

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Adam Nykl

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Povědomí veřejnosti o efektu přihlížejícího

Bakalářská práce

2025

Adam Nykl

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Adam Nykl**
Osobní číslo: **Z22130**
Studijní program: **B0913P360008 Zdravotnické záchranářství**
Téma práce: **Povědomí veřejnosti o efektu přihlížejícího**
Téma práce anglicky: **Public awareness of the bystander effect**
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Martina Rabová**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D. v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Povědomí veřejnosti o efektu přihlížejícího* jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 30. 04. 2025

Adam Nykl v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto chci poděkovat Mgr. Martině Rabové za její čas, rady a ochotu při vedení mé práce. Dále chci vyjádřit vděk mojí přítelkyni za odbornou pomoc a korekturu.

ANOTACE

Bakalářská práce zkoumá efekt přihlížejícího, kdy přítomnost více svědků snižuje zásah v nouzové situaci, a jeho dopad na první pomoc, přičemž teoretická část popisuje mechanismy a faktory tohoto jevu. Praktická část ukazuje, že aktuální školení zvyšuje sebejistotu, ale nejistota a strach z neúspěchu brání zásahu. Práce zdůrazňuje nutnost vzdělávání k podpoře prosociálního chování v krizích.

KLÍČOVÁ SLOVA

Efekt přihlížejícího, mechanismy efektu přihlížejícího, první pomoc, obavy z poskytnutí první pomoci

TITLE

Public awareness of the bystander effect

ANNOTATION

The bachelor thesis examines the bystander effect, where the presence of multiple witnesses reduces intervention in an emergency, and its impact on first aid, with the theoretical part describing the mechanisms and factors of this phenomenon. The practical part shows that up-to-date training increases confidence, but uncertainty and fear of failure hinder intervention. The thesis emphasizes the need for training to promote prosocial behavior in crises.

KEYWORDS

Bystander effect, mechanisms of the bystander effect, first aid, fears from first aid administration

OBSAH

ÚVOD.....	11
2 CÍLE A METODY PRÁCE.....	12
2.1 TEORETICKÝ CÍL PRÁCE.....	12
2.2 PRŮZKUMNÝ CÍL PRÁCE.....	12
2.2.1 <i>Dílčí cíle</i>	12
2.3 METODY K DOSAŽENÍ CÍLE	12
TEORETICKÁ VÝCHODISKA	13
3 EFEKT PŘIHLÍŽEJÍCÍHO.....	13
3.1 HISTORIE VÝZKUMU EFEKTU PŘIHLÍŽEJÍCÍHO	13
3.2 VÝSKYT EFEKTU PŘIHLÍŽEJÍCÍHO.....	15
3.2.1 <i>Výskyt efektu přihlížejícího v první pomoci</i>	16
3.3 PSYCHOLOGICKÉ MECHANISMY EFEKTU.....	16
3.3.1 <i>Prosociální chování</i>	17
3.3.2 <i>Antisociální chování</i>	17
3.3.3 <i>Rozptýlená odpovědnost</i>	18
3.3.4 <i>Strach ze sociálního omylu</i>	18
3.3.5 <i>Pluralistická ignorance</i>	18
3.4 NEURONOVÉ MECHANISMY EFEKTU PŘIHLÍŽEJÍCÍHO	19
3.5 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ EFEKT PŘIHLÍŽEJÍCÍHO	20
3.5.1 <i>Zvažování kompetentnosti</i>	20
3.5.2 <i>Nejednoznačnost situace</i>	20
3.5.3 <i>Počet přihlížejících</i>	21
3.5.4 <i>Sociální vztahy</i>	21
3.5.5 <i>Pohlaví</i>	22
3.5.6 <i>Denní doba</i>	22
3.5.7 <i>Ohrožení infekční nákazou</i>	22
3.5.8 <i>Erudovanost v první pomoci</i>	23
3.5.9 <i>Obava z eskalace situace</i>	23
3.5.10 <i>Sympatie</i>	23
3.5.11 <i>Strach z právních následků</i>	23
3.5.12 <i>Předchozí negativní zkušenosti</i>	24
3.6 DŮSLEDKY EFEKTU PŘIHLÍŽEJÍCÍHO.....	24
3.6.1 <i>Vliv na oběť</i>	24
3.6.2 <i>Důsledky v pracovním prostředí</i>	24
3.6.3 <i>Dopady v digitálním prostoru</i>	25
3.6.4 <i>Fyzické následky</i>	25
3.7 PRVNÍ POMOC	25

