

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY U ZÁCHRANÁŘŮ
DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Vedoucí práce:

Doc. PhDr. Helena Zášková, CSc.

Autor:

Bc. Klára Jarošová

17.8.2009

Abstrakt

Záchranářská profese je psychicky i fyzicky velmi náročná a vyžaduje vysokou hladinu odolnosti vůči zátěži spojenou s prosociálními tendencemi a to altruismem a empatií. Teoretická část práce je rozdělena do 5ti částí, které úzce souvisí s výzkumem. Tyto části jsou rozděleny na: pomáhající profese, kompetence pomáhajících profesí, prosociální chování, integrovaný záchranný systém ČR a poslední téma teoretické části se zabývá osobností. Cílem výzkumné práce bylo zjistit některé osobnostní charakteristiky záchranářů v Jihočeském kraji, se zřetelem k prosociálnímu chování. Výzkum byl proveden ve střediscích ZZS Jihočeského kraje a na Jihočeské univerzitě. Pro výzkumnou část byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazníky vyplnilo 77 záchranářů (12 z nich bylo studenty oboru Zdravotnický záchranář na Jihočeské univerzitě).

Pro praktickou část bylo sestaveno šest hypotéz.

Hypotéza 1 tvrdí, že respondenti vykazují nižší hladinu úzkostnosti ve srovnání s populačním průměrem.

Hypotéza 2 tvrdí, že respondenti vykazují vyšší míru extroverze ve smyslu větší otevřenosti ke zkušenosti ve srovnání s populačním průměrem.

Hypotéza 3 tvrdí, že dotazovaní vykazují vyšší míru otevřenosti ke zkušenosti ve smyslu vyšší intelektuální zvědavosti a citlivosti ve srovnání s populačním průměrem.

Hypotéza 4 tvrdí, že dotazovaní vykazují vyšší hladinu přívětivosti ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti, štědrosti a ochotě pomoci ostatním ve srovnání s populačním průměrem.

Hypotéza 5 tvrdí, že respondenti vykazují vyšší skóry svědomitosti, jsou stabilnější a více odolní ve srovnání s populačním průměrem.

Hypotéza 6 tvrdí, že dotazovaní vykazují vyšší skóre prosociálního chování ve smyslu vyšší empatie, morálního usuzování, osobního distresu a altruismu ve srovnání s tabulkovými hodnotami odpovídajícími normě (PSB).

Abstrakt

The profession of rescuers is very stressful and requires high level of resistance against stress, connected to pro-social tendencies, which are altruism and empathy. The theoretical part is divided into five topics related to the research. These topics are: helping professions, competence of helping professions, pro-social behaviour, integrated emergency system in the Czech Republic and the last theoretical part concerns personality. The objective of this research was to identify some personality characteristics of rescuers in South Bohemian region, in consideration of pro-social behaviour. The research was carried out in rescue service in South Bohemian region and at the University of South Bohemia. Research was devised through a questionnaire that was given to 77 rescuers (12 of them were studying the subject rescuer at the University of South Bohemia).

For the practical part of the research six hypotheses were stated.

Hypothesis H1 claims that rescuers show lower level of neuroticism in comparison to equal population.

Hypothesis H2 claims that rescuers show higher extraversion in comparison to equal population.

Hypothesis H3 claims that rescuers show higher level of openness to experience in comparison to equal population.

Hypothesis H4 claims that rescuers show higher level of agreeableness in comparison to equal population.

Hypothesis H5 claim that rescuers show higher level of conscientiousness in comparison to equal population.

Hypothesis H6 claims that rescuers show higher level of pro-social behaviour in comparison to equal population.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Osobnostní charakteristiky u záchranářů“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 17.8.2009

.....

Bc. Klára Jarošová

Na tomto místě bych ráda poděkovala Doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc. za odborné vedení a cenné připomínky při zpracování diplomové práce. Děkuji také ZZS České Budějovice, ZZS Český Krumlov, ZZS Týn nad Vltavou, ZZS Jindřichův Hradec, ZZS Strakonice, ZZS Prachatice a ZZS Dačice za ochotu při spolupráci na mém výzkumu. Jmenovitě bych ráda poděkovala paní Klimešové, paní Benešové (ZZS Dačice) a Martinovi Jíchovi (ZZS České Budějovice) za pomoc při sběru dotazníků.

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	10
1.1. <i>Pomáhající profese</i>	10
1.1.2. Vymezení definice.....	10
1.1.3. Vzájemný vztah mezi pracovníkem a klientem.....	10
1.1.4. Angažovaný pracovník.....	10
1.1.5. Vnitřní svět druhého.....	11
1.1.6. Hranice mezi pracovníkem a klientem.....	11
1.2. <i>Kompetence</i>	12
1.2.1. Vymezení definice.....	12
1.2.2. Kompetence v pomáhajících profesích.....	13
1.2.3. Klasifikace profesních kompetencí.....	14
1.2.4. Profesní schopnosti a dovednosti.....	14
1.2.5. Intelektuální schopnosti.....	15
1.2.6. Komunikační schopnosti a dovednosti.....	16
1.2.7. Schopnost empatie.....	17
1.2.7.1. Empatie jako lidská vlastnost.....	18
1.2.7.2. Empatie jako profesionální stav.....	18
1.2.7.3. Empatie jako komunikační proces.....	18
1.2.7.4. Empatie jako proces pečování.....	19
1.2.7.5. Empatie jako interpersonální vztah.....	19
1.3. <i>Prosociální chování</i>	20
1.3.2. Definice prosociálního chování.....	20
1.3.3. Teorie prosociálního chování.....	21
1.3.3.1. Biologický přístup.....	21
1.3.3.2. Individualistický přístup.....	22
1.3.3.3. Interpersonální přístup.....	24
1.3.3.4. Přístup orientovaný na sociální systémy.....	25

1.3.4. Odpovědnost.....	26
1.3.4.1. Efekt přihlížejících.....	26
1.3.5. Normy spravedlnosti.....	27
1.3.6. Formy prosociálního chování.....	27
1.3.6.1. Speciální případ plánované pomoci.....	29
1.3.7. Jak moc jsou lidé nápomocní?.....	30
1.3.7.1. Prospěšnost v situacích, které nejsou vážné.....	30
1.3.7.2. Pomoc ve stavech nouze.....	31
1.3.8. Rozdíly podle pohlaví.....	33
1.3.8.1. Empatie.....	33
1.3.8.2. Pocity viny.....	33
1.3.8.3. Prosociální chování.....	34
1.3.9. Poskytování pomoci ve městech a na vesnicích.....	35
1.4. Integrovaný záchranný systém.....	36
1.4.1. Zdravotní péče.....	37
1.4.2. Problematika neodkladné péče.....	38
1.4.2.1. Urgentní medicína.....	38
1.4.2.2. Medicína katastrof.....	39
1.4.2.3. Historický vývoj neodkladné péče v ČR.....	39
1.4.3. První pomoc.....	40
1.4.3.1. Základní první pomoc.....	40
1.4.3.2. Rozšířená první pomoc.....	40
1.4.3.3. Poskytování první pomoci.....	40
1.4.4. Zdravotnická záchranná služba.....	42
1.4.5. Letecká záchranná služba.....	42
1.4.6. Horská služba.....	43
1.4.7. Profese zdravotnický záchranář.....	43
1.4.7.1. Kompetence záchranáře.....	44
1.4.7.2. Nárazová zátěž.....	44
1.4.7.3. Chronická zátěž.....	46

1.5. Osobnost.....	47
1.5.1. Pojem osobnost.....	47
1.5.2. Osobnostní rysy – Velká pětka (Big Five).....	47
1.5.2.1. Neuroticismus.....	48
1.5.2.2. Extroverze – Introverze.....	48
1.5.2.3. Otevřenost ke zkušenosti.....	48
1.5.2.4. Přívětivost.....	49
1.5.2.5. Svědomitost.....	49
1.5.3. Osobnost a motivace záchranáře.....	49
2. Cíl práce a hypotézy.....	51
2.1. Cíl práce.....	51
2.2. Hypotézy.....	51
3. Metodika.....	52
3.1. Metody a techniky sběru dat.....	52
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	52
4. Výsledky.....	54
4.1. Obecné informace o výzkumném souboru.....	54
4.2. Výsledky dotazníku NEO.....	57
4.2.1. Výsledky k hypotéze H1.....	58
4.2.2. Výsledky k hypotéze H2.....	61
4.2.3. Výsledky k hypotéze H3.....	64
4.2.4. Výsledky k hypotéze H4.....	67
4.2.5. Výsledky k hypotéze H5.....	70
4.3. Výsledky k dotazníku PSB.....	73
4.3.1. Výsledky k hypotéze H6.....	74
5. Interpretace a diskuse.....	76
6. Závěr.....	86
7. Seznam použitých zdrojů.....	87
8. Klíčová slova.....	90

Úvod

Bylo mně stále jasnější, že nemám vnitřní právo přijímat své šťastné mládí, své zdraví a svou pracovní sílu jako něco samozřejmého...Kdo je ušetřen vlastního trápení, má se cítit povolán, aby mírnil utrpení druhých. Všichni musíme společně nést břemeno bolesti, které lidstvo tíží.

Albert Schweitzer: Z mého dětství a mládí

Prací, zabývajících se problematikou osobnosti, je bezesporu mnoho. Výzkumů se specifickou tematikou jako je prosociální chování, ale moc nepřibývá. Jelikož se již delší dobu zajímám o psychologický fenomén zvaný osobnost, rozhodla jsem se pro sepsání tématu diplomové práce Osobnostní charakteristiky u záchranářů. Toto téma je obsáhlé a zabývá se osobností z jiného úhlu pohledu, než je obvyklé, a to obecně z hlediska sklonu k pomáhání. Význam slova pomáhání zná určitě každý, ale pojem prosociální chování a altruismus je pro mnohé ještě velkou neznámou. Výzkumy zabývajících se touto tematikou proběhly v nedávné době a přišly se zajímavými výsledky. Pomoc druhému v nouzi není jen jednoduchý proces, který je již od počátku zřejmý. O tom, jestli nám bude nebo nebude nabídnuta pomoc, nerozhodujeme jen my, ale i jiné faktory jako např. míra zranění, místo, počet přihlížejících, pohlaví potencionálního pomáhajícího aj. Vědci se také zabývají osobností pomáhajícího a kladou si otázku, zda lze jasně definovat osobnost z hlediska prosociálních tendencí a altruismu. V této oblasti probíhají ještě výzkumy.

Profese zdravotnických záchranářů je náročná a vyžaduje po pracujících v této oblasti vysokou míru nasazení a i jisté osobnostní předpoklady. Na rychlosti jejich myšlení a konání záleží lidské životy. Jsou to tedy lidé energičtí a se smyslem rychle jednat. Tuto jejich vlastnost jsem mohla poznat na „vlastní kůži“, když jsem oslovila jednoho z členů Zdravotnické záchranné služby České Budějovice o spolupráci. Záchranář jednal rychle a to tak, že jsem ani nestihla cokoli dalšího říci a už byl pryč

i s dotazníkem v ruce. Zdravotnický záchranář, jak jsem již zmínila dříve, by se měl vyznačovat určitými osobnostními charakteristikami. Předpokládá se, že osobnost záchranáře bude projevovat následující znaky: vysokou extroverzi, výraznou míru k pomáhání, svědomitost, přívětivost, odolnost vůči zátěži a jiné. V této práci se proto zaměřím právě na tyto předpoklady osobnosti záchranářů a pokusím se je potvrdit ve výzkumné části práce.

Zpracování výzkumné části nebylo pro mne zrovna jednoduché. Především zde byl problém s hledáním vhodných respondentů, tedy záchranářů, kteří by byli ochotni podílet se na mém výzkumu a zodpovědět mi otázky v připraveném dotazníku. Setkávala jsem se s velkou neochotou a to z prostého důvodu – velkého množství jiných dotazníků. Zavaleny dotazníky byly snad všechny Zdravotnické záchranné služby a snad nejvíce Horská služba Klet'. Přesto se ale našli lidé, kteří mi pomohli se sběrem dotazníků a dohlíželi nad jejich vyplněním. Mohu bez nadsázky říci, že bez jejich pomoci bych takového počtu respondentů ve svém výzkumu nedosáhla ani z poloviny.

1. Současný stav

1.1. Pomáhající profese

1.1.2. Vymezení definice

Mezi pomáhající profese řadíme taková povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Jedná se o následující povolání: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky a psychologové. Kromě patřičně vystudované kvalifikace je po pracovnících v těchto profesích vyžadován další neméně významný prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit lidský zájem a náklonnost od své ošetrovatelky (13).

1.1.3. Vzájemný vztah mezi pracovníkem a klientem

V dotazníkovém šetření v domovech důchodců byly zjištěny čtyři nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti sester či ošetrovatelek tohoto zařízení a to: náklonnost, trpělivost, vcítění a odbornost. Výzkumné šetření nepochybně dokazuje, že vztah ke klientovi je v pomáhajících profesích důležitou složkou povolání (13).

Mlčák a Kubicová uvádí, že v pomáhajících profesích není cílem jen poskytování služeb, ale že jde především o proces pomáhání, který v sobě obsahuje principy hluboké akceptace klienta osobnostně jednotným, empatickým a autentickým sociálním pracovníkem i základní a historicky ověřené principy prosociálního chování, altruismu, afiliace a empatie (16).

1.1.4. Angažovaný pracovník

Pomáhající profese patří k těm, které mohou nadchnout a angažovat tak člověka celého. Kopřiva takového člověka nazývá angažovaným pracovníkem. Pro tohoto pracovníka jsou pomáhající profese velmi přitažlivé a to může způsobit, že vykonává zaměstnání v této sféře i při nižším příjmu, než by dostával někde jinde (13).

Angažovaný pracovník v pomáhajících profesích by se měl chovat podle následujících pravidel zdravého vztahu mezi ním a klientem:

- § Klienta se snažit pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj a přijímat ho takového, jaký je
- § Pracovník by měl mít potřebu být lidem potřebný, vzdávat se uskutečňování svých důležitých potřeb a starat se o druhé
- § Respektovat hranice autonomie mezi pomáhajícím a klientem (13).

C. R. Rogers tvrdí, že rozhodujícím prvkem je především bezprostřední subjektivní či fenomenální zkušenost klienta a hluboké úsilí pracovníka jí porozumět. Vztah pracovníka a klienta chápe jako jedinečné a bezprostřední mezosobní setkání. Základem tohoto jedinečného vztahu pracovníka a klienta je jeho bezvýhradní přijetí, empatie jako schopnost vcítit se do jeho osobnosti a situace, v níž se nachází a také autentický vztah ke klientu (16).

1.1.5. Vnitřní svět druhého

Je důležité, aby si pracovník uvědomil, že za svůj vnitřní svět odpovídáme v první řadě my sami. Často jsme mylného přesvědčení, že zážitky, které v nás druzí lidé vyvolávají, zapříčinili především oni. Rozhodujícím krokem na cestě k profesionálnímu zrání v pomáhajících profesích je převzetí odpovědnosti za vlastní vnitřní svět. Dokud si myslíme, že naše prožitky pramení z toho, co se kolem nás děje, nemáme jinou možnost změny než zkoušet ovládat okolí. Jestliže se zamyslíme, jak životní situace vnitřně zpracováváme, postupně se měníme a směřujeme k vnitřní svobodě. Základním poznáním je, že vnitřní svět druhého člověka můžeme poznat tak, že nám ho popíše vlastními slovy. Pokud se o vnitřní svět druhého zajímáme, mnoho konfliktních situací vymizí a situace bude probíhat ve znamení spolupráce (13).

1.1.6. Hranice mezi pracovníkem a klientem

Hranicí ve vztahu mezi dvěma lidmi je myšleno dělítko, které určuje, co je moje záležitost a co je záležitost druhého. Každý z účastníků vztahu může rozdělení kompetencí vnímat odlišně. Naučit se chránit vlastní hranice je cílem tréninku asertivity. Přirozeným a ideálním stavem jsou hranice dobře ustanovené

a polopropustné. Znamená to, že člověk vstupuje do vztahů s okolím a přijímá to, co se pro něj zdá být dobré a výhodné a odmítá to, co se tak nejeví. Jednotlivé pomáhající profese si uvědomují význam lidského vztahu pomáhajícího pracovníka ke klientům a mají pro ně řešení v podobě etických zásad profese. Pomáhající musí ale pracovat se svým vlastním prožíváním, má-li tyto zásady plnit a také podle nich cítit. Pracovník by se měl vyznačovat empatickým vztahem ke klientovi a zároveň by neměl ztratit zakotvení v sobě samém (13).

1.2. *Kompetence*

Počátky vzniku kompetenčního přístupu jsou spojovány se jménem J. C. Flanagan, který jako první upozornil na potřebu analýzy pracovních míst z rozpoznání klíčových požadavků. Klíčové požadavky pro pracovní činnost byly nazývány různě, např. jako rysy, předpoklady, nároky, očekávání apod. V roce 1959 R. White pojmenoval tyto požadavky souhrnným pojmem kompetence (15).

1.2.1. *Vymezení definice*

Definování kompetencí je nelehký úkol, jelikož mnoho autorů, kteří se problematikou zabývají, vyjadřují velkou rozmanitost jejich chápání a současně deklarují nutnost jejich sjednocení, která se však stále nedaří. Kompetence lze chápat z hlediska nejširšího konceptu ve smyslu multidimenzionálního fenoménu (15).

C. Woodruff považuje pracovníka plně kompetentním tehdy, pokud splňuje tři základní podmínky. První dva požadavky na pracovníka se týkají jeho osobnosti a třetí podmínka vystihuje situační charakteristiky pracovního procesu. Požadavky jsou následující:

- § Pracovník je obdařen vlastnostmi, schopnostmi, vědomosti, dovednostmi a zkušenostmi, které jsou k takovému chování nezbytné, tj. pracovník má určitou kompetenci
- § Pracovník je motivován takové chování použít, považuje chování za hodnotné či cílené, tj. pracovník chce určitou kompetenci využít

§ Pracovníkovi je umožněno v daném prostředí takové chování použít, tj. pracovník může určitou kompetenci skutečně využít (15).

Hierarchický model struktury kompetencí podle autorů A. D. Lucia a R. Lepsingera popisuje kompetence na základní vrstvy tvořeny inteligencí, talentem, schopnostmi, hodnotami, postoji a motivy člověka, na něž se napojuje vrstva dovedností, vědomostí, zkušeností a postupů typů know-how. Obě vrstvy se projevují v chování, které má místo na vrcholu celé struktury (33).

Podle L. Spencera kompetence tvoří struktury, ve kterých jsou obsaženy následující psychologické komponenty:

- § Motivy – jedince podněcují, zaměřují a regulují jeho chování
- § Rysy – všeobecné a relativně ustálené vlastnosti člověka
- § Sebepojetí – kognitivní, emocionální a behaviorální aspekty člověka projevující se ve vnímání sebe sama
- § Vědomosti – soubory pojmů a vzorců chování, které mohou mít teoretickou nebo interpersonální povahu
- § Dovednosti – učením získané předpoklady k úspěšnému poznávání nebo vykonávání činností (15).

1.2.2. *Kompetence v pomáhajících profesích*

Mlčák uvádí, že v sociální práci, ale i v jiných příbuzných pomáhajících profesích se do profesních kompetencí komplexně promítá celá osobnost pracovníka se všemi významnými složkami jako jsou např. poznávání, temperament, charakter, motivace, vůle či sebepojetí (33).

Vědomosti, schopnosti a dovednosti i hodnoty se z pohledu kvantity a kvality výkonnosti pracovníků jeví jako prvotní. Může se jednat o kognitivní vlastnosti (úroveň pozornosti, představitivosti, kreativity, flexibility apod.), temperamentové vlastnosti (úroveň neuroticismu, extraverte, impulsivity či senzitivity apod.), charakterové vlastnosti (např. úroveň svědomitosti, zásadovosti, poctivosti), motivační a volní vlastnosti (např. úroveň vytrvalosti, frustrační tolerance, kvalita zájmů) a aspekty

sebepojetí (např. kvalita sebehodnocení, sebemonitorování či převažující místo kontroly) (15).

Na vědomosti, schopnosti, dovednosti a hodnoty mohou působit i další psychické procesy, kterými mohou např. být vývojové změny či syndrom vyhoření, psychické stavy, jako jsou např. únava, psychická nepohoda, psychická krize a jiné psychické vlastnosti, k nimž patří např. úroveň přívětivosti či altruismu. Efektivní uplatnění vědomostí, dovedností, schopností a hodnot může být v praxi ztíženo i objektivními překážkami, vyplývajících z organizačních podmínek, v nichž se realizuje výkon práce (15).

1.2.3. Klasifikace profesních kompetencí

Profesní kompetence lze v pomáhajících profesích klasifikovat podle mnoha kritérií. Jako první praktické rozlišení kompetencí je možné uvést podle hlediska příslušnosti k určité oblasti osobnosti na:

- § Kognitivní kompetence – vědomosti, intelektové schopnosti, poznávací styly
- § Emocionální kompetence – neuropsychická stabilita, empatie, citová regulace a kontrola
- § Sociální kompetence - percepční, komunikační a interakční dovednosti (33).

Z hlediska zaměření profesionálních kompetencí je možné přijmout následující rozdělení:

- § Diagnostické kompetence – rozpoznávací
- § Intervenční kompetence – zásahové
- § Administrativní kompetence (15).

1.2.4. Profesní schopnosti a dovednosti

Kvantita, kvalita i efektivita teoretické i praktické činnosti pracovníků v pomáhajících profesích je významným způsobem ovlivněna strukturou jejich pracovních schopností a dovedností. Schopnosti a dovednosti pracovníků tvoří

relevantní specifickou součástí základních profesních předpokladů, které jsou pro pomáhající profese nezbytné (15).

Schopnosti jsou odborníky označeny jako učením rozvíjené vrozené předpoklady, rysy či vlastnosti osobnosti, které člověku umožňují úspěšně realizovat výkon určité činnosti. Dovednosti bývají považovány za již osvojenou kvalitu a strukturu těchto činností (19).

Schopnosti bývají v psychologické literatuře různým způsobem rozlišeny. Nejjednodušší klasifikace dělí schopnosti na obecné, skupinové a specifické. J. P. Guilford sestavil relativně přijímanou klasifikaci schopností odvozenou z výsledků faktorové analýzy. Sestavil následující členění na:

- § Percepční schopnosti – vztahující se ke kvalitě procesů vnímání, pozornosti a paměti
- § Psychomotorické schopnosti – týkající se síly, rychlosti, adaptace, pozornosti a paměti
- § Intelektuální schopnost – odrážející aspekty rozumové činnosti člověka (15).

Identifikace struktury a vývoje základních percepčních, psychomotorických a intelektových schopností člověka vedla k vypracování široké škály rozmanitých přístupů a teorií (15).

1.2.5. Intelektuální schopnosti

K nejzákladnějším přístupům v oblasti intelektuálních schopností patří faktorově analytické modely inteligence, které vypracovali Ch. Spearman, L. L. Thurstone, J. P. Guilford a R. B. Cattell.

Podle druhového zaměření lze inteligenci rozdělit na teoretickou, praktickou, sociální, emoční a morální:

- § Praktická inteligence - schopnost řešit nejasně definované problémy každodenního života, pro které neexistují jednoznačná řešení
- § Sociální inteligence - rozdělena prostřednictvím dvou faktorů tj. 1) schopnosti porozumět společenským požadavkům a 2) schopnosti jednat v souladu s nimi,

koncept interpersonální kompetence jako schopnost navazovat a vykonávat interpersonální role

- § Emoční inteligence - schopnost zpracovávat informace jak z vnitřního intrapersonálního prostředí osobnosti člověka, tak z vnějšího interpersonálního prostoru, zahrnuje schopnosti týkající se sebeuvědomění, motivace vlastního jednání, vytrvalosti, kontroly impulsů, regulace nálad, empatie a optimismu
- § Morální inteligence - schopnost uvažovat a jednat mravně, jedinci dokáží analyzovat, rozumět a empatizovat s druhými **(15)**. A. Hass, zabývající se touto problematikou, je přesvědčen, že k morálnímu chování vede především skutečná empatie **(8)**.

1.2.6. Komunikační schopnosti a dovednosti

Výsledky výzkumu Mlčáka, zabývající se pojetím klienta v sociální práci, upozorňují na velký význam komunikačních a interakčních kompetencí sociálních pracovníků, které jsou jejich klienty hodnoceny a i na patřičný vliv těchto kompetencí na celkovou spokojenost klientů **(16)**.

Proces výměny informací může mít charakter:

- § Intrapersonální komunikace – na úrovni já-já
- § Interpersonální komunikace – na úrovni já-ty
- § Skupinové komunikace – na úrovni já-my
- § Veřejné komunikace – na úrovni já-oni **(15)**.

Další klasifikace komunikace v pomáhajících profesích se člení na:

- § Empatické komunikační schopnosti a dovednosti – způsobilost pracovníků vmýšlet se a vcítit se do psychiky klienta
- § Expresivní komunikační schopnosti a dovednosti – způsobilost účinného, zřetelného a adekvátního sdělování **(15)**.

