



# FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ OCHOTU POSKYTNOUT PRVNÍ POMOC A JEJICH VYUŽITÍ PŘI VÝUCE PRVNÍ POMOCI

Factors Affecting Willingness  
to Provide First Aid and Their  
Use in Teaching First Aid

RADIM KUBA, [radim.kuba@natur.cuni.cz](mailto:radim.kuba@natur.cuni.cz), IVETA SEKERÁŠOVÁ, LENKA ROČKOVÁ, Katedra učitelství a didaktiky biologie, Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova

## Abstract

*The obligation to provide first aid is imposed on the citizens of the Czech Republic by legal norms. This is also why the teaching of first aid is included in the curriculum at different levels of education. Nevertheless, when first aid is needed, we find that it is not adequately provided. People's actions in each situation can be influenced by various factors. Many of those factors can lead to a decrease in willingness to help. According to professional studies, the most common inhibiting factors include the presence of danger, fear of infection, panic and stress, ignorance of the correct procedures, and general fear. However, most of such information is based on foreign research. This study's aim was to find out which factors are the most limiting for Czech citizens in regards to the provision of first aid. Based on the results of this study, it is possible to suggest the effectiveness of teaching first aid. The study was carried out through a questionnaire aimed at the Czech public (N=1594). The analysis of the results showed similar results to those found abroad that the most important factors in the Czech context are safety, the influence of emotions (e.g., disgust or fear), and insufficient knowledge of first aid procedures. We recommend that first aid courses focus on the factors that can reduce the willingness to provide first aid and that the recommendations of the European Resuscitation Council (Guidelines) are adhered to when teaching.*

## Klíčová slova

*první pomoc, výuka první pomoci, ochota pomáhat, bezpečnost, znechucení*

## Keywords

*first aid, first aid training, willingness to help, safety, disgust*

## TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### ÚVOD

Realizace výuky první pomoci je součástí Rámcových vzdělávacích programů jak pro základní, tak i středoškolské vzdělávání (MŠMT, 2017; MŠMT, 2021). Studie provedené v českém prostředí ukazují, že výuka první pomoci bývá nejčastěji realizována v přírodovědných předmětech přírodopis a chemie (logická návaznost na vzdělávací obsah a aktivity, jako jsou například laboratorní práce), v rámci tělesné výchovy (návaznost na zranění při sportu) či v předmětech typu výchova ke zdraví (Zvěřinová, 2019). I přes to se však v reálných situacích setkáváme s tím, že lidé často nejsou schopni poskytnout adekvátní první pomoc.

Poskytování první pomoci lze z odborného hlediska zařadit do problematiky prosociálního chování, které je popisováno jako soubor projevů a činností s cílem pomoci druhým (Manesi, Van Doesum, & Lange, 2017). Sem spadá i problematika altruismu, který je typický nezištnou ochotou pomoci ostatním, a to i nezřídkna na úkor vlastního organismu (Trivers, 1971). Z hlediska evolučních teorií (a přírodního výběru) by i přes to mělo být dané chování preferováno, neboť je z dlouhodobého hlediska přínosné (Radovanović, 2019). Příkladem může být tzv. reciproční altruismus (Dawkins, 1976), který staví na tom, že pomoc bude v budoucnu oplacena. Toto může být jedním z mechanismů i v případě poskytování první pomoci. Pomoc ostatním lidem je obecně značně závislá na tom, jestli bude následovat odměna nebo trest (Millon, Lerner, & Weiner, 2003). Z hlediska první pomo-

ci je logické, že v případě, že by zachránci hrozila penalizace za neadekvátní ošetření (tj. takové, které zraněné osobě nepomůže, či dokonce zhorší její stav), bude ochota pomáhat nižší. Odměnou může být třeba vděčnost či uznání ostatních (Bartlett & DeSteno, 2006). Někdy je při pomáhání důležité zvážit i další okolnosti. Pokud například někdo pomáhá tonoucí osobě přímo ve vodě, vystavuje se výraznému nebezpečí. V daném případě riskuje své zdraví a dochází k jeho ohrožení (Zášková & Mlčák, 2009) a tím i potenciálně ke snížení jeho fitness.

## FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ OCHOTU POSKYTNOUT PRVNÍ POMOC

Odborné studie ukazují, že existuje množství faktorů, důvodů a motivací, které jednání zachránce mohou ovlivnit, a tedy zvýšit či snížit ochotu pomoci. Hlavní z nich jsou podrobněji popsány v následujících odstavcích.

Na základě mnoha studií je jako jeden z nejdůležitějších faktorů uváděno nebezpečí, a to v různých formách (Petrić, Malički, Marković, & Meštrović, 2013). Může se jednat o mechanismus úrazu, kdy se zachránce zraní stejným způsobem jako zasažená osoba (např. o stejný nebezpečný předmět) či mohou být rizikové podmínky obecně (příkladem může být snaha pomoci osobě, která je pod vlivem alkoholu nebo je ozbrojená). Nebezpečí může představovat i ohrožení nákazou infekčního onemocnění, jako je HIV či hepatitida (Sefrin & Eckert, 2013). K přenosu těchto nemocí nejčastěji dochází prostřednictvím krve, zvratků apod. Proto se mnoha lidem dělá při pohledu na tyto situace nevolno a dochází k nástupu stresové reakce doprovázené emocemi, jako je zejména znechucení (odborně

„disgust“) (Adams, Brady, & Lohr, 2011). Z evolučního pohledu je vše součástí tzv. behaviorálního imunitního systému, který má za cíl ochránit zdraví jedince – pokud se nám udělá nevolno, vzdálíme se od dané situace, čímž snižujeme pravděpodobnost vlastní újmy (Haidt, Rozin, McCauley, & Imada, 1997). Limitujícími mohou být i další emoce – u zachránců se může objevit panika, bezmoc či netrpělivost (Riegel et al., 2006).