3.7.1	<i>Privolání odborné pomoci</i>	25
3.7.2	<i>Základní vyšetření</i>	26
3.7.3	<i>První pomoc u bezprostředního ohrožení života</i>	27
3.7.4	<i>První pomoc při závažném úrazu</i>	31
3.7.5	<i>První pomoc u jiných úrazových stavů</i>	32
3.7.6	<i>První pomoc při poškozením teplem a chladem</i>	34
3.7.7	<i>První pomoc při poleptání</i>	36
3.7.8	<i>První pomoc při otravách</i>	36
3.7.9	<i>První pomoc u neúrazových stavů</i>	36
3.7.10	<i>Náhle vzniklé poruchy chování</i>	41
4	PRAKTICKÁ ČÁST	44
4.1	Cíl	44
4.2	PRŮZKUMNÉ OTÁZKY	44
4.3	METODIKA PRAKTICKÉ ČÁSTI	44
4.3.1	<i>Výzkumný soubor</i>	44
4.3.2	<i>Metoda sběru dat</i>	44
4.3.3	<i>Velikost vzorku a charakteristika respondentů</i>	45
4.3.4	<i>Omezení vzorku</i>	46
5	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	47
6	DISKUZE	66
6.1	DO JAKÉ MÍRY OVLIVŇUJE AKTUÁLNOST ŠKOLENÍ PRVNÍ POMOCI SEBEJISTOTU ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI PŘI POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI?	66
6.2	JAKÉ JSOU HLAVNÍ OBAVY ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI Z POSKYTOVÁNÍ PRVNÍ POMOCI V NÁVAZNOSTI NA AKTUÁLNOST JEJICH ŠKOLENÍ V PRVNÍ POMOCI A SEBEJISTOTU?	66
6.3	JAKÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍ PASIVNÍ CHOVÁNÍ RESPONDENTŮ V SITUACÍCH VYŽADUJÍCÍCH PRVNÍ POMOC, A JAK JSOU TYTO FAKTORY SPOJENY S JEJICH ODŮVODNĚNÍM NEČINNOSTI?	68
6.4	DO JAKÉ MÍRY JEDINCI, U NICHŽ BYL V SITUACÍCH VYŽADUJÍCÍCH PRVNÍ POMOC PROKÁZÁN EFEKT PŘIHLÍŽEJÍCÍHO, SPRÁVNĚ IDENTIFIKOVALI JEHO DEFINUJÍCÍ CHARAKTERISTIKY V DOTAZNÍKU, A JAKÉ JE JEJICH ZPĚTNÉ HODNOCENÍ VLASTNÍHO CHOVÁNÍ Z HLEDISKA PŘÍPADNÉ ZMĚNY POSTUPU?.....	70
6.5	JAKÉ JE POVĚDOMÍ RESPONDENTŮ O EFEKTU PŘIHLÍŽEJÍCÍHO A DO JAKÉ MÍRY HO POVAŽUJÍ ZA NEBEZPEČNÝ?	71
7	ZÁVĚR	72
8	LIMITY STUDIE	73
9	POUŽITÁ LITERATURA	74
10	PŘÍLOHY	80

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 proškolení v první pomoci.....	47
Obrázek 2 místo proškolení první pomoci.....	48
Obrázek 3 aktuálnost školení první pomoci	49
Obrázek 4 hodnocení znalostí.....	50
Obrázek 5 obavy z poskytování první pomoci	51
Obrázek 6 konkrétní obavy.....	52
Obrázek 7 graf svědectví situace s potřebou poskytnutí první pomoci	53
Obrázek 8 graf reakce respondentů	54
Obrázek 9 odůvodnění reakce.....	55
Obrázek 10 retrospektivní hodnocení	56
Obrázek 11 specifikace retrospektivního hodnocení	57
Obrázek 14 nebezpečnost efektu	58
Obrázek 12 efekt přihlížejícího.....	59
Obrázek 13 definice efektu přihlížejícího dle respondentů	60
Obrázek 15 zkušenosti s efektem přihlížejícího	61
Obrázek 16 pohlaví.....	62
Obrázek 17 věkové rozložení respondentů	63
Obrázek 18 vzdělání respondentů.....	64
Obrázek 19 práce ve zdravotnictví	65