1.2.7. Schopnost empatie

Mnoho odborníků se shoduje na tom, že empatie patří vůbec k nejvýznamnějším schopnostem při práci s klientem v pomáhajících profesích. Pojem empatie zavedl do psychologie E. B. Titchener a to na počátku dvacátého století. Zájem psychologů o problematiku empatie byl obrovský, ale i v současné době je koncept empatie nejasný. T. P. Gawrilová vyčlenila pět základních pojetí empatie:

- § Empatie jako proces chápání citů a potřeb jiných
- § Empatie jako proces vcítění se do situace, skutečnosti či objektu
- § Empatie jako afektivní svazek s jiným člověkem
- § Empatie jako proces analýzy stavu jedince či skupiny
- § Empatie jako vlastnost terapeuta **(15)**.

Empatie se považuje za důležitý faktor, který usnadňuje v pomáhajícím vztahu navázat fungující spojení. Zejména výsledky empirické studie v oblasti psychoterapie potvrdily vliv empatického porozumění na pozitivní výsledek terapie **(33)**.

T. Wisemanová svůj koncept empatie založila z rozboru definic uvedených v encyklopedických a odborných publikacích a rozlišila definiční vlastnosti empatie:

- § Vidění světa tak, jak ho vidí druhí
- § Porozumění aktuálním pocitům druhých
- § Kritičnost či neovlivnitelnost předsudky
- § Komunikace porozumění **(15)**.

Nejvýznamnější a nejčastější zastoupení konceptualizace empatie v psychologii, v sociální práci a dalších vědách vychází z návrhu D. Kunykové a J. K. Olsonové. Koncept lze roztrždit do pěti základních skupin seřazených podle četnosti zastoupení:

- § Pojetí empatie jako lidské vlastnosti
- § Pojetí empatie jako profesionálního stavu
- § Pojetí empatie jako komunikačního procesu

- § Pojetí empatie jako procesu pečování
- § Pojetí empatie jako speciálního vztahu (15).

1.2.7.1. Empatie jako lidská vlastnost

Empatie jako pojatá lidská vlastnost je vrozená a přirozená dispozice, schopnost či dovednost. Nelze se ji naučit, ale může být zesílena a zušlechtěna. V tomto pojetí se užívají termíny jako jsou přirozená, instinktivní či emocionální inteligence. Autoři se zaměřují na přesné vnímání pocitů a situací druhých a na porozumění toho, co znamenají pro druhou osobu. Například J. Benett a M. DeMayo definují empatii jako lidskou kapacitu, kde dochází k uvědomování pocitů ostatních. T. Smyth pojímá empatii jako představu, jak vidí svět jiná osoba (15).

1.2.7.2. Empatie jako profesionální stav

V tomto pojetí je empatie jako lidská vlastnost, na jejímž podkladě se vyvíjí profesionálně naučená komunikační dovednost skládající se ze složek chování a poznávání. Empatie je naučeným fenoménem, který pomáhající pracovník vybírá jako nejlepší odpověď. V literatuře je zdůrazňováno přesné vnímání klientových myšlenek a pocitů, stejně jako porozumění klientově situaci. V. Price a J. Archold definují empatii jako schopnost pomáhajícího pracovníka nahlížet na svět tak, jak ho vidí druhá osoba. Rozsáhlé výzkumy a teoretické závěry potvrzují, že empatii je možné považovat za rozhodující složku profesionálního pomáhajícího vztahu (15).

1.2.7.3. Empatie jako komunikační proces

Koncept empatie jako komunikačního procesu je zaměřen na tři stádia tohoto procesu, které byly shodně formulovány řadou autorů. Např. G. T. Barnet-Lennard rozlišuje třífázový proces empatického komunikačního procesu na rezonanční, expresivní a percipovanou empatii (15). V první fázi probíhá uvědomění si, zpracování a porozumění zprávě zakódované v klientově chování, ve druhé fázi vyjadřuje empatické porozumění a ve třetí fázi přijímá zpětnou vazbu od druhé osoby (33). Model empatie G. T. Barnet-Lennarda vychází z komplementarity empatie a sebeotevření.

Posluchač může projevovat empatii pouze za předpokladu otevření se druhé osoby. Subjekt se může efektivně otevřít, jestliže existuje posluchač, který má nejen empatický postoj, ale i schopnost jej srozumitelně vyjádřit. Komunikace je profesionální odpověď, která vyžaduje empatické postoje a dovednosti potřebné pro sdělení náležitých informací klientovi (15).

1.2.7.4. Empatie jako proces pečování

Pojetí empatie ve smyslu procesu pečování je zastoupeno relativně málo. Tento koncept je vymezen jako porozumění, které má pomáhající pracovník vůči klientovi a jeho situaci, a které jej motivuje k pomáhající činnosti. Důležitou vlastností empatie je právě jednání. Klientovo chápání nelze považovat za důsledek empatického procesu, ale důsledkem empatie je ošetřování, péče či intervence, které zmírňují emocionální utrpení klientů. J. A. Sutherland sestavil koncept fenomenální empatie, který rozdělil na čtyři fáze, tj. a) identifikace, b) introjekce, c) intervence a d) odpověď pacienta. Identifikace znamená proces ztráty vlastního vědomí a přijetí zkušeností a situací jiných. Identifikace je viděna jako emocionální zkušenost pocitů klienta. Intervence je založena na ošetrovatelském záměru zkoumání klientovy situace a na emocionální odpovědi klienta na utrpení. Ve fázi odpovědi pociťuje klient potřebu mírnit své emocionální utrpení (15).

1.2.7.5. Empatie jako interpersonální vztah

Pojetí empatie ve smyslu speciálního interpersonálního vztahu mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem se objevuje ojediněle. Představitel tohoto konceptu B. M. Raudonis chápe prvek reciprocity v vztahu jako jedinečný a zároveň užívá pojem přátelství, které kontrastuje se vztahem založeným na profesionálním odstupu. Vzniká přátelství jako intenzivní, hluboký a smysluplný vztah. Empatie jako speciální vztah je složena ze tří následujících fází, které lze popsat jako a) zahájení, b) vytvoření a c) podpora. Empatické vztahy mezi pomáhajícími pracovníky a klienty vedou ke zlepšení a podpoře klientova fyzického a emocionálního zdraví (15).

1.3. Prosociální chování

1.3.2. Definice prosociálního chování

Za prosociální chování bývá většinou označeno jakékoli chování směřující ve prospěch druhého člověka nebo skupiny osob, jako pomáhající chování, jehož hlavním cílem je přinést užitek pro ostatní **(31)**. Následují termíny jako pomáhat, prosociální chování a altruismus jsou často zaměňovány. Pro účely bližšího zkoumání je nutné tyto pojmy mezi sebou dobře rozlišit:

- § Pomáhat je nejširší pojem zahrnující všechny formy mezilidské podpory.
- § Význam termínu prosociální chování je již užší. Jedná se o chování, jehož cílem je vylepšení podmínek pro toho, komu je pomoc určena. Činitel prosociálního chování nesmí být motivován plněním svých profesních povinností. Další podmínkou je, že příjemce pomoci je osoba nikoli organizace.
- § Termín altruismus je opět zúžení termínu prosociální chování. Jedná se o chování charakterizované především empatií **(3)**.

Příkladem pomoci může být chování prodavače vůči zákazníkovi (např. informovat zákazníka o důležitých funkcích CD přehrávače). V tomto případě je pomoc součástí profesní povinnosti prodavače. Význam prosociálního chování je užší a rozhodně nezahrnuje placené aktivity ze sektoru služeb. Příkladem pak může posloužit otec vysvětlující dceři použití nového počítače, jelikož ho rozčilují její neustále otázky, co a jak se používá. V tomto případě potřebuje dcera otcovu pomoc a on ji pomáhá, i když důvody vedoucí ho k tomuto chování jsou více egoistické než empatické **(3)**.

Altruismus je charakterizován jako zdůrazňování potřeb druhých lidí, zajišťování jejich psychické i fyzické pohody a nalézání řešení jejich problému. Leeds uvádí následující znaky altruistického chování: jednání, které není zaměřeno na vlastní zisk, je prováděno dobrovolně a způsobuje dobro **(19)**. Takovým příkladem může být milosrdný Samaritán, který mohl snadno bez povšimnutí odejít, ale místo toho byl znepokojen situací oběti krádeže. Jeho empatie pak způsobila, že byl spokojen pouze

tehdy, když si mohl být jistý tím, že to, co vykonal, odvrátilo nebezpečí pro oběť. V tomto případě je hlavním zájmem pomáhajícího upřednostnit druhé (3).

Rozdíl mezi altruismem a prosociálním chováním je často velmi těžké odlišit. Jedním z důvodů je, že aktuální prožitky jako je například úzkost nebo empatický zájem nelze vypožorovat okamžitě. V případě otce pomáhajícího dceří, může otcovo chování posloužit i jako příklad altruistického chování. Pouze informace o tom, co si otec myslí a cítí by vedly k přesnému závěru o jeho motivech. Prosociální chování navíc bývá často založeno na zdrojích jak altruistických, tak egoistických. V mnoha příkladech z běžného života nastává empatický zájem a pocit úzkosti vedoucí k prosociálnímu chování současně (3).

Významové odlišení altruismu od prosociálního chování se nejčastěji opírá o to, že pomoc poskytovaná druhým není spojena s očekáváním zisku, odměny nebo sociálního souhlasu, ale že se jedná o nezištnou pomoc bez očekávání jejího opětování a bez zvažování případných nákladů pomáhajícího. Jiní autoři uvádí rozdíly prosociálního chování a altruismu v tom, že prosociální chování považují za vzorec chování, zatímco altruismus za motivaci (31).

1.3.3. Teorie prosociálního chování

V současné době se vyskytuje několik přístupů, které se snaží o zodpovězení otázky zabývající se vznikem prosociálního chování. Příčinu vzniku pomoci tak lze vysvětlit hned na několika rovinách: biologické, individuální, interpersonální a na rovině sociálních systémů (3).

1.3.3.1. Biologický přístup

Biologický přístup vysvětluje prosociální chování z hlediska vrozených tendencí či genetických predispozic. Na vývoji prosociálního chování se patrně podílely dva základní procesy: upřednostňování příbuzných jedinců a vzájemnost. Z hlediska příbuzenských vztahů závisí reprodukční úspěch jedince na míře předání vlastních genů budoucí generaci. Jedinec upřednostňuje své geny, jelikož tím zvyšuje šance na přežití svých pokrevních bratrů a sester (9). Vývojoví psychologové tedy zdůrazňují fakt,

že lidé bez váhání pomohou svým potomkům a dalším rodinným příslušníkům ve vztahu k jejich příbuznosti a také neznámým lidem, kteří se podobají jim samým. Výsledek této teorie naznačuje, že sebeobětování paradoxně podporuje vlastní genetickou nesmrtelnost (10).

Další proces vysvětluje prosociální chování na základě normy reciprocit (vzájemnosti) mezi nepříbuznými jedinci. Podle této teorie bude mít prosociální chování v průběhu přirozeného výběru úspěch, bude-li probíhat podle normy reciprocit a budou-li náklady pomáhajícího nižší než prospěch jedince, jemuž je pomáháno. Pravidlo reciprocit znamená, že bychom se ke druhým měli chovat tak, jak se oni chovají k nám (9).

1.3.3.2. Individualistický přístup

Individualistický přístup se nesnaží o biologické vysvětlení altruismu z hlediska tendencí pomáhat jedinci, nýbrž předpokládá, že nutkání k pomoci je výsledkem sociálního učení. Individuální teorie jsou rozděleny na dva směry: první vychází z předpokladu vztahu nálady a prosociálního chování, druhý směr se zabývá podmíněnými rysy a vlastnostmi osobnosti (9).

Z mnoha empirických studií je zřejmé, že pomáhání je podporováno dobrou náladou, navozenou úspěchem nebo představami šťastných prožitků či vzpomínkami na ně. Podněcení ochoty pomoci dobrou náladou však bývá jen krátkodobé, ochota nemívá příliš dlouhého trvání. Forgas a Bower vyvinuli model podněcování emocí, podle kterého představuje nálada výběrovou aktivaci a jedinec je více otevřený obsahům paměti odpovídajícím náladě. Dobrá nálada tak vytváří pozitivní myšlenky, jejichž důsledkem jsou pozitivní činnosti. Druhý přístup se orientuje na informační roli emocí v rámci modelu nálady. Podle tohoto přístupu je aktuální nálada použita jako jedna z informací, na jejichž celkovém vyhodnocení se zakládá reakce. Pozitivní pocity sdělují jedinci, že stávající situace je pro něj bezpečná a naopak špatná nálada signalizuje problémy a potencionální nebezpečí. Pomáhání je také silně podněcováno pocity viny (9). Odčinění viny bylo v mnoha kulturách spojováno s obětováním. I v dnešní době jsou lidé schopni konat dobré skutky a obětovat se, aby odčinili svou

vinu a zlepšili tak obraz sebe samých a svého sebezpojetí. Jestliže okolí o provinění ví, je snaha chovat se prosociálně ještě vyšší. Přiznaný přečin a snaha o jeho odčinění pak zvyšuje sympatie okolí a ochotu prominout **(31)**.

Osobnost se v prosociálním chování nejvíce projevuje v dlouhodobých vztazích a svazcích, například při práci v dobročinné organizaci nebo při dobrovolném dárcovství krve. Z výzkumného šetření plyne, že rysy prosociálně orientované osobnosti mají vliv na oba druhy prosociálního chování, jak na pomoc spontánní, tak na dlouhodobé pomáhání. Mezi zmíněné rysy patří sociální odpovědnost, empatie a vnitřní místo kontroly **(9)**.

Jedinci s osobností orientovanou prosociálně se vyznačují obzvláště silnou sociální odpovědností. Toto tvrzení je založeno na výzkumu se skupinou lidí, kteří poskytli první pomoc lidem zraněným při autonehodě. Po srovnání s kontrolní skupinou dosahovali pomáhající vyšších hodnot v testu sociální odpovědnosti. Souhlasné výroky pomáhajících jedinců, vztahující se k vnitřnímu místu kontroly, ukázaly na předpoklad, že vnitřní zaměřenost odráží sociální odpovědnost **(9)**. Odpovědnost je přinejmenším zčásti založena na morálních rozhodnutích, která jsou podstatná pro ospravedlnění toho, co považujeme za dobré nebo špatné **(3)**. Sociální odpovědnost a vnitřní místo kontroly představují propojenost mezi chováním a jeho účinky **(9)**.

Další rys prosociální osobnosti je představa spravedlivého světa. Tento rys zastupuje zobecněné očekávání, že člověk má, co si zaslouží. Nezasloužené utrpení druhých tento předpoklad narušuje a aktivuje snahy o jeho znovunavození. Jedinec sníží utrpení tak, že pomůže trpícímu nebo jej devaluje. Obě metody vedou k obnovení víry ve spravedlnost světa, jelikož snižují vnímání situace jako nezasloužené utrpení. Představa spravedlivého světa má tedy dvě formy: prosociální při očekávání vysoké pravděpodobnosti úspěchu a pasivní při očekávání mizivého úspěchu **(9)**.

Pro vznik prosociálního chování je významná schopnost empatie **(29)**. Mezi dispozičně danou empatií a prosociálním chováním existuje pozitivní korelace. Dispoziční empatií se rozumí zástupný emocionální stav vyvolaný přihlížením emocionálního stavu jiné osoby **(3)**. Jedinec se cítí nepříjemně v případě, pokud je

nepříjemně i druhým. Tento pocit ustupuje spolu se zlepšením situace druhých (1). Bierhoff s kolegy Oliner a Oliner došli k závěru, že lidé, kteří druhým pomáhají, se vyznačují intenzivnější empatií než ti, kteří nepomáhají (3).

1.3.3.3. Interpersonální přístup

Interpersonální přístup uvádí, že lidé jsou na sobě vzájemně závislí. Strukturu mezilidských vztahů lze vymezit na základě výsledků. Obecně se tedy ptáme, jaké jsou výhody a nevýhody pro zúčastněné vztahu, když budou spolu spolupracovat, a když budou mezi sebou soutěžit. Přitom se vychází z předpokladu, že lidé usilují o maximalizování zisku a minimalizování nákladů. Nejrozpracovanější teorií, která se zabývá interpersonálním chováním, je teorie výměny. Podle této teorie jsou lidé v sociálních situacích motivováni k tomu, aby maximalizovali pozitivní výsledky pro sebe. Kelley a Thibaut rozšířili teorii definováním teorie vzájemné závislosti. Autoři uvádí, že vzájemně závislé osoby mohou těžit ze vztahu realizováním tzv. prosociální transformace. Jedinec nejedná ve vlastním zájmu, neuplatňuje egoistické pravidlo rozhodování, ale prosociální pravidlo rozhodování, tedy to, co je nejlepší pro druhého. První pravidlo je podstatou výměnného vztahu, že druhého vzrůstá skupinová vzájemnost (9).

Vztahy mezi lidmi mohou být blízké nebo jen povrchní. V blízkém vztahu se projevuje solidarita, vzájemný soulad a soudržnost. Navíc úspěch se zde rovnoměrně dělí mezi své členy podle pravidla rovnosti, v povrchních vztazích si každý připisuje zásluhu podle vlastního vkladu podle pravidla spravedlnosti. Příkladem výměnného vztahu je vztah mezi cizími lidmi nebo jen známými. Ve výměnném vztahu se usiluje o maximální zisk. Proto se předpokládá, že v tomto vztahu se vyskytují egoistické pohnutky. Podle empirických studií bylo zjištěno, že lidé ve výměnných vztazích pozitivně reagují na náhradu vlastních investic do vztahu a navíc si pamatují, čím kdo ve vztahu přispěl a přispívá (9).

Skupinová reciprocita se týká vztahů přátel, rodinných příslušníků a milenců. Pro skupinou reciprocitu je typické, že jedinec chce, aby se druhému vedlo dobře. Usuzuje se tedy, že motivační silou ve skupinové reciprocitě je touha zmírnit utrpení

oběti. Z empirických studií vyplývá, že lidé angažovaní ve skupinové reciprocitě jsou ochotnější pomoci než lidé ve výměnných vztazích, není-li očekávána zpětná odměna. Tendence k pomoci se stupňuje v případě, je-li osoba, která pomoc potřebuje, smutná. Clark a kolektiv tvrdí, že členové skupinové reciprocity jednají pohotově na náladu druhých v důsledku jejich vlastního „nastavení“ na vnímání potřeb ostatních a proto také prožívají silnější empatii (9).

1.3.3.4. Přístup orientovaný na sociální systémy

Tento systém vyplývá ze skutečnosti, že sociální chování je ovlivňováno faktory, které jsou zásadní pro určité sociální systémy či situace. Ve společnosti jsou nastaveny kulturní normy, hodnoty a rituály (9). V průběhu socializace se učíme osvojovat mnoho norem. Pokud se chováme v souladu s těmito normami je naše chování spojeno se sociálním souhlasem. V případě vybočení z normy nás čeká sociální nesouhlas či trest (31). Zástupci různých sociálních rolí vzájemně očekávají od druhých naplnění a naplňování jejich role. Na tvorbě a výsledném chování se podílí následující faktory jako sociální odpovědnost a normy spravedlnosti (9).

Sociální odpovědnost znamená dvě věci: zajištění blaha druhých v každodenním životě a rozvíjení směrem k dosažení cíle bez porušení oprávněných očekávání ostatních. Zatímco první složka se vztahuje k empatii, druhá složka souvisí s vinou. Empatie a vina jsou spatřovány jako typické prosociální motivy. Obě tyto emoce jsou také spojeny se sociální odpovědností. Sociální odpovědnost se zdá být vrozená vlastnost lidské bytosti, která slouží základním lidským potřebám. V souhrnu, ačkoli odpovědnost má genetický základ, faktory prostředí hrají významnou roli v přeměně dětské a dospívající věrnosti k normě sociální odpovědnosti (3).

Podle pravidla sociální odpovědnosti by lidé měli pomáhat lidem, kteří jsou na jejich pomoci závislí a jejich pomoc potřebují. Z předešlých výzkumů vyplynulo, že jedinec pomáhal druhé osobě více a efektivněji, čím více na něm byla osoba závislá. Byla formulována hypotéza, že vnímání závislosti druhého v jedinci aktivizuje pravidlo sociální odpovědnosti. Daný jedinec se podle tohoto pravidla zachová a tím se uskutečňuje prosociální reakce (9).

Při rozhodování o poskytnutí pomoci na základě sociální odpovědnosti hraje důležitou roli také posouzení příčiny toho, co způsobilo situaci či stav potřeby pomoci. Jestliže příčinou byla vlastní nedbalost, lenost, nedostatek předvídavosti apod., ochota pomoci není velká. Pokud se stane někdo obětí živelné pohromy, nemoci, nešťastné náhody, pak naopak tendence zachovat se prosociálně je velká (31).

1.3.4. Odpovědnost

Sociální odpovědnosti se lze vyhnout, tak že část odpovědnosti předáme někomu jinému. Když se objevilo několik tragických případů neposkytnutí pomoci ze strany přihlížejících osob, sociální psychologové se začali touto problematikou více zabývat. Americká veřejnost byla šokována případem vraždy Kitty Genoveseové, která se bránila svému násilníkovi více než půl hodiny a její volání o pomoc slyšelo až 38 sousedů. Nikdo ale nepřišel na pomoc, dokonce ani nepřivolal policii (1).

1.3.4.1. Efekt přihlížejících

Ve větší skupině mají účastníci menší sklony zasahovat a pokud zasáhnou, trvá jim déle se k tomu dostat. Tento jev se nazývá efekt přihlížejících. Čím více je přihlížejících, tím více klesá pravděpodobnost pomoci oběti. V krizové situaci přítomnost ostatních snižuje potenciální pomáhání (1). U jedince dochází ke snížení pocitu morální povinnosti, protože jsou přítomni další osoby, a i případné obvinění z pasivity by se opět rozložilo na celou skupinu (31).

Latané a Darley vytvořili podrobnou analýzu procesu rozhodování v krizových situacích. Podle jejich výzkumu přihlížející pomohou pouze v případě, že si všimnou události, vyhodnotí ji jako krizovou, přijmou odpovědnost za pomoc, rozhodnou se zasáhnout a pak jednájí podle tohoto rozhodnutí. Jestliže jsme zaslechli někdy křik z vedlejšího bytu nebo zvuky tříštících předmětů, můžeme tyto zvuky považovat za méně nebezpečné. Například výkřiky bolesti nám mohou znít jako smích atd. V potencionálně nebezpečných situacích se všichni snaží předstírat, že jsou klidní. Pokud ostatní vidí, že všichni zůstávají neteční, přestanou se také starat. Danou situaci pak vnímají jako méně krizovou (1).

Ne vždy může mít skupina negativní vliv na prosociální chování. Pokud se lidé ve skupině vzájemně znají, komunikují spolu a případně jsou mezi nimi nějaké závazky, pak je pravděpodobnost pomoci vyšší. Na prosociální chování působí pozitivně i skutečnost, že by se přítomní lidé mohli někdy v budoucnu setkat (31).

1.3.5. Normy spravedlnosti

Každý člověk má různé představy ohledně odměn a nákladů, které si zaslouží. Navíc každý má jiné vidění spravedlivého světa. Nastane-li situace, ve které je osoba nějak znevýhodněna nebo je jí ublíženo, měli by ostatní zareagovat empatií (9).

Člověk lpí na spravedlnosti a často si však neuvědomuje její subjektivní aspekt, který je spojen s pocitem jistoty. Nespravedlivý svět tak vyvolává pocity nejistoty. V každé interpersonální situaci, která je výměnou hodnot, vyvstává otázka, zda je tato výměna vyrovnaná, spravedlivá, a pokud se taková nezdá být, hrozí riziko konfliktu (19).

Miller podle výsledků jeho výzkumu vytvořil dvoufázový model egoismu – altruismu, kdy jedinec nejdříve posoudí míru spravedlivého podílu. Jestliže usoudí, že si druhý jedinec nezaslouží, aby trpěl nebo byl znevýhodněn, prožívá následně empatii a jedná altruisticky. Altruistické chování je ohroženo v případě, cítí-li jedinec, že ani s ním není jednáno spravedlivě. Proto je zřejmé, že lidé, kteří jsou podle vlastních norem oceněni spravedlivě, mohou citlivě vnímat nespravedlnost druhých. Například ochota dobrovolně darovat krev bez nároku na finanční odměnu by měla být vyšší u jedinců, kteří pocítují, že jejich osud je spravedlivý, než u jedinců s pocitem nespravedlnosti (9).

1.3.6. Formy prosociálního chování

Zatímco porovnání pomoci, altruismu a prosociálního chování odráží pouze jemné rozdíly, poměrně zjevné odlišnosti můžeme nalézt mezi jednotlivými formami prosociálního chování (zachránit někoho před utonutím, darovat peníze na charitativní účely či poradit cizinci s orientací ve městě) (3). G. Wispé uvádí formy prosociálního

chování jako: darování (finančních částek – nejčastěji pro dobročinné účely), sympatie a porozumění, pomoc při dosažení určitého cíle, nabídka ke spolupráci a podpora **(31)**.