Mezi další významné faktory patří přítomnost tzv. efektu přihlížejícího (*bystander effect*) (Latane & Darley, 1968). Když se někde stane nějaká mimořádná situace, lidé okolo se zdají být pasivnější a mají nižší tendenci začít pomáhat. S tím se pojí i efekt tzv. rozptýlení odpovědnosti (*diffusion of responsibility*) – čím více osob přihlíží, tím menší je pravděpodobnost, že někdo zasáhne (často vnitřně doufají, že je na místě někdo kompetentnější – např. někdo se zdravotnickým vzděláním). Zajímavostí je, že některé studie ukazují, že muži mohou snižovat efekt přihlížejícího – jsou na místě vítání kupříkladu pro svoji sílu a častěji poskytnou první pomoc (Fischer et al., 2011). V návaznosti na to lze však zmínit i negativní efekt vlivu pohlaví na poskytování první pomoci. Recentní studie z USA mimo jiné ukázala, že muži se při resuscitaci žen obávají obvinění ze sexuálního obtěžování (Perman et al., 2019), což způsobuje snížení jejich ochoty tyto nenahraditelné postupy poskytnout.

Velmi významný faktor, který nelze opomenout, je znalost/neznalost postupů první pomoci. Studie ukazují, že proškolení lidé poskytnou první pomoc v případě potřeby významně častěji (Kano et al., 2005). Naopak lidé, kteří neabsolvovali kurzy první pomoci, mohou být v daných situacích tak zahlceni obavami, že se rozhodnou nepomáhat (Arbon, Hayes, & Woodman, 2011).

## CÍLE STUDIE

Faktory, které mohou ovlivnit poskytnutí první pomoci, jsou rozmanité a mohou být také různě intenzivní v závislosti na každé osobě a konkrétní situaci. Informace o intenzitě těchto faktorů výše jsou ve většině případů postaveny na reportech ze zahraničních studií a dosud chyběla dostatečná odborná evidence, která by ověřila platnost daných výsledků i v kontextu české populace a konkretizovala nejvíce limitující faktory. Lze předpokládat, že vzhledem k rozdílům v normách právních i sociálních (včetně vlivu socio-ekonomického vývoje společnosti obecně) může být význam jednotlivých faktorů v České republice (ČR) posunutý. Hlavním cílem naší studie bylo zjistit, které faktory jsou nejvíce limitující při poskytování první pomoci pro občany ČR. Dalším cílem bylo navrhnout možné využití těchto výsledků při realizaci výuky první pomoci.

## METODIKA

Studie byla realizována jako anonymní dotazníkové šetření. Elektronický dotazník byl vytvořen v prostředí Qualtrics a byl distribuován především prostřednictvím sociálních sítí, zejména pak přes facebookový profil „Pokusní králíci“ ([www.facebook.com/pokusnikralici](http://www.facebook.com/pokusnikralici)). Jedná se o otevřenou skupinu, do které se mohou přidat zájemci z řad veřejnosti, kteří se chtějí podílet na realizaci výzkumů nejčastěji se zaměřením na evolučně-psychologickou problematiku. Příkladem účasti na realizaci výzkumů může být právě vyplňování dotazníků. Předchozí projekty ukázaly, že data získaná touto cestou lze považovat za věrohodná a spolehlivá (účastníci mají tendenci odpovídat pravdivě). Jednalo se o součást většího projektu zaměřeného na problematiku první pomoci a její poskytování. Na první stránce účastníci souhlasili s účastí ve studii prostřednictvím informovaného poučení a souhlasu.

Kromě základních sociodemografických informací účastníci uváděli i své zkušenosti s poskytováním první pomoci, absolvování kurzů s danou tematikou a prostřednictvím modelových situací (kazuistik) vyjadřovali své znalosti v problematice. Respondentům byl předložen seznam 19 hlavních faktorů, které mohou ovlivnit ochotu poskytnout první pomoc (jejich analýza tvoří hlavní část předložené studie). Položky byly sestaveny především na základě výsledků předchozích studií ze zahraničí a upraveny na základě konzultací s lektory první pomoci v ČR. Každý faktor byl pak respondentem hodnocen na škále 0–100 (0 = zcela nedůležité; 100 = naprosto zásadní) podle toho, jak moc pravděpodobně by pro respondenta představoval důvod pro snížení ochoty poskytnout první pomoc (přesná formulace: „Ohodnoťte, jak důležité jsou pro Vás níže uvedené faktory, kvůli kterým byste vy sám/sama neposkytl/a první pomoc.“). Sběr dat probíhal v letech 2019–22 (přes 90 % dat bylo získáno již v prvním roce sběru).

