

Ing. Roman Říha

Czech Technical University in Prague, Czech Republic

Faculty of Biomedical Engineering

Department of Health Care Disciplines and Population Protection

roman.riha@fbmi.cvut.cz

ORCID: 0000-0002-8956-6849

Mgr. Martin Hůla

Charles University, Czech Republic

Faculty of Humanities, Department of Psychology and Life Sciences, National

Institute of Mental Health, Czech Republic

Center for Sexual Health and Interventions, Charles University, Czech Republic

Faculty of Science

Department of Philosophy and History of Science

martinhula@nudz.cz

ORCID: 0000-0003-2796-1226

Mgr. Romana Žihlavníková

Palacký University, Czech Republic

Faculty of Science, Department of Ecology and Environmental Sciences

Newton University, Czech Republic

romana.zihlavnikova@newton.university

ORCID: 0000-0002-7760-6743

Ing. Kristýna Matoušová

Czech Technical University in Prague, Czech Republic

Faculty of Biomedical Engineering

Department of Health Care Disciplines and Population Protection

kristyna.matousova@fbmi.cvut.cz

ORCID: 0000-0002-7253-8710

Potenciálně traumatizující hovory a jejich sdílení operátory tísňových linek Hasičského záchranného sboru ČR a Policie ČR

Potentially Traumatizing Conversations and Their Sharing by Emergency Line Operators of the Fire Rescue Service and the Police of the Czech Republic

Abstrakt

Tento příspěvek popisuje, jak lidé zpracovávají traumatické události v rámci své práce na číslech tísňových linek. Výzkum zahrnoval příslušníky Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR působící na operačních střediscích. Celkem bylo zahrnuto 294 účastníků. Pro získání dat byl použit nestandardizovaný dotazník, vycházející z rozhovorů s pracovníky IZS.

Výsledky ukazují, že nejčastějšími zátěžovými aspekty jsou hovory s osobami, které projevují úmysl spáchat sebevraždu, a situace, kdy volající neví, kde se

nacházejí. Traumatické reakce jsou subjektivní a závisí na řadě faktorů, včetně osobní resilience a předchozích traumat. Nejčastěji zásadní zátěž sdílejí operátorky a operátoři se svými partnery.

Tato studie přispívá k lepšímu porozumění traumatickým reakcím spojeným s prací na tísňových linkách a zdůrazňuje potřebu psychologické podpory a monitorování duševního zdraví pracovníků IZS, nejen během, ale i po jejich službě.

Klíčová slova: tísňová linka, tísňové hovory, Hasičský záchranný sbor ČR, Policie ČR, trauma, resilience.

Abstract

This contribution discusses how individuals process traumatic events within the context of their work on emergency hotlines. The research encompassed members of the Czech Police and Fire Rescue Service operating in emergency call centres. A total of 294 participants were included in the study. Data was collected using a non-standardised questionnaire, derived from interviews with emergency service personnel.

The results reveal that the most common stressors include calls from individuals expressing suicidal intentions and situations where callers are unsure of their location. Traumatic reactions are subjective and depend on various factors, including personal resilience and prior traumas. Most often, operators share the essential burden with their partners.

This study contributes to a better understanding of traumatic responses associated with working on emergency hotlines and emphasises the need for psychological support and mental health monitoring for emergency services personnel, not only during but also after their service.

Keywords: emergency line, emergency calls, firefighters, police officers, trauma, resilience.

Úvod

Jakým způsobem lidé vstřebávají události dalece přesahující běžnou zátěž? Lze takové události vůbec zvládat? Jakým způsobem tedy vybírat a dále vzdělávat členy IZS, kteří z povahy své práce musí čelit takovým událostem častěji? Pro zodpovězení těchto otázek a ilustraci náročnosti profesí IZS je potřeba definovat pojem trauma a rozvést koncept resilience.

Termín „trauma“ pochází z řečtiny a znamená „ránu“ nebo „zranění“ (Oxford Dictionarie, 2013).¹ Trauma je způsobováno zátěžovými událostmi, které jsou mimořádné z pohledu vyrovnávání se a přizpůsobení se.² Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM-IV-TR) American Psychiatric Association – APA, uvádí, že traumatizující stresory zahrnují prožívání či svědectví událostí u kterých došlo, nebo hrozilo: vážné zranění, smrt nebo narušení fyzické integrity. Případně jako

¹ Oxford Dictionaries. (2013). *Trauma*. <http://oxforddictionaries.com/definition/english/trauma>

² AGAIBI, C. E. and J. P. WILSON. *Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature*. Trauma Violence Abuse, 2005. 6(3): p. 195-216.

emoční reakce na trýznivou událost jako je např. nehoda, znásilnění nebo přírodní katastrofa. Po události je typická přítomnost psychického šoku a odmítání. Následné reakce zahrnují prožívání nepředvídatelných emocí, flashbaky, problémy ve vztazích, a dokonce i fyzické příznaky, jako jsou bolesti hlavy nebo nevolnost. I když jsou tyto pocity normální, je pro některé jedince nesnadné hledat další smysl života.³ McGinley & Varchevker⁴ definují událost, která může generovat traumatickou odpověď, jako událost, která překonává psychologickou schopnost vyrovnávání se jedince. Psychologické trauma označují jako zážitek, který je emocionálně bolestivý, vyvolávající zoufalost nebo je šokující. Často má dlouhodobé, negativní duševní a fyzické projevy (včetně neurologických). Doležalová et al.⁵ uvádějí, že: „*psychické trauma je charakteristické tím, že jeho zdrojem bývá velmi silný, nebezpečný a děsivý zážitek ohrožující život, přesahující naši osobnost a závažně narušující integritu těla i duše. Strategie jeho zvládnutí nefungují běžným způsobem, neboť trauma není běžná situace. Jedinec se cítí zcela bezmocný, ztracený, neukotvený a bez naděje*“.

I když často považujeme trauma za synonymum s identifikovanou objektivní příčinou traumatu (např. ztráta končetiny při výbuchu), účinek traumatu je vždy subjektivní a odkazuje (i etymologicky) na individuální dopad na jedince.⁶ To znamená, že jedna a tatáž událost může být pro jednoho traumatizující, ale pro druhého s minimálními dopady. Taková diferenciální reakce je založena na mnoha faktorech, včetně věku jednotlivce; genderové identity; pre-morbidní síle ega; absolvovaných předchozích traumatických zážitků; chroničnosti traumatu; rodinné historii traumatu; současných životních stresorů; sociálních opor a kulturního, náboženského nebo duchovního přístupu.^{7,8,9,10,11,12} To, že prožití traumatického zážitku není ojedinělé

³ APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.

⁴ MCGINLEY, Eileen and ARTURO VARCHEVKER. *Enduring trauma through the life cycle*. 2018: Routledge.

⁵ DOLEŽALOVÁ, Pavla et al. *Trauma v dětství a adolescenci*. 1. vydání ed. průvodce pro pedagogy. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, 2017.

⁶ MILLER, M. *Intervention with individuals and families affected by mass violence, in Understanding mass violence: A social work perspective*, S.L.A.S.N.K. Phillips, Editor. 2004, Boston: Allyn and Bacon.

⁷ MILLER, M. *Intervention with individuals and families affected by mass violence, in Understanding mass violence: A social work perspective*, S.L.A.S.N.K. Phillips, Editor. 2004, Boston: Allyn and Bacon.

⁸ AMIR, Marianne and Rachel Lev-WIESEL. Time Does Not Heal All Wounds: Quality of Life and Psychological Distress of People Who Survived the Holocaust as Children 55 Years Later. *Journal of Traumatic Stress*. 2003. 16(3): p. 295-299.

⁹ BREWIN, Chris R.; ANDREWS, Bernice and John D. VALENTINE. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000. 68: p. 748-66.

¹⁰ FELITTI, V.J.M.D. et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. 14(4): p. 245-258.

¹¹ FOA, E. B. et al. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2010: Guilford Press.

