

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**Posttraumatická stresová porucha u vojáků
po návratu z mírové mise**

Bakalářská práce

Autor práce: Petra Vaisová

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**Posttraumatic stress disorder by soldiers comming back
from peacekeeping missions**

Bachelor´s thesis

Author: Petra Vaisová

Supervisor: Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

2008

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

Ve Staré Boleslavi dne 20. dubna 2008

.....
Petra Vaisová

Poděkování

Děkuji Doc. MUDr. Vosečkové Aleně, CSc. Za vedení mé práce, za odborné konzultace, za podnětné a cenné rady. Za podporu pak děkuji zejména své rodině a přátelům.

Motto: „Válka je komplexem celé řady psychologicky traumatizujících událostí.“

(Weisaeth, 1997)

OBSAH

ÚVOD	9
CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA V HISTORII	12
2. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (PTSD)	14
2.1 Prevalence PTSD	14
2.2 Typy traumatických událostí	15
2.3 PTSD jako diagnóza – dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN -10)	15
2.4 Charakteristické projevy PTSD	17
2.4.1 Typické příznaky PTSD	17
2.5 Diagnostika	18
2.5.1 Diagnostická kritéria PTSD	18
2.5.2 Diagnostika PTSD	20
2.6 Terapie PTSD	21
2.6.1 Farmakoterapie	21
2.6.2 Psychoterapie	22
2.6.3 Používané formy psychoterapie	22
2.6.4 Nejčastěji používané metody psychoterapie v léčbě PTSD	23
2.7 Psychosociální pomoc – se zaměřením na specifické profesní skupiny, vznik a organizace v ČR (obecně)	25
2.8 Psychosociální pomoc – se zaměřením vojáky z povolání v rámci AČR	26
2.8.1 Výběr a příprava profesionála	26
2.8.2 Psychologické zhodnocení profesionála před výjezdem do mise	27
2.8.3 Psychologická podpora v misi	27
2.8.4 Psychologická péče po návratu z mise	27
3. HISTORIE ÚČASTI AČR V ZAHRANIČNÍCH MISÍCH	28
4. VYSLÁNÍ PŘÍSLUŠNÍKŮ AČR DO ZAHRANIČNÍ MISE	29
4.1 Přehled chronologicky řazených zahraničních misí, kterých se účastnili příslušníci AČR	29
4.2.1 Druhy vojenských operací	31
4.2.1.1 BOJOVÉ OPERACE	31
4.2.1.2 NEBOJOVÉ OPERACE	32
4.3 Charakteristiky zahraničních misí, na kterých se AČR podílela od roku 2002	34
4.3.1 UNGCI (United Nations Guards Kontingent in Iraq)	34
4.3.2 IFOR – SFORI, SFORII (Implementation Force – Stabilization Forces)	34
4.3.3 KFOR – KFOR II (Kosovo Force)	34
4.3.4 EF (Enduring Freedom)	34
4.3.5 ISAF (International Security Assistance Force)	35
4.3.6 MNF (Multi-National Force)	35

4.3.7 WINTER RACE	36
II. EMPIRICKÁ ČÁST	
CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE	38
5. METODIKA VÝZKUMU	39
5.1 Dotazník	39
5.1.1 Charakteristika respondentů	39
5.1.2 Způsob zpracování výsledků	39
5.2 Osobní rozhovor	40
6. VÝSLEDKY VÝZKUMU	41
6.1 Dotazník	41
6.1.1 Otázka číslo 1	41
6.1.2 Otázka číslo 2	42
6.1.3 Otázka číslo 3	43
6.1.4 Otázka číslo 4	44
6.1.5 Otázka číslo 5	45
6.1.6 Otázka číslo 6	46
6.1.7 Otázka číslo 7	47
6.1.8 Otázka číslo 8	49
6.1.9 Otázka číslo 9	50
6.1.10 Otázka číslo 10	51
6.1.11 Otázka číslo 11	52
6.1.12 Otázka číslo 12	53
6.1.13 Otázka číslo 13	54
6.1.14 Otázka číslo 14	55
6.1.15 Otázka číslo 15	56
6.1.16 Otázka číslo 16	57
6.1.17 Otázka číslo 17	58
6.1.18 Otázka číslo 18	59
6.2 Osobní rozhovor	61
6.2.1 Rozhovor č. 1	61
6.2.2 Rozhovor č. 2	64
6.2.3 Rozhovor č. 3	66
7. DISKUZE	68
ZÁVĚR	71
ANOTACE	73
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	75
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	77
SEZNAM TABULEK	78

SEZNAM GRAFŮ	79
---------------------------	-----------

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník	2
-------------------------------	---

Příloha č. 2 – Psychologické zkoušky užívané v diagnostice PTSD	5
---	---

ÚVOD

Bakalářská práce, kterou právě držíte v ruce, se zabývá problematikou posttraumatické stresové poruchy u vojáků po návratu ze mírové mise. Záměrem je shrnout teoretické poznatky o posttraumatické stresové poruše jak obecně, tak především v podmínkách vojenských operací. Práce podá informace o teoretických poznacích daného tématu, možnostech léčby a krizových intervencích, také vysvětlí pojem vojenská operace a shrne historii i současnost účasti AČR v zahraničních misích. Výzkumná část vyplývá z praktických zkušeností vojáků, kteří se vojenských operací účastnili. Z empirické části bude mimo jiné vycházet informace o projevech posttraumatické stresové poruchy u dotazovaných respondentů. Podstatným zjištěním bude hodnocení využitelnosti a reálného používání psychoterapeutických přístupů v podmínkách vojenské zahraniční mise a jako součást péče o vojáky po návratu z mírové mise.

Téma práce jsem si zvolila na základě své vlastní zkušenosti ze zahraniční mise v Afghánistánu. Po půlroční zkušenosti se službou na místě vzdáleném 5000 km od rodné země, od rodiny a přátel, na prostoru vymezeném kilometrovou hranicí, v zemi se zcela odlišnými klimatickými podmínkami a mentalitou místních obyvatel, s četnými etnickými rozdíly. V zemi, kde se výdobytky civilizace prolínají s prvky středověku. V zemi, zmítané desetiletími bojů a válek, kde v míru má každá rodina zbraň na svou obranu a prosazování práv. Vidíte-li zbraň v ruce dítěte, můžete si být jisti, že nejde o plastovou hračku. To všechno a mnoho dalších okolností působí i na nejlépe vycvičeného a připraveného vojáka.

I voják je člověk a to co mu chybí nebo přebývá, to co ho trápí a dělá mu starosti, dokáže v lepším případě pojmenovat a danou situaci vyřešit. V zahraničních operacích jsou vojáci účastníky i svědky nestandardních situací, na jejichž řešení a vyrovnání se s nimi běžné osvojené reakce vždy nestačí. V takovém případě může mít a má své opodstatnění pomoc odborná. Jakým způsobem je psychologická pomoc řešena v AČR a další otázky se pokusí tato práce zodpovědět vojenské i civilní veřejnosti.

CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem této bakalářské práce je objasnění pojmu posttraumatická stresová porucha jako diagnóza a její výskyt u vojáků po návratu z mírové mise.

V první, teoretické části, bude posttraumatická stresová porucha probrána z historického hlediska (studie o psychickém traumatu).

Dále posttraumatická stresová porucha jako diagnóza, charakteristika poruchy, její projevy, diagnostické a terapeutické možnosti.

V neposlední řadě bude uveden přehled a charakteristika zahraničních operací, kterých se vojáci AČR účastnili od roku 2002.

Druhá, empirická část, bude provedena metodou dotazníkového šetření, použitím vlastního, anonymního dotazníku. Získané informace, budou analyzovány a graficky znázorněny. Doplněna bude o informace získané z osobních rozhovorů.

Cílem této části je především zjištění, zda se objevují příznaky posttraumatické stresové poruchy u vojáků po návratu z mírové mise, jejich závislost na zjištěných demografických údajích, zemi nasazení (druhu mise), délce pobytu a na prožitých zážitcích.

Součástí tohoto rozboru bude i vyhodnocení psychologické pomoci vojákům během pobytu v misi, po návratu z mise a zhodnocení této psychologické služby respondenty.

I.

TEORETICKÁ ČÁST

1. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA V HISTORII

Studie o psychickém traumatu mají svou zvláštní historii zaměřenou především na zkoumání jevu zvaného hysterie na konci 19. století. Tyto studie se dodnes pojí se jmény Freud, Janet, Charcot, James. Po mnohahodinových rozhovorech, pozorování a klasifikování pacientek s hysterií, došli Janet s Freudem k závěru, že hysterie je stav způsobený psychickým traumatem.

Poprvé se o válečných traumatech začalo mluvit v souvislosti s americkou občanskou válkou, následovaly studie během první světové války a s druhou světovou válkou se vrátil zájem o výzkum stresové poruchy a její léčby. Vojáci, kteří prožívali traumatizující události, kruté boje, žili měsíce v zákopech, propadali pocitům strachu a bezmoci, stávali se nebezpečnými pro své jednotky i sami pro sebe. Byli často trestáni, obviňováni ze simulace, dokonce mnozí lékaři uvažovali o tom, zda je lepší dezertéry střílet, nebo jim pomáhat. Téměř čtvrtina vojáků neopustila bitevní pole v důsledku poranění, ale v důsledku psychických potíží. Tehdy byla posttraumatická stresová porucha označována různými názvy např. válečná neuróza (Freud), bojová stresová reakce, šok z ostřelování, bitevní únava, apod. Mnohdy zůstala porucha nepochopena a špatně diagnostikována i přesto, že má zcela specifické příznaky charakterizující její klinický obraz. Současně je toto období neodmyslitelně spjato se jménem Marshall, s generálem, který povzbuzoval vojáky po těžkých bojích k vyprávění svých zážitků. Zmíněná metoda, společného probírání zážitků, byla označována jako Historical Group Debriefing. Tato metoda vedla v mnoha případech k psychické úlevě a sám generál Marshall ji nazýval duchovní očistou. V roce 1983 přišel psycholog J. T. Mitchell s upravenou modernizovanou podobou Marshallovy metody, nyní s názvem Critical Incident Stress Debriefing, spočívající v přesně naplánovaných rozhovorech. Mitchellova metoda se dodnes v různých modifikacích používá po celém světě.

Další války, díky kterým byly získány cenné podklady a zkušenosti týkající se diagnostiky a léčby posttraumatické stresové poruchy, byly válka v Koreji a ve Vietnamu. V těchto konfliktech byli na frontě bojující vojáci doprovázeni kromě chirurgů také psychiatry a psychology. Ti tím získali možnost bezprostředně odhalit a léčit psychické změny, které bojující vojáci prožívali, místo aby je posílali domů a propouštěli. Při tomto postupu byla většina vojáků po krátké léčbě schopna opět nastoupit do boje. Problém akutní

bojové reakce se zdál vyřešen. Avšak dlouho po ukončení vietnamské války byly nemocnice přeplněny vietnamskými veterány s duševními poruchami, kdy příčinou jejich stavu bylo život ohrožující trauma.

Posttraumatická stresová porucha, byla jako pojem poprvé definována v roce 1968. V roce 1980 získala tato definice dnešní podobu, Americká psychiatrická asociace ji zařadila do svého třetího Diagnostického a statistického manuálu, standardní příručky k diagnostice emočních poruch.

(Vizinová, Preiss 1999)

Válka je jednou z nejhorších životních zkušeností, i proto je řada současných poznatků o PTSD výsledkem výzkumu sponzorovaného především zahraničními armádami.

2. POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA (PTSD)

Posttraumatická stresová porucha (dále bude užívána zkratka PTSD z anglického posttraumatic stress disorder), je také nazývána reakcí na závažný stres, často se objevuje jako reakce na traumatickou událost. Postižený opakovaně prožívá událost v myšlenkách, snech a fantaziích a vyhýbá se místům a situacím, ve kterých k události došlo.

Vzniká po náhlých, otřesných či život ohrožujících situacích, které prožije člověk sám, jejichž je bezprostředním svědkem, nebo následkem situací ohrožujících blízké postiženého (např. válečný konflikt, znásilnění, autonehoda, přírodní katastrofa, těžký úraz, apod.). Jde o události, které téměř u každého vyvolávají v době ohrožení tíseň a výraznou stresovou reakci, která může být podstatou vzniku a rozvoje PTSD. Ne vždy musí zážitek traumatické události automaticky znamenat rozvoj PTSD. Platí ovšem pravidlo, že čím je těžší trauma a větší bezmocnost se mu bránit, tím pravděpodobnější je rozvoj PTSD. Vyšší riziko vzniku a rozvoje PTSD se týká především disponovaných osob: jedinců oslabených dlouhodobou nemocí, psychickým nebo fyzickým vyčerpáním, také osob, které jsou vystavené závažné změně v sociálních nebo interpersonálních vztazích (ztráta zaměstnání, nevěra partnera, rozvod, atd.). Při zaměření na faktory přispívající ke vzniku válečného traumatu mají výrazný význam především tyto okolnosti: vojáci jsou odloučeni od svých rodin a domovů, střetávají se s jinými kulturami, cizími jazyky, velmi často jsou mladí a obtížně se vyrovnávají s životními těžkostmi, jsou vystaveni jiným klimatickým podmínkám, fyzicky náročným operacím, mnohdy vidí zblízka smrt, zranění, utrpení, a aby sami přežili, hromadí v sobě úzkost a smutek.

(Vizinová, Preiss, 1999)

2.1 Prevalence PTSD

Prevalence znamená míru výskytu určité poruchy v populaci. U PTSD je prevalence do značné míry ovlivněná populačními vzorky v epidemiologických studiích, typem a způsobem provedení dané studie, druhem prožitého traumatu.

Na téma výskytu PTSD již bylo provedeno mnoho studií, především v USA. Ze závěru těchto provedených výzkumů vyplývá, že výskyt PTSD je dvakrát častější u žen než u mužů. U žen bývá nejčastější příčinou sexuální zneužití, u mužů se PTSD nejčastěji vyskytuje v souvislosti s přímým vystavením válce.

(Vizinová, Preiss, 1999)

PTSD dle odhadů postihuje až 30% obětí živelných katastrof. U veteránů z vietnamské války postihla tato porucha kolem 4% těch, co se bojů účastnili a zhruba 20% těch, kteří v průběhu války utrpěli zranění.

Ani dle výše uvedených údajů, nelze zcela objektivně zhodnotit prevalenci PTSD v České republice, neboť jak již bylo uvedeno, většina autorů se odvolává na závěry výzkumů a studií prováděných především v USA.

2.2 Typy traumatických událostí

Rozlišujeme různé typy traumatických událostí, které mohou následně vyvolat vznik PTDS. Základní rozdělení je na traumatické nehody a katastrofy.

Následně lze dělit katastrofy:

- Katastrofy způsobené člověkem v důsledku chyby nebo nedbalosti (dopravní neštěstí, letecké katastrofy, lodní katastrofy, požáry a výbuchy plynů, kolapsy budov a mostů, nukleární katastrofy);
- Přírodní katastrofy (povodně, vichřice, lesní požáry, zemětřesení, výbuchy sopky, laviny);
- Události záměrně způsobené člověkem (kriminální činy, přepadení, znásilnění, sexuální zneužívání, teroristické útoky, mučení, válečné události).

Obecně se lidé hůře vnitřně vyrovnávají s traumatickými událostmi způsobenými záměrně člověkem, než např. s přírodními katastrofami.

(Praško, 2003)

2.3 PTSD jako diagnóza – dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN -10)

Podle MKN – 10 je diagnóza PTSD zahrnuta mezi nemoci skupiny F 43 – Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Následuje výpis poruch skupiny F 43:

F 43.0 Akutní stresová reakce (Akutní krizová reakce, Akutní reakce na stres)

Únava z boje

Krizový stav

Psychický šok

- F 43.1 Posttraumatická stresová porucha
Traumatická neuróza
- F 43.2 Poruchy přizpůsobení
Kulturní šok
Reakce na hoře
Hospitalismus u dětí
- F 43.8 Jiné reakce na těžký stres
- F 43.9 Reakce na těžký stres, NS

(Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10, 1992)

Z reakce na těžký stres a poruch přizpůsobení byly níže popsány ty, které jsou předmětem této práce a následného empirického výzkumu.

- **Akutní stresová porucha** – kdy se příznaky stresové poruchy objeví do několika minut, hodin až do tří dnů (příznaky přetrvávají méně než měsíc) po traumatizující události. V tomto případě vykazují symptomy poruchy velkou variabilitu, ještě nemluvíme o typických příznacích PTSD. Obvykle začíná ustrnutím, zúženým vědomím, omezením pozornosti, neadekvátními reakcemi. Následuje prohloubení apatie, nebo naopak agitace. Tento stav obvykle trvá několik dnů, jedná se o přechodnou poruchu. Individuální zranitelnost, odolnost vůči stresu, ovlivňují výskyt, rozvoj a závažnost akutní stresové reakce. Porucha se nemusí vyvinout u všech lidí vystavených mimořádnému stresu. Podle různých pohledů lze Akutní stresovou poruchu, hodnotit také jako normální emoční odpověď na abnormální zátěž a ne jako duševní poruchu.
- **Posttraumatická stresová porucha** – vzniká jako zpožděná, protražovaná odpověď na těžkou či trvalou stresovou událost, po určité latenci zpravidla v řádu týdnů, měsíců až půl roku. Následně se rozvíjí typické známky PTSD, které mohou přetrvávat až několik let. Především tato forma posttraumatické stresové poruchy je předmětem následujícího výzkumu a bude dále probrána i v teoretické části.
- **Částečná posttraumatická stresová porucha** – vzhledem k diagnostickým kritériím, uvedeným níže (kapitola 2.5), jsou pravidla pro stanovení diagnózy PTSD velmi přísná. U řady lidí i přes evidentní potíže spojené s prodělaným traumatem nelze tuto diagnózu stanovit. Z toho důvodu je prodiskutovááno vytvoření nové nozologické jednotky s názvem „Částečná posttraumatická stresová porucha“. Prakticky jedinou

odlišností v tomto případě by bylo nesplnění podmínky – zážitek traumatické události, který není považován za nezbytný pro předpoklad vzniku PTSD.

(Štrobl, 1999)

2.4 Charakteristické projevy PTSD

2.4.1 Typické příznaky PTSD

Dotírající vzpomínky a sny;

Jsou nejtypičtějším příznakem PTSD, projevují se automatickým rozpomínáním se na trauma. Opakované vybavování myšlenek, představ a vjemů. Vtíravé, útržkovité, ale živé vzpomínky na traumatickou událost vyvolávají pocity úzkosti, vzteku, smutku a bezmoci. Někdy se traumatická událost vrací ve formě znovuprožívání traumatu, jedinec má živé pocity jako by se událost znovu objevila, nebo ji viděl před očima. Opakovaně se může vracet traumatická událost také v děsivých snech, ve formě znovuprožitku události nebo symbolů se zlověstným významem. Děs nočních můr má za následek, že se postižený probouzí zpocený, s bušením srdce, lapající po dechu.