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
UPCE	Univerzita Pardubice
TZV	Takzvaně
mPFC	medial prefrontal cortex
CCTV	Closed circuit television
FAST	Hodnotící škála pro cévní mozkové příhody (Face, Arm, Speech, Time)
AED	Automatický externí defibrilátor
ORL	Otorhinolaryngologie
LF	Lékařská fakulta

ÚVOD

Efekt přihlížejícího představuje sociálně-psychologický jev, při kterém přítomnost většího počtu svědků nouzové situace snižuje pravděpodobnost zásahu jednotlivce, jak popsali Darley a Latané (1968). Tento fenomén, poprvé zkoumaný v souvislosti s vraždou Kitty Genovese v roce 1964, odhaluje složité mechanismy, jako je rozptýlená odpovědnost nebo strach ze sociálního omylu, a má závažné důsledky, zejména v situacích vyžadujících první pomoc. Právě první pomoc hraje klíčovou roli při záchraně životů, avšak efekt přihlížejícího často brání jejímu včasnému poskytnutí, což může vést k fatálním následkům.

Tato bakalářská práce si klade za cíl prozkoumat efekt přihlížejícího a jeho dopady na poskytování první pomoci. Teoretická část se zaměřuje na popis efektu přihlížejícího, jeho mechanismů, ovlivňujících faktorů a úkonů první pomoci prostřednictvím analýzy odborných publikací. Praktická část zkoumá, zda respondenti, kteří tvrdí, že efekt přihlížejícího znají, jeho definici skutečně chápou, a zda se u nich tento jev projevuje. K tomuto účelu byl využit dotazník šířený přes sociální síť. Práce tak kombinuje teoretické poznatky s empirickým výzkumem, aby přispěla k hlubšímu pochopení tohoto fenoménu a jeho praktických dopadů.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Teoretický cíl práce

Popsat efekt přihlížejícího, jeho mechanismy a které faktory ho ovlivňují.

Popsat úkony první pomoci.

1.2 Průzkumný cíl práce

Ověřit pravdivost tvrzení respondentů, kteří v dotazníku uvedou, že znají efekt přihlížejícího.

1.2.1 Dílčí cíle

Zjistit na základě dotazníkového šetření, zda se u někoho z respondentů projevil efekt přihlížejícího.

1.3 Metody k dosažení cíle

Cíle teoretické části byly naplněny prostřednictvím analýzy a interpretace relevantních odborných publikací.

Cíle praktické části byli splněny pomocí dotazníku, který byl šířen pomocí sociálních sítí.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

2 EFEKT PŘIHLÍŽEJÍCÍHO

Efekt přihlížejícího neboli bystander effect je sociálně psychologický jev, při kterém se pravděpodobnost zásáhnutí jedincem v nouzové situaci zmenšuje, pokud jsou přítomni další lidé, kterých si je jedinec vědom. Čím více je svědků dané události, tím menší je pravděpodobnost, že někdo z nich postiženému pomůže. (Darley, Latané, 1968)

2.1 Historie výzkumu efektu přihlížejícího

Efektem přihlížejícího se poprvé zabývali psychologové Bibb Latané a John M. Darley v šedesátých letech dvacátého století na podkladu vraždy Kitty Genovese. Oběť byla ubodána v New Yorku před očima několika svědků, kteří vraždu sledovali ze svých bytů a nijak neintervenovali. (Darley, Latané, 1968)

Efekt zkoumali John M. Darley a Bibb Latané (1968) na studentech univerzity, kteří byli samostatně uvedeni do jednotlivých místností s komunikačním zařízením pod záminkou diskuse s ostatními studenty o problémech spojených s vysokoškolským životem. Studentům bylo řečeno, že komunikace bude probíhat přes interkom v rámci zachování anonymity. V průběhu diskuse jeden ze subjektů začal předstírat záchvat podobný tomu epileptickému. Při záchvatu bylo subjektům znemožněno komunikovat mezi sebou, aby nevěděli, jestli již někdo reagoval na danou situaci. Výzkum byl prováděn na různě velkých skupinách a pokaždé s jinými subjekty. John M. Darley a Bibb Latané (1968) zkoumali čas za který subjekty reagovali a jak velká byla skupina, jejíž byli součástí. (Darley, Latané, 1968)