¹² STAMM, B. H. and M. J. FRIEDMAN. Cultural diversity in the appraisal and expression of trauma, in *International handbook of human response to trauma*, R. Y. A. Shalev, & A. McFarlane Editor. 2000, Springer. p. 69-85.

či výjimečné, dokládá výzkum z 90. let, kdy bylo zjištěno, že více než 60 % mužů a 51 % žen v USA zažilo alespoň jednu traumatickou událost.^{13,14}

Traumatický stres může způsobit dezorganizaci myšlení a vědomí, zhoršovat úsudek, změnit reakční dobu jedince, přispět ke zvýšené vzrušivosti (sensibilitě ke vzruchům) a vést k neúspěšným pokusům o vyrovnání se. Zatímco většina populace zažije časově omezené reakce, jako jsou akutní reakce na stres, u menší části se mohou i nadále projevovat závažnější a opakující se dopady související s traumatem. Mohou se dostavit panické poruchy, deprese, poruchy spánku, poruchy spojené s užíváním návykových látek a také posttraumatická stresová porucha.^{8,15,16}

I když trauma může mít dopad na jednotlivce kdykoli v průběhu života (od prenatálního vývoje až po stáří), dopady a léčebné přístupy se liší v závislosti na vývojových potřebách a psychosociálního prostředí jednotlivce.¹⁷

Připomeňme v tomto kontextu ještě pojem **resilience** (psychická odolnost – opakem je zranitelnost – vulnerabilita). „*Obecně lze v odolnosti spatřovat relativně v čase stabilní základnu adaptačních procesů, uplatňování obranných mechanismů, či volby copingových strategií*“.¹⁸ Podle tohoto konceptu budou v reakcích na zátěž u jednotlivců existovat rozdíly – budou zasaženi s různou intenzitou a budou volit různě efektivní strategie.¹⁹ Jedinec může mít zvýšenou psychickou odolnost vrozenou, ale může ji také během života získat.²⁰

Odolnost lze popsat jako sílu/schopnost a flexibilitu při zvládnání zátěže a obnovování „normálního fungování“. Jedná se o individuální dovednost (což značí, že je do jisté míry ovlivnitelná i přispěním jedince).^{21,22} V některých dalších definicích odolnost označuje schopnost překonat velké množství stresujících událostí (např. trauma, smrt, ekonomická ztráta, katastrofa, politické otřesy a kulturní změny)

¹³ GIACONIA, R. M. et al., Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995. **34**(10): p. 1369-1380.

¹⁴ KESSLER, R. C. et al., *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1995. **52**(12): p. 1048-60.

¹⁵ LESKIN, G. A. and J. I. SHEIKH. Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*. 2002. **16**(6): p. 599-603.

¹⁶ RINGEL, S. and J. R. BRANDELL. *Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research*. 2011: Sage.

¹⁷ STRAUSSNER, S. L. A. and A. J. CALNAN. *Trauma Through the Life Cycle: A Review of Current Literature*. Clinical Social Work Journal, 2014. **42**(4): p. 323-335.

¹⁸ PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. 1. elektronické vydání ed. Praha: Grada, 2017.

¹⁹ MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného. Onemocnění štítné žlázy*. 1. elektronické vydání ed. Praha: Grada, 2011.

²⁰ JONES, G. and A. MOORHOUSE. *Jak získat psychickou odolnost*. 2010: Grada Publishing as.

²¹ FOLKMAN, S. *Stress: Appraisal and Coping*, in *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. M. D. Gellman and J. R. Turner, Editors. 2013, Springer New York: New York, NY. p. 1913-1915.

²² RICHARDSON, G. E. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*. 2002. **58**(3): p. 307-321.

a udržovat duševní zdraví.^{23,24,25,26,27,28} V nejzákladnějším smyslu byla odolnost definována jako schopnost se úspěšně přizpůsobit a vyrovnat s hrozícími nebo proběhlými náročnými situacemi. Odolnost se zdá být prospěšná bez ohledu na vysoké nároky, náklady, stres nebo riziko. Resilience je trvalou kompetencí v reakci na požadavky. Přispívá k zotavení z extrémního stresu a traumatu.²⁸ Odolnost byla koncepčně spojena se zvědavostí, intelektuální zdatností a dovedností nahlížet a analyzovat problémy.²⁹

Posttraumatická odolnost se týká složitého repertoáru behaviorálních tendencí.

- Resilience neboli odolnost je spojena s klastrem osobnostních rysů spojených s extravertí, vysokou sebeúctou, asertivitou, vytrvalostí, vnitřní sebekontrolou a kognitivní zpětnou vazbou.
- Resilience je spojena s odolností ega, což zahrnuje flexibilitu, energičnost, asertivitu, smysl pro humor, nadhled a dovednost ovlivňovat „vnitřní nastavení“.
- Posttraumatická odolnost je forma chování zahrnující přizpůsobení se situačnímu stresu a osobnostnímu nastavení druhých.
- Posttraumatická odolnost v reakci na trauma zahrnuje zotavení z posttraumatické stresové poruchy (dále jen PTSD) do optimálních stavů fungování a psychologickou imunitu vůči psychopatologii.³⁰

Možností, jak získat vyšší resilienci je podle Pujszové et al.³¹ více, např. dlouhodobý intenzivní trénink bojových umění. Pro jedince, kteří mají nižší resilienci, je tedy vhodné pracovat na sebedůvěře, motivaci, stanovování priorit a zvládnání emocí.³² Důležitá je taktéž adaptace čili schopnost přizpůsobit se negativním

²³ BONANNO, G. A., *Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* Am Psychol, 2004. **59**(1): p. 20-8.

²⁴ HAREL, Z., B. KAHANA, and E. KAHANA. *Social Resources and the Mental Health of Aging Nazi Holocaust Survivors and Immigrants*, in *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, J.P. Wilson and B. Raphael, Editors. 1993, Springer US: Boston, MA. p. 241-252.

²⁵ KAHANA, B., Z. HAREL, and E. KAHANA. *Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust*, in *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. 1988, Plenum Press: New York, NY, US. p. 171-192.

²⁶ HAREL, Z., B. KAHANA, and J. P. WILSON. *War and Remembrance*, in *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, J. P. Wilson and B. Raphael, Editors. 1993, Springer US: Boston, MA. p. 263-274.

²⁷ WAUGAMAN, R. and A. WAUGAMAN. *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. American Journal of Psychiatry, 2005. **162**: p. 1768-1769.

²⁸ McFARLANE, A. C. and R. A. YEHUDA. *Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions*, in *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. 1996, The Guilford Press: New York, NY, US. p. 155-181.

²⁹ BLOCK, J. and A. M. KREMEN. *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness*. Journal of Personality and Social Psychology, 1996. **70**(2): p. 349-361.

³⁰ STRAUSSNER, S. L. A. and A. J. CALNAN. *Trauma Through the Life Cycle: A Review of Current Literature*. Clinical Social Work Journal, 2014. **42**(4): p. 323-335.

³¹ PUJSZO, M., JANOWSKA, P. and R. STĘPNIAK. *The psychic resilience on an example of some martial arts fighters*. Journal of Education, Health and Sport, 2019. **9**(7): p. 467-478.

³² JONES, G. and A. MOORHOUSE. *Jak získat psychickou odolnost*. Praha: Grada, 2010.

podmínkám v prostředí, změnám kolem nás, což úzce koreluje s psychickou odolností vůči zátěži.³³ Téma resilience popisuje vyčerpávajícím způsobem např. dr. Šolcová.³⁴

Dopady prožitého traumatu

Na základě mnoha studií bylo zjištěno, že trauma může být prožíváno odlišně ženami a muži a může na ně mít také rozdílné dopady. Například u mužů je obecně vyšší pravděpodobnost, že prožijí trauma jako takové, u žen je vyšší pravděpodobnost rozvinutí PTSD.³⁵ Na každého traumatizovaného muže připadají tři ženy s PTSD.³⁶ Ač mají muži dvojnásobné riziko prožití traumatu kvůli fyzickému napadení, přesto mají ženy patnáctkrát vyšší pravděpodobnost rozvoje PTSD po takovéto inzultaci.³⁷

Pro tato zjištění existuje celá řada hypotetických vysvětlení, od možnosti, že ženy vyhledají odbornou pomoc spíše než muži, přes hormonální a neurobiologické rozdíly až po možnost, že jsou ženy více vystaveny mezilidskému násilí. Přesvědčivé studie bohužel chybí.³⁸ Navíc se zdá, že pro muže jsou nejčastějšími faktory spojenými s diagnózou PTSD: znásilnění, vystavení boji, zanedbávání a fyzické zneužívání v dětství; zatímco pro ženy jsou to: sexuální obtěžování, fyzické napadení, ohrožení zbraní a fyzické zneužívání v dětství.³⁹ Tyto rozdíly jsou zvláště výrazné u mladých dospělých.

