovat, s jakými stresujícími situacemi se setkávají, ostatní zaškrťovací otázky splnily účel a získaly odpovědi.

První hypotéza byla stanovena takto: „Faktory popsané v teoretické části budou i samotnými respondenty vnímané jako traumatizující/ stresující, tzn. sami je budou s jistou variabilitou takto formulovat v otázkách s možnostmi volných odpovědí“.

Tuto hypotézu jsme splnily, protože faktory zjištěné v zahraničních výzkumech, ze kterých bylo převážně čerpáno, zmiňovali i sami respondenti, až na výjimku HZS.

Odpovědi odpovídali českému prostředí a týkali se místních situačních poměrů. Musím být ovšem sebekritická a říct, že se dalo předpokládat, že např. smrt, vlastní ohrožení, či použití střelné zbraně je tak náročná situace bez ohledu na státní příslušnost. Ale budiž omluvou, že jsem například neočekávala takovou četnost odpovědi „použití střelné zbraně s následkem smrti“ u policistů v mylném domnění, že v ČR se střelná zbraň nepoužívá tak často jako například v zemích s vyšší kriminalitou. Možná proto ji čeští policisté vnímají jako zatěžující, protože to není častý postu.

Druhá hypotéza zněla takto: „Členové IZS se setkávají často se stresujícími situacemi“. Stanovila jsem si hranici 50%, čili se tato hypotéza potvrdila jen u Policie ČR, kde takto odpovědělo 77% policistů, a u Zdravotnické záchranné služby, kde náročné situace často zažívá 58% dotázaných. Hasiči takto odpověděli jen v 33%.

A poslední hypotéza byla formulována takto: „Hasiči, zdravotníci ani policisté nebudou mít příliš zájem o využití psychologické pomoci formou debriefingu po prožití náročné situace“. Pokud ponechám hranici na 50%, pak se tato hypotéza v podstatě nepotvrdila, pouze u Hasičského záchranného sboru, který vysloveně odpověděl kladně pouze v 15% případů a odmítl v 47%. Na rozdíl od Zdravotnické záchranné služby, která by měla zájem v 53% (odmítla jen v 15%), a od Policie ČR, která měla zájem podobný (52%) a vysloveně odmítla ve 23%. Čili hasiči by neprojevíli zájem o využití psychologické pomoci, zájem by měli záchranáři a policisty.

6. Diskuze

Výzkum klíčových faktorů v etiopatogenezi PTSD dle našeho názoru splnil svůj smysl. Mým cílem bylo nejprve teoreticky zpracovat tyto faktory v kontextu specifík jednotlivých povolání s přihlédnutím k motivaci k vykonávání těchto služeb a vytyčit si situace a zásahy, které by mohly za určitých podmínek vyústit v PTSD.

Druhým cílem bylo zjistit, s jakými náročnými až traumatizujícími situacemi se setkávají záchranné složky v našich podmínkách a poukázat tak vlastně na to, že prožívají těžké situace, o kterých vědí, že jsou pro ně stresující. A pohlížet tak na záchranáře jako na zranitelné osoby, které někdy také potřebují určitou první psychologickou pomoc po prožití enormní situace.

Podle výsledků tyto situace prožili/prožívají poměrně často (až na popření HZS) a mají zájem, nebo o něm za určitých podmínek uvažují, o konstruované debriefingy, vyjma hasičů. Přemýšlím, zda se povolání hasiče vymyká od ostatních dvou složek, když často nezažívají traumatizující události a nemají zájem o psychologickou péči a odmítají sdělit, jaké situace byly pro ně stresující, nebo jsem prostě narazila na vzorek odmítající vypovídat, či jsou hasiči celkově nesdílní. Pravdou ale je, že na výběru záchranářů se nepodílí psycholog, jako je tomu u hasičů. Policisté také podstupují psychotesty, ale nejsou stěžejní tolik jako u hasičů, a možná proto v hasičích zůstává zakořeněná nedůvěra v odborníky v duševní zdraví a možná je nevědomě vnímají jako ty „proti“.

Ačkoliv je zvláštní, že mezi hasiči je několik peerů, kteří poskytují psychointervenci mezi svými řadami, proto bych očekávala větší důvěru v duševní hygienu, ačkoliv hypotézu jsem si zvolila opačnou.