Pro vypracování systému klasifikace forem prosociálního chování bylo nutné uspořádat jednotlivé formy do dimenzí. Různým typům pomoci se věnoval Smithson. Jeho výzkum spočíval v tom, že studenti hodnotili podobnost mezi 62 druhy pomoci. Při každém srovnání dvou případů byla podobnost hodnocena na škále 0-5. Tato studie proběhla na Universitě Severního Queenslandu v Austrálii. Na základě bodování podobnosti mezi jednotlivými případy, byly popsány následující skupiny:

- § Příklady s velmi vážným problémem. Tato skupina byla proto označena jako „nezbytná pomoc“
- § Skupina příkladů označena jako „formální organizovaná pomoc“
- § Třetí skupina označena jako „neformální, obvyklá, každodenní pomoc neznámé osobě“
- § Skupina příkladů pojmenována jako „dárceství a schopnost se rozdělit“ **(3)**.

Druhým bodem Smithsonovy analýzy bylo škálování, které přerozdělilo jednotlivé případy do třech dimenzí:

- 1) plánovaná, formální pomoc x neplánovaná, spontánní pomoc
- 2) vážná situace x situace, která vážná není
- 3) konání, přímá pomoc x dávání, nepřímá pomoc **(3)**.

Plánovaná, spontánní pomoc odráží společenské uspořádání, vážná a nevážná dimenze označuje potřeby příjemce pomoci a dimenze konání a dávání se vztahuje k typu pomoci. Většina těchto případů je charakterizována jako osobní pomoc mezi přáteli. Nově odvozené formy pomoci mají podle Smithsona následující charakteristiky:

- § jsou osobní (x anonymní)
- § jsou vnitřně motivované (x motivované z vnějšího prostředí)
- § vyskytují se mezi přáteli (x mezi neznámými lidmi)

§ mají nejasné poznání – neexistuje pravidlo, které by uvádělo, jak se zachovat a co dělat (x poznání je jasné) (3).

Závěrem lze tedy říci, že existují čtyři dimenze, které reprezentují myšlenkové schéma lidí v oblasti pomáhání: plánované x spontánní, vážná situace x nevážná situace, konání x dávání a osobní x anonymní. Přesto, že jednotlivé dimenze na sobě jsou závislé, korelace mezi nimi je poměrně nízká (3).

1.3.6.1. Speciální případ plánované pomoci

Ameto vypracovat dotazník osobnostních a demografických determinantů plánované pomoci. Respondenti uváděli jejich účast na 33 aktivitách plánované pomoci v posledních 6ti měsících. Zapojení se do těchto aktivit nebylo závislé na specifických podmínkách, což dokazuje opakovaný výzkum, který byl proveden o 7 měsíců později a který určoval vysokou neměnnost odpovědí. Všechna data z těchto 33 případů byla zredukována do dvou dimenzí – formální, organizovaná pomoc na jedné straně a neformální pomoc mezi přáteli a příbuznými na straně druhé. První čtyři příklady reprezentují neformální pomoc, následující čtyři pak pomoc formální. Jedná se o tyto formy pomoci:

- koupit dárek pro přítele či příbuzného z neformálního důvodu (nezapočítávají se narození, výročí, Vánoce apod.)
- vyzvednout z města potřebné věci pro přítele či příbuzného, který na to sám nemá čas
- navštívit osobu, o které víme, že měla osobní problémy a snažit se ji povzbudit a rozveselit
- půjčit vyšší částku příteli či příbuznému
- darovat staré oblečení nebo nábytek charitativní organizaci
- darovat peníze organizaci nebo agentuře, která se stará o lidi v nouzi
- darovat peníze neziskové organizaci (př. výzkumná organizace, nemocnice, škola)
- dobrovolně pracovat pro neziskovou organizaci (3).

Lidé, kteří mají sklony poskytovat pomoc dobročinným organizacím, mají zároveň sklon udržovat kladné postoje vůči okolí a uznávat liberální způsoby. Neformální plánovaná pomoc naopak korelovala s dobrou náladou. Tato dobrá nálada může být výsledkem vidění pozitivních následků poskytnuté pomoci. Neformální plánovaná pomoc se zdá být založena na přátelství a příbuzenství. Podobné náladami způsobené efekty byly objeveny i ve výzkumu o spontánnosti (3).

Pouze formální pomoc roste s věkem a byla více vyjádřena zadanými páry a lidmi majícími děti. Obecně lze tedy říci, že formální pomoc byla více odůvodněna osobnostními a demografickými faktory než pomoc neformální. Zdá se být součástí závislosti na vývoji osobnosti a na povinnostech, které musí být během života řešeny (3).

1.3.7. Jak moc jsou lidé nápomocní?

Jak často se prosociální chování vyskytuje v každodenním životě? Je pravidelností nebo se k němu uchylujeme pouze za velmi specifických podmínek? Tím nejlepším důkazem vztahujícím se k této otázce je pozorování toho, jak lidé jednají, když jsou konfrontováni se situací, ve které je jejich pomoc potřeba. Za účelem takového pozorování je ale nutné utvořit výjimečný stav, bez toho, aby kolemjdoucí postřehli, že jde o psychologický experiment. Takové podněty pak mohou poskytovat důkazy o rozsahu lidské ochoty pomáhat (3).

Frekvence poskytování pomoci také pravděpodobně záleží na formě poskytované pomoci, protože jednotlivé formy se od sebe velmi liší. Proto tedy nelze obecně odpovědět na otázku: „Jak moc jsou lidé nápomocní?“. Místo toho, odpověď záleží na faktorech jako je pocit ohrožení potenciálního poskytovatele pomoci a na vnímané vysoké ztrátě, která tihne ke snižování vůle k pomoci (3).

1.3.7.1. Prospěšnost v situacích, které nejsou vážné

Bierhoff provedl experiment, při kterém vytvářel situace vyvolávající v druhých lidech nutkání k pomoci např. když osoba upustila nějaký předmět 2 metry před druhou osobou. Osoba, která rukavici ztratila pak předstírala, že si ztráty nevšimla. V 72%

případů, lidé na upuštěnou rukavici upozornili a sebrali ji. Pouze menšina lidí nezareagovala. Celkově tedy nápomocnost dosahovala vysokého stupně. Podle výsledků přibližně 75% kolemjdoucích bylo ochotno pomoci. Toto procento je relativně vysoké a ukazuje, že lidé nejsou neteční. Nicméně musíme uvážit ten fakt, že studovaná situace měla příhodné podmínky, a to nízké vnímané ztráty a nízký pocit ohrožení (3).

Americký výzkum naopak ukázal nízkou ochotu pomoci, když osoba poprosila kolemjdoucí o zapůjčení jejich mobilního telefonu. Obzvláště v New Yorku se nápomocnost ukázala pouze jako 15%. Zatímco téměř jako 100%, když stejná žena poprosila o pomoc na vesnici. Je zřejmé, že pocit ohrožení potenciálních poskytovatelů pomoci hraje velkou roli ve spojení s nízkou nápomocností v New Yorku. Ochota nabízet pomoc klesá s rostoucím pocitem ohrožení (3).

1.3.7.2. Pomoc ve stavech nouze

Mohli bychom se domnívat, že ochota poskytnout pomoc v pohotovostní situaci je velmi vysoká. Tento předpoklad se ale podle Paliavina potvrzuje pouze v některých případech, a to tehdy, když je potenciální pomocník v bezprostřední blízkosti určité nehody. Když například cestující metra ve Filadelfii viděli jiného pasažéra zkolabovat (byl to student, který kolaps předstíral), ochota pomoci byla obrovská. Do 40ti vteřin nabídlo pomoc 95% přítomných. Podobná situace byla naaranžována v metru v New Yorku a výsledky se příliš nelišily. Lidé, kteří na vlastní oči viděli vážnou situaci, která byla bez diskuse velmi vážná, téměř vždy pomohli. V 60ti procentech zasáhla vždy více než jedna osoba (3).

Vysoké zapojení se do situace, která je velmi vážná, ale nastupuje pouze tehdy, pokud je výdaj pomáhajícího relativně nízký. Když zraněnému vytékala z úst krev, reagovalo 65% lidí do jedné minuty. Krev zvýšila subjektivní výdaj pomáhajícího, což vyústilo k pomalejšímu zapojení se ostatních přihlížejících. V jiné verzi studie od Paliavina byla osoba, která zkolabovala zároveň opilá. Ochota pomoci v tomto případě pak klesla na pouhých 20%. V případě „krev“ a „alkohol“ byl subjektivní výdaj pomoci vysoký. Reakce jsou vysvětleny domněnkou, že výdaj pomoci působí proti zisku z pomoci, který je pak podstatně vyšší v případě „krev“ než „alkohol“ (3).

Je prokázáno, že v nouzových situacích pomáhají více muži než ženy. Například ve studii provedené Paliavinem v New Yorku, bylo potenciálních pomáhajících mužů 60% a z toho 90% pomoc poskytlo. Tyto čísla jsou pak v souladu se současným výzkumným trendem, že více nápomocni jsou v pohotovostních situacích muži než ženy (3).

Reakce na zkolabovanou osobu byly ale úplně jiné, když potencionální pomáhající neviděli danou osobu kolabovat na vlastní oči, ale našli ji až zhroucenou na zemi. Příkladem pak může být studie s nehodami na jízdním kole. V 197 případech nehod na kole, které se staly na cyklistických stezkách v Německu, pouze 27 vyvolalo pomocnou reakci. Pozice, kdy zraněný ležel pod kolem či vedle kola, výsledky neovlivnila. Pouze 1% lidí reagovalo velmi nerozhodně a nevědělo co dělat. Ostatní reagovali buď okamžitým promluvením s poraněnou osobou, nebo naopak předstíráním, že osobu neviděli a bez oslovení zraněného pokračováním v cestě. Reakce byly ale různé. Jeden člověk například ještě vulgárně volal „Uhni z cesty! Uhni z cesty!“ a úhybný manévr udělal až těsně před zraněnou osobou. Jiný člověk se ale naopak nabídl, že zraněného odveze do nemocnice (3).

Z této studie tedy vyplývá, že pouze 1/3 kolemjdoucích chtěla pomoci, což dokazuje, že ochota poskytnout pomoc ve stavech nouze je poměrně nízká. Za povšimnutí potom stojí důvody, proč lidé pomoc neposkytují (3).

Zkoumány byly oba typy – pomáhající jednotlivce (osamělá osoba) nebo pomáhající skupina o dvou členech. Frekvence poskytnuté pomoci pak byla vyšší u jednotlivce než u skupin. Prosociální chování bylo vždy sníženo mělo-li se odehrát před přihlížejícími osobami. Důvodem může být to, že se odpovědnost přihlížejících jaksi rozptýlí mezi všechny jednotlivé pozorovatele, čím se jejich subjektivní odpovědnost za situaci sníží (3).

Uveřejněné předpoklady vedou k profilu nápomocnosti, který ilustruje, co se může očekávat v různých situacích prosociálního chování. Profil je založen na zjednodušeném odhadu. Příklady informují o odvozených obecných stupních pomoci v každodenním životě v závislosti na konkrétní podmínce, která byla zrovna zkoumána. Je cenné, že jednotlivé příklady byly zkoumány v různých zemích. I přes to, že jsou

výsledky kompatibilní, studie různých kultur v souvislosti s prosociálním chováním, stále zůstávají důležitou otázkou (3).

1.3.8. Rozdíly podle pohlaví

Profil poskytování pomoci naznačuje, že typ a úroveň poskytované pomoci záleží na konkrétní dané situaci. Je potřeba ale dodat, že toto vysvětlení je příliš zjednodušené, protože roli zde hrají i osobnostní (př. gender) a společenské (př. velikost populace) proměnné (3).

Již u batolat, rozdíly v empatii a prosociálním chování podle pohlaví ukazují, že dívky jsou více empatické a chlapci více lhostejní. Tyto výsledky pak korespondují se stereotypem, že ženy obecně jsou více tzv. „prosociálním pohlavím“ (3).

1.3.8.1. Empatie

Výše zmíněný stereotyp byl zčásti potvrzen ve studiích empatie dětí a dospělých. Jasně odlišnosti vyšly najevo díky dotazníku zkoumajícím empatii (Dotazník emoční empatie). Pozdější studie, které používaly Interpersonální index reaktivity, taktéž ukazují vyšší empatii u žen než u mužů (3).

Rozdíly podle pohlaví jsou částečně závislé na metodě, kterou jsou zkoumány. Bylo objeveno, že fyziologické a neverbální indikátory empatie neukazují genderově specifické efekty zvýhodňující ženy před muži. Toto ale ještě nemusí nutně znamenat, že verbální projevy empatie jsou zabarveny stereotypní odpovědí. Může být také možné, že fyziologické měření stejně jako obličejové měření nenaráží na stejné obsahy jako verbální zprávy empatie (3).

1.3.8.2. Pocity viny

Podobný, možná ještě více přesvědčivý obrázek byl nalezen během výzkumů týkajících se pocitů viny. Silné gender odlišnosti byly nalezeny ve studiích empatie u adolescentů a dospělých, kdy ženy projevovaly více výčitky svědomí než muži. Tento gender rozdíl je interpretován proti klesajícím výčitkám svědomí s věkem, obzvláště u chlapců a jejich respektu k vině během útoku. Shrnutí v empatických studiích ukazuje,

že mezi 2. a 10. rokem života se zvyšuje množství incidentů, které způsobují pocity viny. Během adolescence se pak tento vývoj obrátí, protože sklon k pocitu viny klesá mezi 5. a 11. třídou. Konečně pak, mezi 20. a 30. rokem, pocity viny přesně korelují s věkem (3).

Socializační praktika dívek a chlapců vybočují v důležitých ohledech. Např. rodiče jsou více tolerantní vůči agresivitě chlapců než dívek a požadují od dívek vyšší morální standardy než od chlapců. Důsledkem pak je, že ženy v adolescenci vykazují vyšší pocity viny kvůli např. lhaní než muži. Naopak muži se cítí více provinile za agresi, což odráží jejich častější zápletky do agresivních aktů (př. rvačky, ničení věcí, ubližování zvířatům) (3).

Další důležitý gender rozdíl je v respektu osoby, kvůli které se cítíme provinile. Ženy primárně ukazují na členy rodiny, muži naopak často zmiňují osoby, které znají pouze povrchně. Dalším rozdílem je pak reakce na incidenty, které vyvolaly pocity viny – ženy o takových incidentech přemýšlejí více a déle než muži (3).

Bybee udává devět možných vysvětlení genderové propasti ve vztahu k vině, z nichž nejvíce důležité jsou následující:

- § Protože jsou muži více agresivnější než ženy, odbourávají pocity viny a zmírňují soucit, který nastane po provinění.
- § Pro muže je agresivita více součástí jejich role než pro ženy.
- § K ženám se ve větším rozsahu normativně připisují charakteristiky jako je uvážení, přátelskost a zájem o ostatní. Porušení mezilidské harmonie vyvolá větší znepokojení u žen než u mužů, a to vede k větší intenzitě pocitů viny v každodenním setkání.
- § Obecně společnost a rodiče jsou obzvláště více tolerantní k agresivitě mužů než k agresivitě žen (3).

1.3.8.3. Prosociální chování

Dívky více tíhnou k pomoci než chlapci. Toto tvrzení vzešlo z mnoha testů, které byly provedeny u dětí různých věkových kategorií. Vysvětlení gender rozdílů v prosociálním chování může být založeno na analýze obsahu rodových rolí. Sociální

role muže a ženy se liší. Například muži se pravděpodobněji stanou hasiči, policisty nebo vojáky. Ženy dělají více domácí práce. Ženská rodová role je charakterizována mezilidskou vřelostí, zájmem o sociální vztahy a mezilidskou citlivostí, zatímco mužské role jsou více zahrnuty do profesionálních rolí a obzvláště do přijímání rizika. Závěrem lze říci, že muži získávají vlastnosti, které jsou ve shodě s rolemi, které převážně zaměstnávají. Zatímco ženy jsou více orientovány směrem ke komunitě (3).

Předpokládá se, že muži pravděpodobně více zasáhnou v situacích, ve kterých hrozí vážné ohrožení života. Pokud pomoc zahrnuje iniciativu a aktivní intervenci (u náhlých krizí), muži zasáhnou více než ženy. Tyto výsledky byly zjištěny z empirického zkoumání. V 62% této studie byly pozorovány rodové rozdíly, při kterých byli muži více nápomocní než ženy (3).

Pravděpodobnost obdržení pomoci je vyšší u žen než u mužů. Muži více napomáhají ženám než mužům, zatímco ženy pomáhají rovnoměrně ženám i mužům. Případ, kdy muž pomáhá ženě je zcela běžný. Toto chování je vysvětleno ochranářským paternalismem, který může přispět k prosociálnímu chování mužů k ženám (3).

1.3.9. Poskytování pomoci ve městech a na vesnicích

Základním předpokladem je, že urbanizace definovaná sociologickými proměnnými se vztahuje k socioekonomickým a demografickým podmínkám, které se střetávají s přirozenými schématy lidí žijících pohromadě ve svých komunitách. Stupeň urbanizace roste, nicméně se málo ví o pravděpodobných sociálních následcích (3).

Ve studii prosociálního chování byli srovnáni obyvatelé Bostnu v Americe s lidmi žijícími v menších komunitách v Massachusetts. Prosociální chování bylo zhodnoceno třemi procedurami:

- § Ochota pomoci volajícímu, který zdánlivě vytočil špatné číslo
- § Ochota vrátit zpět přeplacené peníze
- § Ochota poslat očividně ztracené pohlednice (3).

Ve všech třech měřeních byli více nápomocni obyvatelé venkovských oblastí Massachusetts než obyvatelé z Bostonu. Vysoký stupeň prosociálního chování ve venkovských oblastech byl vysvětlen předpokladem, že obyvatelé velkých měst jsou více podezřívaví než populace žijící na vesnici. To předpokládá, že vnímaná zranitelnost potenciálního pomáhajícího spolupůsobí na ochotu chovat se prosociálně. V korespondenci s tímto předpokladem, míra odmítnutí pozitivně korelovala s kriminalitou. Vysoká kriminalita byla v oblastech, kde se objevovala vyšší míra odmítnutí mezi cílovými osobami (3).

Jiné vysvětlení pro prosociální chování mezi obyvateli vesnic a města udávají Latané a Darley pomocí teorie rozptýlení odpovědnosti. Předpokládá se, že individuální stupeň pomoci je nižší ve větších městech než v malých komunitách. Skutečnost, že typický městský život je charakterizován přítomností ostatních lidí kolem sebe, usnadňuje převedení odpovědnosti na ostatní, aby nabídli pomoc. Tudíž velikost populace může vést k rozptýlení odpovědnosti (3).

1.4. Integrovaný záchranný systém

Integrovaný záchranný systém (IZS) je systém funkčních vazeb, které zabezpečují jednotný, koordinovaný a efektivní postup záchranných, pohotovostních, odborných a jiných složek orgánů státní správy a samosprávy, případně právnických a fyzických osob v oblasti přípravy a odstraňování následků mimořádných událostí (5).

IZS je sestaven na základě platné národní legislativy. Stěžejním právním předpisem pro integrovaný záchranný systém je zákon 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a změně některých zákonů. Vychází z usnesení vlády z roku 1993. Všechny složky IZS jsou definovány podle zákona (2). Ty jsou rozděleny na základní (povinné) a na ostatní. Mezi základní složky patří profesionální záchranné a pořádkové sbory: hasičský záchranný sbor, zdravotnická záchranná služba a policie. Podle rozsahu škod vzniklých při mimořádných událostech mohou být zapojeny i další složky, jako civilní ochrana, jednotky báňské, horské nebo vodní záchranné služby, hygienická služba, provozovatelé objektů rizikových činností atd. Právní postavení a subjektivitu

si jednotlivé složky zachovávají i při začlenění do IZS. Garantem celého IZS je Ministerstvo vnitra ČR (5).

1.4.1. Zdravotní péče

Zdravotní péče je značně diferencována. Podstatou tohoto způsobu poskytování zdravotní péče je snaha, aby její intenzita, zaměření a způsob byly určovány výhradně závažností aktuálního zdravotního stavu nemocného nebo raněného a to tak, aby poskytnutá zdravotní péče odpovídala kvalitě a nákladům nezbytně na tuto péči vynaloženou. Tento základní princip je veden skutečností, že nemocní v jednotlivých fázích svého onemocnění potřebují různě odstupňovanou, různě náročnou (odborně, personálně, technicky i logisticky) lékařskou i ošetrovatelskou péči (5).

Zdravotní péče zahrnuje pět základních stupňů:

- § Resuscitační péče – způsob poskytování zdravotní péče nemocným, u nichž došlo k náhlému selhání jedné nebo více základních životních funkcí (dýchání, krevní oběh, vědomí a rovnováha vnitřního prostředí), a u nichž je nutné tyto funkce uměle obnovovat nebo zcela nahrazovat
- § Intenzivní péče – zdravotní péče o nemocné, kterým výše uvedené selhání životních funkcí bezprostředně hrozí a proto je třeba intenzivní léčby, ošetřování a sledování, aby nedošlo k dalšímu náhlému selhání
- § Standardní péče o nemocné – životní funkce jsou zachovány, a tím není ohrožen život nemocného
- § Dlouhodobá léčebná a rehabilitační péče – poskytována dlouhodobě nemocným, u nichž lze působením léčebných postupů a metod dosáhnout vyléčení nebo podstatného zlepšení zdravotního stavu
- § Dlouhodobá ošetrovatelská a symptomatická péče – nelze obvyklými léčebnými postupy dosáhnout podstatného zlepšení zdravotního stavu nemocného nebo na dané onemocnění současná lékařská věda nezná žádný účinný způsob léčení (5).

V resuscitační a intenzivní péči lze spatřit mnoho rozdílů. Zatímco resuscitační péče je poskytována všeobecně, bez ohledu na příčinu nebo způsob vzniku náhlého selhání některé životní funkce, intenzivní péče je naopak organizována a poskytována již v rámci nebo uvnitř jednotlivých lékařských oborů podle charakteru příčiny, která některou životní funkci ohrožuje nebo poškozuje. Oba tyto stupně zdravotní péče však mají společné tři základní vlastnosti, které označujeme jako „podmínky neodkladné péče“. Tyto podmínky jsou sestaveny ze soustředěné lékařské péče, z nepřetržité ošetrovatelské péče a ze soustavného sledování životních funkcí. Právě tyto tři pojítka vedla ke vzniku pojmu neodkladná péče, která v sobě zahrnuje dva nejvyšší diferenciované stupně zdravotní péče – resuscitační a intenzivní (5).

1.4.2. Problematika neodkladné péče

Zdravotníci záchranáři tvoří jednu ze tří hlavních složek Integrovaného záchranného systému, který zasahuje do průběhu (hromadných) neštěstí a katastrof. Při událostech velkého rozsahu se záchranáři řídí pravidly medicíny katastrof, která spočívají v odlišné organizaci práce a v odlišných prioritách proti běžnému poskytování zdravotní péče (2).

1.4.2.1. Urgentní medicína

Je lékařský obor, který se zabývá poskytováním, organizováním a vědeckým zkoumáním neodkladné péče u stavů, které bezprostředně ohrožují život postiženého, mohou vést k prohlubování chorobných změn až k náhlé smrti. Bez rychlého a kvalifikovaného poskytnutí odborné pomoci mohou nastat chorobné změny nebo náhlé utrpení a náhlá bolest či změna chování a jednání postiženého, jež akutně ohrožují jeho samého nebo jeho okolí. Jedná se o multidisciplinární obor, který se specializuje na neodkladnou resuscitaci a lékařskou první pomoc u akutních stavů. Tato neodkladná péče je poskytována všem pacientům bez rozdílu věku v omezeném časovém intervalu – na místě vzniku nehody, za převozu do zdravotnického zařízení a na oddělení centrálního příjmu (2).

1.4.2.2. *Medicína katastrof*

Jedná se o medicínskou disciplínu, která sdružuje poznatky všech lékařských oborů a využívá je pro poskytování neodkladné péče v případech rozsáhlých a devastujících událostí s výrazným narušením lidských vztahů i okolí a které nelze vlastními silami zvládnout (2).

1.4.2.3. *Historický vývoj neodkladné péče v ČR*

O počátku moderní historie zdravotnických záchranných systémů v České republice lze hovořit do sedmdesátých let minulého století. První pomoc v té době zabezpečoval systém Lékařské služby první pomoci (tzv. LSPP neboli „pohotovost“). Hlavní součástí této služby byli praktičtí lékaři, kteří poskytovali zdravotní péči pacientům v ohrožení života nebo při náhlém postižení zdraví. Systém fungoval v mimopracovní době a lékař využíval sanitní vozidlo s řidičem. S rozvojem odborných znalostí a technických možností při ošetření pacientů v závažném stavu nestačili praktičtí lékaři držet krok a přizpůsobovat se nově vzniklému spektru akutních onemocnění. Již nebylo nutné ošetřovat pacienty s infekčními chorobami, které v poválečném období dominovaly, ale stále častěji bylo potřeba ošetřit pacienty po úrazech a dopravních nehodách. Navíc se objevila nová skupina tzv. civilizačních nemocí, zastoupená především ischemickou chorobou srdeční. Vystaly tedy důvody pro posílení posádky sanitní ambulance o dalšího člena se středně zdravotnickým vzděláním (2).