Coping – vyrovnávání se se zátěží

Možností organismu, jak zvládat stres je nespočet. Psychologie rozlišuje dva základní postupy a to: vědomé strategie zvládání stresu a dále obranné mechanismy.

Nevědomé obranné mechanismy popisoval již Freud. Jedná se o bezděčné mechanismy, které nemění stresovou situaci jako takovou, ale pomáhají měnit způsob, jakým člověk nad situací přemýšlí, nebo ji vnímá. Jedná se tedy do určité míry o sebeklam. Hlavními obrannými mechanismy jsou:

- **vytěsnění** – osoba podvědomě vylučuje z vědomí příliš zatěžující nebo zraňující impulzy a vzpomínky;
- **racionalizace** – jedinec se snaží pomocí logických či sociálně žádoucích motivů přisoudit racionální dojem;

³³ PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání.* 1. elektronické vydání ed. 2017: Grada.

³⁴ ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti.* 2009: Grada.

³⁵ APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®).* 2013: American Psychiatric Pub.

³⁶ FOA, E. B., et al., *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* 2010: Guilford Press.

³⁷ WHO, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.* 2013: World Health Organization.

³⁸ HIEN, D., et al., *Trauma services for women in substance abuse treatment: An integrated approach.* 2008.

³⁹ JANOFF-BULMAN, R. *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma.* 1990: Free Press.

- **reaktivní formace** – ty sklony osoby, kterou jsou neakceptovatelné, jsou nahrazovány sklony opačnými;
- **projekce** – nežádoucí vlastnosti osoby jsou připisovány v přehnané formě druhým;
- **intelektualizace** – snaha jedince vytvořit odstup od zátěžové situace pomocí abstraktních či intelektuálních výrazů;
- **popření** – jedinec popírá existenci zraňující zkušenosti;
- **přesunutí** – dotyčný přesouvá motivy na náhradní cíl, neboť je nedokáže uspokojit v původní formě.⁴⁰

Člověk je motivován ontogeneticky ale i fylogeneticky (evolučně) k efektivnímu vypořádávání se se zátěžovými situacemi, tak aby se jeho život opětovně stal subjektivně spokojeným.¹ Rozdíl mezi obrannými mechanismy a copingem vysvětluje Baštecká⁴¹ na příkladu „člověk vs. vesmírné záření“. Vesmírné záření představuje negativní zátěž a ozonová vrstva obranné mechanismy. Jakmile vyjdeme z domu, začne na nás působit vesmírné záření (zátěž), které se však dostalo přes ozonovou díru (obránné mechanismy), protože ho je příliš. Proto je potřeba využít copingových strategií – schovat se před zářením, použít sluneční brýle nebo zjistit skutečnou škodlivost záření. Kromě výše uvedených převážně nevědomých procesů existují i dvě základní vědomé strategie k řešení situací.

- Zaměření se na problém – situace se snažíme vyřešit tím, že vymezíme problém, hledáme vhodné alternativy k řešení a hodnotíme „náklady a výnosy“ jednotlivých přístupů. Takovýto přístup může být směřován vně i dovnitř jedince.
- Zaměření na emoce – přístupy vedoucí k prevenci zaplavení negativními emocemi, které by vedly k znemožnění řešení situace. Případně lze použít i problémů, které jsou neovlivnitelné (vědomé smíření). Může se jednat o behaviorální strategie – tělesná cvičení, pití alkoholu, braní drog, vybití vzteku, hledání psychické podpory u blízkých; nebo o kognitivní strategie – dočasné odsunutí problému z vědomí („nestojí mi to za ty starosti“, „není to pro mě tak důležité“), obecně se jedná o přehodnocování situace.^{42,43,44}

Jones & Moorhouse⁴⁵ uvádějí tři přístupy k řešení zátěžové situace. Jedná se o zaměření na:

- Příznaky – kdy se jedinec pokouší redukovat, či dokonce eliminovat příznaky stresu. Ovšem zde je nutná rozpoznávací znalost jednotlivých příznaků. Využit lze relaxace (četba, poslech hudby, fyzická aktivita nebo meditace. Tento přístup však nemůže mít dlouhodobý pozitivní efekt, neboť neodstraňuje příčinu.

⁴⁰ ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., v Portálu 1. ed. Praha: Portál, 2003.

⁴¹ BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005.

⁴² ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., v Portálu 1. ed. 2003: Portál.

⁴³ BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 2005: Grada Publishing as.

⁴⁴ FOLKMAN, S. *Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis*. *Journal of personality and social psychology*, 1984. **46**(4): p. 839.

⁴⁵ JONES, G. and A. MOORHOUSE. *Jak získat psychickou odolnost*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010.

- Hodnocení – osoba se pokouší metamorfovat negativní myšlení v pozitivní. Pokud pro zasaženého není možné od situace získat odstup, je možné požádat blízkého, aby nám zprostředkoval svůj pohled na věc, a dotýčný se může pokusit jej přijmout.
- Situace – člověk se v rámci této strategie pokouší nalézt zdroj zátěže a následně hledá možnosti řešení. Může být však silně limitován, pokud situaci spatřuje jako bezvýchodnou. K úspěšnému vývoji je tedy třeba přijmout myšlenku, že existuje objektivní zdroj zátěže a my ji dokážeme vyřešit. Tato strategie je považována za neefektivnější.

Vraťme se však ke copingu obecně, ten Kopecká⁴⁶ definuje jako: „*schopnost umět si poradit s mimořádně obtížnou situací*“; „*aktivní a vědomý způsob zvládnutí stresu*.“ Lze jej chápat jako prostředek sloužící ke zvládnutí:

- dlouhodobé zátěže,
- akutní stresové reakce,
- posttraumatické stresové poruchy (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD).⁴⁷

Ve shodě s Folkmanovou et al.⁴⁸ uvádí Machová & Kubátová,⁴⁹ že zátěžové situace lze zvládat řešením problému, nebo prací s emocemi. Buď odstraníme samotný problém, zhodnotíme naše potřeby a případně je změňme, pokusíme se provést změny (prostředí, situace, myšlení), nebo se zaměříme na zklidnění a optimismus (vnitřní nastavení). Je však nutné zmínit, že ne všechny strategie jsou pozitivní v celostním slova smyslu. Opíjení může dočasně odstranit akutní problém, ale dozajista ho nevyřeší dlouhodobě, a navíc může tato strategie způsobovat další problémy.

Ovšem to, jak budeme zátěžové situace zvládat, nezáleží pouze na zvolené strategii, ale také na obecnějších zdrojích. Folkmanová et al.⁵⁰ uvádějí pět kategorií: řešení problémů; sociální sítě; obecná a specifická přesvědčení (osobně vnímaná účinnost, existenciální přesvědčení apod.); zdravotní/energetické/morální a utilitární zdroje. Zde je vidět že strategie zvládnutí stresu mají „*svou biologickou, fyziologickou, psychologickou a také naučenou komponentu, která může být stejně účelná jako neúčelná, neboť při všem bohatství možností řeší někteří jedinci stresové situace stereotypním způsobem, bez ohledu na jeho eventuální vhodnost*“.⁵¹ Pro efektivní zvládnutí zátěže je důležitá i naše předchozí zkušenost.⁵²

⁴⁶ KOPECKÁ, Iva. *Psychologie 3. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. elektronické vydání ed. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015.