Ztráta pozitivních emocí;

Jedinci postižení touto poruchou nedovedou plně vyjádřit silné emoce týkající se prožitého traumatu. Snaží se je v sobě potlačit a s potlačením negativních emocí a vzpomínek na trauma, dochází k potlačení emocí vůbec. Postižení nedokážou prožívat ani emoce pozitivního charakteru, jsou emočně otupělí. Cítí se chladní, znechucení, vyhaslí. Schází jim radost ze života. Vykonnávají jen rutinní činnosti, vyhýbají se příjemným aktivitám. Nadměrná sebekontrola vlastních emočních stavů, vede k pocitům vyčerpání a únavy, následně může vyvolat až deprese. S depresí souvisí i následné nereálné sebeobviňování. Život pro ně ztrácí smysl.

Vyhýbání se;

Člověk trpící PTSD se trvale vyhýbá podnětům, situacím a činnostem spojeným s traumatickým zážitkem. To proto, že podněty podobné danému zážitku (lidé, prostředí, okolnosti, doteky, apod.), traumatický zážitek připomínají a dochází k rozvoji nepříjemných pocitů. Typické je vyhýbání se rozhovorům spojeným s traumatem. Další formou je tzv. mentální vyhýbání, kdy se postižený snaží potlačit myšlenku na trauma, která má tendenci se znovu a znovu objevovat a vracet. Toto jednání může vést až k úplné ztrátě vzpomínek

a neschopnosti si vybavit důležité okolnosti traumatu. Může se objevit i vyhýbání se blízkému vztahu, projevující se nedůvěrou vůči druhým lidem, odcizením a izolací. Nebo vyhýbání se převzetí odpovědnosti za druhé (např. za děti).

Zvýšená psychická a fyzická vzrušivost:

Jsou dalšími typickými příznaky. Znamky zvýšené dráždivosti, které se před traumatem neobjevovaly. Stálá úzkost vede k tomu, že vše nové a nečekané ruší a rozčiluje. Neustále jakoby čekali nějaké ohrožení. Rychle a snadno se dostávají do konfliktu. Postižené osoby mají problém, s koncentrací, s udržením pozornosti, sebeovládáním. Často se hádají, jsou výbušní a jednají impulzivně. Jsou nadměrně ostražití, lehce se vyděsí, mají přehnané reakce na běžné podněty (např. zazvonění telefonu apod.). Kromě psychické vzrušivosti se objevuje i zvýšená fyzická vzrušivost, charakteristická pohotovostí organismu k poplašné reakci s celou řadou vegetativních projevů např. bušení srdce, lapání po dechu, pocení, třes, tlak na hrudi, pocity na zvracení, bolesti hlavy, břicha, atd. Tyto příznaky mohou být sami o sobě neškodné, ale ve většině případů vedou k obavě o tělesné zdraví jedince a dlouhodobý výskyt těchto obtíží se může negativně podílet na rozvoji některých onemocnění (kardiovaskulárního, gastrointestinálního systému, aj.).

(Vizinová, Preiss, 1999)

2.5 Diagnostika

2.5.1 Diagnostická kritéria PTSD

Podle nejnovější Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, angl. ICD-10, WHO, 1991) je PTSD uváděna jako samostatná jednotka a připojuje se k poruchám přizpůsobení kategorie F 43, jak již bylo zmíněno výše, s rozlišením různých typů a intenzity traumatu.

(Vizinová, Preiss, 1999)

Diagnostická kritéria jsou vázaná na hodnocení příznaků PTSD podle Diagnostického a statistického manuálu psychiatrických poruch Americké psychiatrické asociace DSM–III-R z r. 1987, DSM–IV-R z r. 1994 . Klinické rozeznání příznaků PTSD rozhoduje o charakteru rehabilitačního procesu.

(Štrobl, 1999)

Diagnostická kritéria jsou rozdělena do pěti skupin dle DSM–IV–R:

- A) **Příčina** – zahrnuje: přímý zážitek něčeho děsivého; tato děsivá událost byla stresující téměř pro každého; reakce na tuto děsivou událost trvá minimálně jeden měsíc.
- B) **Vtíravé myšlenky** – zahrnuje: opětovné a vtíravé stresující myšlenky na tuto děsivou událost; opětovně se vracející sny o děsivé události; pocit, jakoby se děsivá událost znovu opakovala; intenzivní psychický stres při vystavení vzpomínce na tuto děsivou událost.
- C) **Potlačování** – zahrnuje: úsilí potlačit myšlenky, nebo pocity spojené s touto děsivou událostí; potlačování aktivit a situací vedoucích k připomenutí této děsivé události; psychogenní amnézie na tuto děsivou událost, viditelně snížený zájem o důležité aktivity po této děsivé události; pocit odcizení od ostatních; snížení efektivity; neschopnost vidět do budoucna.
- D) **Zvýšené podráždění** – zahrnuje: problémy se spánkem a usínáním; podrážděnost, či výbuchy vzteku, problémy s koncentrací; nabuzená ostražitost; přehnané úlekové reakce; psychický stres při vystavení vzpomínkám na děsivou událost.
- E) **Sociální vztahy** – problémy v zaměstnání; problémy v sociálních vztazích, problémy v partnerských vztazích.

Ke stanovení diagnózy PTSD musí pacient z výše uvedených kritérií vykazovat tyto potíže:

- Ve skupině A, alespoň jedno z uvedených kritérií.
- Ve skupině B, alespoň jedno z uvedených kritérií.
- Ve skupině C, alespoň tři z uvedených kritérií.
- Ve skupině D, alespoň dvě z uvedených kritérií.
- Ve skupině E, alespoň jedno z uvedených kritérií.

(Štrobl, 1999)

Posttraumatická stresová porucha je typická specifickými symptomy (kapitola 2.4.1), které ji spolu s uvedenými kritérii charakterizují, umožňují diferenciální diagnostiku a tím odlišení PTSD od ostatních poruch.

2.5.2 Diagnostika PTSD

Základní diagnostika

- a) V dnešní době je v diagnostice rozšířen způsob využívající **strukturovaných metod (dotazníků, škál)**, které neutrálně popisují traumata a příznaky. Dle klinických výzkumů se ukazuje, že tuto metodu je vhodné doplnit rozhovorem o citlivých otázkách a upřesnit neutrálně laděné otázky týkající se zažitých událostí a jejich následků. Tento způsob vede k vytvoření pozitivního vztahu a důvěry mezi klientem a psychologem. Výhoda strukturované metody spočívá v její opakovatelnosti po určitém čase. Psycholog pak může hodnotit výpovědi klienta na stejné dotazy v různých časových obdobích a vyvozovat z nich závěry pro terapii. Příklady některých psychologických zkoušek užívaných v diagnostice PTSD jsou uvedeny v příloze č. 2.
- b) V případě těžké traumatizace je jako nejvhodnější metoda volen **strukturovaný rozhovor**. Psycholog v tomto případě získává informace z odpovědí klienta a rovněž hodnotí chování a psychický stav dotazovaného. Při využívání této metody je bezpodmínečně nutný empatický postoj psychologa, snižující napětí v průběhu rozhovoru.
- c) Dříve byla užívána metoda **nestrukturovaného diagnostického rozhovoru**, volné vyprávění klienta. Postupem času byl tento způsob považován za nevhodný, protože poskytoval jen omezené informace a vystavoval klienta obrovské emoční zátěži.

Diferenciální diagnostika

Velmi významným krokem ke zvolení odpovídající terapie PTSD, jako relativně novodobé poruchy, je především diferenciací zjištěné poruchy a tím její odlišení od již zavedených diagnóz s podobným klinickým obrazem. Mezi diagnózy, které se částečně s PTSD symptomaticky překrývají, patří: deprese, panická porucha, fobie, pseudopsychóza. Většina těchto poruch se klinicky projevuje podobně, ale jednotlivé symptomy bývají modifikovány nebo chybí úplně.

V rámci diferenciální diagnostiky je také nutné si uvědomit, že se dle výzkumů PTSD běžně projevuje ve spojení s jinými poruchami. Z výzkumných studií (provedených v USA) také vyplývá, že převážná většina jedinců postižených PTSD ve svém životě nejméně jednou

trpěla jinou psychiatrickou poruchou především: depresí, úzkostnou poruchou, závislostí na návykových látkách, suicidálními myšlenkami a pokusy, apod.

2.6 Terapie PTSD

Ačkoliv by se mohlo zdát, že posttraumatická stresová porucha představuje spíše okrajovou hrozbu, měla by jí být věnována značná pozornost. To platí především pro okruh profesí, které jsou označovány jako zvláště rizikové z hlediska pravděpodobnosti setkání s traumatizujícími okolnostmi (vojáci nasazení v zahraničních misích, na likvidaci následků přírodních katastrof, hasiči, záchranáři, policie). Předpokládá se, že opakovaný kontakt se situacemi, překračujícími běžnou lidskou představivost velmi zvyšuje pravděpodobnost vzniku PTSD, tzn. rizika destabilizace psychiky, mohou být vyšší právě u profesionálů, kteří opakovaně přichází do kontaktu s otřesnými incidenty.

Posttraumatickou stresovou poruchu lze ovlivňovat pomocí psychoterapie a farmakoterapie. V zásadě bývá psychoterapeutický přístup doplňován vhodnou farmakologickou léčbou, které může efekt psychoterapie výrazně podpořit. Přesto je terapie vedena individuálně dle míry rozvoje PTSD, dle časového odstupu od traumatické události a dalších faktorech. Psychofarmaka často doplňují komplexní léčebný plán.

2.6.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie je účinná především ve zmírňování úzkosti a příznaků zvýšené činnosti sympatiku. Méně pomáhá proti dotírajícím vzpomínkám, flaschbackům, nesoustředěnosti a negativnímu emočnímu ladění. Zanedbatelný účinek je pozorován na změnu vyhybavého chování. V léčbě PTSD se užívají léky ze skupiny antidepresiv a anxiolytik.

Antidepresiva – napomáhají vytvoření rovnováhy v neuronech mozku, ve kterých je nerovnováha neuropřenašečů nebo jich je nedostatek. Jejich účinek není substituční, ale svým působením zvyšují nabídku neuropřenašeče tam, kde je potřeba. Jsou vhodné k dlouhodobé léčbě, jejich účinek nastupuje zpravidla po třech až šesti týdnech podávání a při pozitivním účinku je vhodné pokračovat 9 – 12 měsíců. Mezi podávané preparáty patří /dle generického názvu/ zejména - Amitriptilin, Imipramin, Sertralin, Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin, Moclobemid, Venlafaxin, atd.

Anxiolytika – se nejvíce osvědčují při náhlém vzplanutí příznaků úzkosti, záchvatech paniky, poruchách spánku. Pomáhají obvykle krátce po traumatu, vedou k dočasnému snížení pocitů úzkosti a napětí. Jsou nevhodné k dlouhodobému užívání, protože na ně snadno vzniká

návyk. Neměly by se užívat déle než 3 – 4 měsíce a jejich vysazování by mělo být postupné snižováním denních dávek.

2.6.2 Psychoterapie

Psychoterapie je nejdůležitějším prostředkem léčby PTSD, spočívá ve zpracování traumatické události. Ve srovnání s farmakologickou léčbou je její efekt po ukončení léčby trvalejší. V léčbě chronické posttraumatické stresové poruchy s výraznějším efektem uplatňuje střednědobý nebo dlouhodobý systematický přístup. Obecným principem a cílem psychoterapie je integrace traumatu do celku osobních zkušeností a zmenšení či odstranění jeho negativního vlivu na duševní i tělesný stav člověka.

(Vizinová, Preiss, 1999)

Hlavní úkoly psychoterapie tedy jsou:

- Pomoci pacientovi zpracovat trauma natolik, aby uměl zpracovat příznaky a neomezovaly jeho život – opakovaná konfrontace s traumatickou událostí;
- Pomoci pacientovi zbavit se pocitu viny, studu. Pacient přijme fakt, že nemusí vše zvládnout dokonale;
- Pomoci pacientovi překonat současné životní potíže: porozumět tomu jak současné problémy souvisí s minulými zážitky, nalézt řešení k překonání současných problémů, vytvořit pocit bezpečí a kontroly nad svým životem.

2.6.3 Používané formy psychoterapie

Individuální psychoterapie

Je jednou z forem vzájemného působení terapeuta a pacienta, vytváření a formování terapeutického vztahu. Pacient přes zkušenost s terapeutem znovu postupně nabírá důvěru k druhým lidem, ke svému okolí i k sobě samému. Přijímá zodpovědnost za své chování i mezilidské vztahy a aktivně řeší svoji obtížnou životní situaci. Individuální psychoterapie je řízena aktuálními potřebami a možnostmi pacienta. V první fázi je budován vztah mezi terapeutem a pacientem, při získání důvěry v terapeuta je možné budovat pocit bezpečí a důvěry ve světě. V další fázi pacient vypráví a rekonstruuje příběh traumatické události pod vedením terapeuta. Cílem je převést vzpomínky, pocity do slov v klidném terapeutickém prostředí, tím vzpomínky postupně ztrácí svůj silný emoční náboj. I smutek, pláč a prožívání negativních emocí má zásadní význam v postupném odžití a integraci traumatu do vzpomínek.

Skupinová psychoterapie

Je indikována u pacientů ve stabilizovaném stavu. Umožňuje sdílet traumatickou událost ve skupině. O vlivu traumatu na svůj život obvykle diskutuje skupina složená z několika osob pod vedením terapeuta, psychologa nebo psychiatra. Podpora skupiny nabízí různé pohledy na problémy v životě. Utváří se vztahy směrem k terapeutovi a dalším členům skupiny, podobně jako se utváří vztahy v každodenním životě. Následně dochází k uvědomění si podmíněnosti vztahů, změně chování a postojů k lidem v přirozeném prostředí.

2.6.4 Nejčastěji používané metody psychoterapie v léčbě PTSD

Kognitivně behaviorální terapie

Zaměřená na úpravu bolestných a vnucujících se vzorů chování. Základní princip vychází z teorie učení, tzn. jak, se člověk těmito vzorům naučil, může se také naučit být vůči nim odolný. Cílem psychoterapie je, aby se pacient s traumatickou událostí vyrovnal a mohl dál smysluplně pokračovat do budoucnosti. Základními postupy kognitivně behaviorální terapie jsou: vystavení se traumatickým vzpomínkám, hledání nového přizpůsobivějšího pohledu na události, na sebe sama, učení se novým dovednostem (řešení problémů, relaxace, asertivní jednání, plánování času, apod.).

Metody Critical Incident Stress Management (CISM)

Základní typy preventivních opatření, které mají chránit potenciálně ohrožené pracovníky před rozvinutím potíží odpovídajících obrazu PTSD jsou: demobilizace, defusing, debriefing. Popisují tři stupně krizově-intervenční techniky pro vyrovnání se s traumatizující událostí. Mohou být užívány ve skupině nebo individuálně.

Demobilizace – je krizově intervenční technika, která se používá zpravidla ihned po návratu z místa, či zásahu a má své hlavní opodstatnění po neštěstích a katastrofách velkého rozsahu. Cílem intervence je snížení stresu spojeného s katastrofou a nastartování obnovy duševních sil personálu při střídání týmů nebo odchodu ze služby. Trvá asi 10 minut, při kterých zúčastnění dostávají základní informace o projevu stresu a základní doporučení týkající se jídla, spánku, kontaktu s blízkými apod.

Defusing – volné popovídání si o traumatické události s kolegy, přáteli. Jde spíše o neformální a rozhovor o tom, co se dělo, používá se do 8 hodin od incidentu, je to jakýsi zrychlený, zkrácený debriefing, který má 3 fáze a trvá 20 - 45 minut. Cílem je zmírnění dopadu incidentu na účastníky, zmírnění emocionální zátěže, zmapování a zhodnocení

potřeby následného debriefingu. Zúčastnění vysvětlují své role v události, jaké měli pocity, co jim připadalo nejhroší a jak reagovali a je jim dáována zpětná reakce.

Debriefing – je popisován jako postup dotazování za účelem získání důležitých poznatků a informací, jde o specifický postup vedení rozhovoru s jednotlivcem či se skupinou, který je rozfázován do jednotlivých na sebe navazujících kroků. Jeho cílem je pomoci účastníkům traumatizující události zpracovat vzpomínky a emoce z místa události tak, aby se předešlo vzniku potíží v podobě PTSD. Zajišťují ho psychologové, psychiatrové, ale mohou také vyškolení laici, kolegové. Debriefing zajišťovaný kolegy se začal používat v USA, později i v Evropě a dnes je považován za efektivní preventivní opatření v ohrožených profesích (záchranáři, policisté, hasiči) v těchto profesích se zavádí tzv. peer-support „kolegiální podpora“. Výhodou tohoto programu je fakt, že minimalizuje rizika psychologizace a psychiatrizace u jinak zdravých osobností. Účastníci pak vnímají celou akci jako součást vyhodnocení a zpracování akce, nejsou svázáni obavami, že jsou jejich pocity a reakce přezkoumávány psychology a psychiatry, kteří by v nich hledali duševní patologii.

Ve stavbě debriefingu je možné rozpoznat kognitivně - behaviorální kořeny, umožňuje postup člověka ke zmatku svých vlastních pocitů a reakcí a návrat k jejich rozumovému zpracování, často se s předností využívá ve skupinách, člení se na sedm fází.

Fáze debriefingu

1. Úvod – představení, stanovení pravidel, stanovení cílů.
2. Fáze faktů – kladení otázek, hovor o faktech jak je každý viděl a jak si je pamatuje.
3. Fáze myšlenek – vyjadřují se myšlenky a očekávání, dává obraz, jak byli nebo nebyli připravení.
4. Fáze reakcí – obvykle nejdelší část, mluvení o pocitech, emoční reakce.
5. Fáze příznaků – změny po návratu, příznaky problémů.
6. Fáze učení a přípravy – jak daná zkušenost změnila život Váš nebo Vašich blízkých?
7. Návrat – vedoucí poskytne krátké shrnutí a nabídne možnost individuální konzultace.

2.7 Psychosociální pomoc – se zaměřením na specifické profesní skupiny, vznik a organizace v ČR (obecně)

Psychosociální pomoc je taková pomoc, která sytí materiální i duševní potřeby lidí zasažených mimořádnou událostí. Psychologové přispívají pomocí cílených psychologických opatření při a po mimořádných událostech jednak k usnadnění průběhu záchranných a likvidačních prací, jednak k ošetření duševních zranění a prevence rozvoje posttraumatických obtíží, které mohou podstatně snižovat kvalitu budoucího života. V rámci psychosociální pomoci při krizových situacích působí: preventivními psychologickými opatřeními, předkrizovou psychologickou přípravou, psychologickou podporou řízení zásahu, psychologickou první pomocí, pozásahovými psychologickými opatřeními, dlouhodobou psychologickou péčí. Těmito kroky snižují riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy, popř. se podílí na léčbě poruch vzniklých v souvislosti s událostí.

Systematicky se psychosociální pomoc začala rozvíjet nejprve v resortu Ministerstva vnitra (MV). Od roku 1998 zde byl vytvářen systém posttraumatické intervenční péče pro policisty, který vstoupil do praxe v roce 2001, stejný model byl přenesen do Hasičského záchranného sboru ČR (HZS ČR), kde funguje od roku 2003. Využita je přitom síť resortních psychologů i vyškolených kolegů „peer support“. Policejní interventní jsou primárně určeni na pomoc policistům, v případě HZS ČR plní interventní úkoly jak ve vztahu k hasičům, tak ve vztahu k zasaženým. V případě rozsáhlých neštěstí nebo katastrof v zahraničí je využívána psychologická služba MV (Policie ČR a HZS ČR) jako celek na pomoc českým občanům.