V sedmdesátých letech 20. století vydává Ministerstvo zdravotnictví soubor metodických doporučení, kterými nově upravuje urgentní terénní zdravotní péči a její odborně metodické a organizační vedení svěčuje do působnosti oboru anesteziologie a resuscitace na úrovni okresních ústavů národního zdraví. Tímto krokem došlo k zajištění odbornosti při poskytování speciálních neodkladných lékařských výkonů i dalších výkonů zdravotnických. V návaznosti na požadavek speciální odbornosti lékaře, posádky a speciálního sanitního vozidla vznikl historický základ systému zdravotnické záchranné služby (2).

1.4.3. První pomoc

První pomoc je soubor jednoduchých a účelných metod a opatření, která mohou a ve většině případů musí být poskytnuta kýmkoliv, kdekoliv a kdykoliv jako bezprostřední pomoc při náhlém postižení zdraví. Pokud dojde k náhlému postižení zdraví i ohrožení života, je pak součástí první pomoci i neodkladná resuscitace (5). Etické a právní normy řadí poskytnutí první pomoci při ohrožení života na první místo mezi občanskými morálními vlastnostmi (27).

1.4.3.1. Základní první pomoc

Soubor metod a opatření, která mohou být poskytnuta při náhlém poškození zdraví bez jakéhokoli specializovaného vybavení, její součástí je i přivolání odborné zdravotnické první pomoci a v případě bezprostředního ohrožení života i základní neodkladná resuscitace (5).

1.4.3.2. Rozšířená první pomoc

Poskytována v návaznosti na pomoc základní a již zahrnuje použití specializovaného vybavení odborně školenými pracovníky, její součástí je i převoz postiženého do stálého zdravotnického zařízení a u případů bezprostředního ohrožení života provést i rozšířenou neodkladnou resuscitaci (5).

1.4.3.3. Poskytování první pomoci

Práva občana na záchranu života a zdraví jsou popsána v Listině základních lidských práv a svobod. Tento požadavek je dále zpracován do právních norem, a to nejenom z oblasti resortu zdravotnictví. Neposkytnutí první pomoci vymezuje § 207 trestního zákona č. 140/1961 Sb. V platném znění, odst. (1) a (2) uvádí:

- 1) Kdo neposkytne potřebnou pomoc osobě, která se nachází v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, ač tak učinit lze bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.
- 2) Kdo neposkytne potřebnou pomoc osobě, která se nachází v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy, ač podle povahy svého zaměstnání je povinen

takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti **(28)**.

Z těchto odstavců je zřejmé, že první odstavec se týká ne/poskytnutí zdravotnické první pomoci laikem, který není povinen poskytnout pomoc v případě, kdy je ohrožena jeho bezpečnost, zatímco druhý odstavec je zaměřen na ne/poskytnutí první pomoci zdravotníkem, kde ustanovení o ohrožení vlastní osoby chybí. Tato skutečnost pak způsobuje napadání zdravotnických posádek záchranné služby, kterým výše uvedené znění § 207 trestního zákona velí nedbat na vlastní bezpečnost a přes všechna rizika poskytovat první pomoc **(2)**.

V zákoně č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu jsou uvedeny povinnosti zdravotnického pracovníka, a to zejména:

- 1) Poskytnutí neprodlené první pomoci každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a v případě nedosažitelnosti pomoci obvyklým způsobem, zajistit mu podle jeho potřeby další odbornou péči.
- 2) Zachování mlčenlivosti o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem povolání atd. **(32)**.

Věcný rozsah povinné mlčenlivosti je obsáhlý, není utajována jen samotná diagnóza, ale všechny okolnosti a skutečnosti, které v souvislosti s poskytováním zdravotní péče pracovník zjistí. Zachování mlčenlivosti vychází z oprávněného zájmu občana na ochraně jeho osobnosti a jeho soukromí a z důležitosti důvěry ve vztahu pacient – zdravotník **(5)**. Široce založená povinná mlčenlivost má ale za následek nemožnost zdravotnických záchranářů prezentovat význam a úspěchy své práce směrem k veřejnosti. Tato výhoda není odepřena hasičům a příslušníkům policie, kteří umí a mohou využívat prezentaci své práce ve prospěch mediálního i společenského hodnocení **(2)**.

1.4.4. Zdravotnická záchranná služba

Přednemocniční neodkladnou péči poskytuje síť zdravotnických záchranných služeb, jež je upravena kodexovým zákonem č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu a dále vyhláškami Ministerstva zdravotnictví ČR (2).

Pomoc zraněným poskytují výjezdové skupiny zdravotnické záchranné služby podle zákonných předpisů, z nichž nejvýznamnější je vyhláška MZ ČR č.434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě (27). Vyhláška byla několikrát novelizována, a to novelou č.175 v roce 1995 a novelou č.14 v roce 2001. Novelizace však nestačily dostatečně reagovat na dramaticky rychlý rozvoj sítě zdravotnické záchranné služby v posledních letech. O přípravě zákona o zdravotnické záchranné službě, který by upravoval činnost, organizaci a působnost ZZS se pouze hovoří, avšak do legislativního plánu Ministerstva zdravotnictví se zatím nedostal (2).

Vnitřní členění zdravotnické záchranné služby se dělí na operační středisko a výjezdové skupiny. Úkolem operačního střediska je přijímání a vyhodnocování nepřetržité tísňové výzvy k poskytnutí přednemocniční neodkladné péče. Dále ukládá po vyhodnocení tísňové výzvy úkoly jednotlivým výjezdovým skupinám ZZS a vyžaduje součinnost při hromadných neštěstích a katastrofách (25).

Výjezdové skupiny podle vyhlášky MZ ČR č.434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě, v platném znění vyhláškou č. 14/2001 Sb.:

- § Skupina rychlé zdravotnické pomoci (RZP) – minimálně 2 záchranáři, z nichž jeden je střední zdravotnický pracovník
- § Skupina rychlé lékařské pomoci (RLP) – řidič, střední zdravotnický pracovník a lékař
- § Skupina letecké záchranné služby (LZS) – pilot, střední zdravotnický pracovník a lékař (27).

1.4.5. Letecká záchranná služba

Za první náznak pomoci „ze vzduchu“ je považováno evakuování raněných balonem v roce 1870 ve Francii. První přepravu letadlem také provedli Francouzi, a to na srbské frontě v roce 1915. Nezastupitelnou roli sehrály americké vrtulníky

ve válce s Vietnamem při poskytování první pomoci a odsunu v krizových situacích. Česká republika patří mezi několik států Evropy (Německo, Rakousko, Švýcarsko), ve kterých je provozován systém letecké záchranné služby (LZS) po celém území. Z důvodu ekonomické náročnosti systému LZS byly vedeny spory o zrušení této služby. Ukázalo se však, že bez použití vrtulníků není možné zachraňovat lidské životy nebo zlepšit prognózu onemocnění zejména u dopravních nehod (polytrauma). V České republice se nachází 10 středisek LZS, která jsou zřizována tak, aby akční rádius jedné výjezdové skupiny LZS nepřekročil 50-70 km, což je vzdálenost dosažitelnosti maximálně do 15 minut, jak ukládá Vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě, v platném znění Vyhlášky č. 175/1995 Sb. (27).

Zdravotnická část posádky LZS (lékař, záchranář) poskytuje odbornou lékařskou péči raněným a nemocným ve stejném rozsahu jako výjezdové skupiny RLP. Velkou předností LZS je rychlost příletu na místa zásahu a šetrnost transportu postiženého, zkrácení doby přepravy a možnost dopravit postiženého do vzdáleného specializovaného pracoviště přímo z místa nehody (27).

1.4.6. Horská služba

Horská služba České republiky (dále HS ČR) je organizačně členěna na tyto oblasti HS ČR: Šumava, Krušné hory, Jizerské hory, Krkonoše, Orlické hory, Jeseníky a Beskydy. Cílem HS ČR je celoroční dohled svých členů nad pobytem a pohybem návštěvníků hor. HS ČR organizuje a vykonává preventivní a záchranářskou činnost, poskytuje první pomoc a provádí práce vyplývající z poslání HS ČR, zákona č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému, a z členství v mezinárodním sdružení IKAR (23).

1.4.7. Profese zdravotnický záchranář

Činnost zdravotnických operačních středisek zajišťují kvalifikovaní zdravotníci, nejlépe střední, vyšší (diplomovaní) nebo i vysokoškolští zdravotničtí pracovníci. Žádný právní předpis výslovně nestanovuje kvalifikační předpoklady zdravotnických pracovníků. Podle odbornosti mohou mít záchranáři v současné době kvalifikaci trojího

stupně: nižší zdravotničtí pracovníci, kteří jsou absolventy dlouhodobého kurzu pro „řidiče RLP“, střední zdravotničtí pracovníci jsou absolventy střední zdravotnické školy s maturitou, vyšší zdravotničtí pracovníci jsou absolventy vyšších zdravotnických škol v oboru „diplomovaný záchranář“. V současné době je možné studovat přípravu zdravotnického záchranáře i na akreditovaném bakalářském studijním oboru (5).

1.4.7.1. Kompetence záchranáře

Kompetence záchranáře jsou stanoveny v § 3. odst. 1. § 17 vyhlášky č. 424/2004 Sb. v platném znění. Bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje záchranář v rámci přednemocniční neodkladné péče, včetně letecké záchranné služby a v rámci akutního příjmu specifickou ošetrovatelskou péči, a to zejména:

- § Monitorování a hodnocení vitálních funkcí včetně elektrokardiografického záznamu – průběžně sleduje a hodnotí poruchy rytmu, vyšetřuje a monitoruje pulzním oxymetrem
- § Zajištění periferního žilního vstupu
- § Obsluha a udržení vybavení všech kategorií dopravních prostředků – řídí dopravní prostředky, a to i v obtížných podmínkách jízdy
- § První ošetření ran, včetně zástavy krvácení
- § Zajištění nebo provedení bezpečného vyproštění, polohování, imobilizace a bezpečnost během transportu pacientů
- § Řešení následků hromadných neštěstí v rámci integrovaného záchranného systému
- § Zajištění v případě potřeby o tělo zemřelého
- § Zajištění přejímání, kontroly a uložení léčivých přípravků
- § Zajištění přejímání, kontroly a uložení zdravotnických prostředků a prádla (12).

1.4.7.2. Nárazová zátěž

Posádka zdravotnické záchranné služby se při své práci často setkává s negativními pocity, emocemi a stresem, neboť denně posádky ZZS řeší zdravotní i sociální krize v domácnostech, na pracovištích, na silnicích při dopravních nehodách,

při násilných činech i na veřejných prostranstvích. Denně jsou posádky ZZS vystaveny mezním situacím, které se odehrávají na hranici mezi životem a smrtí a záchranáře konfrontují s „bytím a nebytím“. Situaci ZZS ztěžuje často marná snaha o záchranu života, v důsledku komplikací přídatnými okolnostmi na místě zásahu. Zdravotníci záchranáři jsou vystaveni nárazové a chronické zátěži (2).

Nárazová zátěž probíhá u všech členů ZZS. Míra zátěže souvisí především s pracovní pozicí v ZZS. Každá pozice ve ZZS má jasně definované pracovní úkoly a v každém z nich je zdravotnický záchranář vystaven psychickému tlaku (27).

- 1) Operátorka výjezdu – již od oznámení nehody na tísňovou linku, znamená pro operátorku zahájení náročných odborných výkonů odebrání tísňové výzvy, vyhodnocení její závažnosti a rozhodnutí o vyslání nejvhodněji vybaveného a nejrychleji dostupného týmu záchranné služby. Operátorka udržuje verbální komunikaci s volajícím, jehož psychický stav je ovlivněn vzniklou situací. Volající bývá většinou v tísní, spěchá, je vystrašený, neumí popsat přesně stav události či se netrpělivě uchyluje k vulgarismům. Operátorka nesmí podlehnout tlaku ze strany volajícího a je povinna volajícího uklidnit, případně poučit jak má být poskytnuta první pomoc. Je povinna rozhodnout, zda s vyslanou posádkou ZZS aktivuje i hasičské záchranné sbory či výjezdové týmy Policie ČR. Dále je povinna komunikovat s velitelem zdravotnického zásahu v rámci tzv. stavových hlášení, jimiž se monitoruje, zaznamenává a do paměti záznamového zařízení ukládá časový průběh celé akce. Ohlášení příjmu pacienta tzv. avízo je také plně v kompetenci operátorky. Činnost operátorky je jednou z psychicky nejnáročnějších a nejméně uznávaných kategorií prací ve ZZS (2).
- 2) Výjezdový tým ZZS - na činnost operátorky navazuje práce výjezdového týmu, kterému v případě rychlé lékařské pomoci velí lékař (posádka RLP) a v případě rychlé zdravotnické pomoci (posádka RZP) středně zdravotnický pracovník (výjezdová sestra, záchranář). Zásahové týmy jednají pod časovým tlakem z důvodu dodržení standardů akceschopnosti. Řidič sanitní ambulance prožívá

v současném provozu akutní stresovou zátěž. Na místě události je celá posádka povinná provést vysoce odborné diagnostické a léčebné výkony v co nejkratším úseku se zevními podmínkami, které nemusí být standardní (sklepy, silnice, nepříznivé počasí atd.) Přidruženými dílčími stresory jsou nutnost rychlého a správného rozhodování, sehraná improvizace, rychlé přenášení přístrojů a pomůcek, fyzická výkonnost, osobní ochrana před infekčními riziky, napadením, chemickými a jinými riziky. Transport raněného do specializovaného zařízení bývá nejméně psychicky náročnou fází během výjezdu. Výjimku představují stavy spojené s vnitřním krvácením, které nelze vyřešit v terénu (2).

1.4.7.3. Chronická zátěž

Mezi hlavní stresory v oblasti chronické zátěže patří směnnost, práce v noci, nepravidelná životospráva často i s nesprávnými návyky, jakými jsou kouření či nadměrné pití kávy. K tomu se vážou i sociologické faktory jako nízké společenské a finanční ohodnocení práce zdravotnických záchranářů, nemožnost prezentace vlastní odpovědné, kvalitní a účinné odborné práce (povinná mlčenlivost), dlouhodobá postgraduální příprava pro činnost v záchranné službě, obavy z nezajištěného společenského uplatnění v případě invalidity, nemocnosti a stáří záchranáře. Psychické poruchy se projevují pocity psychického přetížení, pocity strachu, obavami a vnitřním neklidem. Na úrovni vegetativních příznaků lze mluvit o poruše spánku, bolesti hlavy a poruše chuti k jídlu. Na poli společenských vztahů se jedná o podrážděnost a poruchy v komunikaci, partnerské problémy, izolovanost a pesimismus. Studie Konipáskova a Šeblové z roku 1998 sledovala jednotlivé projevy syndromu vyhoření. Jednalo se o následující projevy: emoční vyčerpání, neschopnost se citově angažovat, depersonalizace a snížený pocit profesního uspokojení (2).

1.5. Osobnost

1.5.1. Pojem osobnost

Osobnost je z pohledu psychologie široký pojem. V psychologickém slovníku P. Hartl a H. Hartlová definují osobnost jako celek duševního života člověka. Slovo osobnost má svůj původ ve slově persona, což byla původně maska pro boha podsvětí (7). Pojem osobnost se v psychologii vyvíjel v závislosti na psychologických školách nebo teoretických východiscích, které autor zastával (22). Výsledkem je ta skutečnost, že v současné době existuje seznam 50 rozdílných definic osobnosti. Například G. W. Allport považuje osobnost za dynamickou organizaci psychofyzických systémů v jedinci, který určuje jeho adaptaci na prostředí a jeho charakteristické způsoby chování a prožívání. Zástupci faktorově analytického a fenomenologického přístupu – E. Husserl, K. Jaspers, F. von Hayek, R. B. Cattell a H. J. Eysenck se shodují v tom, že nejvlastnějším znakem osobnosti je její jedinečnost, výlučnost a odlišnost od všech jiných osobností (7).

1.5.2. Osobnostní rysy - Velká pětka (Big Five)

Osobnostní rysy lze definovat jako stabilní, dispoziční charakteristiky, které ovlivňují chování v mnoha různých situacích. Vědecké zkoumání osobnostních rysů začalo počátkem 20. století a řešilo dvě otázky. První otázka se zabývala počtem různých vlastností osobnosti. Druhá otázka směřovala k teoretickému základu vlastností: Jaké procesy jsou odpovědné za individuální rozdíly v osobních charakteristikách? V posledních letech vzrostl zájem o kognitivněpsychologické výklady osobnostních vlastností, mezi které patří i Velká pětka (Big Five) (21).

NEO pětifaktorový osobnostní inventář (tzv. Big Five, Velká pětka) vychází z předpokladu pětifaktorové struktury osobnosti. Původní dotazník NEO FFI, který vytvořili P.T. Costa a R. R. McCrae, byl u nás přeložen a standardizován pro českou populaci M. Hřebíčkovou a T. Urbánkem. Dotazník měří 5 základních dimenzí: neuroticismus, extroverzi, otevřenost ke zkušenosti, přívětivost a svědomitost (18).

1.5.2.1. Neuroticismus

Neuroticismus poukazuje na rozdíly mezi lidmi, kteří jsou emocionální, úzkostliví a napjatí, a těmi, kteří jsou vyrovnaní a klidní (21). Osoby s vysokým skóre inklinují k duševnímu vyčerpání, k nerealistickým ideálům. Dále se u nich projevuje sklon k obavám a strachu z toho, jak vše dopadne. Snadno podléhají depresi a ve stresu jednají iracionálně (18, 20). Naopak lidé s nízkým skóre lability se nenechají snadno vyvést z míry a reagují méně emocionálně. Mají tendenci být citově chladní, emocionálně stabilní a odolní proti negativním emocím. Zbavení se negativních pocitů ale neznamená, že lidé s nízkým skóre neuroticismu prožívají mnoho pozitivních emocí. Pozitivní emoce jsou převážně znakem extroverze (4).

1.5.2.2. Extroverze

Extroverze zahrnuje dimenze sociability, temperamentnosti a výřečnosti. Škála extroverze měří kvalitativní i kvantitativní aspekty mezilidských interakcí, její úroveň zapojení a potřeby stimulace (21, 18). Extroverze se pojí s přátelskou vřelostí, družností a s vyhledáváním společnosti. Extroverti jsou aktivní, energetičtí osobnosti s důrazným sklonem k sebeprosazování až k panovačnosti. Mají sklon vyhledávat vzrušující smyslové podněty a zážitky. Dále u nich převažují pozitivní city, optimismus a životní štěstí (20). Nízké skóre se může vztahovat k uzavřenosti, vážnosti, mlčenlivosti, tichosti a úkolové orientaci (15). Introverti tak trpí nedostatkem průbojnosti a aktivity. Často bývají tiší, opatrní a méně závislí na sociálním světě. Nízké sociální zapojení lze vykládat i jako stud nebo deprese. Introvert jednoduše nepotřebuje tolik stimulace jako extrovert a raději bývá sám (4).

1.5.2.3. Otevřenost ke zkušenosti

Škála otevřenost vůči zkušenosti identifikuje aktivní vyhledávání nových zážitků, tendenci objevovat a tolerovat nové (18). Otevřenost je také vlastností, která se nejvíce vztahuje ke kognitivní inteligenci (21). Osoby s vysokým skóre otevřenosti jsou všestranní, originální, tvořiví a pokrokoví. Osoby s nízkým skóre jsou konvenční, přízemní, neanalytičtí a neumělečtí (15). Uzavření lidé dávají přednost

rodině před jiným způsobem života. Jsou tak konzervativní a odolní vůči jakékoli změně. I když je otevřenost často prezentována jako zdravější nebo více vyzrálější rys, je třeba hodnotit „uzavřené myšlení“ v kontextu prostředí. Otevřenost může například dobře posloužit profesorovi, ale výzkum ukazuje, že „uzavřené myšlení“ lépe vyhovuje těm, kteří jsou zaměstnáni v oblasti obchodu nebo služeb, u policie apod. (4).

1.5.2.4. Přívětivost

Přívětivost se soustřeďuje na kvalitu meziosobní orientace v rámci kontinua od soucítění po nepřátelskost, projevující se v myšlenkách, pocitech a činech (15). Lidé s vysokým skórem mají sklon důvěřovat druhým, jednat čestně a upřímně. Objevuje se u nich altruismus, štedrá velkorysost a ohleduplnost. Rádi pomáhají ostatním, jsou starostliví a prožívají soucit a sympatie k druhým. Mají sklon raději spolupracovat než soutěžit (20). Naopak nepřívětiví lidé jsou neohleduplní a neradi se obětují pro ostatní. Někdy bývají skeptičtí v hodnocení motivace ostatních, a proto bývají podezřívaví a nespolupracující (4).

1.5.2.5. Svědomitost

Svědomitost zahrnuje cílevědomost, průbojnost, vytrvalost, systematickост a odpovědnost. Rozlišuje mezi spolehlivými jedinci a osobami lhostejnými a nedbalými (15, 21). Osoby s vysokým skórem jsou vždy připravené a ochotné efektivně řešit úkoly. Jsou pořádkumilovní a mají schopnost postupovat organizovaně a metodicky. Vyskytuje se u nich disciplinovaná vytrvalost a schopnost odolávat rušivým vlivům. Jsou rozvážní a promýšlejí věci dopředu. Nemají problém s dodržováním pravidel a plněním povinností (20). Ostatní je mohou vnímat jako pozitivní, inteligentní a spolehlivé osoby. Na druhou stranu mohou být kompulsivními perfekcionisty a workholiky (4).

1.5.3. Osobnost a motivace záchranáře

Zdravotničtí záchranáři se vyznačují osobnostními vlastnostmi, bez nichž by nebylo možné tuto profesi vykonávat. Záchranáři jsou většinou vysoce extrovertní

a úkolově zaměřené osobnosti s vůdcovskými rysy, ale i s výraznou schopností práce ve stabilně vytvářených týmech. Vynikají schopností improvizace, akčností a odvahou (2).

Z oblasti motivačních potřeb záchranáře charakterizuje:

- § Výrazná potřeba obětovat se a pomáhat bližnímu jedinci v jeho těžké životní situaci
- § Touha po dobrodružství, „adrenalinových“ situacích
- § Exhibiční motivace, touha předvést své medicínské i záchranářské schopnosti před okolím
- § Zajištění respektu vůči lidské důstojnosti a společenské pokory před umírajícími v medicínsky neřešitelných případech
- § Neustálý kontakt s novými poznatky, okolnostmi a společenským prostředím, motivace k dalšímu vzdělávání (2).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1. Cíl práce

Cíl diplomové práce spočívá ve zjištění některých osobnostních charakteristik u vybraného souboru zdravotníků vykonávající nebo soustavně se připravující na profesi zdravotnických záchranářů v Jihočeském kraji.

2.2. Hypotézy

H1: Respondenti vykazují nižší hladinu úzkostnosti ve srovnání s populačním průměrem.

H2: Respondenti vykazují vyšší míru extroverze ve smyslu větší otevřenosti ke zkušenosti ve srovnání s populačním průměrem.

H3: Dotazovaní vykazují vyšší míru otevřenosti ke zkušenosti ve smyslu vyšší intelektuální zvědavosti a citlivosti ve srovnání s populačním průměrem.

H4: Dotazovaní vykazují vyšší hladinu přívětivosti ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti, štědrosti a ochotě pomoci ostatním ve srovnání s populačním průměrem.

H5: Respondenti vykazují vyšší skóry svědomitosti, jsou stabilnější a více odolní ve srovnání s populačním průměrem.

H6: Dotazovaní vykazují vyšší skóre prosociálního chování ve smyslu vyšší empatie, morálního usuzování, osobního distresu a altruismu ve srovnání s tabulkovými hodnotami odpovídajícími normě (PSB).

3. Metodika

3.1 *Metody a techniky sběru dat*

Pro zpracování výzkumné části byl použit kvantitativní výzkum. Ten byl proveden formou dotazníkového šetření s použitím dvou psychodiagnostických metod. První z nich, standardizovaný psychodiagnostický dotazník Big Five, druhý- nestandardizovaný psychodiagnostický dotazník PSB.

Dotazník Big Five byl u nás přeložen a standardizován pro českou populaci M. Hřebíčkovou a T. Urbánkem. Za autory Big Five jsou považováni P.T. Costa a R.R. McCrae. Dotazník měří pět obecných faktorů, z nichž každý zahrnuje 12 otázek na pětibodové škále. Pět obecných dimenzí osobnosti tvoří faktor neuroticismu (lability), faktor extroverze - introverze, faktor otevřenosti vůči zkušenosti, faktor přívětivosti a faktor svědomitosti (popsané výše) (17).

Předlohu pro druhou použitou metodu tvořil Inventář prosociální osobnosti PSB (v pracovním převodu H. Záškové). Inventář tvoří 30 položek, které slouží ke zkoumání specifických osobnostních komponent ve smyslu tendence myslet, cítit a chovat se prosociálním způsobem. Měření je založené na informacích dotazovaného o vlastní osobě. Při odpovídání záchranáři uváděli míru, v níž každá položka vystihuje je samotné, tím, že vybírali odpovídající bod na pětibodové Likertově stupnici sahající od 1 (vyjadřuje silný nesouhlas) do 5 bodů (silný souhlas). Komponenty PSB tvoří: empatie, osobní distres, morální usuzování a subjektem uváděný altruismus.