⁴⁷ PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. 1. elektronické vydání ed. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017.

⁴⁸ FOLKMAN, S.; SCHAEFER, C. and R. S. LAZARUS. *Cognitive processes as mediators of stress and coping*. Human stress and cognition, 1979: p. 265-298.

⁴⁹ MACHOVÁ, Jitka. *Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání*. 1. elektronické vydání ed. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016.

⁵⁰ FOLKMAN, S. *Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis*. Journal of personality and social psychology, 1984. **46**(4): p. 839.

⁵¹ VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena and Radkin HONZÁK. *Stres, eustres a distres. Interní medicína pro praxi*. 2008. **10**(4): p. 188-192.

⁵² SIGMUND, Martin; KVINTOVÁ, Jana and Michal ŠAFÁŘ. *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014.

Jako vhodnou literaturu pro pochopení rozdílů mezi telefonicky poskytovanou krizovou intervencí a prací operátorů a operátorek tísňových linek lze doporučit knihu Proměny krizové intervence: fenomén dlouhodobě opakovaně volajících v TKI.⁵³

Na základě odborné literatury a hloubkových rozhovorů s vedoucími pracovníky IZS byla stanovena hypotézy:

- **Operátoři / operátorky budou v průměru jako potenciálně nejvíce traumatizující oblast uvádět „hovor s člověkem demonstrujícím úmysl sebevraždy“.**
- **Operátoři / operátorky budou v průměru nejvíce sdílet extrémní zátěž / trauma s partnerem/partnerkou.**

Metody

Výzkum byl zaměřen na příslušníky a příslušnice Policie ČR a Hasičského záchranného sboru ČR působící v přímém výkonu služby na operačních střediscích. Do výzkumu bylo zařazeno 294 participantů, z čehož bylo 86 příslušníků a 59 příslušnic HZS ČR a 126 příslušníků a 23 příslušnic Policie ČR. Žen bylo ve vzorku 82 a mužů 212.

Pro získání informací byl využit nestandardizovaný dotazník, který vznikl po hloubkových rozhovorech s příslušníky Policie ČR a HZS ČR ale i zaměstnanci ZZS některých krajů. Tímto způsobem vznikly dotazníky, které jsou použitelné pro operátory tísňových linek všech základních složek IZS.

Operátorům byly distribuovány dva on-line dotazníky v prostředí Qualtrics. V první fázi byl rozeslán původní dotazník pouze pro operátory s ryze kvantitativním rozměrem. Odkaz na dotazník byl vždy odeslán styčnému pracovníkovi na operačním středisku včetně „motivačního dopisu“, který vysvětloval zaměření a význam výzkumu.

Z povahy otázek musely být některé odpovědi vyhodnocovány kvalitativní obsahovou analýzou za pomoci vytvoření jednotlivé kategorie, sycené subkategoriemi na základě určených kritérií. Základním kritériem byla vnitřní podobnost uváděných aspektů (např. odpovědi poranění a úraz byly zahrnuty do jedné kategorie).

Pro statistickou analýzu získaných dat byly použity programy Microsoft Excel (2016), R 3.5.1⁵⁴ a RStudio 1.1.463.⁵⁵ Během statistické analýzy byla použita doporučení McDonalda.⁵⁶

U všech statistických testů byla stanovena hladina významnosti $\alpha = 0,05$.

⁵³ BOHATÁ, Kateřina; JANEČKOVÁ-GRAMPPOVÁ, Klára and Jindřiška KOTRLOVÁ. *Proměny krizové intervence: fenomén dlouhodobě opakovaně volajících v TKI*. Stanislav Juhaňák-Triton, 2019.

⁵⁴ R Core Team. R: A language and environment for statistical computing 2019; Available from: <https://www.R-project.org>.

⁵⁵ RStudio Team. RStudio: Integrated Development for R 2019; Available from: <http://www.rstudio.com/>.

⁵⁶ McDONALD, J. H., *Handbook of biological statistics*. 3rd ed. Vol. 2. 2014: sparky house publishing Baltimore, MD.

Pro korekci vícečetných testů byla použita **Holm-Bonferroniho metoda**.⁵⁷

Rozdíly v jedné spojité proměnné mezi dvěma nezávislými skupinami byla testována pomocí **dvouvýběrových t-testů**. Před samotným testem bylo pomocí histogramů ověřeno, že rozdělení obou skupin se příliš neodlišují od normálního rozdělení, a že skupiny nemají výrazně odlišný rozptyl. Sílu efektu byla vyjádřena pomocí **Cohenova d**.⁵⁸ Nebyly apriorní předpoklady o rozdílech mezi skupinami, proto byla použita oboustranná alternativa.

Obdobně koncipovanou studii autoři nenalezli v ČR ani v zahraničí.

Výsledky

Pro objasnění otázky, zda jsou některé aspekty natolik zatěžující, že mají potenciál operátora či operátorku traumatizovat, byla do dotazníku zařazena otázka: **Jaké mimořádné/závažné tíšňové hovory jste zažil/a v profesním životě (emočně náročné, technicky složité, hovor s osobou vám známou...)?** (Napište prvních pět, které Vás nejvíce ovlivnily). Pokud nevíte přesné informace, napište je přibližně.) Respondenti tak měli možnost sami popsat 5 nejhorších hovorů, které ve své kariéře prožili.

Nejčastěji hodnoceným zásadním aspektem (celkově i ve všech kategoriích) byl *hovor s člověkem demonstrujícím úmysl sebevraždy následovaný hovory s lidmi, kteří neví, kde se nacházejí*. Vyšší zastoupení měly i události zahrnující *zasažené dítě nebo blízkou osobu*.

Na základě vnitřní podobnosti se aspekty daly rozdělit pomocí obsahové analýzy do několika subkategorií. Příklady nejsou editovány:

- **Sebevrah (člověk demonstrující úmysl sebevraždy):** *Během 24hod. služby 3 sebevrazi. 1ní hovor 1:30 nežli se rozmluvil a řekl kde je, další dva po cca. 40 min. Mezitím normální hovory s opilci a oznamovateli. Všichni ze "sebevrahů" na konci hovoru poděkovali za pomoc a sdělili kde jsou a vyčkali příjezdu hlídky.*
- **Neví, kde je:** *Mladý muž šel na procházku, nevěděl, kde se nachází ani odkud vyšel, nebyl v ohrožení života, mluvil jen o tom, že brzy bude mít žízeň, vybila se mu navigace. Protože nebyl v ohrožení života, doporučila jsem mu stáhnout si aplikaci s mapou. Poté zavolal zpět a chtěla jsem mu poradit, jak aplikaci použít, ale nevěděl, jak má "aktivovat-odemknout" displej ... podle následujícího rozhovoru byl nejspíš mentálně zaostalý či měl krátkodobý výpadek paměti.*
- **DN (dopravní nehoda):** *DN se zraněním motorkáře. Volající plakal, že nedal na silnici přednost motorkářovi, nevěděl, kde je, byl v šoku. Pořád opakoval, že je mu to strašně líto.*
- **Dítě (zasažené):** *Oznamovatelka porazila autem dítě jedoucí na kole, přímo před jeho domem. Dítě později, během zásahu hasičů zemřelo. Mám zhruba stejně staré dítě.*

⁵⁷ HOLM, S. *A simple sequentially rejective multiple test procedure*. Scandinavian journal of statistics, 1979: p. 65-70.

⁵⁸ COHEN, J. *Statistical power analysis Jbr the behavioral*. Sciences. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, 1988: p. 18-74.