Souběžně přitom dochází k rozvoji této oblasti také v rámci nestátních neziskových organizací. Ve spolupráci resortu vnitra a Nadace ADRA se od roku 1999 vytváří a školí Psychosociální intervenční tým ČR, který tvoří dobrovolníci. Tento tým má zastoupení v regionech ČR, kde vykonává terénní krizovou práci, reaguje na aktuální potřeby vznikající při mimořádných událostech.

K rozvoji této oblasti ve vztahu ke klientům nebo zaměstnancům dochází také v některých komerčních organizacích (ČSA, banky, obchodní řetězce apod.). České aerolinie zřídily Tým psychologické asistence (pět osob), který drží pohotovost a v případě potřeby vyjíždí pracovat s personálem a klienty na místo letecké nehody. Dále organizují Tým krizových asistentů, který je složen z přibližně 100 proškolených dobrovolníků (zaměstnanců

ČSA, kteří jsou určeni pro pomoc přeživším a rodinám obětí). Krizový intervenční tým určený pro kolegiální pomoc pilotům a palubnímu personálu tvoří 12 dobrovolníků.

V resortu MV jsou profesionálové na duševní zdraví školení zejména v metodách Critical Incident Stress Management (CISM) a v krizové intervenci. V metodách CISM a kolegiální podpoře jsou v poslední době trénováni také profesionálové z Armády ČR (AČR) a zástupci Zdravotnické záchranné služby (ZZS).

Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany v Hradci Králové zajišťuje školení vojenských profesionálů v metodách CISM a od roku 2005 začala organizovat i meziresortní konference "Psychosociální aspekty při zásahu záchranných složek", které jsou dobrou příležitostí pro výměnu zkušeností mezi kolegy z resortů obrany, vnitra a zdravotnictví. Resort obrany zajišťuje psychosociální pomoc vojákům a jejich rodinným příslušníkům prostřednictvím armádních psychologů a duchovenské služby Armády ČR. Této pomoci lze využít jak při službě vojáka na území ČR, tak při službě vojáka v zahraničí (zahraniční mise) nebo po jeho návratu. V rámci vysílání příslušníků AČR do zahraničních operací, byli a jsou ve většině případů součástí kontingentů i vojenský psycholog nebo duchovní.

(<http://www.mvcr.cz/casopisy/112/2007/unor/vymetal.html>)

2.8 Psychosociální pomoc – se zaměřením vojáky z povolání v rámci AČR

2.8.1 Výběr a příprava profesionála

Psychosociální pomoc můžeme chápat jako soubor intervencí preventivních, diagnostických a terapeutických. V AČR podobně jako v dalších složkách např. HZS ČR, Policie ČR, záchranná služba lze při výkonu povolání očekávat stresové situace.

Jako jedno ze základních opatření jak předejít vzniku a rozvoji psychických poruch v souvislosti s prožitým traumatem, je výběr. Z těchto důvodů jsou do AČR rekrutováni pouze jedinci, kteří kromě řady jiných testů, projdou i psychologickým vyšetřením ve vojenské nemocnici. K psychodiagnostice se v tomto případě používají standardní osobnostní dotazníky (např. SPARO, DOPEN, aj.) s cílem eliminovat nábor jedinců, jejichž psychický stav by mohl zkolabovat v kritických situacích.

Následuje období výcviku, ale „jak lze připravit člověka na to, že bude v přímém ohrožení života, svědkem smrti nebo zranění svých přátel“? Právě školení profesionálů v metodách CISM (kapitola 2.7) může být klíčem jak zvládnout onen moment až přijde.

(Štrobl, 1999)

2.8.2 Psychologické zhodnocení profesionála před výjezdem do mise

Každý voják určený do služby v zahraniční misi musí projít kompletním psychologickým vyšetřením. V rámci psychodiagnostiky se potom hodnotí následující kvality: psychická odolnost v zátěži, úroveň inteligence, anticipační regulace aktivit a chování (předvídání důsledků vlastního chování, odolnost vůči rušivým podnětům), pozitivní motivace, úroveň adaptability (schopnost přizpůsobit se), vývoj psychopatologických rysů osobnosti. K diagnostice slouží baterie psychologických testů IHAVEZ, DOPEN, SPARO, BDI, RAVEN. Vyšetření se soustřeďuje na minimalizaci možnosti, že bude k plnění úkolů vyslán jedinec s dispozicí ke špatnému zvládnutí zátěžových situací.

(Štrobl, 1999)

2.8.3 Psychologická podpora v misi

Služba vojenského psychologa obnáší všechny složky psychologické péče – prevence, krizová intervence, terapie. Do většiny misí, ve kterých působí vojáci AČR, jsou vysíláni i vojenští psychologové. Jejich úkolem není pouze poskytování praktické krizové intervence při reakcích na stres, ale především poradenská psychologie – rodinné problémy, interpersonální vztahy, apod.

Dalším neodmyslitelným prvkem v péči o duši vojáků, v misi, je přítomnost vojenského duchovního (vojenského kaplana). Působí v misi jako kněz, jako prostředník mezi velitelem a vojáky, jako „vrba“, která vyslechne stesky a obavy vojáků. I přes vážnost stavu a situace, nutnost dodržování rozkazů a pravidel, právě tato osoba vnáší do situace onen lidský rozměr.

(Štrobl, 1999)

2.8.4 Psychologická péče po návratu z mise

Po návratu ze zahraniční mise podstupuje většina vojáků opět řadu standardních psychologických testů, rozhovor s psychologem. Tím se uzavírá „povinná“ řada vyšetření v souvislosti s účastí v misi. Samozřejmě, že každý kdo by pocítil potřebu následné psychologické konzultace či péče se může obrátit se svým problémem na pracoviště ve vojenské nemocnici, popř. na jinou instituci poskytující psychologickou či psychiatrickou pomoc.

3. HISTORIE ÚČASTI AČR V ZAHRANIČNÍCH MISÍCH

V důsledku událostí z 1. na 2. srpna 1990, kdy překročila irácká vojska hranice státu Kuvajt a obsadila jeho území, byla na základě odsouzení této agrese Radou bezpečnosti OSN a rozhodnutí amerického prezidenta, vyslána do oblasti Perského zálivu armády USA.

Souhlas s vysláním československé protichemické jednotky do zálivu byl vysloven Federálním shromážděním Parlamentu, tehdy ještě České a Slovenské federativní republiky dne 23. září 1990. Na základě tohoto rozhodnutí vyslala armáda ve dnech 11. - 14. prosince 1990 200 vojáků - dobrovolníků do Saúdské Arábie.

Tím začala nová etapa účasti vojáků v řešení krizových situací v novodobých dějinách českého státu. Nadále se rozšiřuje a mění oblasti působení vojáků AČR v zahraničních operacích. Od doby prvního vyslání českých vojáků do zahraniční mise došlo k celé řadě změn na národní i mezinárodní úrovni, k podstatným reorganizacím v rámci AČR, které mění podmínky a okolnosti za jakých jsou vojáci – profesionálové do zahraničí vysíláni dnes.

(<http://www.army.cz/scripts/detail.php?id=3699>)

4. VYSLÁNÍ PŘÍSLUŠNÍKŮ AČR DO ZAHRANIČNÍ MISE

Podle Ústavy ČR rozhodnutí vlády v tomto směru podléhá schválení v obou komorách Parlamentu ČR. Vojáci Armády České republiky se k plnění úkolů v misích vysílají na základě požadavků Velitelství spojeneckých sil v Evropě, mezinárodních vládních organizací. Jejich úkoly vyplývají z mandátů konkrétních mírových misí. Zpravidla se jedná o monitorování politické, vojenské a bezpečnostní situace v oblasti ozbrojeného konfliktu, aktivní spolupráci s vládními i nevládními humanitárními organizacemi a aktivní účast při zprostředkování řešení sporu mírovou cestou.

4.1 Přehled chronologicky řazených zahraničních misí, kterých se účastnili příslušníci AČR

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | POUŠTNÍ BOUŘE -
osvobozovací operace | 1990 - 1991, Kuvajt |
| 2. | UNGCI - humanitární
operace | 1991 - 2003, Irák |
| 3. | UNPROFOR - mírová mise | 1992 - 1995, země bývalé Jugoslávie |
| 4. | UNCRO - mírová mise | 3/1995 - 1/1996, Chorvatsko - Krajina |
| 5. | UNTAES - mise polní
nemocnice | 1/1996 - 1/1998, Chorvatsko - Vých. Slavonie |
| 6. | IFOR, SFOR, SFOR II -
mírová operace | 1996 - 12/2001, Bosna a Hercegovina, Chorvatsko |
| 7. | AFOR - 6. polní nemocnice | 1999, Albánie + Turecko (zemětřesení) |
| 8. | KFOR - mírová operace | 1999 - 2/2002, Kosovo |
| 9. | ESSENTIAL HARVEST -
mírová operace | 8 - 10/2001, Makedonie |

- | | | |
|------------|--|-------------------------------------|
| 10. | KFOR - Česko-slovenský prapor | od 2/2002, Kosovo |
| 11. | KFOR - brigáda a úkolové uskupení střed | od 2004, Kosovo |
| 12. | SFOR - velitelství + civilní spolupráce | 2002 - 12/2004, Bosna a Hercegovina |
| 13. | TRVALÁ SVOBODA - protiteroristická operace | 3/2002 - 6/2003, Kuvajt |
| 14. | ISAF - mírová operace (6. a 11. polní nemocnice) | 4/2002 - 1/2003, Afghánistán |
| 15. | ISAF - polní chirurgický tým | 1/2003 - 4/2003, Afghánistán |
| 16. | IZ SFOR - kontingent 7. polní nemocnice | 4/2003 - 12/2003, Irák, Basra |
| 17. | Operace ALTHEA (EUFOR) | Bosna a Hercegovina |
| 18. | IZ SFOR (MNF-I) kontingent vojenské policie | 12/2003 - 12/2006, Irák, Shaibah |
| 19. | CONCORDIA operace EU | 4/2003 - 12/2003, Makedonie |
| 20. | ISAF EOD | od 3/2004, Afghánistán |
| 21. | TRVALÁ SVOBODA 6. skss | 3 - 8/2004, Afghánistán |
| 22. | WINTER RACE - humanitární operace NATO v Afghánistánu | Pákistán |

- | | | |
|-----|--|----------------------------------|
| 23. | TRVALÁ SVOBODA
operace NATO v
Afgánistánu | Afgánistán |
| 24. | ISAF PRT FAYZABAD | 03/2005 - 2007, Afgánistán |
| 25. | ISAF - POLNÍ
NEMOCNICE,
PROTICHEMICKÝ
ODŘAD | Afgánistán |
| 26. | ISAF PRT LOGAR | 02/2008 - současnost, Afgánistán |

(<http://www.army.cz/scripts/detail.php?id=3699>)

4.2 Vojské operace

Představují základní způsob koncentrovaného a koordinovaného použití typicky vojenských sil, popř. sil a prostředků vládních a nevládních organizací, v daném prostoru a čase. Použití sil a prostředků AČR k prosazení národních a spojeneckých zájmů nebo zájmů společenství států (OSN, NATO, EU, OBSE) je přijato na politicko-strategické úrovni řízení státu. Vojské operace mohou mít charakter národní (vedené pouze jedním státem) nebo nadnárodní (použití sil a prostředků více států).

(Mazurek, 2004)

4.2.1 *Druhy vojenských operací*

4.2.1.1 **BOJOVÉ OPERACE**

Bojové operace jsou vojské operace, ve kterých se proti sobě stojící strany snaží dosáhnout svých cílů bojem, za použití zbraní. Tyto operace jsou charakteristické tím, že alespoň jedna z válčících stran nesouhlasila s aktivitami strany druhé nebo s aktivitami spojeneckých vojsk. Jsou to operace k odražení útoku, operace k plnění spojeneckých závazků, na obranu společného prostoru. Podle povahy je lze dělit na útočné a obranné.

ÚTOČNÉ – jsou představovány souhrnem bojů, manévřů a úderů za účelem dosažení vytčeného cíle. Síly a prostředky AČR musí být schopny podílet se na realizaci a plnění úkolů v rámci útočných operací v souladu se zásadami vedení spojeneckých operací NATO.

OBRANNÉ – jsou vedené s cílem zastavit protivníka, vytvoření podmínek k ukončení konfliktu. Síly a prostředky AČR musí být schopny zabezpečit a vést obranné operace na území ČR, v rámci mnohonárodního uskupení také v teritoriu pohybu spojeneckých vojsk.

(Mazurek, 2004)

4.2.1.2 NEBOJOVÉ OPERACE

Nebojové operace jsou operace, ve kterých se síly a prostředky ozbrojených sil používají bez předem plánovaného použití síly. I když tyto prostředky (zbraně, munice) mohou být v nebojových operacích použity, jde-li o sebeobranu vojáků nebo na obranu napadeného civilního obyvatelstva. Dělí se na mírové a podpůrné. Na rozdíl od bojových jsou nebojové operace vedeny se souhlasem legitimní vlády nebo představitelů znesvářených stran.

MÍROVÉ – jsou operace, při nichž jsou používány diplomatické, civilní, vojenské prostředky, za účelem udržení nebo obnovení míru v krizové oblasti.

Tyto operace zahrnují operace:

- a) **Operace k předcházení konfliktům** – využívají prostředků ke sledování příčin konfliktů, získané informace jsou použity k předejití vzniku, stupňování, obnovení nepřátelství. Cílem je zabránit vzniku konfliktu.
- b) **Operace na vytváření míru (peace-making)** – vedou se po vzniku konfliktu. Cílem je dosažení příměří nebo míru. Pro tyto operace jsou používány především diplomatické prostředky.
- c) **Operace na udržování míru (peace-keeping)** – obvykle následují po uzavření dohody, zastavení bojů (mír, příměří). Dochází ke shodě zúčastněných stran, je nízké riziko narušení tohoto stavu. Použití síly se v rámci těchto operací omezuje na vlastní obranu příslušníků mírových jednotek.
- d) **Operace na prosazování míru (peace-enforcement)** – operace vedené s cílem zastavení bojů, míra schody zúčastněných stran je nejistá, hrozba porušení (míru, příměří) zvýšená. Příslušníci mírových sil musí přiměřeně, nestranně používat donucovacích sil a prostředků k dosažení mírových dohod.
- e) **Operace na budování míru (post conflict peace-building)** – následují po vyřešení příčin konfliktu, pro vytvoření mírového prostředí ve společnosti a zabezpečení potřeb obyvatelstva.
- f) **Humanitární operace** – zaměřené na zmírnění lidského utrpení, tam kde není vůle nebo možnost zabezpečit obyvatelstvo z civilních zdrojů.

PODPŮRNÉ OPERACE – jsou nebojové operace, během nichž je poskytována humanitární pomoc civilnímu obyvatelstvu, při rozsáhlém nevojenském ohrožení.

Mezi podpůrné operace patří:

- a) **Pátrací a záchranné operace** – představují pátrání a záchranné postupy s využitím vojenských sil a prostředků či specifických záchranných organizací.
- b) **Evakuace civilních osob** – operace prováděné v době ozbrojeného konfliktu, za účelem přemístění civilního obyvatelstva na bezpečné místo.
- c) **Odsunové operace** – operace, při kterých vojenské síly kryjí a pomáhají při odsunu civilního obyvatelstva.
- d) **Vojenská pomoc civilním orgánům** – vojenské aktivity na podporu civilních organizací.

(Mazurek, 2004)

SPECIÁLNÍ, INFORMAČNÍ A PSYCHOLOGICKÉ OPERACE – mohou být vedeny v rámci bojových i nebojových operací.

- a) **Speciální operace** – provádí speciálně vycvičené a vybavené síly, specifickými činnostmi se snaží dosáhnout cíle.
- b) **Informační operace** – činnosti, které ovlivňují rozhodování protivníka, působením na informační systémy a procesy protivníka.
- c) **Psychologické operace** – jsou zaměřené na ozbrojené síly i obyvatelstvo s cílem ovlivnit jejich postoje a chování a tím dosáhnout cílů.

(Mazurek, 2004)

4.3 Charakteristiky zahraničních misí, na kterých se AČR podílela od roku 2002

4.3.1 UNGCI (*United Nations Guards Kontingent in Iraq*)

10/1991 - 11/2003, Irák

Humanitární mise na pomoc obyvatelstvu Iráku po osvobození Kuvajtu, zahájena na základě rezoluce OSN. Mise se postupně zúčastnilo více než 300 českých a slovenských vojáků, jejichž hlavním úkolem bylo střežit rozdělování humanitární pomoci.

4.3.2 IFOR – SFORI, SFORII (*Implementation Force – Stabilization Forces*)

1/1996 - 04/2004, Bosna, Hercegovina

Hlavním úkolem mise IFOR bylo dosažení realizace Daytonské mírové dohody a zamezit dalšímu násilí v Bosně a Hercegovině a přispět k její celkové obnově. Působení příslušníků této mise bylo zaměřené především na odminování a odzbrojování. Bezprostředně po ukončení mise IFOR na ní navázala mise SFOR, zaměřená především na civilní stránku Daytonské mírové dohody. Příslušníci mise zajišťovali bezpečný návrat uprchlíků a demobilizaci válečných stran.

4.3.3 KFOR – KFOR II (*Kosovo Force*)

1999 - 02/2002, 02/2002 - současnost, Kosovo

Hlavním úkolem českých jednotek bylo střežení 42 kilometrů hranice mezi Srbskem a Kosovem. Od 02/2002 navázala na misi KFOR, mise KFOR II, jejímž úkolem bylo je zajistit bezpečné a klidné prostředí pro všechna etnika a umožnit mírový a demokratický rozvoj společnosti na tomto území, bez potřeby budoucí přítomnosti mnohonárodních vojenských jednotek.

4.3.4 EF (*Enduring Freedom*)

03/2002 - 11/2003, Kuvajt

03/2004 - 08/2004, 05/2006 - 11/2006, Afghánistán

Vyslání českého kontingentu, který se připojil k protiteroristické akci Enduring Freedom v březnu 2002 v Kuvajtu, následovalo po útoku na Světové obchodní centrum v New Yorku 11. 9. 2001. Úkolem kontingentu tvořeného převážně chemiky bylo radiální,

chemické a biologické zajištění. Následovala rotace 7. polní nemocnice, jejímž úkolem bylo zajišťovat zdravotní péči pro příslušníky koaličních armád a civilní obyvatelstvo.

V Afghánistánu působil v rámci této operace kontingent speciálních sil, jehož hlavním úkolem bylo provádět průzkumné a speciální operace na jihu země. V roce 2006 byla skupina speciálních sil podruhé nasazena na půl roku do bojové operace „Trvalá svoboda“ na území Afghánistánu.