Získané výsledky obou dotazníků byly vyhodnoceny elementární statistikou a seřazeny do tabulek. Vzhledem k povaze diagnostických metod nejsou uvedeny v příloze. Jejich vyhodnocování bylo provedeno ve spolupráci s vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Helenou Záškovou, CSc.

3.2. *Charakteristika výzkumného souboru*

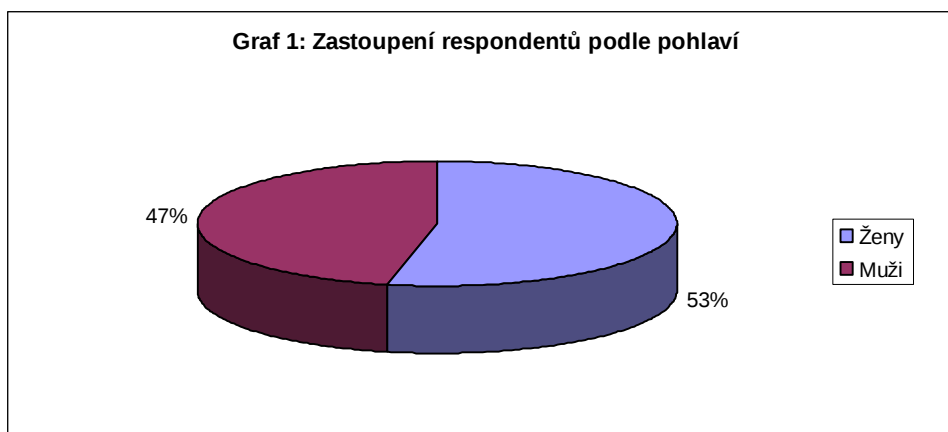
Výzkumný soubor byl tvořen 77 respondenty ve věku 20 až 50 let. Převážná část respondentů se sestávala z pracujících Zdravotnické záchranné služby z měst Jihočeského kraje. Pouze 12 dotázaných bylo studenty Jihočeské univerzity obor

Zdravotnický záchranář a 4 respondenti pracovali u Horské služby Klet'. Soubor zahrnoval 41 žen a 36 mužů.

4. Výsledky

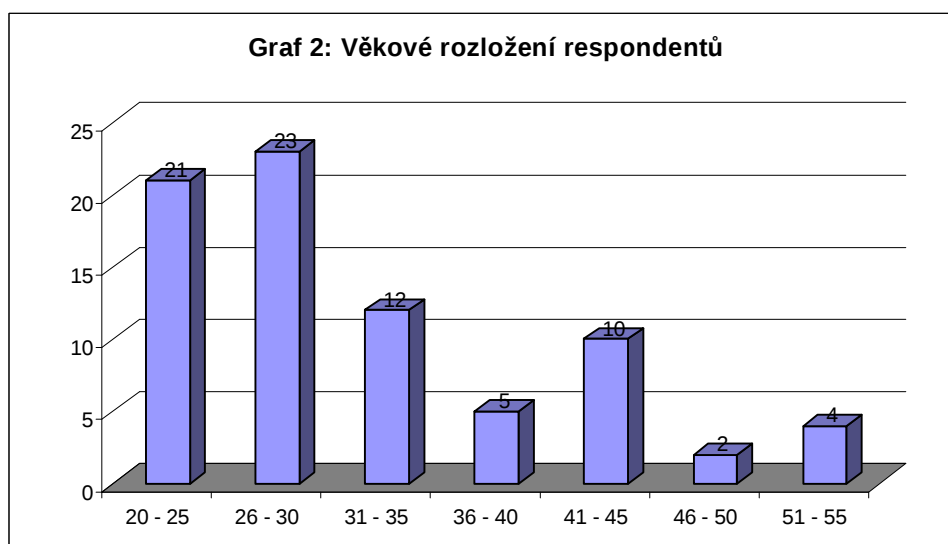
4.1. Obecné informace o výzkumném souboru

Rozložení výzkumného souboru podle pohlaví prezentuje *graf 1*.



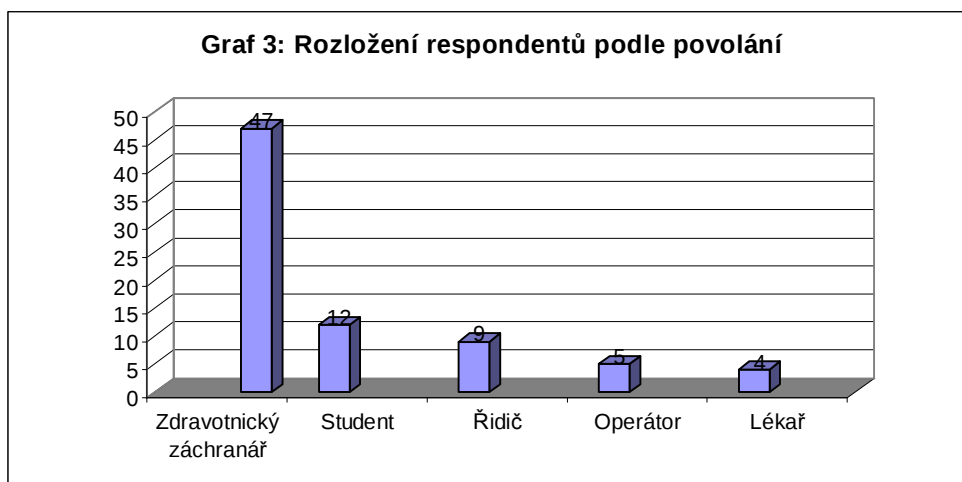
Zdroj: vlastní výzkum

Průměrný věk respondentů znázorňuje *graf 2*. Nejvíce dotázaných, a to 23, bylo ve věku 26 až 30 let. V rozmezí mezi 20ti až 25ti lety se nacházelo 21 respondentů. Věku 31 až 35 let dosáhlo 12 respondentů. Ve věku 36 až 40 let se nacházelo 5 respondentů. Věkové rozmezí 51 až 55 let bylo příznačné pro 4 respondenty. Nejméně byli zastoupeni respondenti ve věku 46 až 50 let, a to 2 dotázaní.



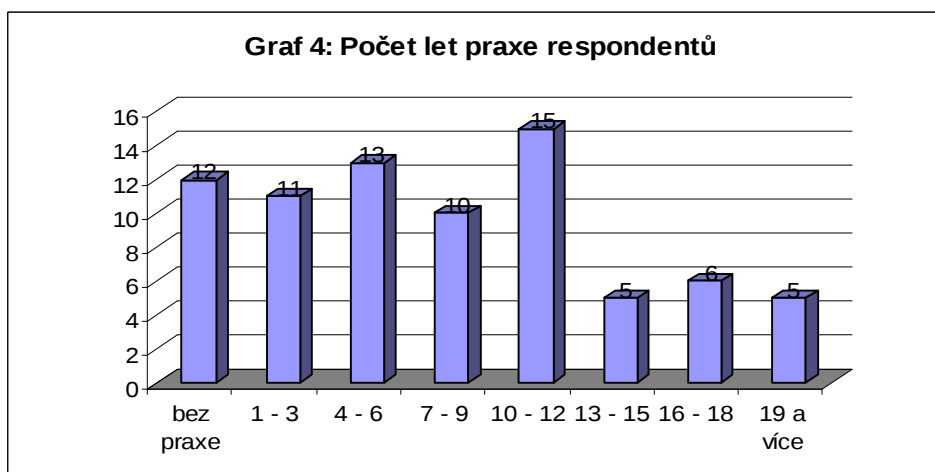
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje pracovní zařazení respondentů. Nejvíce respondentů pracovalo jako zdravotnickí záchranáři a to celkově 47 (61%). Studentů bylo 12 (16%). Řidiči záchranných vozů tvořili skupinu 9ti respondentů (12%). Nejmenší zastoupení měli operátoři a lékaři. Operátorů bylo 5 (6%) a lékařů 4 (5%).



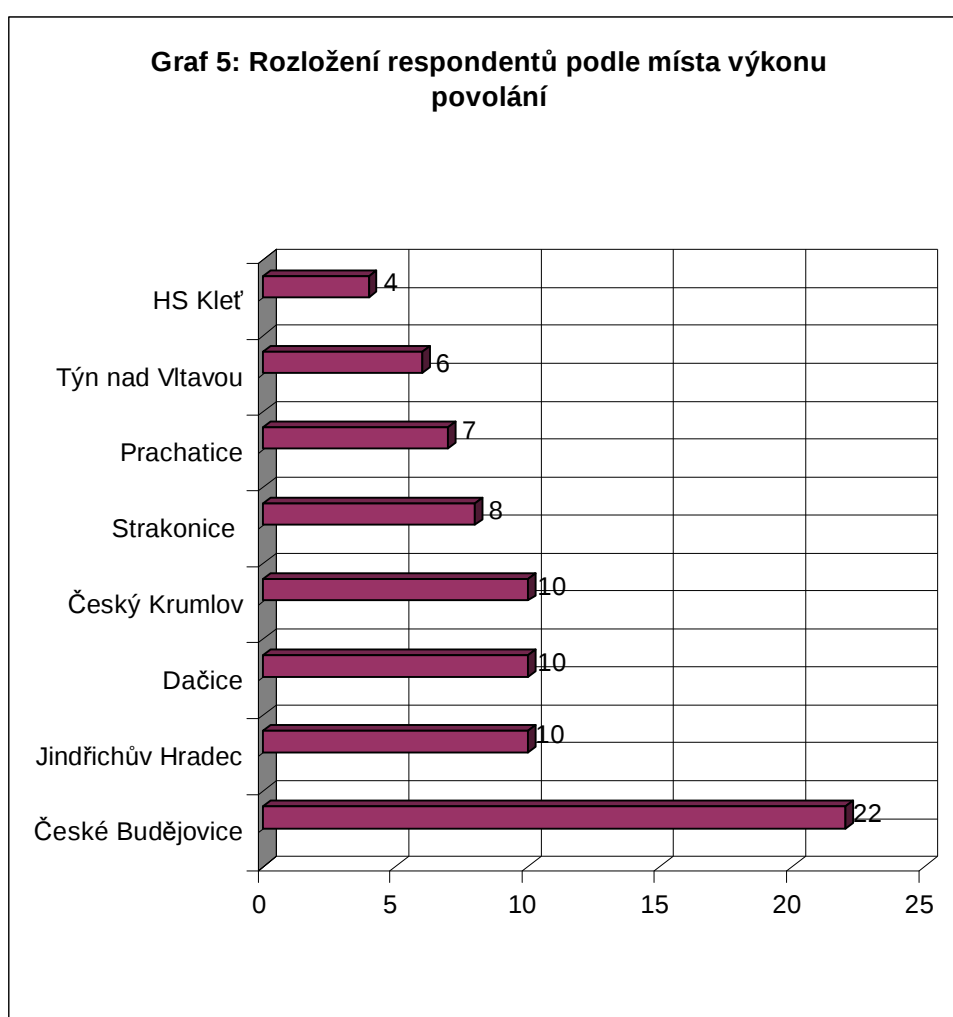
Zdroj: vlastní výzkum

Největší počet respondentů, a to celkově 15 (20%), mělo praxi 10 až 12 let. 13 respondentů (17%) pracovalo v oboru 4 roky až 6 let. 12 dotázaných (16%) se nacházelo bez praxe a 11 dotázaných (14%) mělo praxi 1 až 3 roky. Praxi 7 až 9 let mělo 10 respondentů (13%). 6 respondentů (8%) pracovalo v oboru 16 až 18 let. 5 respondentů (6%) mělo praxi 13 až 15 let. Praxi 19 let a více mělo 5 dotázaných (6%) (*graf 4*).



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje počet respondentů z hlediska místa výkonu práce. Nejvíce respondentů pracovalo ve městě České Budějovice a to 22 (%). Pro 10 dotázaných (13%) bylo místo výkonu práce město Jindřichův Hradec. 10 respondentů (13%) pracovalo ve městě Dačice a dalších 10 dotázaných (13%) vykonávalo práci v Českém Krumlově. 8 respondentů (10%) bylo zaměstnáno ve Strakoniciích a 7 dotázaných (9%) pracovalo v Prachaticích. V Týně nad Vltavou se nacházelo 6 respondentů (8%) a 4 respondenti (5%) pracovali v HS Klet'.



Zdroj: vlastní výzkum

4.2. Výsledky k dotazníku NEO

Tabulka 1 popisuje položky dotazníku NEO pomocí hodnot, které vyjadřují průměrné zastoupení daného rysu osobnosti v celé společnosti. Pro přesnější stanovení rysu osobnosti byla použita směrodatná odchylka, která nejvíce postihuje okrajové zastoupení jedné z položek NEO a jejího opačného pólu. Tyto osobnosti měly výrazný znak zkoumaného rysu.

Tabulka 1: Celospolečenská norma dotazníku NEO

Rys osobnosti	Průměr	Směrodatná odchylka
Neuroticismus	22	8
Extroverze/Introverze	32	8
Otevřenost ke zkušenosti	28	7
Přívětivost	30	6
Svědomitost	29	7

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledné hodnoty jednotlivých položek dotazníku NEO byly porovnány s normou pro dotazník NEO. Po srovnání je patrné, že respondenti vykazovali nízkou hladinu neuroticismu ($22 > 19,9$) a průměrnou hladinu extroverze ($32 = 32$). Otevřenost ke zkušenosti ($28 > 24,8$) byla u dotázaných podprůměrná. Naopak rysy jako přívětivost ($30 < 31,6$) a svědomitost ($29 < 32,4$) byly nadprůměrné (tabulka 2).

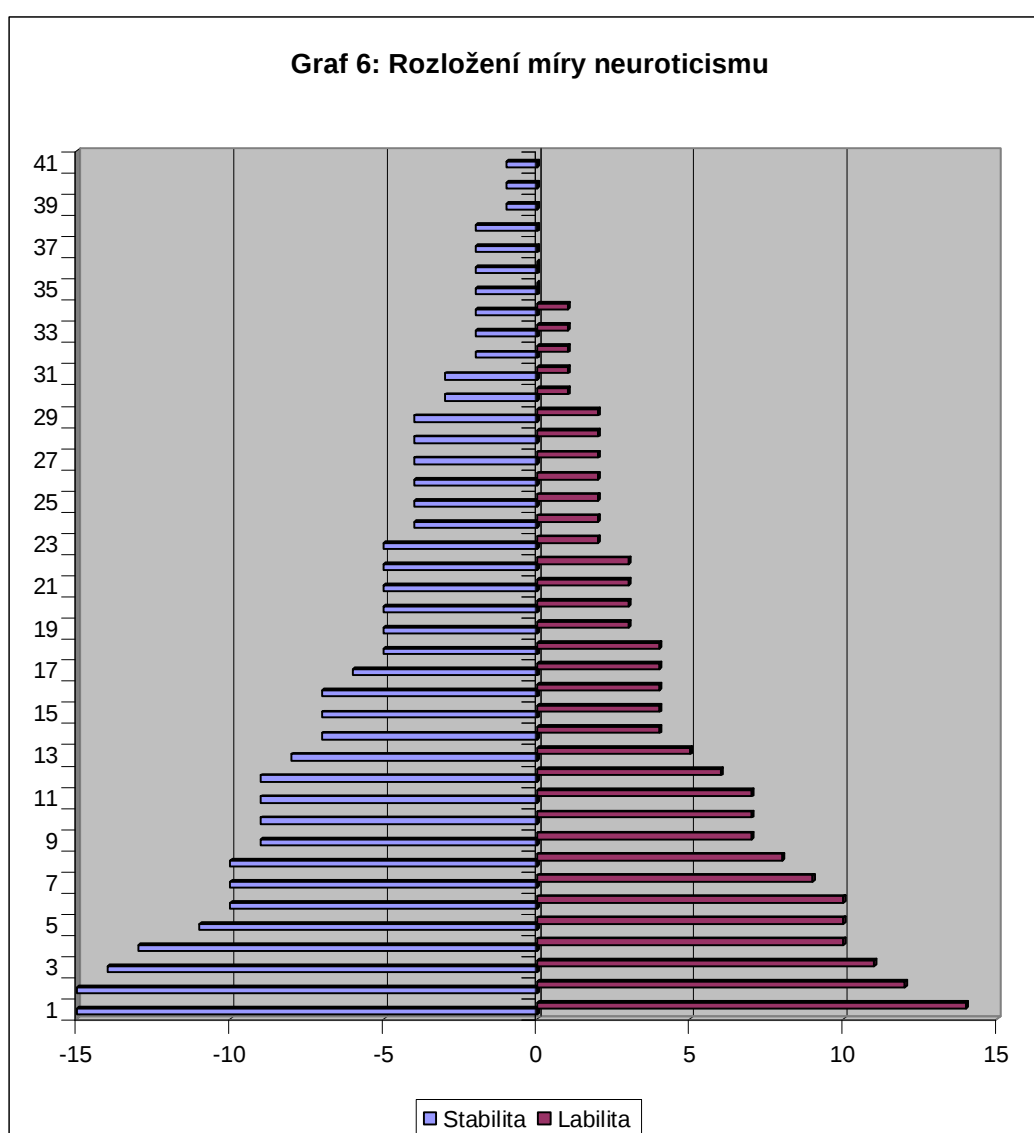
Tabulka 2: Výsledky dotazníku NEO

Rys osobnosti	Průměr	Směrodatná odchylka
Neuroticismus	19,9	5,2
Extroverze/Introverze	32,2	6,5
Otevřenost ke zkušenosti	24,8	5,9
Přívětivost	31,6	5,8
Svědomitost	32,4	6,3

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.1. Výsledky k hypotéze H1

Graf 6 se zaměřuje na rozložení hodnot faktoru neuroticismu (lability). Znázorňuje se zde celkové rozložení míry lability a stability u respondentů ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že převážná část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké faktoru stability. Z toho vyplývá, že 41 respondentů mělo hodnoty opačné k faktoru neuroticismu – tedy stabilitu a 36 dotázaných vykazovalo hodnoty blízké k faktoru lability.



Zdroj: vlastní výzkum

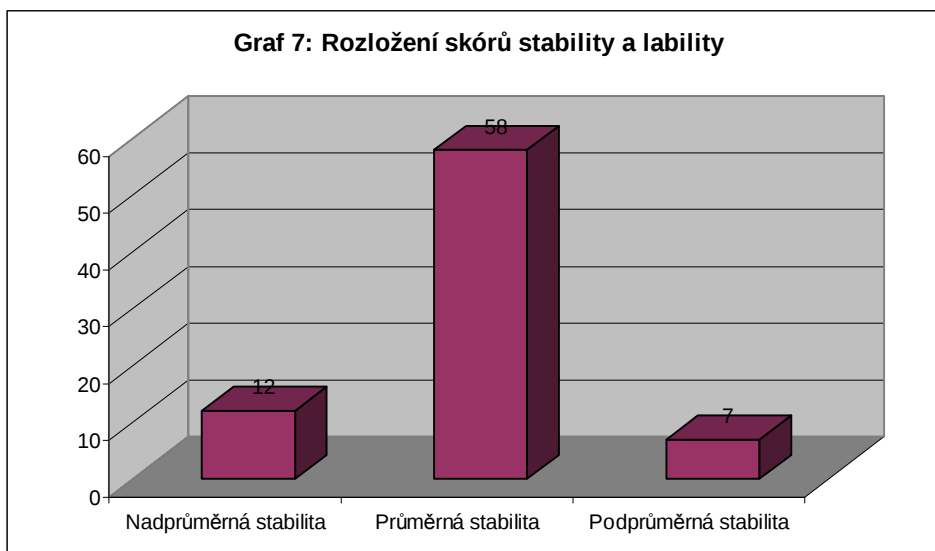
Z celkového počtu respondentů zhruba 3/4 dotázaných vykazovaly průměrné skóre neuroticismu ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/4 dotázaných se vyznačovala typickými znaky neuroticismu nebo opačným pólem – stabilitou. Z této 1/4 se ale více respondentů jevílo stabilními než neurotickými (*tabulka 3*).

Tabulka 3: Rozložení skóre neuroticismu u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná stabilita	12	16%
Průměrná stabilita	58	75%
Podprůměrná stabilita	7	9%

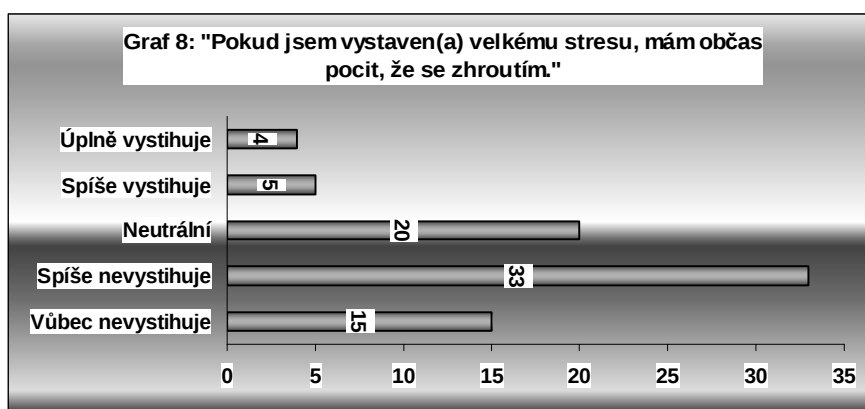
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 znázorňuje rozložení skóre neuroticismu mezi respondenty. Průměrnou stabilitu vykazovalo 58 dotázaných (75%). 12 dotázaných (16%) bylo nadprůměrně stabilních a 7 respondentů (9%) bylo podprůměrně stabilních.



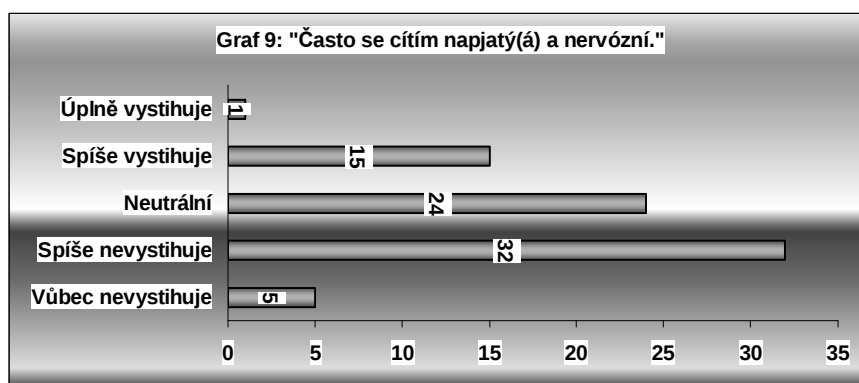
Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření neuroticismu. Vybranými otázkami se zjišťoval sklon k labilitě nebo stabilitě mezi respondenty. *Graf 8* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi „Pokud jsem vystaven(a) velkému stresu, mám občas pocit, že se zhroutím.“ Nejvíce respondentů, tedy 33 (44%) odpovědělo spíše nevystihuje. 20 respondentů (26%) uvedlo neutrální odpověď a 15 (19%) dotázaných zvolilo odpověď vůbec nevystihuje. 5 respondentů (6%) uvedlo odpověď spíše vystihuje a 4 dotázaní (5%) uvedli odpověď úplně vystihuje.