- **Blízký (zasažený):** DN kolegyně se zraněním jí i jejího dítěte, kterou jsem vytěžovala.
- **Cizí jazyk (volajícího):** Ztracení polští sludenti v počtu 12 v neznámém terénu v nočních hodinách na česko-polských hranicích, téměř žádná angličtina, neslyšitelnost díky vypadávajícímu signálu, vůbec netušili, zda jsou v Polsku nebo v ČR. Špatná komunikace, tlak na čas, nemožnost záchytného bodu v místě události.
- **Vlastní chyba:** Zraněná žena – pokousaná vlastním psem. Udělal jsem chybu při lokalizaci, která mohla ženě uškodit, kdyby nebyla však napravena.
- **Domácí násilí:** Událost pro PČR, žena byla zbita manželem, uzamkla se před ním v ložnici, nemohla nadiktovat adresu, protože měla vymlácené zuby a krvácela na obličej, manžel se mezitím snažil dostat do pokoje a rány a hluk od křiku a nadávek manžela, a brekot miminka v ložnici zhoršovaly slyšitelnost hovoru. První hovor, kde jsem se bála, že uslyším, aniž bych měla vytěženou adresu a neměla kam poslat pomoc, jak bude někdo umlácen agresivní osobou do bezvědomí či k smrti, adresa byla nakonec vytěžena.
- **Vražda:** Muz ubodal manželku. Když na ni jste klecel hovoril se mnou. Takový hovor není příliš castý...
- **Úmrtí (obecně):** Úmrtí manžela. Paní velmi plakala, nebylo jí rozumět, neodpovídala, událost v jiném kraji.
- **NVS (nástražný výbušný systém):** Výbuch trezoru na Izraelské ambasádě. Hovor přímo z místa od zúčastněných. Mimořádná událost, která se vymyká „běžným dnům“, nevědělo se, co a proč se stalo, kolik je zraněných, mrtvých apod. Vědomí toho, že se věc bude zpětně analyzovat lidmi, co o práci na tísňové lince vědí tak akorát z televize.
- **Zneužití TL (tísňové linky):** Sekvence 2 zneužití za sebou – 1. chtěl PČR, protože v jukeboxu nehraje jeho písnička, po mém odmítnutí začal vyhrožovat, že někoho rozseká mačetou, 2. ztratil se mu opilý kamarád, když jsem řekl, že nepomůžeme, nahlásil, že má ten kamarád u sebe půl kila marihuany. 2x po sobě se stalo to, že když jsem mu nedal PČR, tak mě začal volající vydírat, přes nějaký fiktivní závažný čin.
- **Zvýšená zátěž (kromě emoční):** Větrná smršť Ema. Stovky událostí běhehem krátké chvíle. Nemožnost odpočinku. Obravské nároky na informace, které nemáte. Velký hluk na pracovišti. Prakticky nemožná komunikace přes RDST. Nedostatek pracovišť.
- **Emoční zátěž:** Skok kamarádky z patra domu, oznamovatel soused a kamarád. Nemohl jsem ho emočně zvládnout. Zde se protkly dokonce tři kategorie. Obecně by do této kategorie mohly být pravděpodobně všechny popsání události. Kategorie vznikla na základě konkrétního popisu respondentů.
- **První hovory (operátora/ky):** DN. Jeden z prvních hovorů na TCTV 112.
- **Požár:** Požár RD, uvnitř osoby, které nemohou ven. Komunikace s osobami do příjezdu JPO.

- **Cvičení (nahlašované taktické nebo prověřovací cvičení):** Cvičení AMOK, aniž by nám na tísňové lince někdo sdělil, že se jedná o cvičení. Volali lidé s tím, že na místě jsou mrtví a zranění. Na místě dle hovoru docházelo k střelbě, kdy volalo velké množství lidí, že jsou tam zranění a mrtví. Pocit bezmoci, protože L 158 byla zcela zahlcena a dojezdové časy hlídek byly mimo běžný rámec, na který jsem byl zvyklý. Půl hodiny nás vedení nechalo v domnění, že jsme byli svědky úmrtí na telefonu. Nikdo se nás nezeptal, jestli jsme v pořádku a jestli po takovém hovoru nepotřebujeme psych. pomoc. Vystřídání nebylo možné, protože počet lidí na tísňové lince v té době byl naprosto nedostatečný.
- **Tonutí:** Utonutí člověka při pádu do zamrzlé řeky. Nespoléhat pouze na informace od ZZS a PČR.

Odpovědi respondentů a respondentek se mohly opakovat, prolínat nebo doplňovat. Proto kromě prostého součtu vyskytujících se subkategorií byly odpovědi přepočítány na procentuální zastoupení pro teoretický příklad, v němž by soubor zahrnoval 100 odpovědí od žen, 100 odpovědí od mužů a 100 odpovědí od Policie ČR a 100 odpovědí od HZS. Reálný počet odpovědí od žen bylo 120, od mužů 161, od Policie ČR 124 a od HZS 157.

Tabulka 1: zásadní aspekty plynoucí z vytěžování tísňových hovorů. Součty a přepočty na 100 zástupců sledovaných skupin žen a mužů. Počet uvádí počet odpovědí, nikoli respondentů.

aspekt	ženy		muži		Σ ženy a muži
	počet	přepočteno	počet	přepočteno	
Sebevrah.	26	21,67	57	35,40	83
Neví, kde je.	23	19,17	14	8,70	37
Dopravní nehoda.	14	11,67	12	7,45	26
Dítě.	13	10,83	10	6,21	23
Blízký.	8	6,67	14	8,70	22
Cizí jazyk.	10	8,33	4	2,48	14
Vlastní chyba.	5	4,17	5	3,11	10
Domácí násilí.	6	5,00	2	1,24	8
Vražda.	2	1,67	6	3,73	8
Úmrtí.	2	1,67	5	3,11	7
NVS.	1	0,83	5	3,11	6
Zneužití TL.	0	0,00	6	3,73	6
Zvýšená zátěž.	1	0,83	5	3,11	6
Emoční zátěž.	3	2,50	3	1,86	6
První hovory.	0	0,00	6	3,73	6
Požár.	4	3,33	1	0,62	5
Cvičení.	0	0,00	4	2,48	4
Tonutí.	2	1,67	2	1,24	4

Tabulka 2: zásadní aspekty plynoucí z vytěžování tíšňových hovorů. Součty a přepočty na 100 zástupců sledovaných skupin Policie ČR a HZS. Počet uvádí počet odpovědí, nikoli respondentů.

aspekt	Policie ČR		HZS		Σ Policie ČR a HZS
	počet	přepočteno	počet	přepočteno	
Sebevrah.	45	36,59	38	24,20	83
Neví, kde je.	15	12,20	22	14,01	37
Dopravní nehoda.	7	5,69	19	12,10	26
Dítě.	9	7,32	14	8,92	23
Blízký.	12	9,76	10	6,37	22
Cizí jazyk.	0	0,00	14	8,92	14
Vlastní chyba.	3	2,44	7	4,46	10
Domácí násilí.	3	2,44	5	3,18	8
Vražda.	6	4,88	2	1,27	8
Úmrtí.	3	2,44	4	2,55	7
NVS.	6	4,88	0	0,00	6
Zneužití TL.	5	4,07	1	0,64	6
Zvýšená zátěž.	1	0,81	5	3,18	6
Emoční zátěž.	3	2,44	3	1,91	6
První hovory.	2	1,63	4	2,55	6
Požár.	0	0,00	5	3,18	5
Cvičení.	4	3,25	0	0,00	4
Tonutí.	0	0,00	4	2,55	4