Respondenti byli zástupci běžné populace ČR. Do předložené studie byly zařazeni pouze ti, kteří ohodnotili aspoň jeden faktor. Výsledný soubor dat zahrnuje celkem 1594 respondentů – 568 mužů (35,6 %) a 1026 žen (64,4 %). Průměrný věk byl 33,8 let (SD = 11,4; min.: 18 let, max.: 84 let).

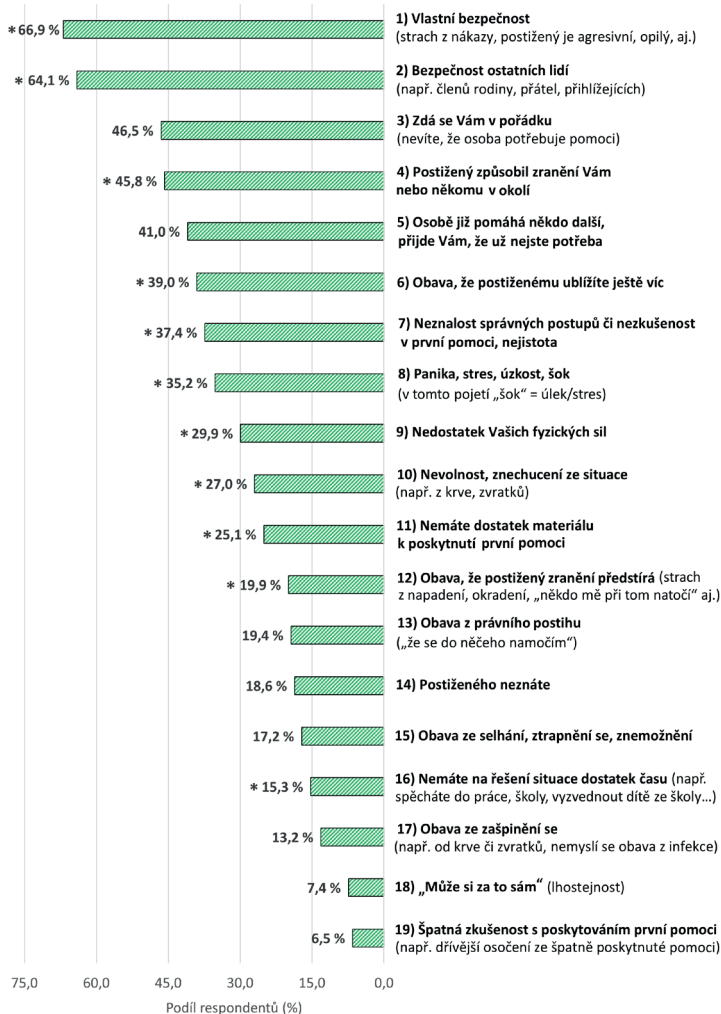
Z hlediska stupně nejvyššího dosaženého vzdělání jsou respondenti rozděleni takto: vzdělání pouze na základní škole uvedlo 1,9 % respondentů. Střední školu s vyučením uvedlo 3,6 %, celkem 42,1 % uvedlo úplné středoškolské vzdělání s maturitou, 2,9 % vyšší odborné vzdělání, 13,0 % bakalářské, 32,1 % magisterské vzdělání a 4,5 % doktorské a vyšší.

Celkem 34,3 % respondentů žije v Praze, 14,3 % v obci nad 100 000 obyvatel, 8,8 % v obci s 50 001 až 100 000 obyvateli, celkem 17,9 % v obci s 5001–50 000 obyvateli, 13,0 % v obci s 1001–5000 obyvateli a 11,7 % v obci do 1000 obyvatel.

## VÝSLEDKY A DISKUSE

### HODNOCENÍ FAKTORŮ A JEJICH INTERPRETACE

Předložená studie se zaměřila na faktory ovlivňující ochotu poskytnout první pomoc u běžné veřejnosti. Provedli jsme dotazníkové šetření, kde respondenti hodnotili celkem 19 hlavních faktorů z hlediska toho, jak pravděpodobně by pro ně byly limitující. Předchozí studie ze zahraničí uvádí rozmanité faktory, které mohou různou intenzitou ovlivnit ochotu poskytnout první pomoc. Naše dotazníkové šetření ukázalo, že v hlavních faktorech se česká veřejnost shoduje se zahraničními autory. Celkové hodnocení jednotlivých faktorů zobrazuje Graf č. 1. Faktory jsou v grafu seřazeny od nejsilnějších po nejslabší podle hodnocení respondenty.



Graf č. 1: Faktory ovlivňující ochotu poskytnout první pomoc – hodnocení respondentů. Poznámka: Hvězdičky označují signifikantní rozdíly mezi muži a ženami (ve všech případech se jedná o vyšší hodnocení faktoru ženami).