4.3.5 ISAF (*International Security Assistance Force*)

04/2002 - současnost, Afghánistán (Kábul, Fayzabad, Logar, Helmand)

Hlavním úkolem operace ISAF je asistence afghánské vládě a mezinárodnímu společenství při udržování bezpečnosti v místě působení aliančních jednotek. Jednotky ISAF podporují afghánské úřady, pomáhají zajistit bezpečné prostředí pro konání svobodných a rovných voleb, šíření práva a obnovu země. Operace, kterých se účastní čeští vojáci v rámci sil ISAF, probíhají současně v různých oblastech Afghánistánu, každá má svůj specifický operační úkol.

PRT - Provinční rekonstrukční tým (provincie **Badachšán, Logar**), pracují na základě vojensko-civilního partnerství. Jejich úkolem je zajištění bezpečnosti oblasti, ochrana mezinárodních jednotek a spolupráce s místními obyvateli.

V provincii **Helmand**, plní příslušníci českého kontingentu úkoly na úseku ochrany určených osob a ochrany významných objektů ve prospěch britské strany.

V Kábulu, plnil úkoly v rámci ISAF tým EOD polní nemocnice a protichemický odřad. Hlavním úkolem polní nemocnice je poskytování zdravotnického zabezpečení vojákům sil ISAF, transport pacientů, vytváření výjezdních týmů pro případ hromadných ztrát v okruhu kábulského letiště, preventivní a veterinární péče v prostoru odpovědnosti. Protichemický odřad provádí vyhodnocování radiační, chemické a biologické situace v prostoru odpovědnosti.

4.3.6 MNF (*Multi-National Force*)

03/2003 - současnost, Irák

MNF působí v Iráku od doby, kdy byla zahájena operace „Irácká svoboda“. Hlavním úkolem MNF v Iráku je stabilizace bezpečnostní situace, obnova bezpečnostního sektoru a základních správních funkcí země. Velkou část českého kontingentu tvoří příslušníci vojenské policie, kteří se podílí na výcviku a dohlížení na činnost místní policie.

4.3.7 WINTER RACE

12. 10. 2005 - 10. 1. 2006, Pákistán

Účastnil se český zdravotnický tým, jako součást pomoci NATO, zemětřesením zasaženému Pákistánu. Čeští zdravotníci byli zapojeni do struktury nizozemské polní nemocnice v Baghu.

II.

EMPIRICKÁ ČÁST

CÍLE EMPIRICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Empirická část práce si klade za úkol zjistit, zda se objevují příznaky posttraumatické stresové poruchy u vojáků po návratu z mírové mise a jejich závislost na zjištěných demografických údajích, druhu mise, délce pobytu a na prožitých zážitcích.

Součástí rozboru bude i vyhodnocení psychologické pomoci vojákům během pobytu v misi, po návratu z mise a hodnocení této psychologické služby samotnými respondenty.

Závěrem bude možno, na základě provedeného šetření, vyhodnotit zda má psychologická intervence opodstatnění v rámci „po návratového“ vyšetření ze zahraniční mise a volba optimální formy psychologického zásahu, dle přání dotazovaných vojáků.

5. METODIKA VÝZKUMU

K získání potřebných informací jsem zvolila metodu přímého dotazování respondentů pomocí dotazníků a strukturovaného rozhovoru. Použit byl nestandardní dotazník. Dotazník byl koncipován tak, aby otázky byly řazeny přehledně s dostatečnou možností výběru (uzavřený typ otázek), zvolená odpověď byla označována křížkem. Dotazníky byly anonymní. Vlastní vyplnění nebylo časově omezeno a nutno podotknout, že ale nebylo nijak časově náročné.

5.1 Dotazník

První část dotazníku, otázky č. 1 až 5, zahrnuje dotazy na demografické údaje respondentů. Další část, otázka č. 6 až 10, zjišťuje informace o účasti konkrétního respondenta v konkrétní misi důvody, pro které odjel plnit služební úkoly mimo ČR a za jakých podmínek. Následují otázky č. 11, 12, 13, 15 jsou zaměřeny na možné odhalení příčiny nebo projevů PTSD. Otázky č. 14, 16 až 18 v závěrečné části dotazníku jsou věnovány psychologickému vyšetření (intervencím) v praxi. Zdali je tato služba využívána vojáky během působení v zahraničí a jaký jejich názor, popř. návrh na změnu psychologického vyšetření po návratu.

5.1.1 *Charakteristika respondentů*

Pro vyplnění dotazníku jsem stanovila kritéria k výběru respondentů: dotazník byl určen vojákům, vojákyním z povolání, kteří se zúčastnili jedné nebo více zahraničních misí AČR v posledních pěti letech, v délce trvání třech a více měsíců. Převážná většina respondentů sloužila v posádkách v Liberec, Tábor, Stará Boleslav, Prostějov a Hranice na Moravě.

5.1.2 *Způsob zpracování výsledků*

K vypracování dotazníku, použil program Microsoft Excel. V tomto programu byly na základě zadaných dat, odpovědí respondentů, vytvořeny tabulky a z nich znázornění výsledků formou grafů.

Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, z nichž počet vyplněných a vrácených zpět bylo 112 (86,15%). Z těchto bylo nekompletně vyplněno 12 (10,71%), tzn. celkový počet dotazníků ke zpracování činil 100, což představuje 76,92% všech rozdaných dotazníků.

Od prvního rozdání dotazníků až po sebrání posledních uplynuly bezmála tři měsíce (listopad 2007 - únor 2008).

5.2 Osobní rozhovor

Osobní rozhovory, byly koncipovány jako 10 otázek, u všech tázaných stejných, s volnou možností odpovědi. Odpovědi jsou doslovnými citacemi. Rozhovory byly provedeny se třemi vojáky, účastnících se různých vojenských operací v hodnoceném období. Každý z vojáků působil na jiné pozici a do mise odcházel z jiných sociálních vztahů. Všem rozhovorům předchází stručná charakteristika situace vojáka. Osobní rozhovory považují za informaci doplňující, výsledky dotazníkového šetření.

6. VÝSLEDKY VÝZKUMU

6.1 Dotazník

Dotazník je uveden v příloze číslo 1.

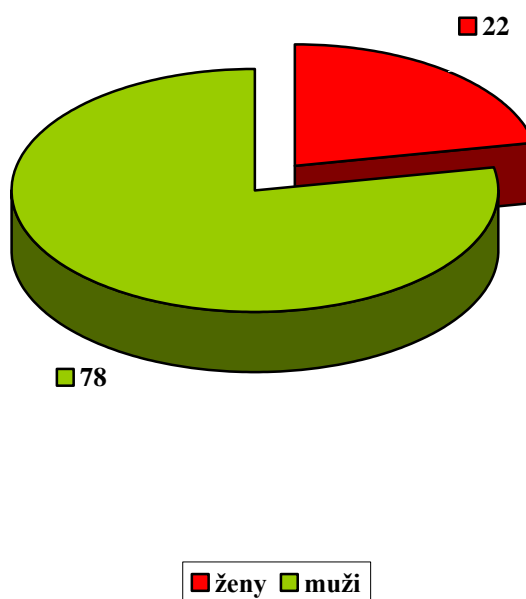
Při vyhodnocení výsledků v otázkách č. 1. – 16. se 1% = 1 respondentovi, tzn. 100% = 100 respondentů. V otázce č. 17. se 1% = 0,51 respondenta, tzn. 100% = 51 dotazovaných. V otázce č. 18 se 1% = 0,49 respondenta, tzn. 100% = 49 dotazovaných.

6.1.1 Otázka číslo 1: Pohlaví

Tabulka 6.1.1.1 – Rozdělení dle pohlaví

pohlaví dotazovaných	%	počet
Žena	22	22
Muž	78	78

Graf 6.1.1.2 – Rozdělení dle pohlaví



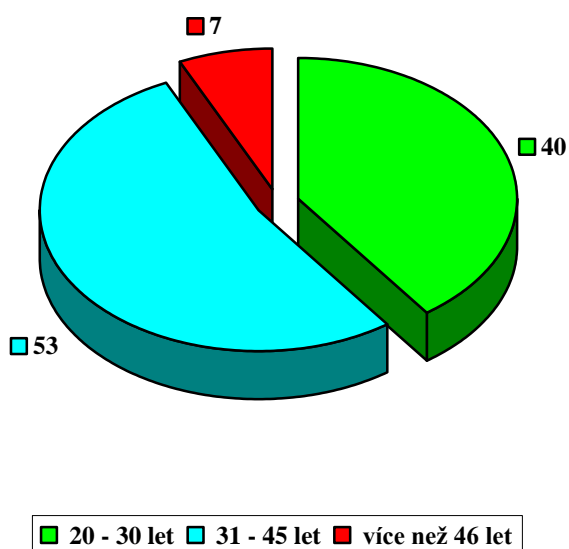
Dle grafu 6.1.1.2 velké procento odpovídajících tvořili muži, ale dotazník byl vyplněn i nezanedbatelným počtem žen. Muži tvořili 78% a ženy 22% z celkového počtu.

6.1.2 Otázka číslo 2: Věk

Tabulka 6.1.2.1 – Rozdělení dle věku

věk dotazovaných	%	počet
20 - 30 let	40	40
31 - 45 let	53	53
více než 46 let	7	7

Graf 6.1.2.2 – Rozdělení dle věku



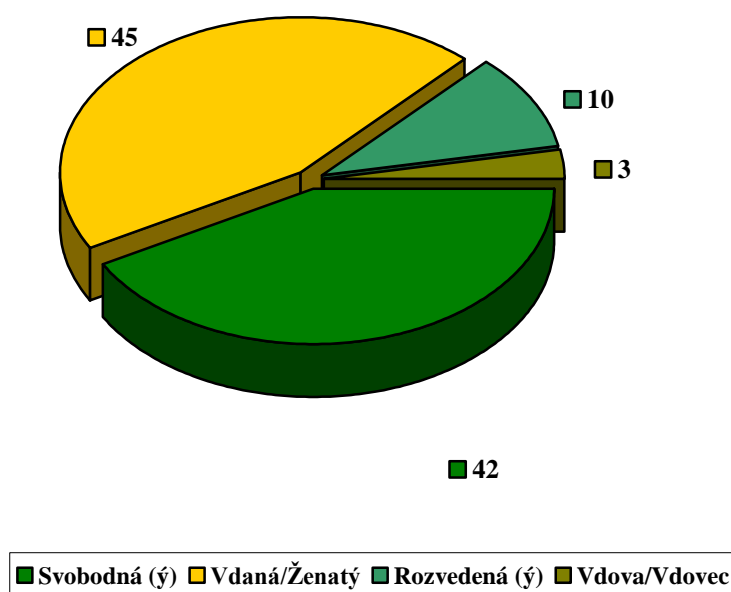
Graf 6.1.2.2 zobrazuje věk dotazovaných respondentů. Nejpočetnější byla skupina ve věku 31-45 let (53%), následovala skupina 20-30 let (40%). Nejméně 7% oslovených patřilo do nejvyšší věkové kategorie, více než 46 let.

6.1.3 Otázka číslo 3: Rodinný stav

Tabulka 6.1.3.1 – Rozdělení dle rodinného stavu

rodinný stav dotazovaných	%	počet
svobodný	42	42
vdaná/ženatý	45	45
rozvedená (ý)	10	10
vdova/vdovec	3	3

Graf 6.1.3.2 – Rozdělení dle rodinného stavu



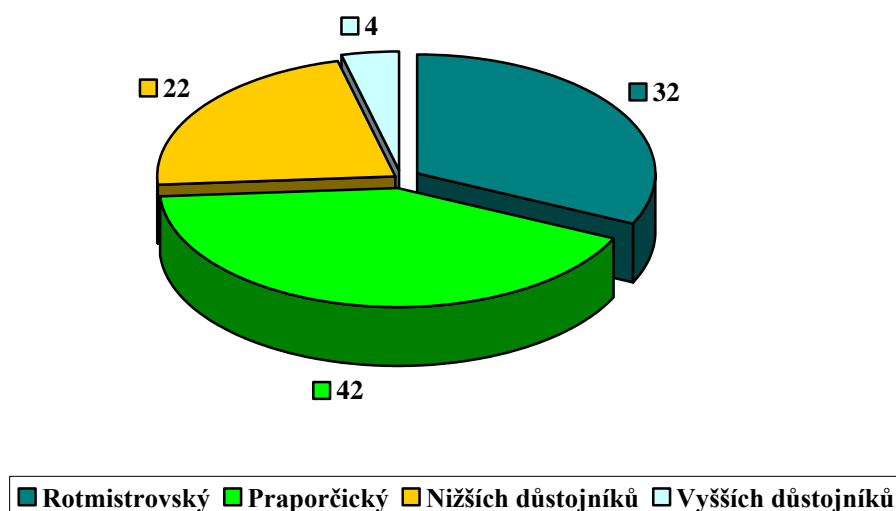
Graf 6.1.3.2 vyhodnocuje zastoupení respondentů v jednotlivých skupinách, rozdělených dle rodinného stavu. Největším počtem byli zastoupeni vdané (ženatí), 45%, téměř se zanedbatelným rozdílem od skupiny svobodných (42%). Následovala s 10% skupina rozvedených, nejméně potom odpovídalo ovdovělých (3%).

6.1.4 Otázka číslo 4: Příslušnost k hodnostnímu sboru

Tabulka 6.1.4.1 – Rozdělení dle příslušnosti k hodnostnímu sboru

hodnostní sbor dotazovaných	%	počet
rotmistrovský	32	32
praporčický	42	42
nižších důstojníků	22	22
vyšších důstojníků	4	4

Graf 6.1.4.2 – Rozdělení dle příslušnosti k hodnostnímu sboru



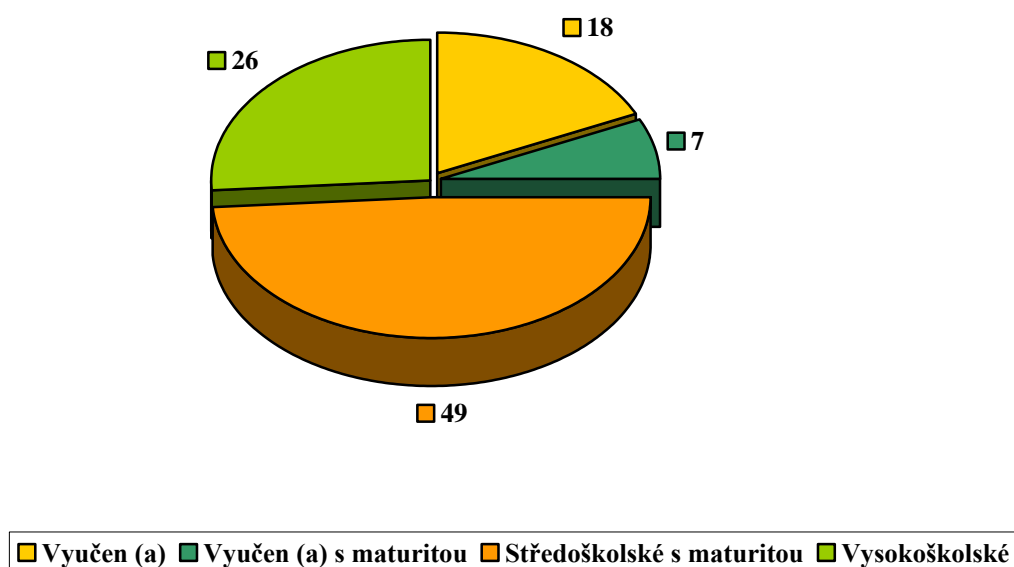
Graf 6.1.4.2 zobrazuje počty dotazovaných dle příslušnosti k hodnostnímu sboru. Nejvyšší procento bylo zastoupeno sborem praporčickým (42%), rotmistrovským (32%), méně bylo nižších důstojníků (22%), nejméně respondentů bylo z řad vyšších důstojníků (4%).

6.1.5 Otázka číslo 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka 6.1.5.1 – Rozdělení dle nejvyššího dosaženého vzdělání

vzdělání dotazovaných	%	počet
vyučen (a)	18	18
vyučen (a) s maturitou	7	7
středoškolské s maturitou	49	49
vysokoškolské	26	26

Graf 6.1.5.2 – Rozdělení dle nejvyššího dosaženého vzdělání



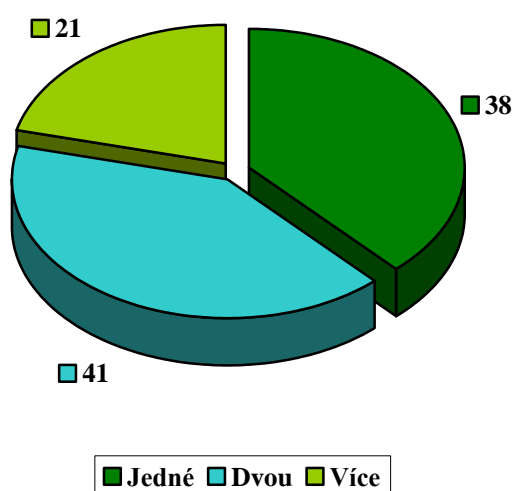
Z grafu 6.1.5.2 vyplívá, že se výzkumu zúčastnilo nejvíce dotazovaných se středoškolským vzděláním s maturitou (49%), následuje skupina vysokoškolsky vzdělaných (26%), poté vyučení (18%), nejméně zastoupeni jsou vojáci vyučení s maturitou (7%).

6.1.6 Otázka číslo 6: Kolika zahraničních misí jste se účastnil (a) v posledních pěti letech?

Tabulka 6.1.6.1 – Rozdělení dle účasti v misích v posledních pěti letech

účast v misích v posledních pěti letech dotazovaných	%	počet
v jedné	38	38
ve dvou	41	41
více	21	21

Graf 6.1.6.2 – Rozdělení dle účasti v misích v posledních pěti letech



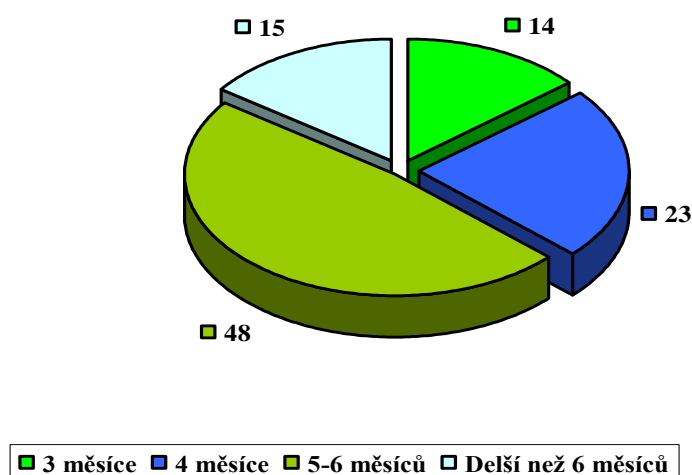
Graf 6.1.6.2 vypovídá o účasti (41%) dotazovaných, ve dvou zahraničních misích během posledních pěti let. S minimálním rozdílem za předchozími jsou vojáci, kteří se působili v jedné misi (38%). Na třetím místě jsou respondenti, kteří byli vysláni do mise více než 2x v posledních pěti letech (21%).