Zdroj: vlastní výzkum

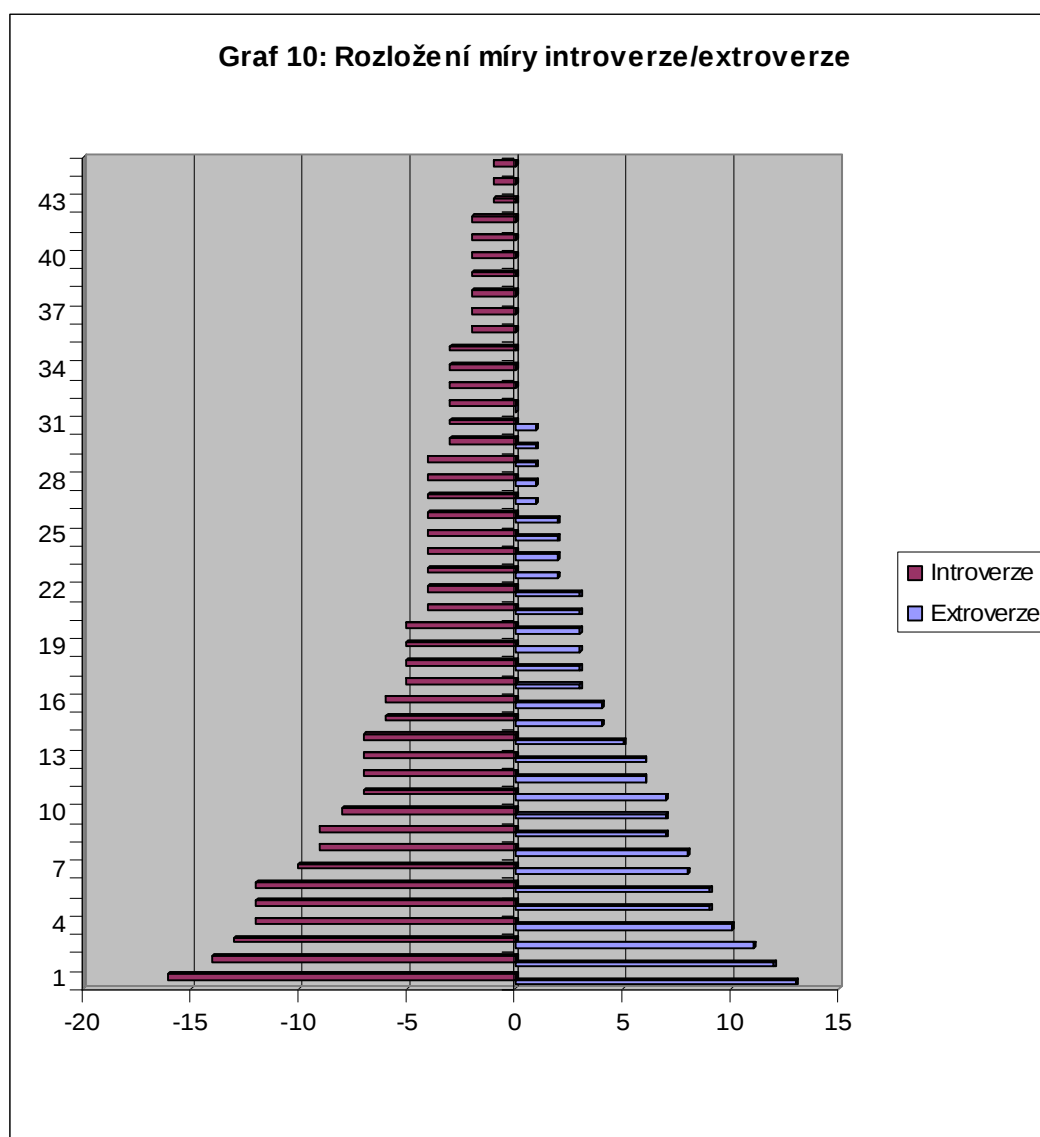
Graf 9 zobrazuje výpovědi respondentů na otázku „Často se cítím napjatý(á) a nervózní.“ Nejvíce dotázaných odpovědělo spíše nevystihuje, tedy 32 respondentů (43%). 24 dotázaných (31%) zvolilo neutrální odpověď a 15 respondentů (19%) odpovědělo spíše vystihuje. Odpověď vůbec nevystihuje zvolilo 5 dotázaných (6%) a odpověď úplně vystihuje uvedl 1 respondent (1%).



Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2. Výsledky k hypotéze H2

Graf 10 znázorňuje výsledné rozložení míry extroverze a introverze u respondentů ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru introverze než extroverze. Z toho vyplývá, že 45 respondentů vykazovalo spíše introvertní znaky a 32 dotázaných mělo hodnoty blízké faktoru extroverze.



Zdroj: vlastní výzkum

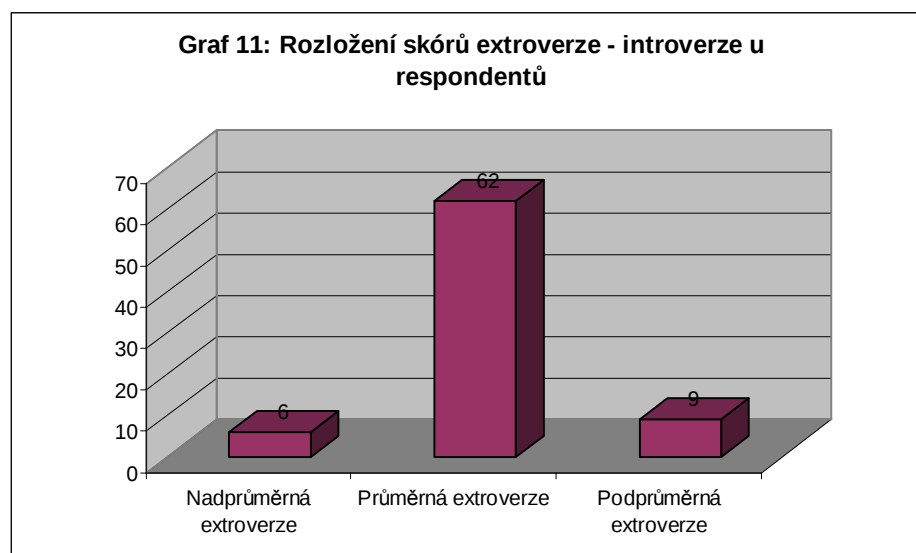
Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (4/5) dotázaných s průměrným skóre extroverze ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/5 dotázaných se vyznačovala typickými znaky extroverze nebo opačným pólem – introverzí. Z 1/5 se ale více respondentůjevilo introvertními než extrovertními (*tabulka 4*).

Tabulka 4: Rozložení skóre extroverze – introverze u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná extroverze	6	8%
Průměrná extroverze	62	80%
Podprůměrná extroverze	9	12%

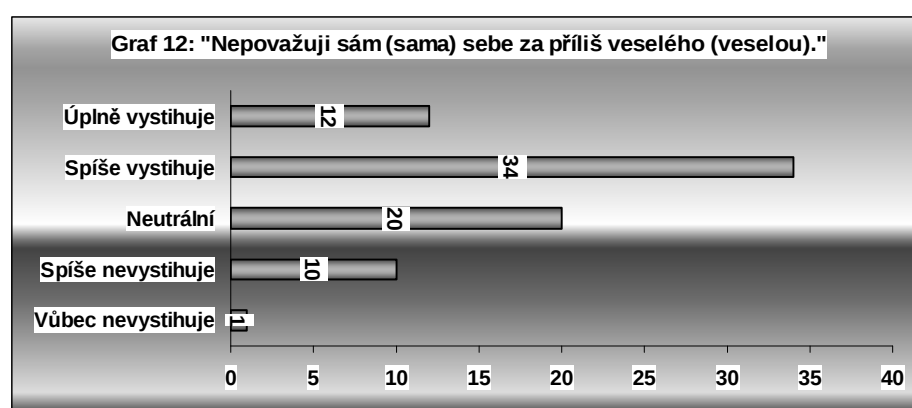
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11 znázorňuje rozložení skóre extroverze - introverze mezi respondenty. S průměrnou hodnotou extroverze bylo 62 dotázaných (80%). 9 dotázaných (12%) bylo podprůměrně extrovertních a 6 (8%) vykazovalo nadprůměrnou hodnotu extroverze.



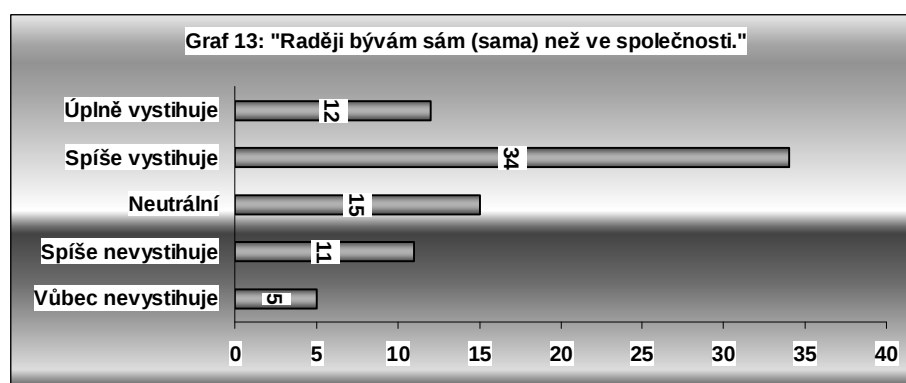
Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření extroverze a introverze. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon k extroverzi - introverzi mezi respondenty. *Graf 12* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi na otázku „Nepovažuji sám (sama) sebe za příliš veselého (veselou).“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 34 dotázaných (44%). Neutrální odpověď zvolilo 20 dotázaných (26%) a 12 respondentů (16%) uvedlo odpověď úplně vystihuje. 10 dotázaných (13%) zvolilo odpověď spíše nevystihuje a 1 respondent (1%) uvedl vůbec nevystihuje.



Zdroj: vlastní výzkum

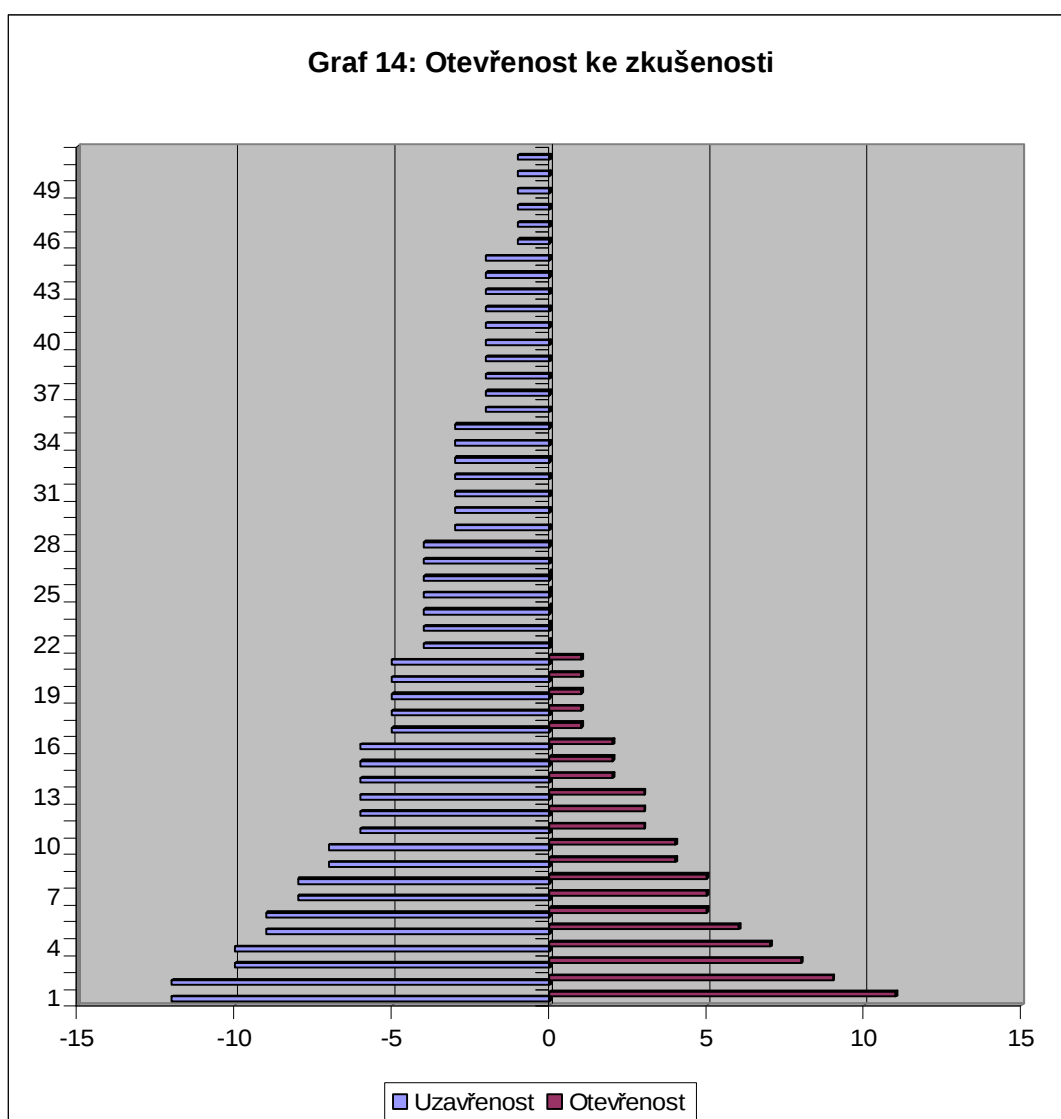
Graf 13 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Raději bývám sám (sama) než ve společnosti.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 34 dotázaných (45%). 15 respondentů (19%) zvolilo neutrální odpověď a 12 (16%) odpovědělo úplně vystihuje. 11 respondentů (14%) odpovědělo spíše nevystihuje a 5 dotázaných (6%) vypovědělo vůbec nevystihuje.



Zdroj: vlastní výzkum

4.2.3. Výsledky k hypotéze H3

Graf 14 zobrazuje rozložení míry otevřenosti u respondentů ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty opačné k faktoru otevřenosti. Z toho vyplývá, že 51 dotázaných mělo hodnoty blízké uzavřenosti a 26 respondentů vykazovalo spíše otevřenost ke zkušenosti.



Zdroj: vlastní výzkum

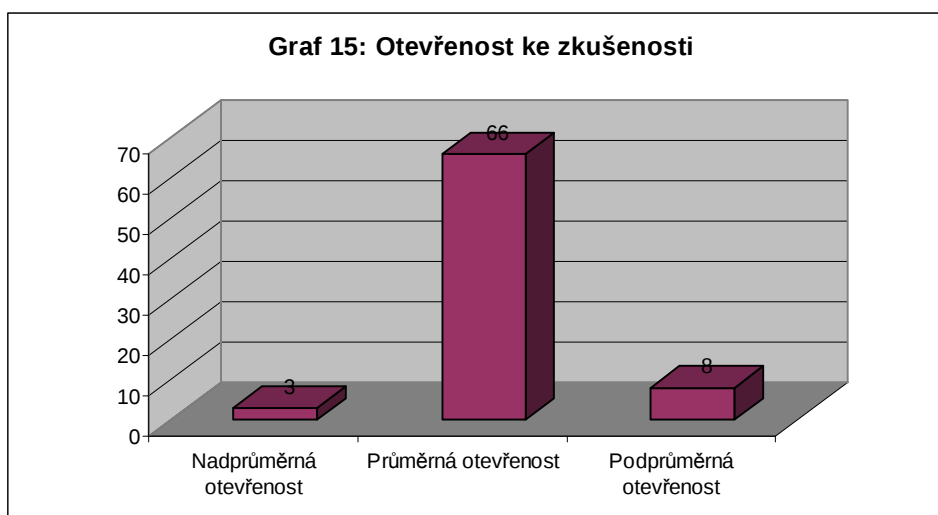
Z celkového počtu respondentů se zhruba 4/5 dotázaných řadí do průměrného skóre otevřenosti ke zkušenosti ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/5 dotázaných se vyznačovala typickými znaky otevřenosti nebo opačným pólem – uzavřeností. Z 1/5 se ale více respondentůjevilo uzavřenými (*tabulka 5*).

Tabulka 5: Rozložení skóre otevřenosti ke zkušenosti u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná otevřenost	3	4%
Průměrná otevřenost	66	86%
Podprůměrná otevřenost	8	10%

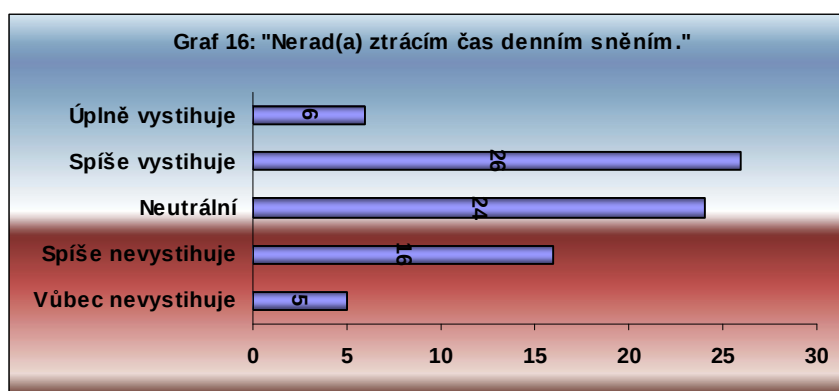
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15 znázorňuje rozložení skóre otevřenosti ke zkušenosti mezi respondenty. Nejvíce dotázaných vykazuje průměrnou míru otevřenosti ke zkušenosti, což představuje 66 respondentů (86%). Nízkou míru otevřenosti ke zkušenosti má 8 dotázaných (10%) a 3 respondenti (4%) vykazují nadprůměrnou míru otevřenosti ke zkušenosti.



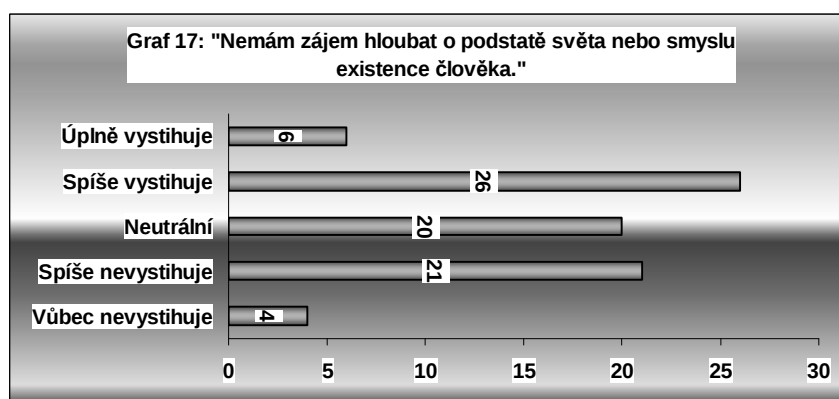
Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření otevřenosti ke zkušenosti. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon k otevřenosti mezi respondenty. *Graf 16* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi na otázku „Nerada(a) ztrácím čas denním sněním.“, kdy nejvíce odpověděli spíše vystihuje, což představuje 26 dotázaných (34%). 24 respondentů (31%) zvolilo neutrální odpověď a 16 dotázaných (21%) odpovědělo spíše nevystihuje. Odpověď úplně vystihuje uvedlo 6 respondentů (8%) a 5 dotázaných (6%) odpovědělo vůbec nevystihuje.



Zdroj: vlastní výzkum

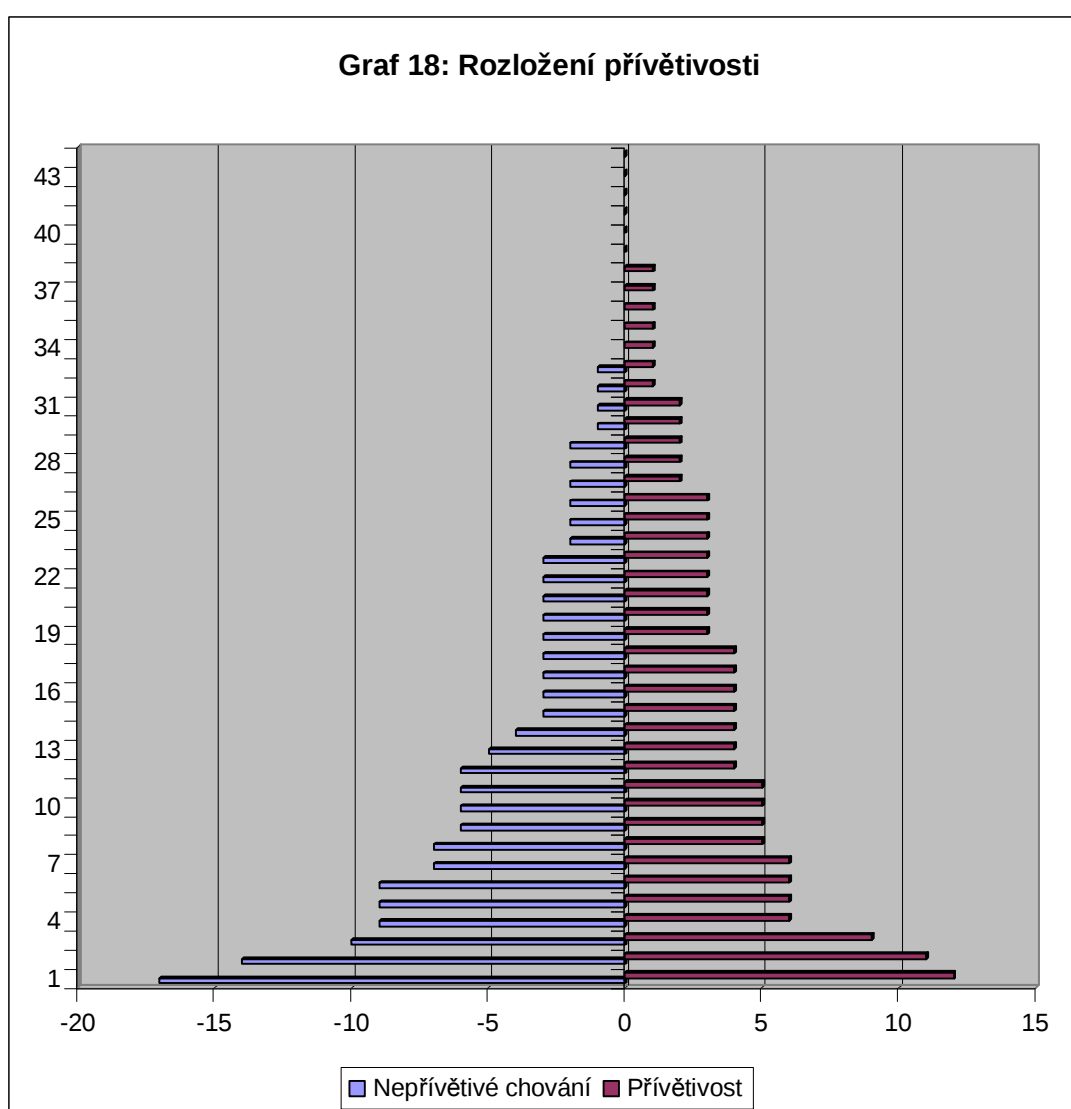
Graf 17 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Nemám zájem hloubat o podstatě světa nebo smyslu existence člověka.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 26 dotázaných (34%). 21 dotázaných (27%) odpovědělo spíše nevystihuje a 20 respondentů (26%) zvolilo neutrální odpověď. Odpověď úplně vystihuje zvolilo 6 dotázaných (8%) a odpověď vůbec nevystihuje uvedli 4 respondenti (5%).



Zdroj: vlastní výzkum

4.2.4. Výsledky k hypotéze H4

Graf 18 znázorňuje výsledné rozložení míry přívětivosti ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru přívětivosti než k nepřívětivému chování. Z toho vyplývá, že 44 respondentů vykazovalo spíše přívětivé chování a 33 dotázaných mělo hodnoty blízké k nepřívětivému způsobu chování.



Zdroj: vlastní výzkum

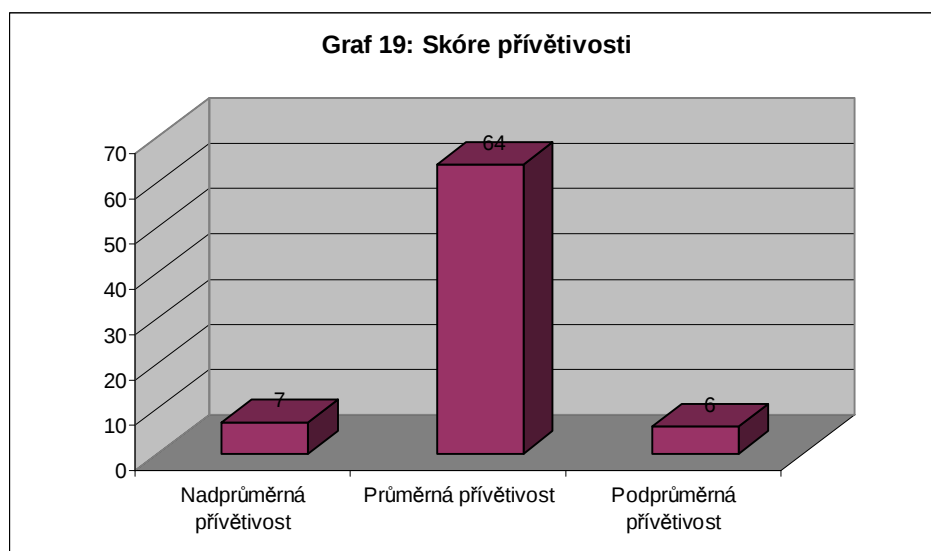
Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (zhruba 4/5) dotázaných s průměrným skóre přívětivého chování ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/5 dotázaných se vyznačovala typickými znaky přívětivého chování nebo opačným pólem – nepřívětivým chováním. Z 1/5 respondentů bylo ale více s přívětivým chováním (*tabulka 6*).

Tabulka 6: Rozložení skóre přívětivosti u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná přívětivost	7	9%
Průměrná přívětivost	64	83%
Podprůměrná přívětivost	6	8%

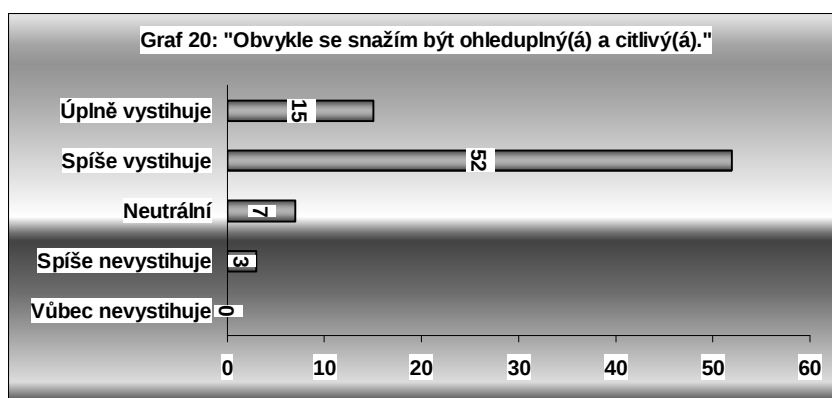
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 znázorňuje rozložení skóre přívětivého chování u respondentů. 64 dotázaných (83%) vykazovalo průměrnou hodnotu přívětivosti. 7 dotázaných (9%) mělo nadprůměrné hodnoty přívětivosti a 6 respondentů (8%) mělo podprůměrné hodnoty.