Výrazně nejsilnějším faktorem, který by pro respondenty snížil ochotu poskytnout první pomoc, je bezpečnost. Vlastní bezpečnost by byla limitujícím prvkem pro 66,9 % respondentů, bezpečnost dalších osob pak pro 64,1 % (např. dalších členů rodiny, přátel atd.). Otázka bezpečnosti se objevuje

i ve faktoru „4) Postižený způsobil újmu Vám nebo někomu v okolí“ (45,8 %), ve kterém respondenti mohli vnímat kupříkladu riziko toho, že daná osoba je agresivní, nebezpečná či ozbrojená. Podobně faktor „12) Obava, že postižený zranění předstírá“ (19,9 %) zahrnuje i obavy respondentů z případné-

ho napadení či okradení. Do tohoto okruhu spadají i další faktory, které jsou pravděpodobně na bezpečnost jedince navázány – jedná se o faktory, které mají rovněž za cíl se ve výsledku vyhnout zdravotnímu riziku, ať už jde o návaznost na infekční choroby (např. virus HIV, hepatitida a jiné) či přímé fyzické nebezpečí. To se promítlo ve vysokém hodnocení faktorů „8) Panika, stres, úzkost, šok“ (35,2 %) a „10) Nevolnost, znechucení ze situace (např. z krve, zvratků)“ (27,0 %). Lze předpokládat, že motivem bezpečnosti je rovněž výrazné sycení i faktor „11) Nedostatek materiálu k poskytnutí první pomoci (ochranných pomůcek, obvazů aj.)“ (25,1 %), který zahrnuje právě i ochranné pomůcky, tj. možnosti zabránění přenosu infekce. Evoluční pohled poskytuje jasné vysvětlení, proč jsou pro člověka otázky spojené s bezpečností vnímány takto silně. Behaviorální imunitní systém vede organismy v rámci ochrany „krok zpět“ – odtrhnout se od situace (Haidt, Rozin, McCauley, & Imada, 1997) a subjektivní prožívání pocitu znechucení (disgustu) při pohledu na zranění tomu napomáhá. Recentní studie také ukazují, že kromě tří klasických dimenzí znechucení – znechucení patogenem, sexuálního znechucení a morálního odporu (Olatunji et al., 2012), může existovat ještě i čtvrtá dimenze, kterou lze vyčlenit od znechucení patogenem. Jedná se o „znechucení zraněním“ (Kupfer, 2018). Typické by pro ni mělo být, že v ní dochází k absenci strachu z krve z důvodu obavy z přenosu patogenů, ale pocit znechucení má návaznost spíše na utrpení a prožívanou bolest zraněného (a prožívanou empatii zachránce). Ve výsledku nás sice prožívané znechucení rovněž upozorňuje na nebezpečí, ale neskrývá se pod ním obava z náklady. To může být důležité zjištění i pro praktickou výuku první pomoci – proto je nutné při výuce dbát i na bezpečnost zachránců a používání ochranných pomůcek, jako jsou například vyšetřovací rukavice. Lidé totiž pravděpodobně ještě nejsou evolučně přizpůsobeni tomu, že by zranění s krví mohlo být riziko z hle-

diska infekce, a proto na používání rukavic často zapomínají. Tyto recentní objevy podtrhují význam a nutnost dalšího výzkumu v dané problematice, a to zejména i s ohledem na návaznost do praxe a běžného života populace.

Specifickým případem bezpečnosti jedince je pak i „13) Obava z právního postihu („že se do něčeho namočím““ (19,4 %). Tato obava je rovněž zcela pochopitelná – podobně jako „6) Obava, že postiženému ublížíte ještě víc“ (39,0 %). Tyto významné faktory rovněž zmiňují i zahraniční odborné studie – strach z případně špatně prováděných úkonů, jako je např. resuscitace (Dwyer, 2008), strach z toho, že oběti více ublížíme (Sasson et al., 2013), nebo obavy z možných právních následků (Savastano & Vanni, 2011). Nutno na tomto místě podotknout, že dle platných zákonných norem ČR je sice povinné poskytnout první pomoc, ale mělo by tak být učiněno s ohledem na své zdraví a bezpečnost situace (tj. v případě nebezpečné situace není povinnost platná). Zároveň je za minimální úroveň pro splnění této povinnosti považováno i zavolání tísňových linek (preferenčně zdravotnické záchranné služby 155), což lze obvykle uskutečnit i v nebezpečných situacích (příkladem může být požár domu, autonehoda a další). Poskytování první pomoci by navíc mělo být podle tzv. „nejlepšího vědomí a svědomí“, tj. zachránce v ČR nehrozí právní postih, pokud při poskytování první pomoci dojde ke zhoršení stavu zraněné osoby. Získaná data však ukazují, že tyto obavy jsou v běžné populaci hluboce zakořeněny a bylo by vhodné se je pokusit v rámci výuky první pomoci účastníkům vyvrátit či jejich míru alespoň snížit.

Na třetím místě se v hodnocení umístil faktor „3) Zdá se Vám v pořádku (nevíte, že osoba potřebuje pomoci)“ (46,5 %). Jedná se rovněž o velmi vysoké číslo, ale v zásadě o pochopitelné – pokud nevíme, že osoba potřebuje pomoc, nemůžeme ji

poskytnout. Zároveň se jedná opět o jeden z faktorů, se kterým je možné pracovat i při výuce.

Mezi důležité faktory se řadí i „5) Osobě již pomáhá někdo další, přijde Vám, že už nejste potřeba“ (41,0 %). Lze říci, že tento výsledek koresponduje s informacemi týkajícími se efektu přihlížejícího (*bystander effect*). V tomto případě pravděpodobně lidé předpokládají, že pokud již někdo zahájil záchrannou činnost, bude to dostatečně kompetentní osoba a již není potřeba pomáhat.