Napadá mě ještě, zda neochota u hasičů vypovídat nevychází z toho, že chtějí nevědomě naplnit archetyp hrdiny, za kterého jsou nejčastěji laickou veřejností vnímáni, nejvíce ze všech složek. Policisté naopak v zatěžujících situacích uvedli nerespektování policejní autority a záchranáři jsou vnímáni nejspíš jako zdravotníci, kdežto na hasiče je pohlíženo jako na „hrdiny současnosti“, a možná mají tak pocit, že přiznání nepříjemných situací a ochoty mluvit s psychologem by devalvovalo jejich hrdinství. Ovšem toto nebylo cílem mé práce, pouze se zamýšlím nad výsledky dotazníků u HZS. Je navíc jasné, že vzorek nebyl tak vysoký, aby šlo paušalizovat hasiče, jako „ty, kteří jsou uzavření“.

7. Závěr

Bakalářskou práci „Klíčové faktory v etiopatogenezi posttraumatické stresové poruchy u členů Integrovaného záchranného systému“ jsme v teoretické části zaměřili na společné osobnostní charakteristiky pracovníků záchranných složek, dále jsme se věnovali popisu a podstaty jednotlivých povolání s možnými psychologickými důsledky. Za stěžejní část teoretické části lze považovat vymezení konkrétních stresových faktorů a náročných událostí s možným vyústěním v PTSD. V závěru teorie jsou nastíněny možnosti postupu po prožití traumatizující události.

Ve výzkumné části jsme se věnovali zjišťování četnosti stresujících událostí, ponechali jsme prostor pro volné formulace takových náročných situací které dotyční respondenti prožili a v neposlední řadě nás zajímalo, zda jsou nakloněni následné spolupráci s psychologem formou debriefingu.

Oba dva cíle byly naplněny. Dvě hypotézy ze tří byly potvrzeny 2 složkami, s výjimkou výsledků HZS, které naopak potvrdily hypotézu, kterou zbývající 2 složky vyvrátily, čili útvar HZS tvořil jakousi opozici k ZZS a PČR, co se tohoto výzkumu týče.

Uvědomuji si, že jde o velmi rozsáhlou problematiku, která je i přes velké pokroky stále v plenkách, a aby se mohly výsledky generalizovat, bylo by potřeba provést např. celorepublikové snímání (pokud se budeme zabývat českými podmínkami) s možností dalších komentářů a rozhovorů s respondenty. Slepé místo spatřuji například v tom, že Zdravotnická záchranná služba, na rozdíl od Policie ČR a Hasičského záchranného sboru, nemá svého odborníka na duševní zdraví. Troufám si říci, že by se měl podílet i na výběru zaměstnanců do ZZS a být dále k dispozici po náročných situacích a nejen těch. I tento výzkum pro potřeby mé BP dokazuje, že i záchranáři prožívají velmi stresující události a byli by ochotni do jisté míry spolupracovat s psychologem. Snad se během let najdou finanční prostředky pro realizování psychologické péče pro potřeby ZZS, která bude orientovaná v práci záchranářů. V současné době je totiž k dispozici psycholog HZS i pro ZZS, což je otázkou, na kolik je to efektivní...

8. Seznam použitých zdrojů

- 1) Atkinson, R.L.: *Psychologie*, Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-640-3
- 2) Benda, J.: „*Mohou hasiči vyhořet?*“, informační zdroje Dr.Mezníkové
- 3) Bláha,K.: *Psychologicko-etické aspekty práce na záchranné službě*, in Urgentní medicína, České Budějovice: Mediprax, 2/1999, s.38-39
- 4) Brečka,T.: *Psychologie katastrof*, Praha: Triton, 2009
ISBN 978-80-7387-330-1
- 5) Denský, M. *Proč „vyhoří“ policista*. *Psychologie dnes*, 2006, č. 7/8, s. 26-28.
str.19
- 6) Dziaková,O.: *Vojenská psychologie*, Praha: Triton, 2009 ,
ISBN 978-80-7387-156-7
- 7) Everley,G.S, Mitchell,J.T.: *Critical incident Stress management: Advanced Group, Cisis Intervention A Workbook. 2nd edition. Maryland, 2002*
- 8) Hoskovcová, S.: *Psychosociální intervence*, Praha: Karolinum, 2009
ISBN 978-80-246-1626-1
- 9) Kastová,V.: *Krize a tvořivý přístup k ní*, Praha: Grada, 2000
- 10) Kohoutek, T., Čermák,I.: *Psychologie katastrofické události*, Praha: Academia, 2009 , ISBN 978-80-200-1816-8
- 11) Labuda,M.: *Chtěl jsem dodržet příkázání „Nezabiješ!“*, in MF DNES,11/2005
- 12) Matoušková, I., Spurný, J. *Komunikačně náročné situace v policejní praxi*. AČ : Plzeň, 2005. ISBN 80-86898-37-7.
- 13) Nechvátalová, B.: *Profesní zátěž a její vztah k životní spokojenosti u profesionálních hasičů*. Brno, 2005, FSS MU
- 14) Nietzsche,F.: *Tak pravil Zarathustra*, XYZ: Praha, ISBN 978-80-7388-147-4