6.1.7 Otázka číslo 7: Jaká byla délka pobytu Vaší poslední zahraniční mise? V jaké zemi?

Tabulka 6.1.7.1 – Rozdělení dle délky pobytu v misi

délka pobytu dotazovaných	%	počet
3 měsíce	14	14
4 měsíce	23	23
5 - 6 měsíců	48	48
více než 6 měsíců	15	15

Graf 6.1.7.2 – Rozdělení dle délky pobytu v misi

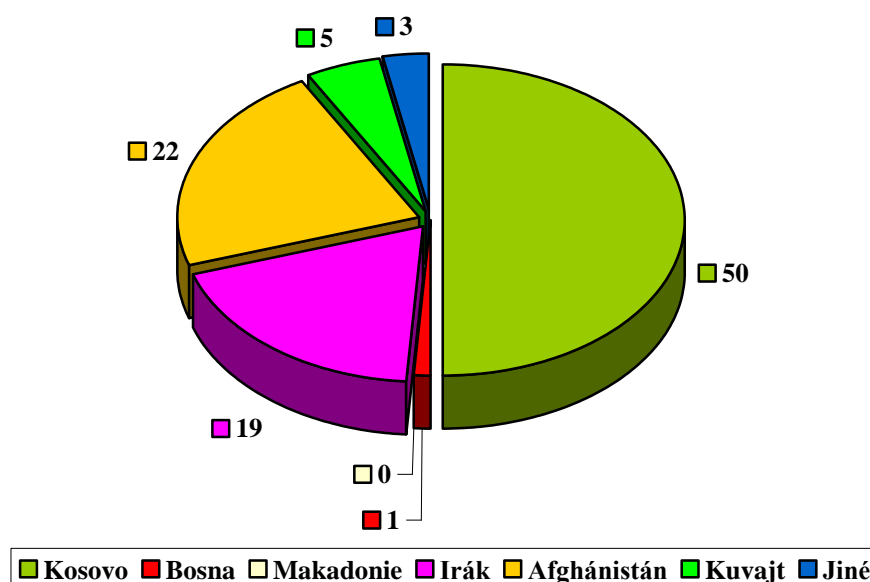


V grafu 6.1.7.2 je možno vidět nejpočetnější zastoupení dotazovaných vojáků působící 5 - 6 měsíců v zahraniční misi (48%), další byli vysláni na dobu čtyř měsíců (23%), téměř stejných počtů dosáhly skupiny s pobytem v misi déle než 6 měsíců (15%) a 3 měsíce (14%).

Tabulka 6.1.7.3 – Rozdělení dle země nasazení

země nasazení dotazovaných	%	počet
Kosovo	50	50
Bosna a Hercegovina	1	1
Makedonie	0	0
Irák	19	19
Afghánistán	22	22
Kuvajt	5	5
Jiné	3	3

Graf 6.1.7.4 – Rozdělení dle země nasazení



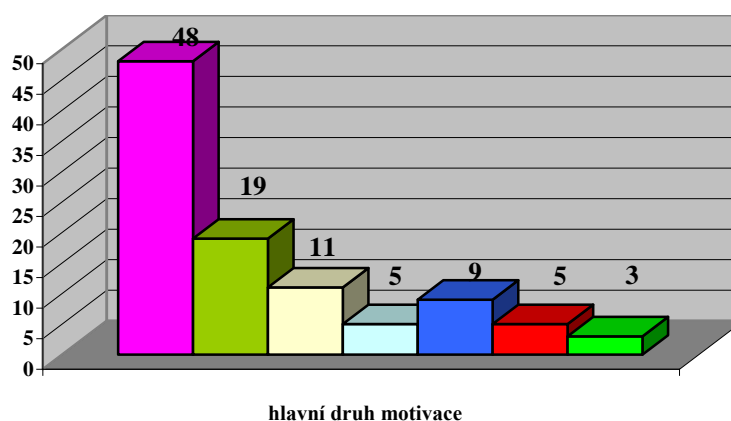
Graf 6.1.7.4 ukazuje, že nejpočetnější skupina respondentů (50%), působila v Kosovu, následována je vojáky, kteří plnili úkoly v Afghánistánu (22%), třetí nejčastěji uvedenou odpovědí byl Irák (19%). Méně dotazovaných označilo Kuvajt (5%), pouhé (3%) sloužili v jiné zemi. Nejméně dotazovaných vojáků se účastnilo mise v Bosně a Hercegovině (1%). Žádný z respondentů nezvolil nabízenou možnost Makedonie (0%).

6.1.8 Otázka číslo 8: Co bylo hlavní motivací, pro kterou jste se zahraniční mise zúčastnil (a)?

Tabulka 6.1.8.1 – Rozdělení dle hlavního motivačního činitele

motivace dotazovaných	%	počet
zlepšení finanční situace	48	48
získání zkušeností	19	19
změna stereotypu	11	11
únik od všedních povinností	5	5
pocit povinnosti a odpovědnosti vůči AČR	9	9
nedobrovolně – na rozkaz nadřízeného	5	5
jiné	3	3

Graf 6.1.8.2 – Rozdělení dle hlavního motivačního činitele



■ zlepšení finanční situace	■ získání zkušeností
■ získání zkušeností	■ únik od všedních povinností
■ pocit povinnosti a odpovědnosti vůči AČR	■ nedobrovolně – na rozkaz nadřízeného
■ jiné	

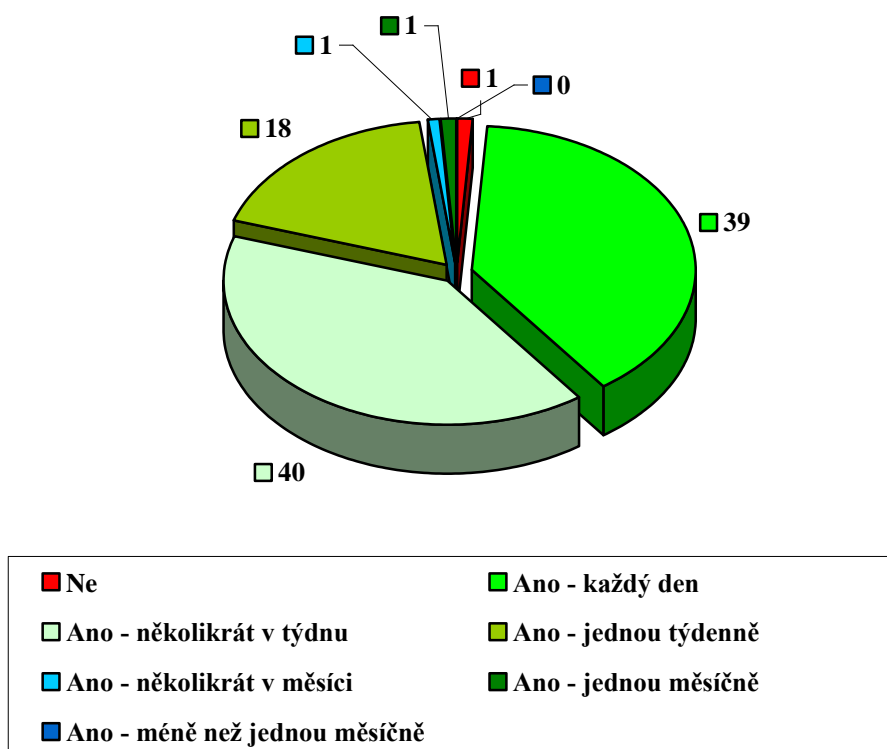
Graf 6.1.8.2 zobrazuje jako hlavní druh motivace pro výjezd do mise, zlepšení finanční situace (48%), podstatně menší procento respondentů zvolilo možnost získání zkušeností (19%), následují srovnatelné hodnoty získání zkušeností (11%). Pouhých (9%) uvedlo jako hlavní motivaci pocit povinnosti a odpovědnosti vůči AČR. Shodný počet dotazovaných (5%) uvedli, že misi zvolili jako únik od všedních povinností a naopak nezvolili – byli vysláni „nedobrovolně“ na rozkaz nadřízeného. Poslední možností i nejmenším počtem respondentů byla charakterizovaná odpověď jiné (3%).

6.1.9 Otázka číslo 9: Měl (a) jste během pobytu v misi možnost komunikovat s rodinou, se svými blízkými (telefonicky, popř. poštou)?

Tabulka 6.1.9.1 – Rozdělení dle možnosti kontaktu s rodinou

možnost kontaktu s rodinou dotazovaných	%	počet
ne	1	1
ano - každý den	39	39
ano - několikrát v týdnu	40	40
ano - jednou týdně	18	18
ano - několikrát v měsíci	1	1
ano - jednou měsíčně	1	1
ano - méně než jednou měsíčně	0	0

Graf 6.1.9.2 – Rozdělení dle možnosti kontaktu s rodinou



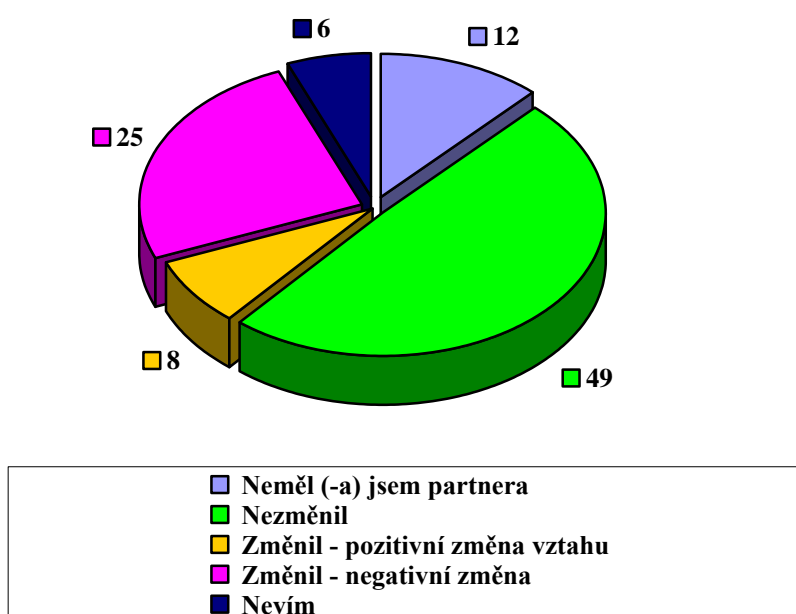
Graf 6.1.9.2 informuje o možnosti (40%) dotázaných, několikrát v týdnu být v kontaktu s rodinou, blízkými. Téměř ten samý počet (39%) uvádí možnost každodenního kontaktu. Odpověď jednou týdně zvolilo (18%) respondentů. Stejně nízký počet (1%) vojáků, označili možnost: několikrát v měsíci, jednou měsíčně ne – neměli možnost kontaktu s rodinou. Možnost méně než jednou v měsíci nevyužil žádný z dotazovaných (0%).

6.1.10 Otázka číslo 10: Změnil se Váš partnerský vztah v souvislosti s pobytem v misi?

Tabulka 6.1.10.1 – Rozdělení dle změny partnerského vztahu

změny partnerského vztahu dotazovaných	%	počet
neměl (a) jsem partnera	12	12
nezměnil	49	49
změnil - pozitivní změna	8	8
změnil - negativní změna	25	25
nevím	6	6

Graf 6.1.10.2 – Rozdělení dle změny partnerského vztahu



Dle grafu 6.1.10.2 celých (49%) vojáků udává, že v souvislosti s pobytem v misi u nich nedošlo ke změně v partnerském vztahu. Naproti tomu druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti s negativní změnou ve vztahu (25%). (12%) dotazovaných uvedlo, že před misí neměli partnera. Pouze (8%) udávalo pozitivní změnu vztahu. (6%) dotazovaných označilo odpověď nevím.

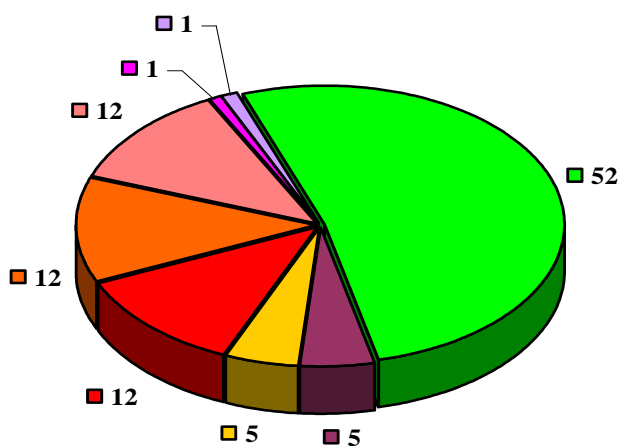
6.1.11 Otázka číslo 11: Zažil (a) jste během pobytu v misi nějakou negativní, traumatickou událost?

Pokud odpovíte ANO, označte jednu situaci, která Vás ovlivnila nebo zasáhla nejvíce.

Tabulka 6.1.11.1 – Rozdělení dle traumatického zážitku z mise

traumatický zážitek z mise dotazovaní	%	počet
ne	52	52
ano - přírodní katastrofy	5	5
ano - nehody s fyzickým zraněním	5	5
ano - špatná bezpečnostní situace	12	12
ano - bezprostřední ohrožení života	12	12
ano - konflikty s kolegy	12	12
ano - konflikty s rodinou	1	1
ano - jiné	1	1

Graf 6.1.11.2 – Rozdělení dle traumatického zážitku z mise



■ Ne	■ Ano - přírodní katastrofa
■ Ano - nehody s fyzickým zraněním	■ Ano - špatná bezpečnostní situace
■ Ano - bezprostřední ohrožení vlastního života	■ Ano - konflikty s kolegy
■ Ano - konflikty s rodinou	■ Jiné

Výsledek grafického zpracování 6.1.11.2 zobrazuje, že se více než polovina dotazovaných (52%) během mise nesešla s negativní traumatickou událostí. Zbytek (48%) respondentů se dle zvolené možnosti s traumatickou událostí v různých formách setkali. Přičemž stejné procento vojáků (12%) uvádělo jako typ události: špatnou bezpečnostní

situace, bezprostřední ohrožení života a konflikty s kolegy. Méně účastníků výzkumu (5%) označilo odpověď: setkání s přírodní katastrofou a skupina vojáků, kteří byli svědky nehody s fyzickým zraněním. Nejméně (1%) uvedlo jako negativně ovlivňující událost v průběhu mise: konflikty s rodinou a jiné.

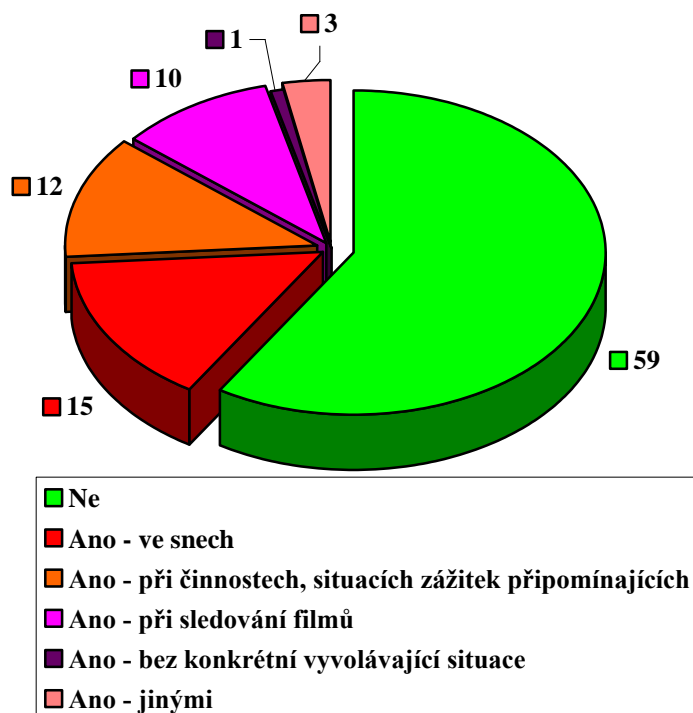
6.1.12 Otázka číslo 12: Vrací se Vám někdy vzpomínky na nějaký silný (negativní, popř. traumatizující) zážitek z mise?

Pokud odpovíte ANO, označte jednu z nabízených možností vyvolávajících situací.

Tabulka 6.1.12.1 – Rozdělení dle vybavování vzpomínek na traumatický zážitek z mise

vybavování vzpomínek na traumatizující zážitek; dotazovaní	%	počet
ne	59	59
ano - ve snech	15	15
ano - při činnostech, situacích	12	12
ano - filmy, rozhovory s podobným tématem	10	10
ano - bez konkrétní vyvolávající situace	1	1
ano - jiné	3	3

Graf 6.1.12.2 – Rozdělení dle vybavování vzpomínek na traumatický zážitek z mise



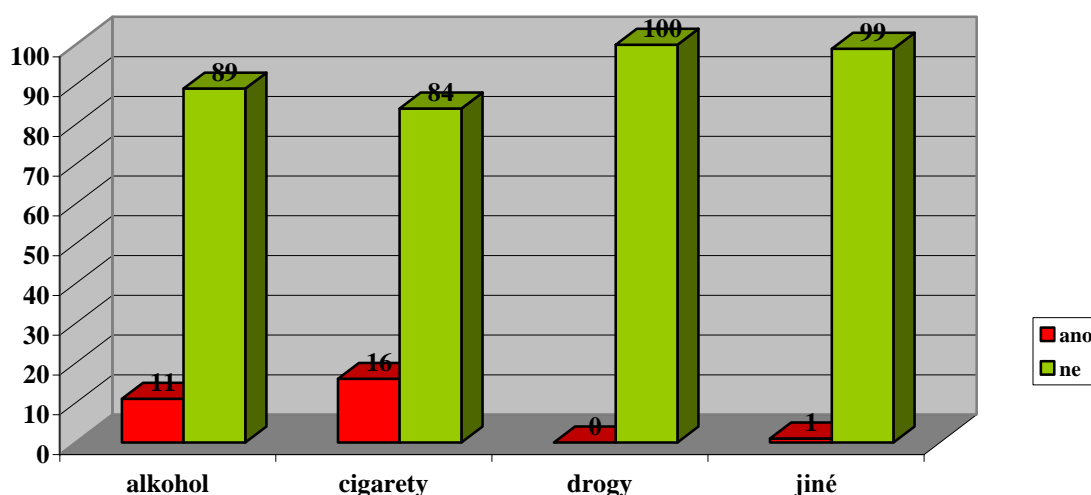
Graf 6.1.12.2 informuje o tom, že celým (59%) respondentů se nevrací vzpomínky na traumatický zážitek z mise. Dalších (41%) dotazovaných zvolilo možnost ano a z výše uvedené nabídky odpovědí nejčastěji uváděli, vybavování negativních vzpomínek ve snech (15%). (12%) vojáků uvedlo znovu vybavení vzpomínek na traumatickou událost v souvislosti s činnostmi a situacemi zážitek připomínající. V (10%) případech bývá vzpomínka vyvolána sledováním filmů, rozhovory s podobným tématem. Pouhá (3%) zvolily možnost jiné a (1%) neuvádí žádnou konkrétní situaci, jako vyvolavatele vzpomínek.