Podstatným faktorem v české populaci se ukazuje být „7) Neznalost správných postupů či nezkušenost v první pomoci, nejistota“, která by byla limitující pro 37,4 % osob. Jiná studie z českého prostředí (zaměřená však na poskytování první pomoci u dopravních nehod) reportuje, že nedostatečné znalosti jako důvod k neposkytnutí první pomoci uvedlo 20 % respondentů (Linkov et al., 2019). V obou případech se jedná rovněž o velmi vysoký podíl respondentů.

Mezi významnější faktory se řadí i faktor „9) Nedostatek Vašich fyzických sil“, který získal od respondentů průměrné hodnocení 29,9 %. Tato hodnota je logická, neboť fyzická síla může být skutečně limitující – některé úkony (jako je např. resuscitace) mohou být značně fyzicky náročné.

Následně se již hodnocení faktorů výrazněji snižovala. Faktor „15) Obava ze selhání, ztrapnění se, znemožnění“ získal 17,2 %, následuje „16) Nemáte na řešení situace dostatek času (např. spěcháte do práce, školy, vyzvednout dítě ze školy...)“ s 15,3 % a „17) Obava ze zašpinění se (např. od krve či zvratků, nemyslí se obava z infekce)“ (13,2 %).

Poměrně nízké procento u faktoru „18) „Může si za to sám“ (lhostejnost)“ – pouze 7,4 %, je v souladu s výsledky předchozích studií. Např. studie Loc-

ke et al. (1995) zmiňuje, že pouze 6 % respondentů uvedlo neochotu poskytnout resuscitaci u cizince. Na druhou stranu, v našem souboru byla zařazena i explicitní otázka na pomoc neznámým lidem („14) Postiženého neznáte“) a jako možný limitující faktor ji vybralo 18,6 % respondentů. Je možné, že v případě výzkumu Locke et al. respondenti vnímali resuscitaci jako život ohrožující stav, a proto by byli více motivováni pomoci.

Velmi nízké procento bylo zjištěno u faktoru „19) Špatná zkušenost s poskytováním první pomoci (např. dřívější osocení ze špatně poskytnuté první pomoci aj.)“ – průměr byl pouze 6,5 %, což je pozitivní výsledek. Lze říci, že pouze malá část osob by se nechala od poskytování první pomoci odradit předchozími negativními zkušenostmi. Je samozřejmě také možné, že pouze minimum z nich má danou negativní zkušenost.

## ROZDÍLY PODLE VYBRANÝCH CHARAKTERISTIK RESPONDENTŮ

Se získanými daty jsme navíc provedli samostatné analýzy s ohledem na několik vybraných charakteristik respondentů – dle jejich pohlaví, nejvyšší dosažené úrovně vzdělání a místa bydliště.

Nejvýraznější odlišnosti jsme zaznamenali při porovnání hodnocení mužů a žen. Prostřednictvím t-testu jsme zjistili, že pohlaví způsobuje statisticky signifikantní rozdíl v 11 z 19 faktorů (hladina významnosti, pod kterou byly rozdíly hodnoceny jako signifikantní, byla zvolena 0,05; na Grafu č. 1 označuje faktory se signifikantním rozdílem hvězdička). Ve všech případech se jednalo o silnější významy faktorů pro ženy. Nejvyšší rozdíl v hodnocení byl zjištěn ve faktoru „9) Nedostatek Vašich fyzických

sil“ (rozdíl mezi muži a ženami je 18,1 %), následoval faktor „8) Panika, stres, úzkost, šok“ (rozdíl 9,7%) a „6) Obava, že postiženému ublížíte ještě víc“ (rozdíl 8,9 %). Následně se jednalo především o faktory spojené s bezpečností (průměrný rozdíl v procentuálním hodnocení faktoru „vlastní bezpečnost“ mezi muži a ženami byl 6,0%, ve faktoru „bezpečnost dalších osob“ pak 5,3 %). Výrazný rozdíl byl i u faktorů „12) Obava, že postižený zranění předstírá“ (5,5 %) a „4) Postižený způsobil zranění Vám nebo někomu v okolí“ (5,18 %). To je v souladu s jinými odbornými studiemi, které uvádí, že ženy vykazují vyšší míru některých emocí včetně strachu (Brebner, 2003; Fischer, Mosquera, van Vianen, & Manstead, 2004) či že muži mají obecnou tendenci více riskovat (Tamas et al., 2019).

V případě analýz hodnocení faktorů v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondenta nebyly zjištěny významné rozdíly. Statisticky signifikantní rozdíl byl Kendallovým korelačním koeficientem  $\tau_B$  zjištěn pouze ve 4 případech – „1) Vlastní bezpečnost“, „2) Bezpečnost ostatních lidí“, „3) Zdá se Vám v pořádku“ a „4) Postižený způsobil zranění Vám nebo někomu v okolí“. Ve všech případech platí pozitivní závislost, tj. respondenti s vyšším dosaženým vzděláním hodnotí tyto faktory jako více limitující. Zároveň se ale ve všech případech jedná o velmi slabé efekty (koeficienty v rozmezí 0,05–0,06).