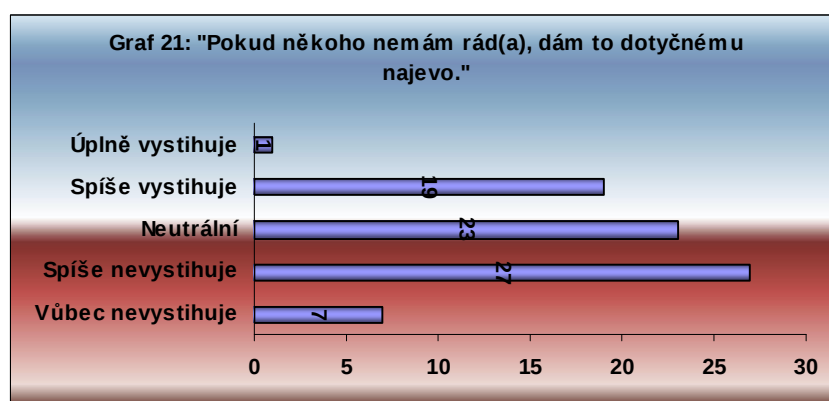
Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázky pocházejí z dotazníku Big Five a zaměřují se na měření přívětivosti. Vybranými otázkami se zjišťuje sklon k přívětivému chování mezi respondenty. *Graf 20* zachycuje potvrzení nebo vyvrácení výpovědi na otázku „Obvykle se snažím být ohleduplný(á) a citlivý(á).“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 52 dotázaných (68%). 15 respondentů (19%) odpovědělo úplně vystihuje a 7 respondentů (9%) zvolilo neutrální odpověď. 3 respondenti (4%) odpověděli spíše nevystihuje a odpověď vůbec nevystihuje nikdo nezvolil.



Zdroj: vlastní výzkum

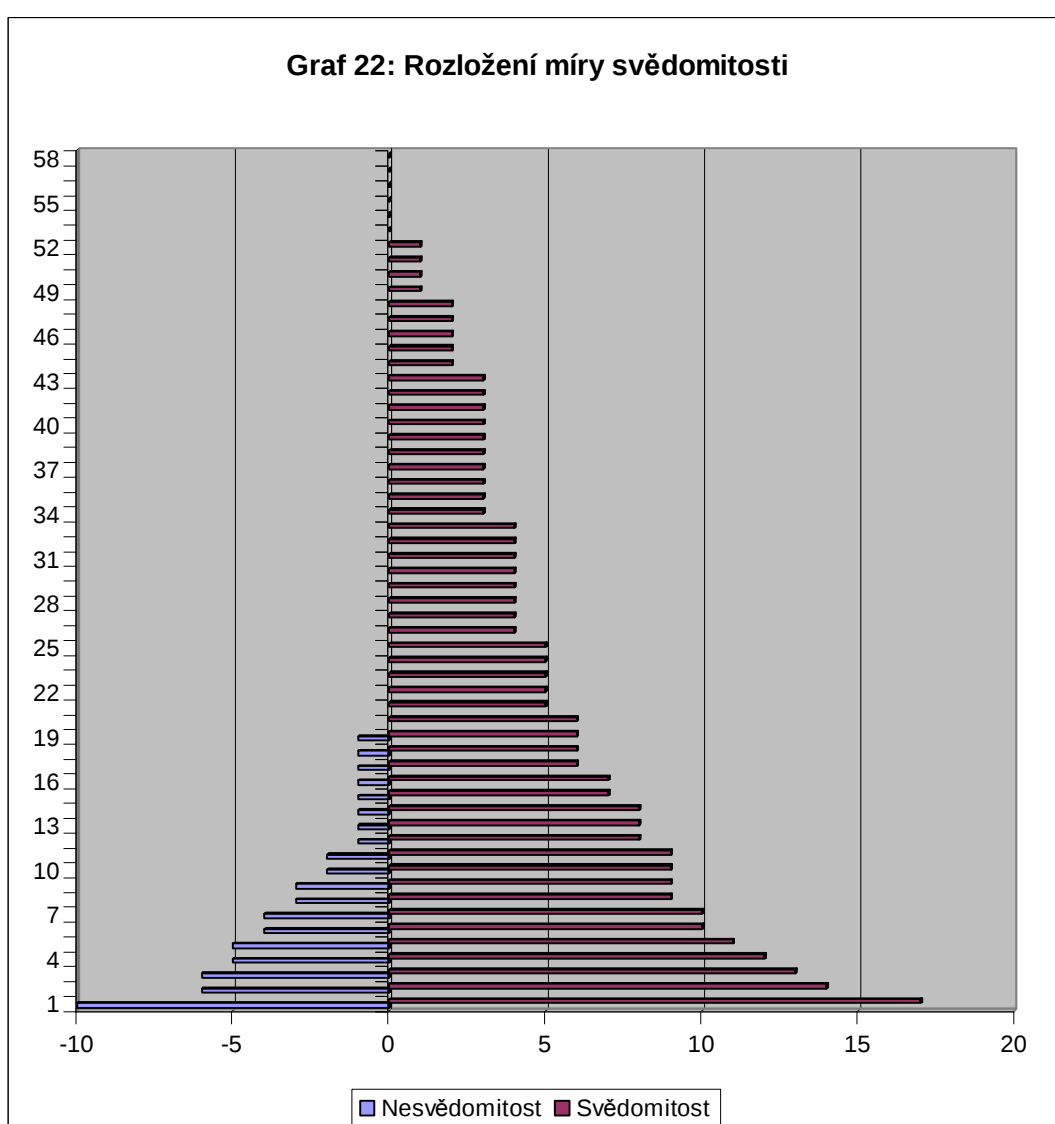
Graf 21 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Pokud někoho nemám rád(a), dám to dotyčnému najevo.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše nevystihuje, což představuje 27 dotázaných (35%). 23 dotázaných (30%) zvolilo neutrální odpověď a 19 respondentů (25%) uvedlo spíše vystihuje. Odpověď vůbec nevystihuje zvolilo 7 dotázaných (9%) a 1 respondent (1%) uvedl úplně vystihuje.



Zdroj: vlastní výzkum

4.2.5. Výsledky k hypotéze H5

Graf 22 znázorňuje výsledné rozložení míry svědomitosti ve srovnání s populačním průměrem. Z výsledku je patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru svědomitosti než k nesvědomitému chování. Z toho vyplývá, že 58 respondentů vykazovalo spíše svědomité chování a 19 dotázaných mělo hodnoty blízké k nesvědomitému způsobu chování.



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (zhruba 4/5) dotázaných s průměrným skóre svědomitého chování a to ve srovnání spopulačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/5 dotázaných se vyznačovala typickými znaky svědomitého chování nebo opačným pólem – nesvědomitým chováním. Z 1/5 respondentů bylo ale více se svědomitým chováním (*tabulka 7*).

Tabulka 7: Rozložení skóre svědomitosti u respondentů

	Počet respondentů	Procentuelní vyjádření
Nadprůměrná svědomitost	14	18%
Průměrná svědomitost	62	81%
Podprůměrná svědomitost	1	1%

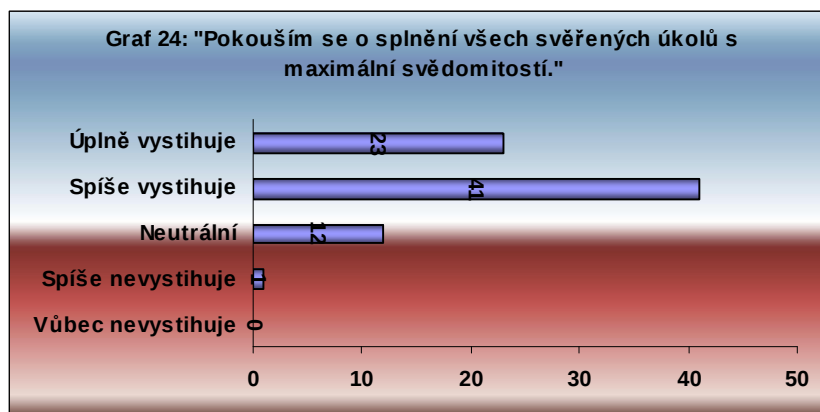
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 23 znázorňuje rozložení skóre svědomitosti mezi respondenty. 62 dotázaných (81%) mělo průměrnou hodnotu svědomitosti. 14 dotázaných (18%) bylo nadprůměrně svědomitých a 1 respondent (1%) vykazoval podprůměrnou svědomitost.



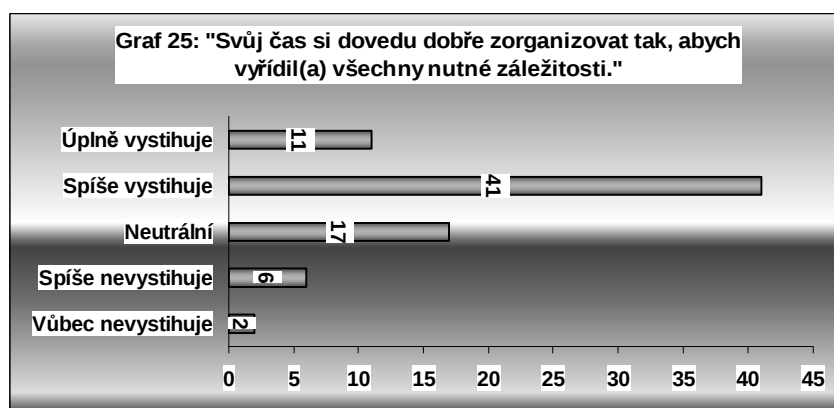
Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázky se zaměřují na měření svědomitosti. *Graf 24* zachycuje výpovědi na otázku „Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí.“ Nejvíce odpověděli spíše vystihuje, což představuje 41 dotázaných (53%). 23 respondentů (30%) odpovědělo úplně vystihuje a 12 dotázaných (16%) zvolilo neutrální odpověď. Odpověď spíše nevystihuje uvedl 1 respondent (1%) a odpověď vůbec nevystihuje nikdo nezvolil.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 25 znázorňuje výpovědi respondentů na otázku „Svůj čas si dovedu dobře zorganizovat tak, abych vyřídil(a) všechny nutné záležitosti.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 41 dotázaných (53%). 17 dotázaných (22%) zvolilo neutrální odpověď a 11 respondentů (14%) odpovědělo úplně vystihuje. Odpověď spíše nevystihuje zvolilo 6 dotázaných (8%) a odpověď vůbec nevystihuje uvedli 2 respondenti (3%).



Zdroj: vlastní výzkum

4.3. Výsledky k dotazníku PSB

Tabulka 8 popisuje položky dotazníku PSB pomocí hodnot, které vyjadřují průměrné zastoupení daného rysu osobnosti v celé společnosti. Dotazník PSB je tvořen těmito částmi: empatií, osobním distresem, morálními normami a altruismem.

Tabulka 8: Norma pro dotazník PSB

Komponenty PSB	Průměr	Směrodatná odchylka
Empatie	7	1,4
Osobní distres	2	0,5
Morální normy	8	1,3
Altruismus	4	0,5

Zdroj: vlastní výzkum

Výsledné hodnoty jednotlivých položek dotazníku PSB byly porovnány s normou pro dotazník PSB. Po srovnání je patrné, že respondenti vykazovali vysokou hladinu empatie ($7 < 7,8$) a odolnost k zátěži ($2 < 2,1$). Respondenti dále ukázali vysokou příslušnost k morálním normám ($8 < 8,9$) a průměrný altruismus ($4 < 4,2$) (tabulka 9).

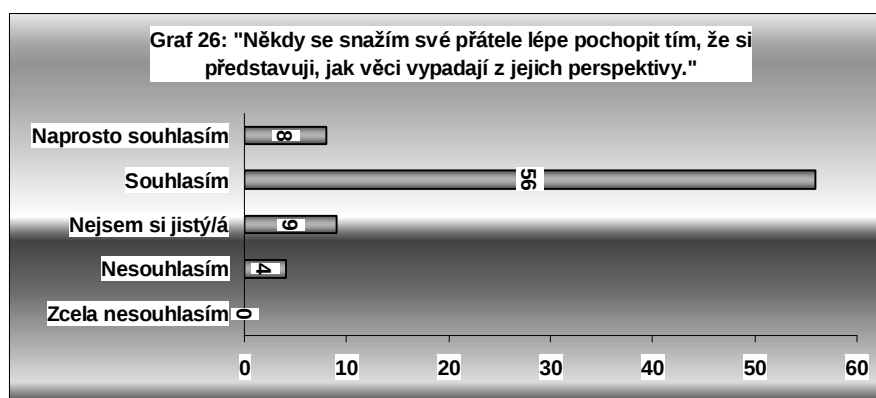
Tabulka 9: Výsledné hodnoty dotazníku PSB

Komponenty PSB	Průměr	Směrodatná odchylka
Empatie	7,8	1,2
Osobní distres	2,1	0,5
Morální normy	8,9	1,4
Altruismus	4,2	0,8

Zdroj: vlastní výzkum

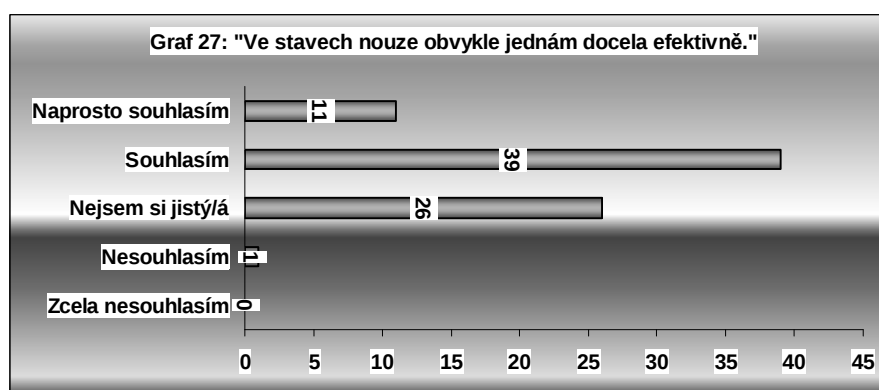
4.3.1. Výsledky k hypotéze H6

Následující otázka pochází z dotazníku PSB a zaměřuje se na měření hladiny empatie. *Graf 26* zachycuje výpovědi na otázku „Někdy se snažím své přátele lépe pochopit tím, že si představuji, jak věci vypadají z jejich perspektivy.“ Nejvíce odpovědělo souhlasím, což představuje 56 dotázaných (73%). 9 respondentů (12%) zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a 8 dotázaných (10%) odpovědělo naprosto souhlasím. Odpověď nesouhlasím zvolili 4 respondenti (5%) a odpověď zcela nesouhlasím nikdo nevybral.



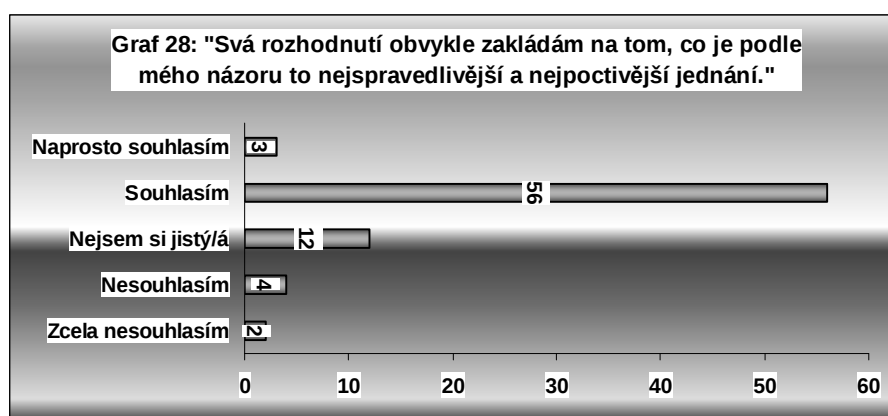
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 27 popisuje výpovědi na otázku „Ve stavech nouze obvykle jedním docela efektivně.“ Otázka se zaměřuje na měření hladiny odolnosti vůči zátěži. Nejvíce respondentů odpovědělo souhlasím a to 39 (51%). 26 dotázaných (34%) zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a 11 respondentů (14%) odpovědělo naprosto souhlasím. Odpověď nesouhlasím zvolil 1 respondent (1%) a odpověď zcela nesouhlasím nikdo nevybral.



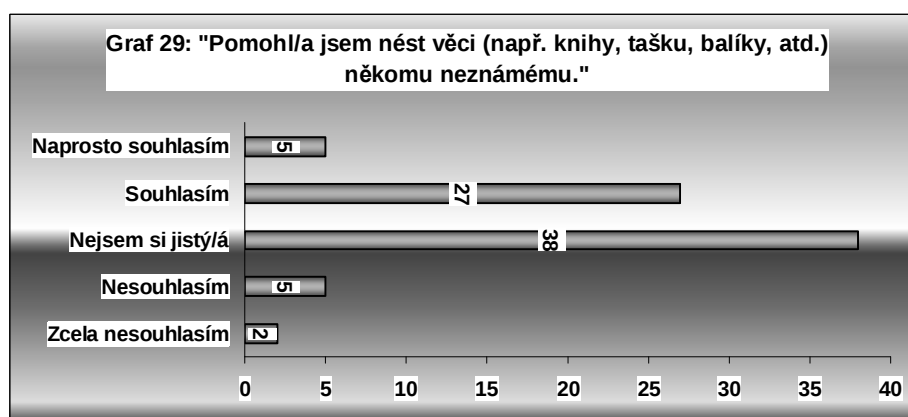
Zdroj: vlastní výzkum

Následující otázka pochází z dotazníku PSB a zaměřuje se na měření morálních norem. *Graf 28* zachycuje výpovědi na otázku „Svá rozhodnutí obvykle zakládám na tom, co je podle mého názoru to nejspravedlivější a nejpoctivější jednání.“ Nejvíce odpovědělo souhlasím, což představuje 56 dotázaných (72%). 12 respondentů (16%) zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a 4 respondenti (5%) odpověděli nesouhlasím. Odpověď naprosto nesouhlasím zvolili 3 dotázaní (4%) a 2 respondenti (3%) odpověděli zcela nesouhlasím.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 29 popisuje výpovědi na otázku „Pomohla jsem nést věci (např. knihy, tašku, balíky, atd.“ Otázka se zaměřuje na měření altruismu. Nejvíce respondentů zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a to 38 (50%). 27 respondentů (35%) odpovědělo souhlasím. 5 dotázaných (6%) zvolilo odpověď naprosto souhlasím a stejný počet dotázaných (6%) odpověděl nesouhlasím. 2 respondenti (3%) zcela nesouhlasili.



Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuse a interpretce

Cílem výzkumné práce bylo charakterizovat osobnost záchranářů, a to především z hlediska prosociálních tendencí. Cíl diplomové práce spočíval ve zjištění některých osobnostních charakteristik u vybraného souboru zdravotníků vykonávající nebo soustavně se připravující na profesi zdravotnických záchranářů v Jihočeském kraji. Výzkum byl proveden v prostředí Zdravotnických záchranných služeb Jihočeského kraje, na půdě Jihočeské univerzity a v chatě Horské služby Klet'. Zvolený výzkumný soubor byl složen z pracovníků Zdravotnické záchranné služby, ze 4 pracovníků HS Klet' a z 12ti studentů oboru Zdravotnický záchranář. Samotnému dotazování předcházela dopis žádající o spolupráci k výzkumu. Všichni respondenti byli přesně instruováni a poučeni o anonymitě výzkumu a o výzkumném účelu dotazníkové metody. Výzkum měl povahu kvantitativní metody a byl proveden formou dotazníkového šetření za přispění dvou psychodiagnostických metod.

Psychodiagnostické osobnostní dotazníky jsou založeny na subjektivní výpovědi vyšetřované osoby o jejích vlastnostech, citech, postojích, názorech, způsobu reagování v nejrůznějších situacích atd. (24). Odpovědi se obvykle sčítají pomocí bodového systému a z těchto součtů (tzv. hrubých skóre) vychází pak další zpracování (20). Záchranáři měli za úkol označit odpovědi, které podle jejich názoru nejlépe vystihují zkoumaný znak. Jednalo se o metodu nepřímého posouzení, neboť v dotazníku se neobjevovaly otázky přímo na osobnostní rys, ale respondenti pouze popisovali své chování v určitých situacích.

Ze dvou psychodiagnostických metod byl použit standardizovaný dotazník Big Five a nestandardizovaný dotazník PSB. Dotazník Big Five byl pro českou populaci standardizován M. Hřebíčkovou a T. Urbánkem. Dotazník měří pět obecných dimenzí, z nichž každá zahrnuje 12 otázek na pětibodové škále. Pět obecných dimenzí osobnosti tvoří faktor neuroticismu (lability), faktor extroverze - introverze, faktor otevřenosti ke zkušenosti, faktor přívětivosti a faktor svědomitosti. Dotazník PSB neboli Inventář prosociální osobnosti tvoří 30 položek, které zkoumají specifické osobnostní komponenty ve smyslu tendence myslet, cítit a chovat se prosociálním způsobem.

Měření bylo založené na výpovědi dotazovaného o vlastní osobě tak, že vybíral odpovídající bod na pětibodové Likertově stupnici sahající od 1 (vyjadřuje silný nesouhlas) do 5 bodů (silný souhlas). Komponenty PSB tvoří: empatie, osobní distres, morální usuzování a subjektem uváděný altruismus.

Výzkumný soubor byl složen ze 77 respondentů a zahrnoval 41 žen (53%) a 36 mužů (47%) (*graf 1*). Z hlediska rozložení pohlaví, pracujících ve střediscích ZZS, je celkový poměr mužů záchranářů k ženám 3:1. Je prokázáno, že v nouzových situacích pomáhají více muži než ženy. Například ve studii provedené Paliavinem v New Yorku, bylo potenciálních pomáhajících mužů 60% a z toho 90% pomoc poskytlo. Tyto čísla jsou pak v souladu se současným výzkumným trendem, že více nápomocní jsou v pohotovostních situacích muži než ženy (**3**).

Průměrný věk respondentů znázorňuje *graf 2*. Nejvíce dotázaných, a to 23, bylo ve věku 26 až 30 let. V rozmezí mezi 20ti až 25ti lety se nacházelo 21 respondentů. Věku 31 až 35 let dosáhlo 12 respondentů. Ve věku 36 až 40 let se nacházelo 5 respondentů. Věkové rozmezí 51 až 55 let bylo příznačné pro 4 respondenty. Nejméně byli zastoupeni respondenti ve věku 46 až 50 let, a to 2 dotázaní.

Výzkum se dále zabýval pracovním zařazením respondentů. Nejvíce respondentů pracovalo jako zdravotničtí záchranáři a to celkově 47 (61%). Studentů bylo 12 (16%). Řidiči záchranných vozů tvořili skupinu 9ti respondentů (12%). Nejmenší zastoupení měli operátoři a lékaři. Operátorů bylo 5 (6%) a lékařů 4 (5%) (*graf 3*). Výsledné zastoupení respondentů, a to především lékařů a středních zdravotnických pracovníků, je shodné s profesním obsazením ZZS v Jihočeském kraji. Výroční zpráva ZZS Jihočeského kraje za rok 2008 ukazuje, že z celkového počtu 468 zaměstnanců ZZS Jihočeského kraje bylo v uplynulém roce nejvíce zaměstnáno středních zdravotnických pracovníků, což představuje 219 osob (47%). Nižších zdravotnických pracovníků bylo 165 (35%) a lékaři tvořili malou část 39 pracovníků (8%) (**30**).

V dotazníkovém šetření jsem zjišťovala i počet let praxe na pracovišti. Největší počet respondentů, a to celkově 15 (20%), mělo praxi 10 až 12 let. 13 respondentů (17%) pracovalo v oboru 4 roky až 6 let. 12 dotázaných (16%)

se nacházelo bez praxe a 11 dotázaných (14%) mělo praxi 1 až 3 roky. Praxi 7 až 9 let mělo 10 respondentů (13%). 6 respondentů (8%) pracovalo v oboru 16 až 18 let. 5 respondentů (6%) mělo praxi 13 až 15 let. Praxi 19 let a více mělo 5 dotázaných (6%) (*graf 4*).

Graf 5 znázorňuje počet respondentů z hlediska místa výkonu práce. Nejvíce respondentů pracovalo ve městě České Budějovice a to 22 (%). Pro 10 dotázaných (13%) bylo místo výkonu práce město Jindřichův Hradec. 10 respondentů (13%) pracovalo ve městě Dačice a dalších 10 dotázaných (13%) vykonávalo práci v Českém Krumlově. 8 respondentů (10%) bylo zaměstnáno ve Strakoniciích a 7 dotázaných (9%) pracovalo v Prachaticích. V Týně nad Vltavou se nacházelo 6 respondentů (8%) a 4 respondenti (5%) pracovali v HS Klet'.