6.1.13 Otázka číslo 13: Došlo u Vás v souvislosti s pobytem v misi ke zvýšené spotřebě, konzumaci?

Tabulka 6.1.13.1 – Rozdělení dle zvýšení spotřeby alkoholu, cigaret, drog a jiných návykových látek v souvislosti s pobytem v misi

zvýšení konzumace / dotazování	%	počet
Alkoholu	11	11
Cigaret	16	16
Drog	0	0
Jiných návykových látek	1	1

Graf 6.1.13.2 – Rozdělení dle zvýšení spotřeby alkoholu, cigaret v souvislosti s pobytem v misi



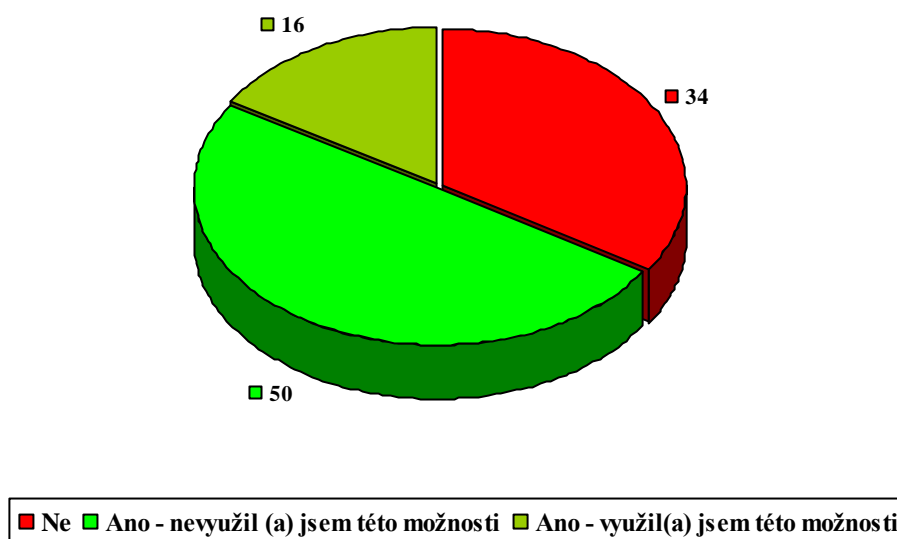
V grafu 6.1.13.2 se promítá jako nejvýznamnější zvýšení spotřeby cigaret v misi (16%), následuje nezanedbatelných (11%) se zvýšením spotřeby alkoholu a nejméně (1%) označilo odpověď jiné návykové látky. Nabízenou možnost - drogy, nezvolil nikdo z dotazovaných (0%).

6.1.14 Otázka číslo 14: Měl (a) jste během pobytu v misi v případě osobních, pracovních problémů, traumatizujících zážitků, možnost mluvit o svých problémech s vojenským kaplanem nebo s vojenským psychologem?

Tabulka 6.1.14.1 – Rozdělení dle možnosti konzultace s vojenským psychologem nebo kaplanem, v průběhu mise

možnost konzultace s vojenským psychologem nebo kaplanem v misi; dotazování	%	počet
ne	34	34
ano – využil (a) jsem	16	16
ano – nevyužil (a) jsem	50	50

Graf 6.1.14.2 – Rozdělení dle možnosti konzultace s vojenským psychologem nebo kaplanem, v průběhu mise



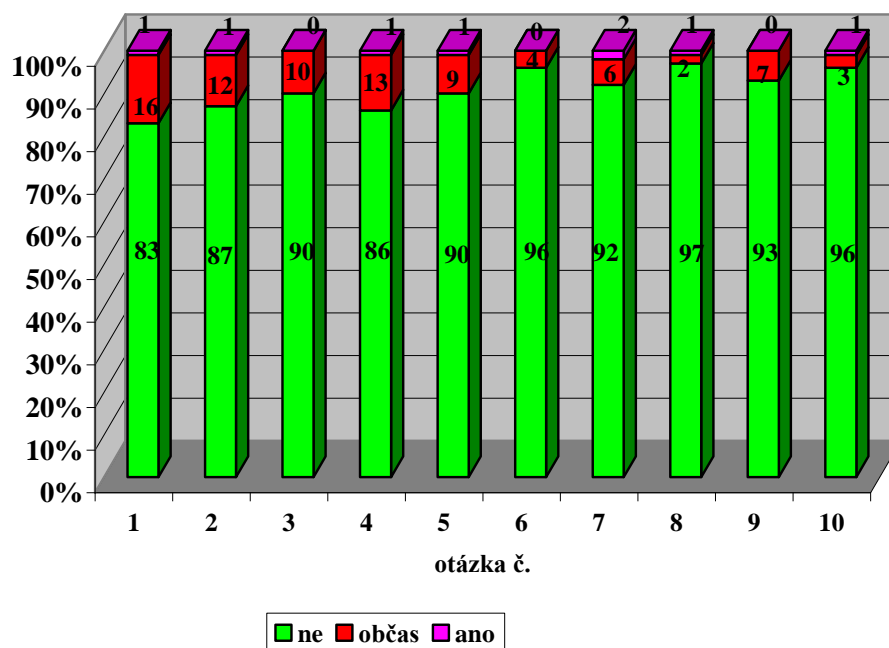
Graf 6.1.14.2 podává informaci o tom, že celých (66%) mělo v misi možnost konzultovat své problémy s vojenským psychologem nebo kaplanem, přesto (50%) dotazovaných této možnosti nevyužilo. (16%) respondentů možnosti využilo a (34%) vypovědělo o tom, že možnost konzultace s vojenským psychologem nebo duchovním v misi neměli.

6.1.15 Otázka číslo 15: V níže uvedené tabulce odpovězte na všechny otázky vybráním jedné odpovědi. Po návratu z mise...?

Tabulka 6.1.15.1 – Rozdělení dle subjektivních pocitů, příznaků, u vojáků po návratu z mise

p.č.	Položená otázka / Odpověď	NE	OBČAS	ANO
1.	Míváte pocit zhoršeného spánku?	83%	16%	1%
2.	Míváte pocity zvýšené podrážděnosti a napětí?	87%	12%	1%
3.	Jednáte výbušněji, impulzivněji než před misí?	90%	10%	0%
4.	Jste zvýšeně ostražitý (a)?	86%	13%	1%
5.	Míváte pocity bušení srdce, pocení, třesu apod.?	90%	9%	1%
6.	Vyhýbáte se rozhovorům o negativních zážitcích z mise?	96%	4%	0%
7.	Připadáte si citově chladný (a)?	92%	6%	2%
8.	Zaznamenal (a) jste snížení schopnosti prožívat emoce související s intimitou, sexualitou?	97%	2%	1%
9.	Máte pocity větší podrážděnosti než před misí?	93%	7%	0%
10.	Máte pocit ztráty životní energie?	96%	3%	1%

Graf 6.1.15.2 – Rozdělení dle subjektivních pocitů, příznaků, u vojáků po návratu z mise



Ze znázornění odpovědí v grafu 6.1.15.2, na výše uvedené otázky vyplývá, že (16%) dotazovaných mívá pocit zhoršeného spánku občas a (1%) trvale. (13%) udalo, občas zvýšenou ostražitost, (1%) trvale. Pocity zvýšené podrážděnosti napětí trpí občas (12%) a trvale (1%) respondentů. (10%) vojáků hodnotí své chování a jednání po misi jako občas výbušnější a impulzivnější. Dalších (9%) má občasné pocity bušení srdce, pocení, třesu. (1%) má tyto příznaky častěji. (6%) vojáků si po návratu připadá citově chladných občas a (2%) trvale. (7%) pociťuje občas větší podrážděnost než před misí. (4%) všech účastníků výzkumu

se občas vyhýbají rozhovorům o negativních zážitcích. V neposlední řadě (3%) respondentů občas pociťuje ztrátu životní energie, (1%) trvale. Nejméně odlišností od stavu před misí a po misí, hodnotili vojáci schopnost prožívat emoce související s intimitou, sexualitou – v (2%) občas a v (1%) trvale.

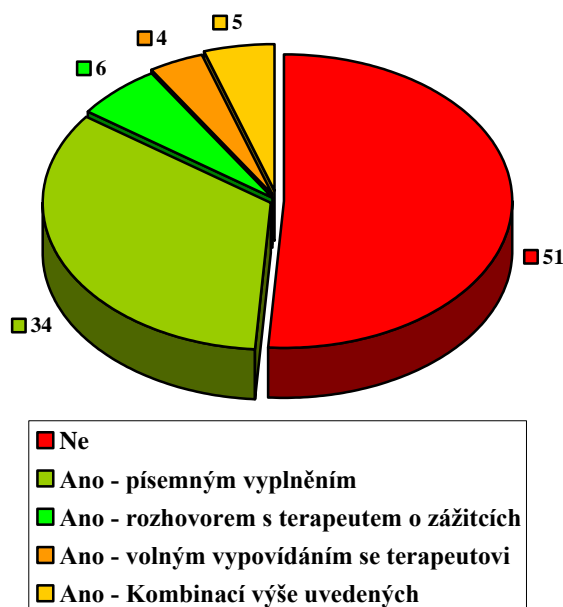
6.1.16 Otázka číslo 16: Absolvoval (a) jste po návratu z mise psychologický pohovor (vyšetření)?

Pokud ano, jakou formou probíhalo?

Tabulka 6.1.16.1 – Rozdělení dle absolvování psychologického vyšetření, pohovoru po návratu z mise, forma vyšetření

psychologické vyšetření po návratu z mise; dotazování	%	počet
ne	51	51
ano - písemným vyplněním dotazníku	34	34
ano - rozhovorem s terapeutem o zážitcích	6	6
ano - volným vypovídáním se terapeutovi	4	4
ano - kombinací výše uvedených metod	5	5

Graf 6.1.16.2 – Rozdělení dle absolvování psychologického vyšetření, pohovoru po návratu z mise, forma vyšetření



Největší procento dotazovaných (51%) dle zobrazení v grafu 6.1.16.2, odpovědělo - negativně v otázce podstoupení psychologického vyšetření po návratu z mise. Zbýlých (49%)

psychologické vyšetření v různé formě absolvovalo: (34%) písemným vyplněním dotazníku, (6%) rozhovorem s terapeutem o zážitcích, (5%) kombinací uvedených metod, (4%) volným vypovídáním se terapeutovi.

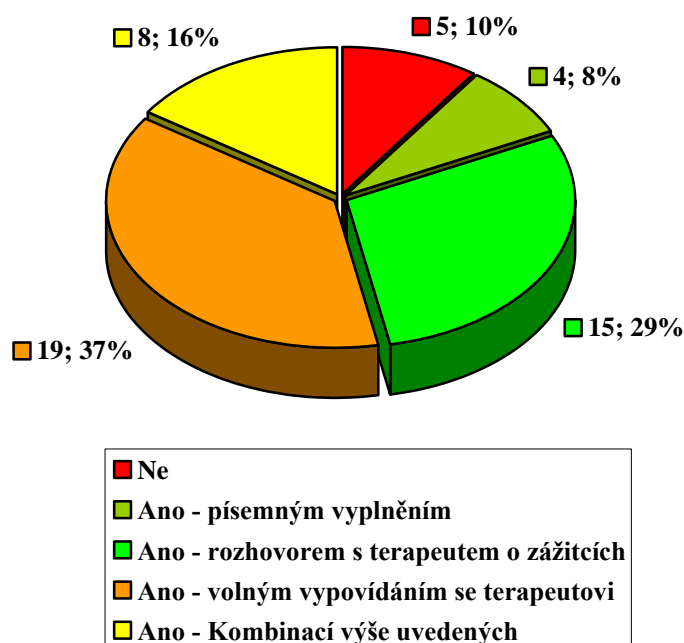
6.1.17 Otázka číslo 17: Pokud jste žádný psychologický pohovor po návratu z mise nepodstoupil (a), měl/a byste o ni zájem?

Pokud ano, jakou formu byste z výše uvedených v otázce číslo 16 uvítal (a)?

Tabulka 6.1.17.1 – Rozdělení dle zájmu o psychologické vyšetření, pohovor, po návratu z mise, forma vyšetření

zájem o psychologické vyšetření u těch, kteří ho neabsolvovali; dotazovaní	%	počet
ne	10	5
ano - písemným vyplněním dotazníku	8	4
ano - rozhovorem s terapeutem o zážitcích	29	15
ano - volným vypovídáním se terapeutovi	37	19
ano - kombinací výše uvedených metod	16	8

Graf 6.1.17.2 – Rozdělení dle zájmu o psychologické vyšetření, pohovor, po návratu z mise, forma vyšetření



V grafu 6.1.17.2 je uvedeno (90%) respondentů, kteří po návratu z mise, nepodstoupili psychologické vyšetření, ale měli by o něj zájem a to nejčastěji - (37%) formou volného

vypovídání se terapeutovi, následovala volba - kombinace uvedených metod u (16%) vojáků, s minimálním rozdílem by bylo pozitivně přistupováno k - rozhovoru s terapeutem o zážitcích v (15%). S nejmenším zájmem by se setkala vyšetření - písemným vyplněním dotazníku (8%). (10%) dotazovaných, kteří psychologické vyšetření nepodstoupili, by dobrovolně tuto možnost nevyužili.

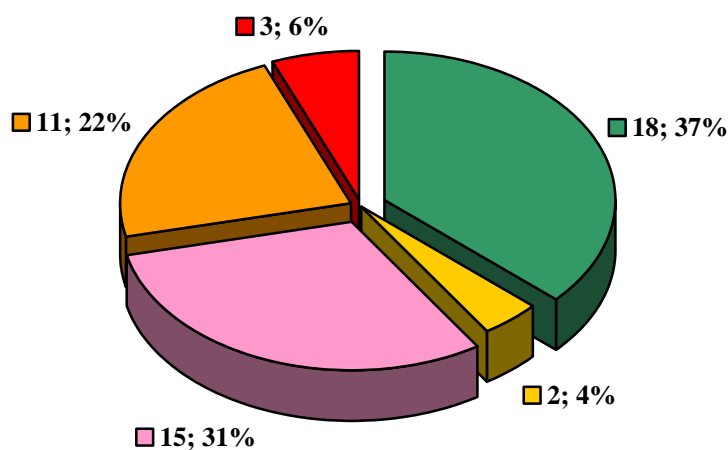
6.1.18 Otázka číslo 18: Pokud jste psychologické vyšetření podstoupil (a) považujete ho za přínosné?

Pokud jste odpověděl (a) ne, jakou jinou formu dle otázky č. 16 byste zvolil (a)?

Tabulka 6.1.18.1 – Rozdělení dle zhodnocení psychologického vyšetření, pohovoru, po návratu respondenty

přínos poskytnuté psych. pomoci + návrh; dotazování	%	počet
ano	37	18
ne – písemným vyplněním dotazníku	4	2
ne - rozhovorem s terapeutem o zážitcích	31	15
ne - volným vypovídáním se terapeutovi	22	11
ne - kombinací výše uvedených metod	6	3

Graf 6.1.18.2 – Rozdělení dle zhodnocení psychologického vyšetření, pohovoru, po návratu respondenty



■ Ano
■ Ne - písemným vyplněním
■ Ne - rozhovorem s terapeutem o zážitcích
■ Ne - volným vypovídáním se terapeutovi
■ Ne - Kombinací výše uvedených

Graf 6.1.18.2 vypovídá o nespokojenosti (63%) dotazovaných s podstoupeným psychologickým vyšetřením po misi a dle následujícího rozpočtu navrhovali jinou formu vyšetření. Nejčastěji v (31%) by spíše uvítali rozhovor s terapeutem o zážitcích, další volenou formou u (22%) by bylo volné vypovídání se terapeutovi. Se zanedbatelným rozdílem by nejméně respondentů stálo v (6%) o kombinaci uvedených metod a v (4%) o písemné vyplňování dotazníku. Naproti tomu celých (37%) bylo s ponávratovým vyšetřením a jeho formou spokojeno.

6.2 Osobní rozhovor

6.2.1 Rozhovor č. 1

30letá žena, v roce 1995 složila maturitní zkoušku na Střední zdravotnické škole ve Vsetíně. Vojáky z povolání je od roku 1997 a současné době je v hodnosti praporčice. Do roku 2007 pracovala jako zdravotník na praporem obvažišti, od 1. 1. 2008 zcela změnila služební zařazení a místo působení v AČR. Za dobu působení ve funkci zdravotníka byla vyslána do čtyř zahraničních misí v různých oblastech (Bosna, Kuvajt, Irák, Afghánistán) a s různě dlouhou dobou pobytu od 4 do 9 měsíců. Zatím poslední mise byla v Afghánistánu v roce 2005 a trvala 7 měsíců. Je svobodná, bezdětná, v současnosti bez přítele.

Rozhovor

1. Otázka: Co bylo hlavním motivem, důvodem, Vaší služby v zahraničních misích?

„Do první mise jsem jela kvůli zkušenosti, ze zvědavosti. Druhá mise mi byla nabídnuta a brala jsem to jako povinnost, jsem voják, tak je to moje práce. Mise v Iráku skoro plynule navazovala na moje působení v Kuvajtu, a protože jsem se zde zamilovala do muže, který do další mise jel, ani mě nenapadlo uvažovat o tom, že bych do Iráku nejela. Zatím poslední mise v Afghánistánu, byla tak nějak na rozkaz. Byla jsem jedna z mála, která měla požadované kvalifikační předpoklady, a i když jsem tentokrát nevyrážela do světa s velkým nadšením, uvědomovala jsem si, jaké by pro mě mělo důsledky, kdybych odmítla!“

2. Otázka: Měla jste v průběhu mise možnost komunikovat s rodinou, jak často? Jak jste trávila volný čas?

„Pokud budu mluvit o poslední misi; domů jsem telefonovala ob den. Pokud jsem neměla práci, mohla jsem si jít zacvičit do posilovny, zaběhat po základně, sledovat filmy na DVD, to vše v kempu, který měl po obvodu 1 km.“

3. Otázka: Zažila jste během svého působení v zahraničí: krizové situace, traumatizující události, život ohrožující situace, byla jste Vy nebo Vaši nejbližší kolegové zranění?

„Kromě Bosny byly ostatní mise v ne úplně klidných oblastech, takže z výše uvedených událostí mě různou měrou postihly všechny. Nejhůře jsem prožívala svojí poslední misi, protože jsem si uvědomovala obrovskou míru nebezpečí, které hrozí nejen mě, ale dalším třem

stům vojákům v našem kempu. Náboženské rozdíly mezi námi a místními, současně s nepředvídatelností afghánských obyvatel byla kombinace, která nedodávala mnoho klidu ani mým mužským kolegům. Střelba téměř na denním pořádku, zemětřesení, drobná poranění, obrovská nejistota – např. zda budu spát celou noc ve svojí posteli, nebo se přesunovat do bunkru apod.“

4. Otázka: Měla jste v průběhu mise možnost s někým mluvit o svých obavách, trápeních, vypovídat se, kolegovi, duchovnímu, psychologovi? Pokud ano, využila jste této možnosti, pokud ne, chyběla Vám tato možnost?