Celkem v 7 případech byl pomocí  $\tau_B$  zjištěn rozdíl podle místa bydliště. Opět se jedná o slabé efekty v rozmezí 0,05–0,10 s pozitivní závislostí, tj. respondenti z větších obcí hodnotí faktory jako významnější. Konkrétně se jedná o faktory 1, 4, 10, 11, 14, 16 a 17 – jde tedy například o faktory zaměřené na vlastní bezpečnost, na to, že daná osoba ublížila někomu dalšímu, situace spojené s nedostatkem ochranných pomůcek, situace zahrnující cizí osoby a nedostatek času na řešení. Větši-

na těchto faktorů může být skutečně více spojena s městským životem (jak je uvedeno v metodice práce, celkem 34,3 % respondentů bylo z Prahy). Zmíněné faktory mohou být významnější kvůli tomu, že se lidé v Praze (a dalších městech) častěji dostávají do kontaktu se zraněnými, opilými či neznámými osobami např. v městské hromadné dopravě či v parcích, a proto se více obávají o vlastní bezpečnost.

## DOPORUČENÍ PRO VÝUKU PRVNÍ POMOCI

Otázka bezpečnosti byla zhodnocena jako nejsilnější faktor. Proto je důležité ji zařazovat i při výuce první pomoci. Může se jednat o společnou diskusi, kdy je účastníkům vysvětleno, jak je to i z hlediska právního (aby třeba někdo z nevědomosti nezasahoval v příliš rizikové situaci, protože se domnívá, že by jinak mohl být právně popotahován). Rovněž je důležité účastníky vést k používání ochranných pomůcek, jako jsou např. rukavice, aby se snížilo riziko přenosu infekčních onemocnění. Podobně lze na kurzech prostou edukací o právních aspektech pracovat s faktory, které se zaměřují na obavu ze zhoršení stavu zraněné osoby (podkladem může být § 150 a § 151 zákona č. 40/2009 Sb. Trestního zákoníku).

Velmi silným faktorem (46,5%) je „3) Zdá se Vám v pořádku (nevíte, že osoba potřebuje pomoc)“. Snížit výskyt situací, kdy lidé neposkytnou první pomoc kvůli tomu, že neví, že je to potřeba, lze opět aspoň částečně prostřednictvím kurzů první pomoci. Budeme-li vést účastníky k obecné ochotě pomáhat, můžeme na ně apelovat i v tom, aby byli více všímaví ke svému okolí. Aby se při své cestě do práce / do školy / domů více rozhlíželi a v případech, že zahlédnou bezvládnou osobu, tak aby ji zkusili přinejmenším oslovit, případně alespoň za-



volali tísňovou linku. Výuku můžeme také zaměřovat na procvičování dovednosti rozpoznání projevů různých zranění a onemocnění, která se na první ohledání nemusí jevit jako závažná nebo jsou lehce zaměnitelná (např. záměna projevů hypoglykemického šoku s projevy opilosti). Stejně tak důležité je klást důraz i na zjištění mechanismu úrazu, který nám v mnoha případech dokáže podstatně napovědět, zda osoba potřebuje naši pomoc, či nikoli.

Faktor „5) Osobě již pomáhá někdo další, přijde Vám, že už nejste potřeba“ je významný pro 41,0 % respondentů. V případě, že zachraňující osoby jsou odborní zdravotníci pracovníci, pravděpodobně skutečně nebude pomoc dalších osob potřeba. Nicméně v jiných situacích může být vhodná. I proškolený laický záchránce, který již zasahuje, si nemusí být zcela jistý či může potřebovat pomoc dalších osob například s otočením zraněné osoby, zavoláním tísňové linky, podáním pomůcek atd. Doporučujeme proto na kurzech vést účastníky k tomu, aby i v případě, že již někdo další zasahuje, přišli k situaci a pomoc nabídli.

Pro 37,4 % osob je limitujícím faktorem neznalost správných postupů či nezkušenost v poskytování první pomoci. Takto vysoké číslo může být sníženo postupným zkvalitněním výuk na základních i středních školách, jakož i podporou vzdělávání dospělé populace. Ačkoliv je výuka první pomoci povinná v průběhu školní docházky zařazena, chybí specifikace, jaké konkrétní úkony by si žáci měli z výuky odnést. Rovněž se v mnoha případech setkáváme pouze s teoretickou výukou (či příliš vysokým podílem teoretických částí), ačkoliv doporučení Evropské resuscitační rady (tzv. Guidelines, poslední souhrnné vydání z roku 2021) již mnoho let apeluje na zařazení převážně praktické výuky (např. Greif et al., 2021). Stejná doporučení se týkají i výběru vhodných témat a informací. Mělo by se jednat o život ohrožující stavy

a předávány by měly být jen hlavní informace, aby nedošlo k zahlcení účastníků – tj. doporučuje se zjednodušení tak, aby informace byly lépe pochopitelné a aplikovatelné (Kuba, Říha, Zvěřinová, & Křečková, 2019). Zařazení praktické výuky, která umožňuje lepší zafixování informací, by mohlo rovněž pomoci snížit význam faktorů spojených s obavami z nedostatku znalostí a zkušeností, které se zdají být značně limitující.