Diskuse k hypotéze H1

Svoji výzkumnou práci jsem zaměřila na profesi, kterou řadíme mezi tzv. pomáhající profese. Kopřiva uvádí taková povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. Jedná se o následující povolání: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky a psychologové **(13)**. Podle Mlčáka a Kubicové by se pracovníci v pomáhajících profesích neměli zaměřovat pouze na poskytování svých služeb, ale při jednání s klientem používat i základní a historicky ověřené principy prosociálního chování, altruismu, afiliace a empatie **(16)**.

Ve své diplomové práci se věnuji tématu prosociálního chování, empatie a některým osobnostním dimenzím u záchranářů. Většina odborníků se shoduje na tom, že prosociální chování je důležitým předpokladem pro zdárný výkon pomáhajících profesí. Přesto výzkum v této oblasti zaostává a není možné získat větší množství prověřených poznatků, které by se blíže zabývaly touto problematikou.

Pro výzkumnou část jsem sestavila několik hypotéz. Při výzkumu se vycházelo z předpokladu, že struktura osobnosti u záchranářů se vyznačuje určitými společnými znaky. Tyto předpoklady byly formulovány i v hypotézách této práce a jejich pravdivost ověřována na vybraném souboru. Mlčák uvádí, že v sociální práci, ale i v jiných příbuzných pomáhajících profesích se do profesních kompetencí komplexně promítá

celá osobnost pracovníka se všemi významnými složkami jako jsou např. poznávání, temperament, charakter, motivace, vůle či sebepojetí (33).

Výzkum byl proveden psychodiagnostickými metodami, které se zaměřují na zkoumání základních dimenzí nebo faktorů osobnosti. Jako první faktor, který se zkoumal, byl faktor neuroticismu (lability). Z výsledků bylo patrné, že převážná část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké faktoru stability. Z toho vyplývá, že 41 respondentů mělo hodnoty opačné k faktoru neuroticismu – tedy stabilitu a 36 dotázaných vykazovalo hodnoty blízké k faktoru lability (*graf 6*). Z celkového počtu respondentů zhruba 3/4 (58 dotázaných) vykazovaly průměrné skóre neuroticismu ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/4 (19 dotázaných) se vyznačovala typickými znaky neuroticismu nebo opačným pólem – stabilitou. Z 19 dotázaných bylo 12 stabilních a 7 neurotických (*tabulka 3*).

12 záchranářů se nenechá snadno vyvést z míry a reaguje méně emocionálně. Mají tendenci být citově chladní, emocionálně stabilní a odolní proti negativním emocím (4). Posádka zdravotnické záchranné služby se při své práci často setkává s negativními emocemi a stresem, neboť denně posádky ZZS řeší zdravotní i sociální krize v domácnostech, na pracovištích, na silnicích při dopravních nehodách, při násilných činech i na veřejných prostranstvích (27). Dovolím si poznamenat, že profese zdravotnického záchranáře je velmi náročná a vyžaduje určitý stupeň odolnosti vůči negativním emocím. Sklon ke stabilitě vystihují i odpovědi na otázku: „Pokud jsem vystaven(a) velkému stresu, mám občas pocit, že se zhroutím.“ Nejvíce respondentů, tedy 33 (44%) odpovědělo spíše nevystihuje. 20 respondentů (26%) uvedlo neutrální odpověď a 15 (19%) dotázaných zvolilo odpověď vůbec nevystihuje. 5 respondentů (6%) uvedlo odpověď spíše vystihuje a 4 dotázaní (5%) uvedli odpověď úplně vystihuje.

Zbývajících 7 respondentů s vysokým skóre lability inklinují k duševnímu vyčerpání, k nerealistickým ideálům. Dále se u nich projevuje sklon k obavám a strachu z toho, jak vše dopadne. Snadno podléhají depresi a ve stresu jednají iracionálně (18, 20). Jak ukazují poslední výzkumy syndromu burn-out, existuje souvislost mezi

hardiness (tvrdość, nepoddajnosť) a syndromem vyhoření – ti, kteří mají hardiness nižší, snadněji vyhoří (14). Psychická odolnost ve smyslu "hardiness" je pokládána za charakteristiku, u které je předpokládána schopnost absorbování dopadů stresových událostí na zdravotní stav člověka (26).

Hypotéza H1 byla potvrzena. Dotazovaní vykazovali nižší hladinu úzkostnosti, ve srovnání s populačním průměrem.

Diskuse k hypotéze H2

Jako další faktor, který se zkoumal u respondentů, byl faktor extroverze – introverze. Z výsledků bylo patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru introverze než extroverze. Z toho vyplývá, že 45 respondentů vykazovalo spíše introvertní znaky a 32 dotázaných mělo hodnoty blízké faktoru extroverze (*graf 10*). Z celkového počtu respondentů byla více než polovina dotázaných (62 respondentů) s průměrným skóre extroverze ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/5 (15 dotázaných) se vyznačovala typickými znaky extroverze nebo opačným pólem – introverzí. Z 15ti respondentů se 9 jevílo introvertními a 6 dotázaných bylo extrovertními typy (*tabulka 4*).

9 respondentů jsou opatrní a tišší lidé s malou závislostí na sociálním světě. Nízké sociální zapojení lze vykládat i jako stud nebo deprese. Introverti jednoduše nepotřebují tolik stimulace jako extroverti a raději bývají sami (4). Tuto charakteristiku introvertů potvrzují i výsledky odpovědí na otázku „Raději bývám sám (sama) než ve společnosti.“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 34 dotázaných (45%). 15 respondentů (19%) zvolilo neutrální odpověď a 12 (16%) odpovědělo úplně vystihuje. 11 respondentů (14%) odpovědělo spíše nevystihuje a 5 dotázaných (6%) vypovědělo vůbec nevystihuje (*graf 13*). Fendrichová, ve svém výzkumu prosociálního chování u Policie ČR a Horské služby, dospěla k podobným výsledkům. Oba soubory dosahovaly průměrné hodnoty extroverze (6).

6 respondentů jsou aktivní, energické osobnosti s důrazným sklonem k sebeprosazování až k panovačnosti. Mají sklon vyhledávat vzrušující smyslové

podněty a zážitky. Dále u nich převažují pozitivní city, optimismus a životní štěstí (20). Baštecká uvádí, že záchranáři jsou většinou vysoce extrovertní a úkolově zaměřené osobnosti s vůdcovskými rysy, ale i s výraznou schopností práce ve stabilně vytvářených týmech (2).

Hypotéza H2 byla vyvrácena. Mezi dotazovanými nebyl větší počet „silných“ extrovertů ve srovnání s populačním průměrem. Mezi dotazovanými byl větší počet introvertů než extrovertů.

Diskuse k hypotéze H3

Další faktor, který byl zkoumán, byl faktor otevřenosti ke zkušenosti. Z výsledku bylo patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty opačné k faktoru otevřenosti. Z toho vyplývá, že 51 dotázaných mělo hodnoty blízké uzavřenosti a 26 respondentů vykazovalo spíše otevřenost ke zkušenosti (*graf 14*). Z celkového počtu respondentů se zhruba 4/5 (66 dotázaných) řadí do průměrného skóre otevřenosti ke zkušenosti ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývajících 1/5 (11 dotázaných) se vyznačovala typickými znaky otevřenosti nebo opačným pólem – uzavřeností. Z 11 respondentů 8 vykazovalo uzavřenost a 3 byli otevření ke zkušenosti (*tabulka 5*).

Tito respondenti s uzavřeným myšlením jsou lidé konvenční, přízemní, neanalytičtí a neumělečtí (15). Uzavření lidé dávají přednost rodině před jiným způsobem života. Jsou tak konzervativní a odolní vůči jakékoli změně (4). Tuto charakteristiku uzavřených lidí potvrzují i výsledky odpovědí na otázku „Nerada(a) ztrácím čas denním sněním.“, kdy nejvíce odpověděli spíše vystihuje, což představuje 26 dotázaných (34%). 24 respondentů (31%) zvolilo neutrální odpověď a 16 dotázaných (21%) odpovědělo spíše nevystihuje. Odpověď úplně vystihuje uvedlo 6 respondentů (8%) a 5 dotázaných (6%) odpovědělo vůbec nevystihuje (*graf 16*). Výzkum Fendrichové dosahoval shodných výsledků. Sledované soubory Policie ČR a Horské služby se také vyznačovaly podprůměrnými hodnotami otevřenosti ke zkušenosti (6). Výzkum ukazuje, že „uzavřené myšlení“ lépe vyhovuje těm, kteří jsou zaměstnáni v oblasti obchodu nebo služeb, u policie apod. (4).

3 dotázaní s vysokým skórem otevřenosti ke zkušenosti jsou všestranní, originální, tvořiví a pokrokoví (4).

Hypotéza H3 byla vyvrácena. Dotazovaní nevykazovali vyšší míru otevřenosti ke zkušenosti ve smyslu menší intelektuální zvědavosti a citlivosti ve srovnání s populačním průměrem. Dotazovaní vykazovali nižší míru otevřenosti ke zkušenosti.

Diskuse k hypotéze H4

Dále byl pro výzkum zkoumán faktor přívětivého chování. Z výsledku bylo patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru přívětivosti než k nepřívětivému chování. Z toho vyplývá, že 44 respondentů vykazovalo spíše přívětivé chování a 33 dotázaných mělo hodnoty blízké k nepřívětivému způsobu chování (*graf 18*). Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (64 dotázaných) s průměrným skóre přívětivého chování ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/5 (13 dotázaných) se vyznačovala typickými znaky přívětivého chování nebo opačným pólem – nepřívětivým chováním. Ze 13 respondentů bylo 7 s přívětivým chováním a 6 se znaky nepřívětivého chování (*tabulka 6*).

7 respondentů s vysokým skórem přívětivosti mají sklon důvěřovat druhým, jednat čestně a upřímně. Objevuje se u nich altruismus, štedrá velkorysost a ohleduplnost. Rádi pomáhají ostatním, jsou starostliví a prožívají soucit a sympatie k druhým. Mají sklon raději spolupracovat než soutěžit (20). Přívětivé chování vystihují odpovědi respondentů na otázku „Obvykle se snažím být ohleduplný(á) a citlivý(á).“ Nejvíce respondentů odpovědělo spíše vystihuje, což představuje 52 dotázaných (68%). 15 respondentů (19%) odpovědělo úplně vystihuje a 7 respondentů (9%) zvolilo neutrální odpověď. 3 respondenti (4%) odpověděli spíše nevystihuje a odpověď vůbec nevystihuje nikdo nezvolil (*graf 20*). Vysokého skóru přívětivosti naměřila i Fendrichová u Policie ČR a Horské služby (6). Výzkum Mlčáka a Záškodné došel k podobným hodnotám přívětivosti u souboru sociálních pracovníků a vychovatelek (17).

Naopak nepřívětiví lidé jsou neohledupní a neradi se obětují pro ostatní. Někdy bývají skeptičtí v hodnocení motivace ostatních, a proto bývají podezřívaví a nespolupracující (4).

Hypotéza H4 byla potvrzena. Dotazovaní vykazovali vyšší hladinu přívětivosti, ve smyslu ohledupnosti, přátelskosti, štědrosti a ochotě pomoci ostatním ve srovnání s populačním průměrem.

Diskuse k hypotéze H5

Jako poslední z faktorů Big Five se zkoumal faktor svědomitého chování. Z výsledků bylo patrné, že větší část respondentů měla po srovnání s populačním průměrem hodnoty blízké k faktoru svědomitosti než k nesvědomitému chování. Z toho vyplývá, že 58 respondentů vykazovalo spíše svědomité chování a 19 dotázaných mělo hodnoty blízké k nesvědomitému způsobu chování (*graf 22*). Z celkového počtu respondentů byla více než polovina (62 dotázaných) s průměrným skóre svědomitého chování a to ve srovnání s populačním průměrem a s použitím směrodatné odchylky. Zbývající 1/5 (15 dotázaných) se vyznačovala typickými znaky svědomitého chování nebo opačným pólem – nesvědomitým chováním. Z 5ti respondentů bylo 14 respondentů se svědomitým chováním a 1 dotázaný projevoval znaky nesvědomitého chování (*tabulka 7*).

Osoby s vysokým skóre svědomitosti jsou vždy připravené a ochotné efektivně řešit úkoly. Jsou pořádkumilovní a mají schopnost postupovat organizovaně a metodicky. Vyskytuje se u nich disciplinovaná vytrvalost a schopnost odolávat rušivým vlivům. Jsou rozvážní a promýšlejí věci dopředu. Nemají problém s dodržováním pravidel a plněním povinností (20). Svědomitost patří bezpochyby mezi nejdůležitější požadavky profese zdravotnický záchranář. Při provádění záchrany osob musí záchranář postupovat rychle, energicky, ale zároveň s rozvahou. Sebevědomé vystupování při záchrane spolu s perfektní znalostí ovládaných technických prostředků určených k záchrane, včetně taktiky záchrany, to vše působí na zachraňované osoby velice pozitivně a hlavně uklidňujícím dojmem. Svědomité chování zachycují výpovědi na otázku „Pokouším se o splnění všech svěřených úkolů s maximální svědomitostí.“

Nejvíce odpověděli spíše vystihuje, což představuje 41 dotázaných (53%). 23 respondentů (30%) odpovědělo úplně vystihuje a 12 dotázaných (16%) zvolilo neutrální odpověď. Odpověď spíše nevystihuje uvedl 1 respondent (1%) a odpověď vůbec nevystihuje nikdo nezvolil (*graf 24*).

Nesvědomití jedinci mohou být kritizováni za svou nespolehlivost a nedostatek ambicí. Ale oproti vysoce svědomitým jedincům se umějí radovat a těšit, nebudou nikdy označeni za nudné a zkostnatělé (**4**).

Hypotéza H5 byla potvrzena. Respondenti vykazovali vyšší skóry svědomitosti, jsou stabilnější a více odolní ve srovnání s populačním průměrem.

Diskuse k hypotéze H6

Dotazník PSB se vztahoval k měření prosociálního chování. Výsledné hodnoty jednotlivých položek dotazníku PSB byly porovnány s normou pro dotazník PSB. Po srovnání bylo patrné, že respondenti vykazovali vysokou hladinu empatie a odolnost k zátěži. Respondenti dále ukázali vysokou příslušnost k morálním normám a průměrný altruismus (*tabulka 8,9*).

Mnoho odborníků se shoduje na tom, že empatie patří vůbec k nejvýznamnějším schopnostem při práci s klientem v pomáhajících profesích (**15**). Hladinu empatie zachycují výpovědi na otázku „Někdy se snažím své přátele pochopit tím, že si představuji, jak věci vypadají z jejich perspektivy.“ Nejvíce odpovědělo souhlasím, což představuje 56 dotázaných (73%). 9 respondentů (12%) zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a 8 dotázaných (10%) odpovědělo naprosto souhlasím. Odpověď nesouhlasím zvolili 4 respondenti (5%) a odpověď zcela nesouhlasím nikdo nevybral (*graf 26*). Osoby s vysokou schopností empatie jsou více citliví vůči mentálním stavům druhých. Empatie představuje základní podmínku pro sociální komunikaci a interakci mezi lidmi (**17**). Dovoluji si poznamenat, že profese zdravotnický záchranář je náročná i v oblasti komunikace. Záchranáři se často dostávají do situací, kdy lidé kolem postiženého se nachází často pod vlivem silných emocí a jejich jednání nelze jasně předpovídat. Proto záchranář s vysokým skórem empatie si dovede lépe poradit s těmito neobvyklými situacemi. Kocmichová, ve svém výzkumu prosociálního chování

u zdravotních sester, dospěla k podobným výsledkům. Zdravotní sestry vykazovaly vyšší míru empatie než ženy, které nepracovaly v pomáhajících profesích **(11)**. Bierhoff s kolegy Oliner a Oliner došli k závěru, že lidé, kteří druhým pomáhají, se vyznačují intenzivnější empatií než ti, kteří nepomáhají **(3)**.

Hladina odolnosti vůči zátěži byla měřena pomocí výpovědí na otázku „Ve stavech nouze obvykle jedním efektivně.“ Nejvíce respondentů odpovědělo souhlasím a to 39 (51%). 26 dotázaných (34%) zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a 11 respondentů (14%) odpovědělo naprosto souhlasím. Odpověď nesouhlasím zvolil 1 respondent (1%) a odpověď zcela nesouhlasím nikdo nevybral (*graf 27*). Jelikož záchranáři se ocitají i v situacích, které nemohou vlastními silami a prostředky vyřešit, jsou vždy nuceni jednat efektivně a v případě nouze použít méně známé alternativní řešení.

Příslušnost k morálním normám zachycují výpovědi na otázku „Svá rozhodnutí obvykle zakládám na tom, co je podle mého názoru to nejspravedlivější a nejpoctivější jednání.“ Nejvíce odpovědělo souhlasím, což představuje 56 dotázaných (72%). 12 respondentů (16%) zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a 4 respondenti (5%) odpověděli nesouhlasím. Odpověď naprosto nesouhlasím zvolili 3 dotázaní (4%) a 2 respondenti (3%) odpověděli zcela nesouhlasím (*graf 28*). Záchranáři mají schopnost uvažovat a jednat mravně. Tito jedinci dokáží analyzovat, rozumět a empatizovat s druhými **(15)**

Altruismus měří výpovědi na otázku „Pomohla jsem nést věci (např. knihy, tašku, balíky, atd.“ Nejvíce respondentů zvolilo odpověď nejsem si jistý/á a to 38 (50%). 27 respondentů (35%) odpovědělo souhlasím. 5 dotázaných (6%) zvolilo odpověď naprosto souhlasím a stejný počet dotázaných (6%) odpověděl nesouhlasím. 2 respondenti (3%) zcela nesouhlasili (*graf 29*). Baštecká uvádí, že osobnost záchranáře se vyznačuje výraznou potřebou obětování a pomáhání bližnímu jedinci v jeho těžké životní situaci **(2)**.

Hypotéza H6 byla potvrzena. Dotazovaní vykazovali vyšší skóre prosociálního chování ve smyslu vyšší empatie, morálního usuzování, osobního distresu a altruismu ve srovnání s tabulkovými hodnotami odpovídajícími normě (PBS).

6. Závěr

Práce si kladla za cíl zjištění některých osobnostních charakteristik u vybraného souboru zdravotníků vykonávající nebo soustavně se připravující na profesi zdravotnických záchranářů v Jihočeském kraji. Na základě výzkumného šetření, které bylo provedeno ve střediscích ZZS Jihočeského kraje a na Jihočeské univerzitě, byly tyto charakteristiky zjištěny a následně blíže popsány. Cíl práce byl splněn.

Hypotéza H1, která předpokládala nižší hladinu úzkostnosti, ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Hypotéza H2, která tvrdila, že mezi dotazovanými je větší počet „silných“ extrovertů než introvertů, ve srovnání s populačním průměrem, byla vyvrácena.

Hypotéza H3, která předpokládala, že dotazovaní vykazují vyšší míru otevřenosti ke zkušenosti ve smyslu větší intelektuální zvědavosti a citlivosti, ve srovnání s populačním průměrem, byla vyvrácena.

Hypotéza H4, která vycházela z předpokladu, že dotazovaní vykazují vyšší hladinu přívětivosti, ve smyslu ohleduplnosti, přátelskosti, štedrosti a ochotě pomoci ostatním, ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Hypotéza H5, která tvrdila, že respondenti vykazují vyšší skóre svědomitosti, ve srovnání s populačním průměrem, byla potvrzena.

Hypotéza H6, která předpokládala, že respondenti vykazují vyšší skóre prosociálního chování ve smyslu vyšší empatie, morálního usuzování, osobního distresu a altruismu, ve srovnání s tabulkovými hodnotami odpovídajícími normě (PSB), byla potvrzena.

Na pracovníky pomáhajících profesí je kladeno nemálo požadavků. Z výzkumů vyplývá, že mezi schopnosti, potřebné pro zdárný výkon pomáhající profese, patří bezpochyby schopnost chovat se prosociálním způsobem. Pokud tedy porozumíme těmto předpokladům, kterými by se pomáhající profesionálové měli vyznačovat, jsme schopni si toto uvědomovat a zlepšovat tak kvalitu jejich práce.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) ATKINSON, R. *Psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 752 s. ISBN 80-7178-640-3.
- 2) BAŠTECKÁ, B. a kol. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 299 s. ISBN 80-247-0708-X.
- 3) BIERHOFF, H. *Prosocial Behavior*. 1. vyd. Hove: Psychology Press, 2002. 385 s. ISBN 0-86377-774-0.
- 4) *Big Five personality traits* [online]. Poslední aktualizace 27.7.2009. [cit. 2009-07-29]. Dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/Big_Five_personality_traits>.
- 5) ERTLOVÁ, F. – MUCHA, J. a kol. *Přednemocniční neodkladná péče*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 368 s. ISBN 80-7013-379-1.
- 6) FENDRICHOVÁ, B. *Klíčové zdroje prosociálního chování - srovnání skupiny policistů a záchranářů Horské služby*. České Budějovice, 2007. 61 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře Psychologie a speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Helena Zášková.
- 7) HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- 8) HASS, A. *Morální inteligence*. 1. vyd. Praha: Columbus, 1999. 152 s. ISBN 80-7249-010-9.
- 9) HEWSTONE, M. – STROEBE, W. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 776 s. ISBN 80-7367-092-5.
- 10) KASSIN, S. *Psychologie*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2007. 771 s. ISBN 978-80-251-1716-3.
- 11) KOČMICOVÁ, K. *Prosociální chování u zdravotních sester*. České Budějovice, 2007. 95 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity na katedře Psychologie a speciální pedagogiky. Vedoucí bakalářské práce Helena Zášková.

- 12) *Kompetence posádek RZP* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2009-03-10]. Dostupné z: <<http://www.zzsjk.cz/cb/kompetence.htm>>.
- 13) KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- 14) KOUDELKA, O. *Syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnické záchranné služby*. [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2009-07-31]. Dostupné z: <http://zachrana.patekolo.org/wp-content/burnsyndrom_report.pdf>.
- 15) MLČÁK, Z. *Profesionální kompetence sociálních pracovníků a jejich hodnocení klienty*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 351 s. ISBN 80-7368-129-3.
- 16) MLČÁK, Z. – KUBICOVÁ, A. K pojetí klienta v sociální práci: Manažerismus nebo humanistický přístup? In: Smutek, M., Kappl, M. (Eds.) *Proměny klienta služeb sociální práce/Social Work Client Metamorphoses*. Hradec Králové: Gaudemus, 2006. 410-416 s. ISBN 80-7041-7161.
- 17) MLČÁK, Z. - ZÁŠKODNÁ, H. Analýza vztahu mezi prosociálními tendencemi, empatií a pětifaktorovým modelem osobnosti u studentek pomáhajících oborů. *Kontakt*. 2006, roč. 2, 316-328 s. ISSN 1212-4117.
- 18) MLČÁK, Z. Strukturální aspekty osobnosti, prosociální chování, empatie a afiliace u vysokoškolských studentů pomáhajících a technických oborů In: kolektiv autorů. *Filozofie, psychologie, sociologie č.13: Osobnost v kontextu prosociálního chování a zátěžové odolnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008. 1-23 s. ISBN 978-80-7368-532-4.
- 19) NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2000. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- 20) ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 196 s. ISBN 978-80-247-1174-4.
- 21) SCHULTZE, R. – ROBERTS, D. R. *Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7367-229-4.

- 22) SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. vyd. Brno: Barrister & Principál, 2004. 523 s. ISBN 80-86598-65-9.
- 23) *Stanovy HSČR* [online]. Poslední aktualizace 14.1.2008. [cit. 2009-07-28]. Dostupné z: <http://www.hscr.cz/attachments/01_Stanovy_3.pdf>.
- 24) SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999. 342 s. ISBN 80-7178-327-7.
- 25) ŠENOVSKÝ, M. – ADAMEC, V. – HANUŠKA, Z. *Integrovaný záchranný systém: management záchranných prací*. 1. vyd. Ostrava: Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, 2005. 157 s. ISBN 80-86634-55-8.
- 26) ŠOLCOVÁ, I. – KEBZA, V. Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie*. [cit. 2009-07-31]. Dostupné z: <<http://cspsyh.psu.cas.cz/result.php?from=43&to=43>>.
- 27) ŠTĚTINA, J. a kol. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 429 s. ISBN 80-7169-688-9.
- 28) *Trestní zákon* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2009-07-28]. Dostupné z: <<http://zakony-online.cz/?s10&q10=all>>.
- 29) VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- 30) *Výroční zpráva za rok 2008* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [cit. 2009-07-31]. Dostupné z: <<http://www.zzsck.cz/dokumenty/vzzzsck2008.pdf>>.
- 31) VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
- 32) *Zákon o péči o zdraví lidu* [online]. Poslední aktualizace 14.7.2009. [cit. 2009-07-28]. Dostupné z: <http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966_--_.php>.
- 33) ZÁŠKODNÁ, H. – KUBICOVÁ, A. Prosociální chování u pomáhajících profesí. *Kontakt*. 2008, roč. 1, 150-158 s. ISSN 1212-4117.

8. Klíčová slova

Big Five

Empatie

Pomáhající profese

Prosociální chování

Zdravotnický záchranář