„V jedné misi s námi byl český vojenský duchovní, ale přestože jsem věřící a chodím do kostela, nebrala jsem jeho přítomnost jako přínos, nedůvěřovala jsem mu. Další mise proběhly bez psychologa a duchovního, takže jediným naslouchajícím byli někteří kolegové - přátelé, ale po půl roce uzavření ve skupině lidí a v omezeném prostoru se i nejlepší přátelství dostává do jiné roviny a každý má svých problémů a starostí dost, než by poslouchal obavy druhých. Takže z tohoto pohledu pro mě byla nejlepší mise, ta, které se účastnil i můj přítel. V ostatních misích mi možnost vypovídání se, rozebrání problémů, s nezávislou osobou, které nebude mé osobní pocity rozšiřovat mezi ostatní vojáky, opravdu chyběla.“

5. Otázka: Máte pocit, že jste se v důsledku prožitých událostí změnila? Máte tendenci bagatelizovat běžné denní činnosti, potřeby, úkoly? Přidáte si citově chladná, otupělá, s větším sklonem k agresi?

„Mám pocit, že vše špatné mě posílilo, ale ne otupilo. I v misi jsem se zajímala o běžný chod domácnosti a problémy mé rodiny, o to těžší pro mě bylo, že jsem se nemohla podílet na jejich řešení. Emoce prožívám stejně, jako před tím pláču, směji se, miluji. Mírné agresivní sklony nebo spíše výbušnost, oproti normálu jsem na sobě pozorovala během mise, asi měla jsem pocit, že je to nutností při nevyváženém počtu žen a mužů v kempu, pro zachování odstupu.“

6. Otázka: Vrací se Vám vzpomínky na nějaký silný negativní zážitek z mise ve snech, ve vzpomínkách, popř. snažíte se jim vyhýbat, i rozhovoru o nich, bývají doprovázeny fyzickými příznaky bušení srdce, pocení, třes, apod.?

„O těch negativních zážitcích se snažím nemluvit a není mi na ně příjemné myslet. Občas mívám špatné sny s opakující se situací, pak se probouzím uprostřed noci opocená,

ale tyto situace nejsou příliš časté. Pokud vyprávím o misi, vyprávím o zemi a zajímavostech, ne o tom co mě ohrožovalo, o pocitech.“

7. Otázka: Podstoupila jste před odjezdem do mise a po návratu psychologické vyšetření (rozhovor), pokud ano jakou formou, pokládáte ho za přínosné?

„Ano, probíhalo formou vyplnění řady dotazníků, které průměrně inteligentní člověk vyplní tak, že i když bude psychopat, vyjde odtud jako nekonfliktní normální člověk. Před odjezdem následoval ještě pohovor s psychologem, který vyhodnotil úspěšnost dotazníku, zeptal se na rodinné poměry a zda chci jet do mise. Po návratu ty samá dotazníky, bez pohovoru. Přínos jsem neviděla ani v tom před tím ani v dotazníku po misi. Bylo to nutně zlo, obtěžující několikahodinové vyplňování.“

8. Otázka: Zúčastnila byste se skupinového nebo individuálního rozhovoru o zážitcích a prožitcích z mise s psychologem, nebo máte jiný návrh, raději než výše zmíněný dotazník?

„Určitě by to bylo přínosnější, byla by to možnost jak nedusit v sobě vzpomínky, které doma říci nemůžu (protože by o mě měli strach). Možná, že ani důvěryhodný a dobrý psycholog v každé misi není úplně špatná myšlenka.“

9. Otázka: Navštívila byste psychologa nebo psychiatra, pokud byste měla nějaké psychické potíže po návratu z mise, pokud ano volila byste vojenské nebo civilní zařízení?

„Pokud bych měla pocit, že mé psychické potíže jsou tak obtěžující a závažné, že je sama nezvládám, asi bych vyhledala pomoc psychologa. Určitě bych nevolila vojenské zařízení, protože nemám z personálu dobrý pocit ani při předsjezdových dotaznících. Dalším důvodem je zadokumentování mého případného problému, které by mohlo mít negativní vliv na můj budoucí pobyt v AČR, na posuzování, mé vlastní osoby.“

10. Otázka: Chcete něco dodat?

„Působení v zahraničních misích mě stálo nejen dost psychických sil, ale také mám řadu zdravotních problémů. Z tohoto důvodu jsem odešla ze zdravotnického místa, kde je vysoké procento pravděpodobnosti, že bych musela opět do mise.“

6.2.2 Rozhovor č. 2

31letý muž, v roce 2000 ukončil studia na Vojenské akademii v Brně. Nyní je v hodnosti major a vojákem z povolání je od roku 1999. V průběhu několikrát změnil služební zařazení společně s místem působení. V současné době pracuje na Generálním štábu AČR, odkud byl v roce 2007 vyslán do mise v Bosně a Hercegovině, na pozici styčného důstojníka na velitelství EUFOR v Sarajevu. Tato mise v délce trvání 6 měsíců byla jeho první zahraniční zkušeností. Je svobodný, bezdětný, má přítelkyni, žije s rodiči.

Rozhovor

- 1. Otázka: Co bylo hlavním motivem, důvodem, Vaší služby v zahraničních misích?**

„Hlavním důvodem byla touha po vlastním bydlení, tzn. důvodem, byly peníze, ale také využití nabízené možnosti, únik ze stereotypu.“

- 2. Otázka: Měl jste v průběhu mise možnost komunikovat s rodinou, jak často? Jak jste trávil volný čas?**

„Měl jsem možnost komunikovat s rodinou dle potřeby bez omezení. V průběhu mise jsem byl doma dvakrát na dovolené. Volným čas jsem trávil v posilovně, sledováním DVD, popř. výlety do blízkého okolí.“

- 3. Otázka: Zažil jste během svého působení v zahraničí: krizové situace, traumatizující události, život ohrožující situace, byl jste Vy nebo Vaši nejbližší kolegové zraněni?**

„Nebyl jsem účastníkem žádné traumatické události, v oblasti nasazení už je prakticky mírový stav.“

- 4. Otázka: Měl jste v průběhu mise možnost s někým mluvit o svých obavách, trápeních, vypovídat se, kolegovi, duchovnímu, psychologovi? Pokud ano, využila jste této možnosti, pokud ne, chyběla Vám tato možnost?**

„Celý český kontingent byl tvořen čtyřmi vojáky, takže duchovní ani psycholog nebyl jeho součástí. Problémy se občas týkaly konfliktů s kolegy, které jsme si vždy vzájemně vyjasnili, a neměl jsem potřebu se někomu vypovídat.“

- 5. Otázka: Máte pocit, že jste se v důsledku prožitých událostí změnil? Máte tendenci bagatelizovat běžné denní činnosti, potřeby, úkoly? Přidáte si citově chladný, otupělý, s větším sklonem k agresi?**

„Nemám pocit, že bych se nějak zásadně změnil. Styl činnosti se dá přirovnat, jako být zaměstnán na odloučeném pracovišti na druhém konci republiky. Žádná válka, žádná zásadní bezpečnostní opatření, civilizace.“

- 6. Otázka: Vrací se Vám vzpomínky na nějaký silný negativní zážitek z mise ve snech, ve vzpomínkách, popř. snažíte se jim vyhýbat, i rozhovoru o nich, bývají doprovázeny fyzickými příznaky bušení srdce, pocení, třes, apod.?**

„Ne.“

- 7. Otázka: Podstoupil jste před odjezdem do mise a po návratu psychologické vyšetření (rozhovor), pokud ano jakou formou, pokládáte ho za přínosné?**

„Před odjezdem jsem podstoupil standardní vyšetření v ÚVN, které obsahuje i psychologickou část. Po návratu, se žádné vyšetření ani rozhovor nekonal.“

- 8. Otázka: Zúčastnil byste se skupinového nebo individuálního rozhovoru o zážitcích a prožitcích z mise s psychologem, nebo máte jiný návrh, raději než výše zmíněný dotazník?**

„Žádnými psychickými problémy v souvislostech s misí jsem netrpěl a nevím, o čem bych si povídal, nic zvláštního se nedělo.“

- 9. Otázka: Navštívil byste psychologa nebo psychiatra, pokud byste měl nějaké psychické potíže po návratu z mise, pokud ano volil byste vojenské nebo civilní zařízení?**

„Pokud by byla potřeba, navštívil bych civilní zařízení, neboť by mi ve vojenské kariéře záznam u psychiatra určitě moc nepomohl.“

- 10. Otázka: Chcete něco dodat?**

„Bez komentáře.“

6.2.3 Rozhovor č. 3

32letá žena, v roce 1993 složila maturitní zkoušku na Střední zdravotnické škole v Mladé Boleslavi, praporčice, vojákyní z povolání je od roku 1997. Za dobu působení v AČR, působila na různých místech ve funkci zdravotníka. Do mise byla vyslána 2 krát, na svoje přání, vždy do Kosova na 6 měsíců, poslední mise byla v roce 2007. Je vdaná, má 2 děti (dívka 12 let, chlapec 9 let), první mise byla době, kdy dětem bylo 3 a 6 let.

Rozhovor

1. Otázka: Co bylo hlavním motivem, důvodem, Vaší služby v zahraničních misích?

„Peníze, na prvním místě, dalším důvodem bylo získání zkušeností.“

2. Otázka: Měla jste v průběhu mise možnost komunikovat s rodinou, jak často? Jak jste trávila volný čas?

„Měla jsem možnost telefonického kontaktu každý den podle potřeby. Volný čas jsem si krátila především sportovními aktivitami (volejbal, posilovna).“

3. Otázka: Zažila jste během svého působení v zahraničí: krizové situace, traumatizující události, život ohrožující situace, byla jste Vy nebo Vaši nejbližší kolegové zraněni?

„Nebyla jsem svědkem žádné kritické nebo ohrožující situace.“

4. Otázka: Měla jste v průběhu mise možnost s někým mluvit o svých obavách, trápeních, vypovídat se, kolegovi, duchovnímu, psychologovi? Pokud ano, využila jste této možnosti, pokud ne, chyběla Vám tato možnost?

„V první misi byla psycholožka, v druhé misi byl kaplan. Oba byli úžasní, hodní, ochotní. Jejich služeb jsem nevyužila, protože jsem necítila potřebu.“

5. Otázka: Máte pocit, že jste se v důsledku prožitých událostí změnila? Máte tendenci bagatelizovat běžné denní činnosti, potřeby, úkoly? Přidáte si citově chladná, otupělá, s větším sklonem k agresii?

„Myslím, že mise mě v žádném případě nezměnily a netrpím žádným z uvedených pocitů.“

- 6. Otázka: Vrací se Vám vzpomínky na nějaký silný negativní zážitek z mise ve snech, ve vzpomínkách, popř. snažíte se jim vyhýbat, i rozhovoru o nich, bývají doprovázeny fyzickými příznaky bušení srdce, pocení, třes, apod.?**

„Ne.“

- 7. Otázka: Podstoupila jste před odjezdem do mise a po návratu psychologické vyšetření (rozhovor), pokud ano jakou formou, pokládáte ho za přínosné?**

„Před odjezdem jsem psychologické vyšetření podstoupila, po návratu žádné vyšetření neproběhlo.“

- 8. Otázka: Zúčastnila byste se skupinového nebo individuálního rozhovoru o zážitcích a prožitcích z mise s psychologem, nebo máte jiný návrh, raději než výše zmíněný dotazník?**

„Nemyslím si, že by pro mě bylo přínosem.“

- 9. Navštívila byste psychologa nebo psychiatra, pokud byste měla nějaké psychické potíže po návratu z mise, pokud ano volila byste vojenské nebo civilní zařízení?**

„Pokud bych to potřebovala, navštívila bych pravděpodobně psychologa, ale určitě civilního, abych to neměla v papírech.“

- 10. Chcete něco dodat?**

„Ne.“

7. DISKUZE

Metodou zvolenou pro tento výzkum, byla analýza získaných informací z anonymních dotazníků, doplněné o fakta z provedených osobních rozhovorů. V úvodu práce byly stanoveny cíle, kterých jsem empirickým šetřením chtěla dosáhnout. V následujících odstavcích je obsaženo shrnutí získaných informací.

Objevují se příznaky posttraumatické stresové poruchy u vojáků po návratu z mírové mise a jejich závislost na zjištěných demografických údajích, místě působení (druhu mise), délce pobytu a na prožitých zážitcích?

Zjištěné demografické údaje, získané od jednotlivých respondentů nebyly přímo zahrnuty do kontextu s vyhodnocením odpovědí, týkajících se PTSD a psychologické intervence, u vojáků po návratu ze zahraniční mise. Údaje o pohlaví, věku, vzdělání a rodinném stavu, jsou v práci uvedené především pro charakteristiku zkoumaného souboru.

Informace využitě k výzkumu poskytli z větší části muži (78%), nejvíce respondentů bylo ve věku 31 - 45 let, převážně ženatí/vdané (45%), svobodní /é (42%), téměř polovina respondentů (49%) dosáhla středoškolského vzdělání zakončeného maturitou. Nutno podotknout, že většina účastníků výzkumu v posledních pěti letech působila ve dvou (41%) a více (21%) zahraničních operacích.

Velkou měrou byl výzkum ovlivněn zřejmě skutečným poměrem důstojníků a rotmistrů s praporčíky (26%:74%), kdy se činnost těchto hodnostních sborů vzájemně doplňuje, ale v zásadě svým charakterem odlišuje. Zatímco služba důstojníků spočívá především v organizaci, velení a řízení na různých stupních, hlavní činností rotmistrů a praporčíků, je plnění úkolů odpovídajících funkčnímu zařazení, v terénu, dle stanoveného operačního úkolu. Z toho vyplývá, že byla pravděpodobně větší skupina (74%), představovaná rotmistry a praporčíky, častěji konfrontována se sociálními, etnickými rozdíly, popř. s určitými druhy traumatických událostí, než skupina představovaná důstojníky (24%).

Zásadní vliv na výsledky výzkumu měl pravděpodobně fakt, že (50%) dotazovaných vojáků se účastnilo mise v Kosovu, kde byla situace v průběhu hodnoceného období, relativně stabilní a klidná, oproti podmínkám na Blízkém a Středním východě - v Afghánistánu, Iráku, Kuvajtu, (46%). V konečném součtu si ovšem mise v Kosovu a na Blízkém a Středním východě vyžádaly stejný počet obětí na životech z řad vojáků AČR (3 Kosovo, 1 Irák, 2 Afghánistán). O smrti jednoho vojáka v Kosovu se v průběhu jejího vyšetřování

spekulovalo jako o sebevraždě, dnes je tato oficiálně klasifikována jako smrt střelnou zbraní. Jako podstatný se jeví také fakt, že mise v Iráku a Afghánistánu byli doprovázeny četnějším zraněním vojáků v rámci plnění služebních úkolů.

Jako významné a rozhodující kritérium, byl klasifikován zážitek traumatické události (různého charakteru), (48%). Traumatickými zážitky pak byly doprovázeny, dle respondentů, především mise v Afghánistánu (21%), Iráku (15%) a Kuvajtu (4%), minimum pozitivních odpovědí na otázku č. 11, bylo z misí v dalších uvedených zemích (8%). Přičemž počet vojáků s traumatickým zážitkem přímo korespondoval s délkou pobytu v zahraniční misi, (max. 48%; 5-6 měsíců).

Výskyt příznaků stresové poruchy (popsané v teoretické části), byl zhodnocen na základě odpovědí vojáků především v otázkách č. 12, 13 a 15. Přičemž nejvíce (41%) respondentů uvádělo pozitivitu – v otázce č. 12, vracení se vzpomínek na traumatickou událost. Další kladnou odpověď a tím další z možných příznaků PTSD, poskytli v otázce č. 13 respondenti udávající zvýšení konzumace: alkoholu (11%), cigaret (16%), jiných látek (1%), v souvislosti s pobytem v misi. V otázce č. 15 – dotazování odpovídali na konkrétní otázku, charakterizující jejich subjektivní pocity – kladná odpověď (ano, občas) znamenala možný výskyt příznaků PTSD, pohybovala se u položené otázky 1-10, od 3 do 17%.

Jak je dostupná psychologická pomoc vojákům během pobytu v misi, po návratu z mise a jak hodnotí tuto psychologickou službu samotní respondenti?

Otázka č. 14 zobrazuje skutečnost, že ve většině misí (66%), kterých se zúčastnili dotazovaní vojáci AČR, jim poskytoval psychosociální pomoc vojenský psycholog nebo vojenský duchovní. Tuto službu ovšem využilo pouze (16%) všech dotazovaných. Bohužel zbylých (34%), kde nebyla psychosociální pomoc zajištěna, se týkala ve velké míře zemí, které kladou výrazné nároky na psychiku zúčastněných vojáků (Afghánistán, Irák, Kuvajt).

Otázka č. 16 vypovídá o psychologické péči o vojáky po návratu z mise. Celých (51%) dotazovaných odpovědělo, že se nezúčastnili žádného psychologického vyšetření nebo rozhovoru. Ostatních (49%) respondentů vyšetření po návratu podstoupilo, nejvíce dotazovaných uvádí jako formu průběhu – písemné vyplnění dotazníku (34%). Tento způsob vyšetření po návratu, byl ovšem vojáky nejvíce odmítán, ať už šlo o vojáky, kteří vyšetření podstoupili, nebo o ty, kteří ho nepodstoupili, ale měli by o něj zájem. Celkovým zhodnocení psychologické péče po návratu, byla nespokojenost s psychologickou intervencí v (63%),

těch, kteří vyšetření absolvovali. A (90%), těch, kteří ho nepodstoupili, by o něj měli zájem. Jako psychologickou intervenci, kterou by respondenti nejvíce uvítali, potom uváděli rozhovor s terapeutem o zážitcích (31%), v odpovědi na otázku č. 18 a volné vypovídání se terapeutovi (37%), v otázce č. 17.

Závěrem lze říci, že příznaky PTSD vyskytující se u vojáků po návratu, jsou ve většině případů přímo závislé na zemi a druhu zahraniční operace, ve které voják působil a podmíněné, zážitky a událostmi, kterých byl svědkem. Psychologické vyšetření, jak je v ČR v současné době nastaveno, zúčastnění spíše odmítají. To ovšem neznamená, že by psychologickou pomoc odmítali úplně.

Ačkoliv by se podle propočtů mohlo zdát, že PTSD u příslušníků AČR představuje spíše okrajovou hrozbu, nemusí výsledky dosud provedených výzkumů zcela odpovídat skutečnosti. Jak uvedli dotazovaní v osobních rozhovorech, při výskytu psychických problémů, by z obav o budoucí posuzování v zaměstnání, nikdy nehledali pomoc ve vojenském zařízení. Je tedy otázkou, zda užívané, dostupné dotazníky, poskytují validní informaci o psychickém stavu respondentů.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývá tématem: „Posttraumatická stresová porucha u vojáků po návratu z mírové mise“. Závěrem této práce bych si dovolila shrnout nejdůležitější body.

Je nesporné, že vojáci prožívají při službě v zahraničí každodenní stres, ať už v důsledku zážitku krutých a nebezpečných situací, nebo na základě interpersonálních či jiných sporů. Zkušenosti z traumatické události tedy neustí pouze v emoční tíseň a psychické poruchy, mohou mít také dlouhodobé kumulativní účinky na tělesné a duševní zdraví.