Překonat faktory snižující ochotu poskytnout první pomoc by účastníkům na kurzech mohla pomoci i obecná normalizace problematiky. V úvodu výuky lze například zavést diskusi o tom, jaké jsou různé důvody pro neposkytnutí první pomoci a jak se s nimi případně vypořádat. Daná diskuse by měla zahrnovat i prvky validace („že je v některých situacích v pořádku první pomoc neposkytnout“) a empatizace („že chápeme, že dané pocity při poskytování záchránce mají a také bychom je cítili“). I psychická příprava na to, že dané pocity a dilemata mohou v reálné situaci nastat, může účastníkům pomoci překonat obtíže, které je pak často mohou limitovat.

Obdobně je vhodné v případě využití metod zážitkové pedagogiky reflektovat pocity a emoce účastníků po jednotlivých simulačních aktivitách, aby docházelo k postupné habituaci na ně a rozšiřování komfortní zóny (Kuba et al., 2021; podrobnější obecné informace o zážitkové pedagogice a jejích výhodách lze nalézt např. v Jirásek, 2019). Výuka první pomoci by tedy celkově neměla být zaměřena pouze na postupy první pomoci, ale rovněž na modifikaci postojů účastníků. Všeobecný osobnostní rozvoj účastníků např. s ohledem na zvýšení motivace vystoupit z davu, zvládání stresu, paniky, či naopak větší důraz na analýzu bezpečnosti situace by mohl vést k tomu, aby se v krizových situacích mohli zachovat co nejvíce efektivně a poskytnout co nekalitnější první pomoc.

## LIMITACE

Možnou limitací studie by mohlo být, že se nejedná o reprezentativní vzorek z populace. Deskriptivní zhodnocení vzorku ukazuje, že oproti běžné populaci jsou v souboru nadreprezentovány ženy, osoby s vyšším vzděláním a osoby bydlící ve větších městech. Domníváme se však, že výsledky pro reprezentativní vzorek by se výrazně nelišily a mohou tedy i v této podobě sloužit jako podkladová data pro doporučení z hlediska výuky první pomoci.

## ZÁVĚR

V naší studii jsme ověřili význam vybraných faktorů, které podle zahraničních zdrojů mohou snižovat ochotu poskytovat první pomoc. V hlavních faktorech se naše výsledky na souboru dat české veřejnosti s předchozími studii shodují. Nejsilnějšími faktory jsou bezpečnost, projevy různých emocí (např. znechucení, panika, stres), obavy z ublížení dané osobě, ale také nedostatek znalostí a zkušeností s poskytováním první pomoci. S mnoha zmíněnými faktory je možné pracovat i na kurzech první pomoci a snížit tak jejich dopad na záchrance v případech řešení reálných situací. Pomoci může edukace z hlediska právních požadavků na poskytování první pomoci, diskuse v průběhu kurzu o významu a způsobech překonávání jednotlivých inhibujících faktorů a reflexe emocí účastníků. Doporučujeme se při výuce z hlediska obsahového i didaktického držet aktuálních Guidelines pro výuku první pomoci, které vydává Evropská resuscitační rada (např. Greif et al., 2021).

### Poděkování

Autoři děkují za pomoc a rady při přípravě dané studie Adéle Ryantové, Gabriele Zvěřinové, Andree Havlové, Radce Martě Dvořákové a také anonymnímu recenzentovi za velmi přínosné tipy vedoucí ke zkvalitnění textu. Poděkování rovněž patří Grantové agentuře Univerzity Karlovy, která tento výzkum finančně podpořila prostřednictvím projektu GAUK 382421.

### Zdroje

- Adams, T. G., Brady, R. E., & Lohr, J. M. (2011). The Nature and Function of Disgust in Coping and Control. *Reconstructing Emotional Spaces: From Experience to Regulation*, 1(1941), 63–76.
- Arbon, P., Hayes, J., & Woodman, R. (2011). First Aid and Harm Minimization for Victims of Road Trauma: A Population Study. *Prehospital and Disaster Medicine*, 26(04), 276–282. <https://doi.org/10.1017/s1049023x11006522>
- Bartlett, M. Y., & DeSteno, D. (2006). Gratitude and Prosocial Behavior. *Psychological Science*, 17(4), 319–325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01705.x>
- Brebner, J. (2003). Gender and emotions. *Personality and Individual Differences*, 34(3), 387–394. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(02\)00059-4](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(02)00059-4)
- Dawkins, R. (1976). *The selfish gene*. Oxford University Press.