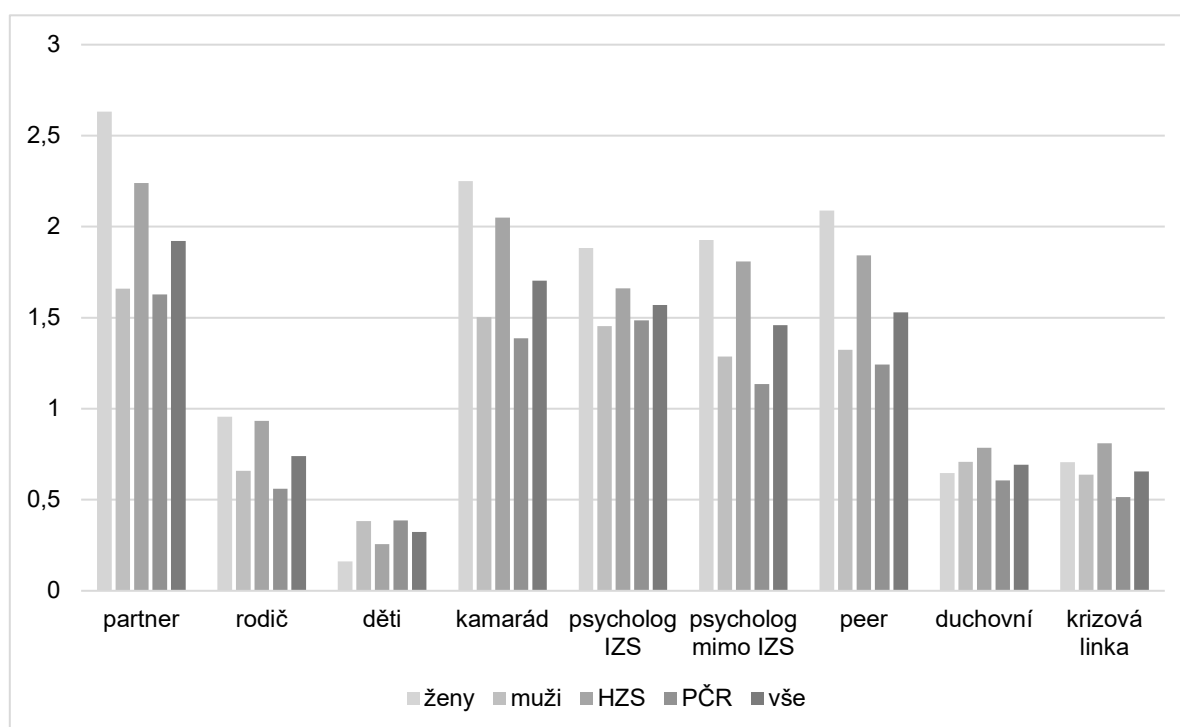
Sdílení extrémní zátěže

Dále byli příslušnice a příslušníci tázáni, s kým by chtěli sdílet náročné zážitky z práce. Odpovídali pomocí šesti bodové Likertovy škály; 0 – rozhodně ne, 5 – rozhodně ano. Celkový počet odpovědí na tyto otázky byl: $n_{\text{ženy}} = 68$; $n_{\text{muži}} = 185$; $n_{\text{HZS}} = 121$; $n_{\text{Policie ČR}} = 132$; $n_{\text{vše}} = 253$.

Otázka zněla: **Pokuste si, prosím, představit nějakou extrémní zátěž v rámci vytěžování tíšňového hovoru (například dokonaná sebevražda). S kým byste tuto událost chtěl/a probrat a získat od něj psychosociální podporu (rozhovor, informace)?** (V posledních třech možnostech můžete doplnit jinou osobu, která nebyla uvedena v nabídce. Pokud nechcete někoho doplnit, označte u možnosti hodnotu „0“.)

Tabulka 3: průměrné hodnocení možností sdílení extrémní zátěže. Zvýrazněny průměrné hodnoty ≥ 2 .

sdílení s kým	ženy	muži	HZS	Policie ČR	vše
S partnerem/partnerkou:	2,63	1,66	2,24	1,63	1,92
S rodiči:	0,96	0,66	0,93	0,56	0,74
S dětmi:	0,16	0,38	0,26	0,39	0,32
S kamarádem/kamarádkou:	2,25	1,50	2,05	1,39	1,70
S psychologem zaměstnaným ve vaší organizaci:	1,88	1,45	1,66	1,48	1,57
S psychologem zaměstnaným MIMO vaší organizaci:	1,93	1,29	1,81	1,14	1,46
S proškoleným kolegou (peer, krizový intervent atd.):	2,09	1,32	1,84	1,24	1,53
S duchovním:	0,65	0,71	0,79	0,61	0,69
Anonymní linka pomoci v krizi (apod.):	0,71	0,64	0,81	0,52	0,66



Obrázek 1: hodnocení sdílení extrémní zátěže u jednotlivých skupin.

Nejlépe hodnocenou osobou pro sdílení externí zátěže (celkově i ve všech kategoriích) byl partner/partnerka následovaný kamarádem/kamarádkou.

Jako ostatní osoby, se kterými by sdílely extrémní zátěž respondenty uvedly: *kolega* (11x); *nadřízený*; *kamarád*.

Respondenti-muži uvedli: *kolega* (9x); *nadřízený* (3x); *s duchy země*; *s duchy přírody*; *prarodiče*; *externí psycholog*, *lékař*; *kamarád*.

Preference osoby ke sdílení extrémní zátěže u žen a mužů, HZS a Policie ČR

Následně bylo pomocí dvouvýběrových t-testů zjišťováno, zda se pro jednotlivé faktory liší skóry příslušníků HZS ČR a Policie ČR a také zda se ve skórech liší muži a ženy. Testování pomocí t-testů je možné díky normálnímu rozdělení skóre a porovnávané skupiny jsou podobně velké. Následně byly provedeny korekce pro mnohočetná pozorování a vypočteno Cohenovo d.

Tabulka 4: rozdíly ve sdílení extrémní zátěže u žen a mužů. Počet odpovědí zahrnutých do testování n= 253.

sdílení s kým	p-hodnota	korekce pro mnohačetná pozorování	Cohen. d	efekt
S partnerem/partnerkou:	0,0005	0,0045	0,53	střední
S rodiči:	0,13	1	-	-
S dětmi:	0,005	0,045	-0,31	malý
S kamarádem/kamarádkou:	0,002	0,018	0,47	malý
S psychologem zaměstnaným ve vaší organizaci:	0,11	1	-	-
S psychologem zaměstnaným MIMO vaší organizaci:	0,02	0,18	0,38	malý
S proškoleným kolegou (peer, krizový intervent atd.):	0,003	0,027	0,47	malý
S duchovním:	0,73	1	-	-
Anonymní linka pomoci v krizi (apod.):	0,67	1	-	-

Statisticky významné rozdíly byly nalezeny u kategorií *Partner*, *Děti*, *Kamarád*, *Psycholog mimo organizaci* a *Peer*. Kromě kategorie *Děti* všude skórovaly výše ženy. Pouze u kategorie *Partner* byl zaznamenán střední efekt podle Cohena d.

Statisticky významné rozdíly byly nalezeny u kategorií *Partner*, *Rodiče*, *Děti*, *Kamarád*, *Psycholog mimo organizaci*, *Peer* a *Krizová linka*. Kromě kategorie *Děti* všude skórovali výše příslušníci a příslušnice HZS. U všech závislostí byl pouze malý efekt podle Cohena d.

Tabulka 5: rozdíly ve sdílení extrémní zátěže u složek IZS. Počet odpovědí zahrnutých do testování n= 253.

sdílení s kým	p-hodnota	Cohen. d	efekt
S partnerem/partnerkou:	0,01	0,33	malý
S rodiči:	0,02	0,31	malý
S dětmi:	0,14	-0,31	malý
S kamarádem/kamarádkou:	0,001	0,42	malý
S psychologem zaměstnaným ve vaší organizaci:	0,43	-	-
S psychologem zaměstnaným MIMO vaší organizaci:	0,001	0,41	malý
S proškoleným kolegou (peer, krizový intervent atd.):	0,004	0,37	malý
S duchovním:	0,26	-	-
Anonymní linka pomoci v krizi (apod.):	0,04	0,26	malý

Diskuse

Trauma je způsobováno zátěžovými událostmi, které jsou mimořádné z pohledu vyrovnávání se a přizpůsobení se.⁵⁹ Psychologické trauma Doležalová et al.⁶⁰ označují jako zážitek, který je emocionálně bolestivý, vyvolávající zoufalost nebo je šokující. Často má dlouhodobé, negativní duševní a fyzické projevy (včetně neurologických). Aby byly odhaleny takové aspekty práce, které mají potenciál traumatické odpovědi, byli respondenti vyzváni, aby popsali až pět nejhorších/nejvíce zatěžujících hovorů, na které si vzpomenu a doplnili, proč pro ně byly tak významné. Na základě obsahové analýzy byly odhaleny tyto typy hovorů: *sebevrah, volající neví, kde je, dopravní nehoda, hovor zahrnuje dítě, hovor zahrnuje blízkou osobu*.