- 15) Nový, M.: *Psychologická pomoc po krizové události*, in časopis Psychologie DNES, Praha: roč. IX, č.11, str. 28-30, ISSN 1211-5886
- 16) Selye, H.: *Život a stres*, Bratislava: Obzor, 1996
- 17) Schmidbauer, W.: *Úskalí pomáhajících profesí*, Praha: Portál, 2002
- 18) Schreiber, V.: *Stres, patofyziologie, endokrinologie, klinika*, Praha: Avicenum, 1985
- 19) Schreiber, V.: *Lidský stres*, Praha: Academia, 1992
- 20) Šeblová, J., Kebza, V.: *Zátěž a stres pracovníků záchranných služeb v České republice*, in časopis Československá psychologie, Praha: roč. LI, č. 4, str.404-417
- 21) Štrobl, D.: *Psychologické pasti záchranářství*, in časopis Psychologie DNES, Praha: Portál, 1/2003
- 22) Vágnerová, M.: *Základy psychologie*, Praha: Karolinum, Praha, 2004, ISBN 80-246-0841-3
- 23) Vizinová, D., Preiss, M.: *Psychické trauma a jeho terapie*, Praha: Portál, 1999 ISBN 80-7178-284-X
- 24) van der Ploeg E, Kleber RJ.: *Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms*, in Occup Environ Med., 6/2003
- 25) Vymětal, Š.: *Krizová komunikace a komunikace rizika*, Praha: Grada, 2009 ISBN 978-80-247-2510-9

8.1 Ostatní zdroje

<http://www.jansochor.com/reportaz/omega-13.html>

http://public.fnol.cz/www/urgent/konference%202006/ODUM3/L3_1.pdf

http://www.eamos.cz/amos/kpt/modules/low/kurz_text.php?id_kap=13&kod_kurzu=kpt_048#_ftn3

<http://www.spismz.cz/>

9. Přílohy

9.1 Dotazník

Dotazník

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Fajtlová a jsem studentkou 3.ročníku na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity, obor Psychologie. V rámci své bakalářské práce zpracovávám téma „*Klíčové faktory v etiopatogenezi posttraumatické stresové poruchy u členů Integrovaného záchranného systému*“. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní a slouží výhradně pro účely mé bakalářské práce. Děkuji Vám za čas potřebný k vyplnění a přeji klidný zbytek služby☺

1) Pohlaví

- a) muž
- b) žena

2) Věková kategorie

- a) do 20 let
- b) do 30 let
- c) do 40 let
- d) do 50 let
- e) do 60 a více

3) Délka praxe

- a) do 5 let
- b) do 10 let
- c) do 15 let
- d) nad 15 let

4) Rodinný stav

- a) ženatý – vdaná
- b) svobodný/ á
- c) rozvedený / á
- d) v partnerském svazku

5) Do místa zaměstnání

- a) dojíždím do 25km
- b) dojíždím do 35km
- c) dojíždím nad 40km
- d) bydlím v místě zaměstnání

6) Jak často se setkáváte se stresujícími / traumatizujícími událostmi

- a) poměrně často
- b) zřídka
- c) (téměř) nikdy

7) Můžete popsat takovou poslední událost?

8) Byl/a byste ochoten/a po takové situaci absolvovat skupinový debriefing (s psychologem) a sdělit své pocity?

- a) ano
- b) ne
- c) pouze za určitých podmínek

9) Uvědomujete si vždy, co je příčinou stresu, který prožíváte?

- a) ano
- b) ne
- c) někdy
- d) nevím

10) Co Vám pomáhá po takové situaci se odreagovat?

- a) ostatní spolupracovníci
- b) rodina
- c) zábava, kultura, sport
- d) samota, klid
- e) jiné

11) Co považujete při výkonu Vašeho povolání za nejvíce obtížné a zatěžující? (prosím, stručně popište)

12) Které neobvyklé situace považujete při výkonu Vaší profese za nejvíce zatěžující?

- a) konfrontace s život ohrožujícími stavy
- b) náročné životní podmínky (omezující faktory prostředí- klimatické,...)
- c) konfliktní situace v interakci se zachraňovanými subjekty zásahu (pacienti, rodinní příslušníci, okolí,...)
- d) časová tíseň
- e) konfliktní situace ve vztahu ke spolupracovníkům

13) Co pokládáte za klíčové ve fungování IZS?

- a) dobrou spolupráci všech složek IZS
- b) efektivní řízení velících složek
- c) pozitivní klima uvnitř jednotlivých složek
- d) dobrou spolupráci s laickou veřejností
(můžete vybrat více možností a očíslovat pořadí dle vlastního uvážení)