- Dwyer, T. (2008). Psychological factors inhibit family members' confidence to initiate CPR. *Prehospital Emergency Care*, 12(2), 157–161. <https://doi.org/10.1080/10903120801907216>
- Fischer, A. H., Mosquera, P. M. R., van Vianen, A. E. M., & Manstead, A. S. R. (2004). Gender and culture differences in emotion. *Emotion*, 4(1), 87–94. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.4.1.87>
- Fischer, P., Krueger, J. I., Greitemeyer, T., Vogrincic, C., Kastenmüller, A., Frey, D., ... Kainbacher, M. (2011). The bystander-effect: A meta-analytic review on bystander intervention in dangerous and non-dangerous emergencies. *Psychological Bulletin*, 137(4), 517–537. <https://doi.org/10.1037/a0023304>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., ... Scapigliati, A. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Haidt, J., Rozin, P., McCauley, C., & Imada, S. (1997). Body, psyche, and culture: The relationship between disgust and morality. *Psychology and Developing Societies*, 9(1), 107–131. <https://doi.org/10.1177/097133369700900105>
- Jirásek, I. (2019). *Zážitková pedagogika: teorie holistické výchovy (v přírodě a volném čase)*. Portál.
- Kuba, R., Dvořáková, R., Melounová, K., Pinkr, T., & Valentová, M. (2021). *První pomoc: Metodická příručka pro výuku I*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta.
- Kuba, R., Říha, R., Zvěřinová, G., & Křečková, A. (2019). Aktuální trendy ve výuce první pomoci aneb vzdělávání budoucích i současných pedagogů zážitkovou pedagogikou. *Biologie-Chemie-Zeměpis*, 28(2), 37–47. <https://doi.org/10.14712/25337556.2019.2.5>
- Kupfer, T. R. (2018). Why Are Injuries Disgusting? Comparing Pathogen Avoidance and Empathy Accounts. *Emotion*, 18(7), 959–970. <https://doi.org/10.1037/emo0000395>
- Latane, B., & Darley, J. M. (1968). Group inhibition of bystander intervention in emergencies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10(3), 215–221. <https://doi.org/10.1037/h0026570>
- Locke, C. J., Berg, R. A., Sanders, A. B., Davis, M. F., Milander, M. M., Kern, K. B., & Ewy, G. A. (1995). Bystander Cardiopulmonary Resuscitation: Concerns About Mouth-to-Mouth Contact. *Arch Intern Med.*, 155(9), 938–943. <https://doi.org/10.1001/archinte.1995.00430090077009>
- Manesi, Z., Van Doesum, N., & Lange, P. (2017). Prosocial Behavior. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. (eds.) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham, 1–4. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_1894-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1894-1)
- Millon, T., Lerner, M. J., & Weiner, I. (2003). *Handbook Of Psychology; Vol 05; Personality And Social Psychology*. John Wiley and Sons. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0519>
- MŠMT (2017). „Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání“. MŠMT. <http://www.msmt.cz/file/43792/>
- MŠMT (2021). „Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (revize)“. MŠMT. <https://www.edu.cz/rvp-ramcove-vzdelavaci-programy/>
- Olatunji, B. O., Adams, T., Ciesielski, B., David, B., Sarawgi, S., & Broman-Fulks, J. (2012). The Three Domains of Disgust Scale: Factor Structure, Psychometric Properties, and Conceptual Limitations. *Assessment*, 19(2), 205–225. <https://doi.org/10.1177/1073191111432881>
- Perman, S. M., Shelton, S. K., Knoepke, C., Rappaport, K., Matlock, D. D., Adalgais, K., ... Daugherty, S. L. (2019). Public Perceptions on Why Women Receive Less Bystander Cardiopulmonary Resuscitation Than Men in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation*, 139(8), 1060–1068. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.037692>
- Petrić, J., Malički, M., Marković, D., & Meštrović, J. (2013). Students' and parents' attitudes toward basic life support

- training in primary schools. *Croatian Medical Journal*, 54(4), 376–380. <https://doi.org/10.3325/cmj.2013.54.376>
- Radovanović, B. (2019). Altruism in behavioral, motivational and evolutionary sense. *Filozofija i društvo*, 30(1), 122–134. <https://doi.org/10.2298/FID1901122R>
- Riegel, B., Mosesso, V. N., Birnbaum, A., Bosken, L., Evans, L. M., Feeny, D., ... Powell, J. (2006). Stress reactions and perceived difficulties of lay responders to a medical emergency. *Resuscitation*, 70(1), 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2005.10.029>
- Sasson, C., Haukoos, J. S., Bond, C., Rabe, M., Colbert, S. H., King, R., ... Heisler, M. (2013). Barriers and facilitators to learning and performing cardiopulmonary resuscitation in neighborhoods with low bystander cardiopulmonary resuscitation prevalence and high rates of cardiac arrest in Columbus, OH. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(5), 550–558. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.111.000097>
- Savastano, S., & Vanni, V. (2011). Cardiopulmonary resuscitation in real life: The most frequent fears of lay rescuers. *Resuscitation*, 82(5), 568–571. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.12.010>
- Sefrin, P., & Eckert, R. (2013). Infektionsängste bei spontanen Hilfeleistungen und Erstversorgung im Rettungseinsatz. *Notarzt*, 29(1), 8–14. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1327291>
- Tamas, V., Kocsor, F., Gyuris, P., Kovacs, N., Czeiter, E., & Buki, A. (2019). The Young Male Syndrome-An Analysis of Sex, Age, Risk Taking and Mortality in Patients With Severe Traumatic Brain Injuries. *Frontiers in Neurology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00366>
- Trivers, R. L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *The Quarterly review of biology*, 46(1), 35–57. <https://doi.org/10.1086/406755>
- Zášková, H., & Mlčák, Z. (2009). *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Triton.
- Zvěřinová, G. (2018). *Analýza miskoncepčí v první pomoci u pedagogů základních škol a gymnázií v České republice*. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra učitelství a didaktiky biologie.