S ohledem na výsledky nebyla hypotéza operátoři/operátorky budou v průměru jako potenciálně nejvíce traumatizující oblast uvádět „hovor s člověkem demonstrujícím úmysl sebevraždy“ zamítnuta.

Traumatická odpověď je vždy subjektivní a má individuální dopad na jedince.⁶¹ S ohledem na četnost jednotlivých typů hovorů je možno říci, že zde byla získána unikátní data především pro nové příslušníky a příslušnice a potažmo pro jejich rodiny.

Traumatická reakce může způsobit dezorganizaci myšlení a vědomí, zhoršovat úsudek, změnit reakční dobu jedince, přispět ke zvýšené vzrušivosti (sensibilitě ke vzruchům) a vést k neúspěšným pokusům o vyrovnání se. Zatímco většina populace zažije časově omezené reakce, jako jsou akutní reakce na stres, u menší části se mohou i nadále projevat závažnější a opakující se dopady související s traumatem. Mohou se dostavit panické poruchy, deprese, poruchy spánku, poruchy spojené s užíváním návykových látek a také posttraumatická stresová porucha.^{62,63,64} To jsou bezesporu nepříjemné důsledky i v obecné populaci, natož u operátorů a operátorek, kteří mají za úkol provázet zátěžovou situací volající. Tyto závěry by měli zohledňovat i vedoucí pracovníci a pracovnice.

Jednou z možností, jak posilovat svoji resilienci čili zotavení se z extrémního stresu a traumatu⁶⁵ může být sdílení traumatu. Proto byli respondenti a respondentky tázáni, s kým by případné trauma sdíleli. Všechny možnosti byly hodnoceny relativně nízkými čísly a v žádné kategorii nebylo dosaženo vyššího průměrného skóre než 2,7

⁵⁹ AGAIBI, C. E. and J. P. WILSON. *Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature*. Trauma Violence Abuse, 2005. **6**(3): p. 195-216.

⁶⁰ DOLEŽALOVÁ, Petra et al. *Trauma v dětství a adolescenci*. 1. vydání ed. průvodce pro pedagogy. 2017, Klecany: Národní ústav duševního zdraví.

⁶¹ MILLER, M. *Intervention with individuals and families affected by mass violence*, in *Understanding mass violence: A social work perspective*, S.L.A.S.N.K. Phillips, Editor. 2004, Boston: Allyn and Bacon.

⁶² KESSLER, R. C. et al. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1995. **52**(12): p. 1048-60.

⁶³ LESKIN, G. A. and J. I. SHEIKH. *Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey*. Journal of Anxiety Disorders, 2002. **16**(6): p. 599-603.

⁶⁴ RINGEL, S. and J. R. BRANDELL. *Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research*. 2011: Sage.

⁶⁵ WAUGAMAN, R. and A. WAUGAMAN. *Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims*. American Journal of Psychiatry, 2005. **162**: p. 1768-1769.

(na škále 0 až 5). Nejlépe hodnocenou osobou pro sdílení externí zátěže (celkově i ve všech kategoriích) byl partner/partnerka následovaný kamarádem/kamarádkou. **Proto nezamítáme hypotézu H0: operátoři / operátorky budou v průměru nejvíce sdílet extrémní zátěž / trauma s partnerem/partnerkou.**

Kromě možností sdílení *s dětmi* a *s duchovním* hodnotily všechny položky více ženy. Statisticky významné rozdíly byly nalezeny u kategorií *partner, děti, kamarád, psycholog mimo organizaci* a *peer*. Pouze u kategorie *partner* byl zaznamenán střední efekt podle Cohena d. To znamená, že ženy mají silnější preferenci sdílet zátěž se svým protějškem než muži. Ovšem obě kategorie mají partnera/ku jako první volbu. Jones a Moorhouse⁶⁶ uvádějí, že jednou z možností vyrovnávání se je tzv. *hodnocení*, se kterým nám může pomoci právě partner.

Vyjma možnosti sdílení *S dětmi* hodnotili všechny položky více příslušnice a příslušníci HZS. Statisticky významné rozdíly byly nalezeny u kategorií *partner, rodiče, děti, kamarád, psycholog mimo organizaci, peer* a *krizová linka*. U všech závislostí byl pouze malý efekt podle Cohena d. Zde se mohl opět projevit vliv jiného rozložení žen a mužů.

Jako druhou volbu sdílení respondenti a respondentky uvedli *kamaráda/kamarádkou*. Sdílení s kamarádem/kamarádkou uváděli i v otevřené možnosti. Pro různé „sdílející“ osoby byly nalezeny statisticky významné rozdíly. Více takových rozdílů bylo zaznamenáno při srovnání HZS a Policie ČR, a to u kategorií: *partner, rodiče, děti, kamarád, psycholog mimo organizaci, peer* a *krizová linka*. U porovnání mužů a žen se jednalo o kategorie: *partner, děti, kamarád, psycholog mimo organizaci* a *peer*. Nejsilnější rozdíl byl u žen preferujících ke sdílení partnerky. Lze říci, že ženy chtějí pracovní zátěž více verbálně sdílet.

Vzhledem k potenciálu přelivu pracovní zátěže do rodinného života je otázka sdílení a komunikace mezi partnery zásadní. Intervenční programy pro páry s manželskými problémy se v převážné většině zaměřují na zlepšení komunikace mezi partnery, důraz je kladen na nácvik konstruktivní komunikace zejména v průběhu řešení konfliktu.⁶⁷

Závěr

Náš výzkumu odhalil významnou škálu aspektů práce na tísňové lince, které mohou mít potenciál vyvolat traumatické reakce u operátorů a operátorek. Mezi nejčastěji uváděné patří hovory s osobami demonstrujícími úmysl sebevraždy; situace, kdy volající nevědí, kde se nacházejí a události týkající se dopravních nehod. Tato zjištění nám pomáhají lépe porozumět povaze pracovní zátěže na tísňových linkách a potřebám těch, kteří tuto náročnou práci vykonávají.

Je důležité zdůraznit, že traumatická reakce je subjektivní a závisí na mnoha faktorech, včetně individuální resilience, předchozích traumatických zkušeností a dostupnosti sociální podpory. Tento výzkum byl cenným příspěvkem k našemu porozumění traumatickým reakcím spojeným s prací na tísňových linkách, a měl by

⁶⁶ JONES, G. and A. MOORHOUSE. *Jak získat psychickou odolnost*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010.

⁶⁷ SILLARS, A.; CANARY, D. J. and M. TAFOYA. *Communication, conflict, and the quality of family relationships*. 2004.

sloužit jako základ pro další studie a pro vývoj podpůrných opatření pro operátory a operátorky.

Jednou z možností posílení resilience a účinná copingové strategie je sdílení zátěže s blízkým. Respondenti a respondentky nejčastěji ke sdílení volí partnera/partnerku nebo kamaráda/kamarádku.

Vzhledem k významu této problematiky je důležité, aby vedoucí pracovníci a nadřízení brali v úvahu potenciální traumatické dopady této práce na své zaměstnance. Podpora, včetně psychologické pomoci a školení v oblasti zvládání stresu, by měla být k dispozici pro ty, kteří tuto náročnou práci vykonávají. Zároveň je třeba uznat, že pracovní zátěž na tísňových linkách může mít dlouhodobé důsledky, a proto je důležité provádět pravidelné monitorování duševního zdraví operátorů a operátorek a poskytovat jim podporu i po ukončení služby. Na místě je také zvedat otázku péče o rodinu příslušníků a příslušnic.