Empirické šetření, jak již bylo uvedeno výše, se zaměřovalo na výskyt příznaků posttraumatické stresové poruchy, jako důsledek prožitků vojáků v zahraničních operacích. Přesto, prožité trauma a účast vojáka v zahraniční misi, nemusí na člověka a jeho osobnost mít pouze negativní vliv. Naopak může být tato zkušenost jedincem kladně hodnocena a sloužit mu k reorganizaci dosavadního života, hodnot a cílů.

Práce předkládá řadu poznatků plynoucích z teoreticky shrnutých informací o PTSD a vojenských operacích, v části první. Rozboru výsledků provedeného výzkumu, prožitků, zkušeností a duševních stavů vojáků, zhodnocení psychologické pomoci, v části druhé.

Z celé práce vyplývá, že u respondentů se zážitkem traumatizující události z mise, se v mnoha případech objevují symptomy PTSD nebo souhrnně příznaky nemocí klasifikovaných jako „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“. Přičemž dotazovaní hodnotí jako nevyhovující psychologickou péči, rozsahem nebo formu v rámci vyšetření – ošetření, po návratu ze služby v zahraniční misi.

Způsob zvládání krizových situací bylo, je a bude zajímavým tématem ke zkoumání. Každý posun směrem k hlubšímu poznání těchto strategií a jejich vztahu k osobnosti, nás přibližuje k lepšímu chápání a zvládání PTSD. Přesto, jen výzkumy v mnoha případech nestačí, je třeba také odborné pomoci. Dle analýzy jednotlivých částí dotazníkového šetření lze usuzovat, že užití metod CISM v rámci „po návratové“ psychologické péče, založených na principech kolegiální podpory a debriefingu, je životaschopnou a hlavně opodstatněnou myšlenkou.

Diagnostice a terapii PTSD je v zahraničí věnována značná pozornost. U nás se metody pokrizové intervenční péče, o vojáky vracející se ze zahraniční mise, nepoužívají zcela běžně.

Zahraniční zkušenosti prokazují jejich funkčnost a efektivitu a tak je snad jen otázkou času a vůle zainteresovaných institucí, kdy se stanou běžnými také u nás.

ANOTACE

Autor:	Petra Vaisová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Posttraumatická stresová porucha u vojáků po návratu z mírové mise
Vedoucí práce:	Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Počet stran:	79
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2008
Klíčová slova:	Posttraumatická stresová porucha, traumatická událost, psychologická pomoc, metody CISM, vojenské operace, zahraniční mise, vojenský psycholog, vojenský duchovní.

Závěrečná bakalářská práce pojednává o posttraumatické stresové poruše u vojáků po návratu z mírové mise a reálném stavu psychosociální pomoci poskytované zúčastněným vojákům.

Teoreticky informuje o PTSD. Shrnuje možnosti armády v psychologické péči v rámci vyšetření před výjezdem, po návratu a psychologickou podporu v misi samotné. Nechybí informace o vojenských operacích, kterých se naši vojáci účastnili, účastní a jejich stručná charakteristika.

Klíčovou částí práce, je provedené průzkumné šetření, výskytu příznaků PTSD a úrovně psychologické péče po návratu z mise, na základě hodnocení respondentů. Zkoumaný vzorek tvoří účastníci zahraničních misí, kteří působili v posledních pěti letech v jedné nebo více zahraničních operacích, déle než tři měsíce.

The bachelor's thesis describes the posttraumatic stress disorder by soldier's coming back from peacekeeping missions and the real psychological help provided to concerned soldiers.

Theoretically informs about PTSD. More over summarizes the possibilities given within the scope of testing before leaving and after coming back from missions and the psychological care during the execution of a mission. In addition the information about military operations, which the Czech soldiers have taken part recently and are involved nowadays and its characteristics.

The key part of this work is the field testing as to discover PTSD symptoms as well as the quality of health care after an accomplishing of missions. The field testing was done by an evaluation of the tested sample which is made of foreign mission participants being deployed during last five years into one or two military operations lasting more than 3 months.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. CARTER, P., RUSSELL, K. *Testy osobnosti*. Praha: Computer Press, 2002. 187 s. ISBN 80-7226-705-1.
2. ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2006. 312 s. ISBN 80-86898-73-3.
3. KARAFFA, V. et al. *Příprava příslušníků AČR*. Vyškov: Správa doktrín ŘeVD, 2007. Pub-70-01-01.
4. MAJER, P. et al. *Armáda České republiky a zahraniční mise*. Praha: Ministerstvo obrany České republiky - AVIS, 2003. ISBN 80-7278-183-9.
5. MAZUREK, R. *Doktrína Armády České republiky*. Vyškov: Správa doktrín ŘeVD, 2004.
6. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize MKN - 10*. Praha: Ústav zdravotnických studií a statistiky České republiky, 1992.
7. PORTERFIELDOVÁ, K. M. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. Praha: nakladatelství Lidové noviny, 1998. 143 s. ISBN 80-7106-262-6.
8. PRAŠKO, J. et al. *Stop traumatickým vzpomínkám*. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-811-2.
9. PRAŠKO, J. *Jak se zbavit napětí, stresu a úzkosti*. Praha: Grada Publishing, 2003. 204 s. ISBN 80-247-0185-5.
10. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
11. ŠTROBL, D. *Psychosociální důsledky moderní války*. Magisterská práce obhájená na Husitské Teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze v r. 1999. 86 s. Vedoucí magisterské práce Marie Vágnerová.
12. VIZINOVA, D., PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD)*. Praha: Portál, 1999. 160 s. ISBN 80-7178-284-X.
13. VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

14. *Historie zahraničních misí.* [online]. [cit. 2008-03-12]. Dostupné na <http://www.army.cz/scripts/detail.php?id=3699> [cit. 12. března 2008].
15. VYMĚTAL, Š. *Poskytování psychosociální pomoci v mimořádných situacích.* [online]. [cit. 2008-03-12]. Dostupné na <http://www.mvcr.cz/casopisy/112/2007/unor/vymetal.html>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AČR	Armáda České republiky
aj.	a jiné
angl.	anglický termín
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CISM	Critical Incident Stress Management
ČSA	České aerolinie
DSM	diagnostický a statistický manuál
EF	Enduring Freedom
EU	Evropská unie
HZS ČR	Hasičského záchranného sboru ČR
ICD	International Classification of Diseases
IFOR	Implementation Force
ISAF	International Security Assistance Force
KFOR	Kosovo Force
MKN	mezinárodní klasifikace nemocí
MNF	Multi-National Force
MO	Ministerstvo obrany
MV	ministerstvo vnitra
např.	na příklad
NATO	Organizace Severoatlantické smlouvy
NGŠ AČR	Náčelník generálního štábu AČR
OBSE	Organizace k bezpečnosti a spolupráci v Evropě
OSN	Organizace spojených národů
ozn.	označení
PČR	Policie České republiky
popř.	popřípadě
PRT	Provinční rekonstrukční tým
psycholog.	psychologický (á,é)
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
SFOR	Stabilization Forces
SOC MO	Společné operační centrum ministerstva obrany
UNGCI	United Nations Guards Contingent in Iraq
voj.	vojenský (á,é)
WHO	World Health Organization
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM TABULEK

Seznam tabulek k dotazníku

Tabulka číslo	Rozdělení dle:	
Tab. 6.1.1.1	pohlaví.....	41
Tab. 6.1.2.1	věku.....	42
Tab. 6.1.3.1	rodinného stavu.....	43
Tab. 6.1.4.1	příslušnosti k hodnostnímu sboru.....	44
Tab. 6.1.5.1	nejvyššího dosaženého vzdělání.....	45
Tab. 6.1.6.1	účasti v misích v posledních pěti letech.....	46
Tab. 6.1.7.1	délky pobytu v misi.....	47
Tab. 6.1.7.3	země nasazení.....	48
Tab. 6.1.8.1	hlavního motivačního činitele.....	49
Tab. 6.1.9.1	možnosti kontaktu s rodinou.....	50
Tab. 6.1.10.1	změny partnerského vztahu.....	51
Tab. 6.1.11.1	traumatického zážitku z mise.....	52
Tab. 6.1.12.1	vybavování vzpomínek na traumatický zážitek.....	54
Tab. 6.1.13.1	zvýšení spotřeby alkoholu, cigaret, drog, jiných náv. Látek.....	55
Tab. 6.1.14.1	možnosti konzultace s voj.psycholem nebo kaplanem.....	56
Tab. 6.1.15.1	subjektivních pocitů, příznaků u vojáků po návratu z mise.....	57
Tab. 6.1.16.1	absolvování psycholog. vyšetření po návratu z mise, forma.....	58
Tab. 6.1.17.1	zájmu o psycholog. vyšetření po návratu z mise, forma.....	59
Tab. 6.1.18.1	zhodnocení psycholog. vyšetření, po návratu, respondenty.....	60

SEZNAM GRAFŮ

Seznam grafů k dotazníku

Graf číslo	Rozdělení dle:	
Graf 6.1.1.2	pohlaví.....	41
Graf 6.1.2.2	věku.....	42
Graf 6.1.3.2	rodinného stavu.....	43
Graf 6.1.4.2	příslušnosti k hodnostnímu sboru.....	44
Graf 6.1.5.2	nejvyššího dosaženého vzdělání.....	45
Graf 6.1.6.2	účasti v misích v posledních pěti letech.....	46
Graf 6.1.7.2	délky pobytu v misi.....	47
Graf 6.1.7.4	země nasazení.....	48
Graf 6.1.8.2	hlavního motivačního činitele.....	49
Graf 6.1.9.2	možnosti kontaktu s rodinou.....	50
Graf 6.1.10.2	změny partnerského vztahu.....	51
Graf 6.1.11.2	traumatického zážitku z mise.....	52
Graf 6.1.12.2	vybavování vzpomínek na traumatický zážitek.....	54
Graf 6.1.13.2	zvýšení spotřeby alkoholu, cigaret, drog, jiných náv. Látek.....	55
Graf 6.1.14.2	možnosti konzultace s voj.psycholem nebo kaplanem.....	56
Graf 6.1.15.2	subjektivních pocitů, příznaků u vojáků po návratu z mise.....	57
Graf 6.1.16.2	absolvování psycholog. vyšetření po návratu z mise, forma.....	58
Graf 6.1.17.2	zájmu o psycholog. vyšetření po návratu z mise, forma.....	59
Graf 6.1.18.2	zhodnocení psycholog. vyšetření, po návratu, respondenty.....	60

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Psychologické zkoušky užívané v diagnostice PTSD

DOTAZNÍK

Vážené kolegyně, vážení kolegové,
jmenuji se Petra Vaisová a pracuji jako zdravotník na Praporečnickém obvodu VÚ 6950 Stará Boleslav. Současně studuji kombinovaný bakalářský studijní program Ošetrovatelství (LF UK v Hradci Králové). V této souvislosti se na Vás obracím s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku. Jde o **anonymní dotazník** jehož výsledky budou zpracovány a využity pouze pro účely vypracování mé bakalářské práce. Prosím, odpovězte na všechny otázky pravdivě a podle skutečnosti.

Dotazník je určen vojákům / vojákyním z povolání, kteří se zúčastnili jedné nebo více zahraničních misí AČR v posledních pěti letech, v délce trvání třech a více měsíců

Předem Vám děkuji za vyplnění a navrácení dotazníku.
prap. Petra Vaisová

Pokyny pro vyplnění:

- Křížkem označte odpověď, která nejlépe vystihuje Vaši situaci nebo názor. Označte vždy pouze jednu odpověď, popř. dle dalších pokynů;
- pokud uděláte chybu, přeškrtněte a vedle napište správnou odpověď;
- vyplněný dotazník odevzdejte zpět osobě, která Vám ho předala.

1. Pohlaví	<input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena
2. Věk	<input type="checkbox"/> 20 – 30 let <input type="checkbox"/> 31 – 45 let <input type="checkbox"/> 46 let a více
3. Rodinný stav	<input type="checkbox"/> svobodný (á) <input type="checkbox"/> ženatý, vdaná <input type="checkbox"/> rozvedený (á) <input type="checkbox"/> vdovec, vdova
4. Vaše hodnost je v hodnostním sboru	<input type="checkbox"/> rotmistrovském <input type="checkbox"/> praporečnickém <input type="checkbox"/> nižších důstojníků <input type="checkbox"/> vyšších důstojníků
5. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání	<input type="checkbox"/> vyučen (a) <input type="checkbox"/> vyučen (a) s maturitou <input type="checkbox"/> středoškolské s maturitou <input type="checkbox"/> vysokoškolské
6. Kolika zahraničních misí jste se účastnil (a) v posledních pěti letech?	<input type="checkbox"/> jedné <input type="checkbox"/> dvou <input type="checkbox"/> tří a více
7. Jaká byla délka pobytu Vaší poslední zahraniční mise?	<input type="checkbox"/> 3 měsíce <input type="checkbox"/> 4 měsíce <input type="checkbox"/> 5 – 6 měsíců <input type="checkbox"/> delší než 6 měsíců
V jaké zemi?	<input type="checkbox"/> Kosovo <input type="checkbox"/> Bosna a Hercegovina <input type="checkbox"/> Makedonie <input type="checkbox"/> Irák <input type="checkbox"/> Afghánistán <input type="checkbox"/> Kuvajt <input type="checkbox"/> Jiné

8. Co bylo hlavní motivací, pro kterou jste se zahraniční mise zúčastnil (a)?

- zlepšení finanční situace
- získání zkušeností
- změna stereotypu
- únik od všedních povinností
- pocit povinnosti a odpovědnosti vůči AČR
- nedobrovolně – na rozkaz nadřízeného
- jiné

9. Měl (a) jste během pobytu v misi možnost komunikovat s rodinou, se svými blízkými (telefonicky, popř. poštou)?

- Ne
 - Ano.
- Jak často?
- každý den
 - několikrát v týdnu
 - jednou týdně
 - několikrát v měsíci
 - jednou měsíčně
 - méně než jednou měsíčně

10. Změnil se Váš partnerský vztah v souvislosti s pobytem v misi?

- Neměl (a) jsem partnera
 - Nezměnil
 - Změnil
 - Nevím
- Jak?
- pozitivní změna vztahu (utvrzení, posílení)
 - negativní změna (odcizení, rozchod, rozpory, hádky, apod.)

11. Zažil (a) jste během pobytu v misi nějakou negativní, traumatickou událost? Pokud odpovíte ANO, označte jednu situaci, která Vás ovlivnila nebo zasáhla nejvíce.

- Ne
 - Ano
- přírodní katastrofy (povodně, požáry, zemětřesení)
 - nehody s fyzickým zraněním (vlastní, kolegů)
 - špatná bezpečnostní situace
 - bezprostřední ohrožení vlastního života
 - negativních zážitků plynoucích z konfliktu s kolegy
 - negativních zážitků z konfliktu s rodinou
 - jiné

12. Vrací se Vám někdy vzpomínky na nějaký silný (negativní, popř. traumatizující) zážitek z mise? Pokud odpovíte ANO, označte jednu z nabízených možností vyvolávajících situací.

- Ne
 - Ano
- ve snech
 - při činnostech, situacích, okolnostech zážitků připomínajících
 - při sledování filmů, čtení článků, rozhovoru s podobným tématem
 - bez konkrétní vyvolávající situace
 - jinými

13. Došlo u Vás v souvislosti s pobytem v misi ke zvýšené spotřebě, konzumaci?

- | | ne | ano |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • alkoholu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • cigaret | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • drog | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • jiných návykových látek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Měl (a) jste během pobytu v misi v případě osobních, pracovních problémů, traumatizujících zážitků, možnost mluvit o svých problémech s vojenským kaplanem nebo s vojenským psychologem?

- Ne
 - Ano
- Využil jste této možnosti?
- ne
 - ano

15. V níže uvedené tabulce odpovězte na všechny otázky vybráním jedné odpovědi.

Po návratu z mise	ne	občas	ano
• Míváte pocit zhoršeného spánku?			
• Míváte pocity zvýšené podrážděnosti a napětí?			
• Jednáte výbušněji, impulzivněji než před misí?			
• Jste zvýšeně ostražitý (a)?			
• Míváte pocity bušení srdce, pocení, třesu apod.?			
• Vyhýbáte se rozhovorům o negativních zážitcích z mise?			
• Připadáte si citově chladný (a)?			
• Zaznamenal (a) jste snížení schopnosti prožívat emoce související s intimitou, sexualitou?			
• Máte pocity větší podrážděnosti než před misí?			
• Máte pocit ztráty životní energie?			

16. Absolvoval (a) jste po návratu z mise psychologický pohovor (vyšetření)?

Ne

Ano

Jakou formou probíhalo?

A písemným vyplněním dotazníku

B rozhovorem s terapeutem o předchozích (traumatizujících) zážitcích

C volným vypovídáním se terapeutovi, psychologovi

D kombinací výše uvedených metod

17. Pokud jste žádný psychologický pohovor po návratu z mise nepodstoupil (a), měl/a byste o ni zájem?

Ne

Ano

Jakou formu byste z výše uvedených v otázce číslo 16 uvítal (a)?

A

B

C

D

18. Pokud jste psychologické vyšetření podstoupil (a) považujete ho za přínosné?

Ano

Ne

Jakou jinou formu dle otázky. č. 16. byste zvolil (a)?

A

B

C

D

PSYCHOLOGICKÉ ZKOUŠKY UŽÍVANÉ V DIAGNOSTICE PTSD

Níže uvedené metody jsou užívané především v zahraničí, jejich popis a charakteristika byly přeloženy ze zahraničních literatur.

- **Impact of Event Scale** (autor: Horowitzová)

Nejpoužívanější sebesuzovací škála ve výzkumu, méně již v terapii. Proband popisuje své prožívání traumatického zážitku. Používá se u dospělých. Je realizován dotazníkovou metodou.

- **Birlesonův dotazník depresivity** (autor: Birleson)

Sebesuzovací škála depresivity. Používán u dětí starších 7 let, metodou dotazníku.

- **Reakční index PTSD** (autor: Pynoos et al.)

Posuzovací škála pro terapeuty. Cílovou skupinou jsou děti, metodou rozhovoru.

- **The Harvard Trauma Questionnaire** (autor: Mollica et al.)

Transkulturní dotazník, zaměřen na symptomy spojené s diagnostickými kritérii pro posttraumatickou stresovou poruchu, jak jsou uvedeny v DSM-III-R. Jeho hlavním rysem je zohlednění specifických kulturních podmínek prostředí, kde je užíván. Cílovou skupinou jsou dospělí.

- **Beckův dotazník depresivity** (autor: Beck)

Sebesuzovací škála depresivity. Používán u adolescentů a dospělých, formou dotazníku.

- **Combat Exposure Scale** (autor: Foy et al.)

Dotazník sestavený k hodnocení dopadu válečných traumat veteránů z Vietnamu.

- **Mississippi Scale For Combat Related PTSD**

Jedna z nejrozšířenějších a nejlépe valorizovaných metod ke zjišťování symptomů PTSD u amerických válečných veteránů. Metoda dotazníku.

a další.

(Vizinová, Preiss, 1999)