Použitá literatura

- Oxford Dictionaries. *Trauma*. 2013; Available from: <http://oxforddictionaries.com/definition/english/trauma>.
- AGAIBI, C. E. and J. P. WILSON. *Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature*. *Trauma Violence Abuse*, 2005. **6**(3): p. 195-216.
- APA, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
- McGINLEY, E. and A. VARCHEVKER. *Enduring trauma through the life cycle*. 2018: Routledge.
- DOLEŽALOVÁ, Pavla et al. *Trauma v dětství a adolescenci*. 1. vydání ed. průvodce pro pedagogy. 2017, Klecany: Národní ústav duševního zdraví.
- MILLER, M. *Intervention with individuals and families affected by mass violence*, in *Understanding mass violence: A social work perspective*, S.L.A.S.N.K. Phillips, Editor. 2004, Boston: Allyn and Bacon.
- AMIR, M. and R. Lev-WIESEL. Time Does Not Heal All Wounds: Quality of Life and Psychological Distress of People Who Survived the Holocaust as Children 55 Years Later. *Journal of Traumatic Stress*. 2003. **16**(3): p. 295-299.
- BREWIN, C.; ANDREWS, B. and J. VALENTINE. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000. **68**: p. 748-66.
- FELITTI, V.J.M.D. et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1998. **14**(4): p. 245-258.
- FOA, E.B. et al. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. 2010: Guilford Press.
- STAMM, B. H. and M. J. FRIEDMAN. *Cultural diversity in the appraisal and expression of trauma*, in *International handbook of human response to trauma*, R. Y. A. Shalev, & A. Mcfarlane Editor. 2000, Springer. p. 69-85.

- GIACONIA, R. M. et al. Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995. **34**(10): p. 1369-1380.
- KESSLER, R. C. et al. *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 1995. **52**(12): p. 1048-60.
- LESKIN, G. A. and J. I. SHEIKH. Lifetime trauma history and panic disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Anxiety Disorders*. 2002. **16**(6): p. 599-603.
- RINGEL, S. and J. R. BRANDELL. *Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research*. 2011: Sage.
- STRAUSSNER, S.L.A. and A. J. CALNAN. Trauma Through the Life Cycle: A Review of Current Literature. *Clinical Social Work Journal*. 2014. **42**(4): p. 323-335.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti. 2., přepracované a doplněné vydání*. 1. elektronické vydání ed. 2017: Grada.
- MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného. Onemocnění štítné žlázy*. 1. elektronické vydání ed. 2011: Grada.
- JONES, G. and A. MOORHOUSE. *Jak získat psychickou odolnost*. 2010: Grada Publishing a.s.
- FOLKMAN, S. *Stress: Appraisal and Coping*, in *Encyclopedia of Behavioral Medicine*, M. D. Gellman and J. R. Turner, Editors. 2013, Springer New York: New York, NY. p. 1913-1915.
- RICHARDSON, G. E. *The metatheory of resilience and resiliency*. Journal of clinical psychology, 2002. **58**(3): p. 307-321.
- BONANNO, G. A. *Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* Am Psychol, 2004. **59**(1): p. 20-8.
- HAREL, Z., KAHANA, B. and E. KAHANA. *Social Resources and the Mental Health of Aging Nazi Holocaust Survivors and Immigrants*, in *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, J. P. Wilson and B. Raphael, Editors. 1993, Springer US: Boston, MA. p. 241-252.
- KAHANA, B.; Harel, Z. and E. KAHANA. *Predictors of psychological well-being among survivors of the Holocaust*, in *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. 1988, Plenum Press: New York, NY, US. p. 171-192.
- HAREL, Z.; KAHANA, B. and J. P. WILSON. *War and Remembrance*, in *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, J. P. Wilson and B. Raphael, Editors. 1993, Springer US: Boston, MA. p. 263-274.
- WAUGAMAN, R. and A. WAUGAMAN. Broken Spirits: The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, and War and Torture Victims. *American Journal of Psychiatry*. 2005. **162**: p. 1768-1769.
- McFARLANE, A. C. and R. A. YEHUDA. *Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions*, in *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. 1996, The Guilford Press: New York, NY, US. p. 155-181.

- BLOCK, J. and A. M. KREMEN. IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996. **70**(2): p. 349-361.
- PUJSZO, M.; JANOWSKA, P. and R. STĘPNIAK. The psychic resilience on an example of some martial arts fighters. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. **9**(7): p. 467-478.
- ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009.
- WHO, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. 2013: World Health Organization.
- HIEN, D. et al. *Trauma services for women in substance abuse treatment: An integrated approach*. 2008.
- JANOFF-BULMAN, R., *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. 1990: Free Press.
- ATKINSON, R. L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., v Portálu 1. ed. 2003: Portál.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2005.
- FOLKMAN, S. *Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis*. *Journal of personality and social psychology*, 1984. **46**(4): p. 839.
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. elektronické vydání ed. Praha: Grada, 2015.
- MACHOVÁ, Jitka. *Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání*. 1. elektronické vydání ed. Praha: Grada, 2016.
- FOLKMAN, S.; SCHAEFER, C. and R. S. LAZARUS. *Cognitive processes as mediators of stress and coping*. *Human stress and cognition*, 1979: p. 265-298.
- VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. and Radkin HONZÁK. *Stres, eustres a distres. Interní medicína pro praxi*. 2008. **10**(4): p. 188-192.
- SIGMUND, Martin; KVINTOVÁ, Jana and Michal ŠAFÁŘ. *Vybrané kapitoly z manažerské psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014.
- BOHATÁ, Kateřina; JANEČKOVÁ-GRAMPOVÁ, Klára and Jindřiška KOTRLOVÁ, *Proměny krizové intervence: fenomén dlouhodobě opakovaně volajících v TKI*. 2019: Stanislav Juhaňák-Triton.
- R Core Team. R: A language and environment for statistical computing 2019; Available from: <https://www.R-project.org>.
- RStudio Team. RStudio: Integrated Development for R 2019; Available from: <http://www.rstudio.com/>.
- MCDONALD, J. H. *Handbook of biological statistics*. 3rd ed. Vol. 2. 2014: sparky house publishing Baltimore, MD.
- HOLM, S. A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian journal of statistics*. 1979: p. 65-70.
- COHEN, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, 1988: p. 18-74.
- SILLARS, A.; CANARY, D. J. and M. TAFOYA. *Communication, conflict, and the quality of family relationships*. 2004.

Ing. Roman Říha (*1990) Roman Říha is a PhD. student in Civil Emergency Preparedness, an operational officer of the Czech Republic Fire Rescue Service, and a lecturer in first aid and civil protection. His research focuses on the impact of professional performance on personality and relationships, and optimization of AED use and First Responder systems. He has been awarded grants for research projects, including “Motivation and partnerships among firefighters” (SGS18/101/OHK4/1T/17) and “Motivation and partnerships among members of the Emergency Services” (SGS19/137/OHK4/2T/17).

Mgr. Martin Hůla (*1990) Martin Hůla is a research scientist at the Faculty of Humanities, Charles University, the National Institute of Mental Health, and also at the Faculty of Science, Charles University, where he is also pursuing a doctoral program in Theoretical and Evolutionary Biology. In the Center for Sexual Health and Interventions, he is primarily involved in psychophysiological measurement. He is also contributing to a project examining the impact of the COVID-19 pandemic on couple relationships.

Ing. Kristýna Matoušová (*1997) Kristýna Matoušová is a PhD. student in Civil Emergency Preparedness and works in the Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, University Hospital Hradec Kralove as a Paramedic. She focuses her interest on the field of Prehospital care, Intensive care, and Urgent medicine. Her research applies to the optimization of AED use and the First responder system. She has been awarded grants for her research project „Implementation of problematic of automated external defibrillators into Czech legislation by out-of-hospital resuscitation (SGS23/201/OHK4/3T/17).

Mgr. Romana Žihlavičková (*1991) Romana Žihlavičková is a PhD. student in the Faculty of Science, a psychologist at The Centre for Social Services Prague, a lecturer at Newton University, and a first aid trainer. Her research focuses on cooperation and underlying psychological mechanisms.