Závěrem studie John M. Darley a Bibb Latané (1968) bylo, že počet lidí ve skupině, kterých si byl zkoumaný subjekt vědom mělo velký vliv na pravděpodobnost toho, že incident nahlásí. V situaci, kdy si účastníci diskuse mysleli, že jsou s obětí sami, zasáhlo 85 % z nich. Pokud se jednalo o tříčlennou skupinu, tak zasáhlo 62 % účastníků. V šestičlenných skupinách poté zasáhlo pouze 31 % účastníků. Velikost skupiny měla také vliv na rychlost reakce subjektů. Nejrychleji reagovali subjekty, kteří byli s obětí sami, a naopak nejpomaleji reagovali subjekty v šestičlenné skupině. (Darley, Latané, 1968)

Následující studie John M. Darley a Bibb Latané (1968) sledovala reakce studentů na kouř. Subjekt, který seděl v malé čekárně, čelil nejasné, ale potenciálně nebezpečné situaci, když se do místnosti skrze větrací otvor na stěně začal valit dým kouře. Jeho reakce na tuto situaci byla

pozorována přes jednosměrné sklo. Hlavní závislou proměnnou studie byla doba, po kterou subjekt setrval v místnosti, než odešel ohlásit kouř. (Darley, Latané, 1968)

Předmětem studie byli studenti Kolumbijské univerzity ve Spojených státech žijící na kolejích. Studenti byli pozváni pod záminkou rozhovoru, kde se mělo diskutovat o problémech spojených s životem na městské univerzitě. V rámci experimentu byli studenti rozděleni do různých skupin s rozdílnými podmínkami, aby bylo možné pozorovat jejich reakce na potenciálně kritickou situaci. Před začátkem fiktivního rozhovoru byly subjekty uvedeny do čekárny, kde měly za úkol vyplnit dotazník. Některé subjekty byly při vyplňování dotazníku vystaveny samy. Ostatní byli součástí tříčlenných skupin, které se skládaly z jednoho subjektu a dvou konfidentů, kteří záměrně kouř ignorovali, nebo ze tří studentů, kteří se ale vzájemně neznali. Jakmile pokusné osoby vyplnily dvě stránky dotazníku, začal se do místnosti vhnět kouř. (Darley, Latané, 1968)

Průměrný samostatný subjekt ohlásil kouř do dvou minut od okamžiku, kdy ho poprvé zaregistroval. Chování subjektů ve skupinách, které zahrnovaly 2 konfidenty bylo dramaticky odlišné. Z 10 osob, které byly v tomto poměru, pouze 1 oznámila kouř. Ostatních 9 zůstalo v čekárně, která se postupně plnila kouřem. Odháněli si dým od obličeje, kašlali, mnu si oči, otvírali okno, a především pracovali na svých dotaznících, ale kouř neohlásili. Ve tříčlenných skupinách pouze v 38 % případech z osmi skupin ohlásil incident alespoň jeden subjekt. Z 24 osob, které se zúčastnily těchto 8 skupin, pouze 1 osoba hlásila kouř během prvních 4 minut, než se místnost stala výrazně nekomfortní. Pouze 3 osoby nahlásily kouř do konce experimentální doby. (Darley, Latané, 1968)

Další studie od Piliavin a kolektivu (1969), která se zabývala efektem se zaměřila na pochopení faktorů ovlivňujících rozhodnutí přihlízejících v nouzové situaci. Autoři rozšířili model výnosů a nákladů pomoci, který předpokládá, že přihlízející před tím, než zasáhnou zvažují potencionální náklady (například úsilí) a výnosy (například pocit uspokojení) spojené s intervencí, a to jak pro sebe, tak i pro postiženého. Studie Piliavin et al. (1969) zkoumala vliv charakteristiky oběti s přítomností dalších obětí na rychlost a pravděpodobnost poskytnutí první pomoci. (Piliavin, et al., 1969)

Experiment Piliavin et al. (1969) prováděli v newyorském metru, kde výzkumníci inscenovali kolaps studenta v různých vagónech. Oběť buď předstírala zraněného s holí, nebo opilost. Pokaždé se v blízkosti oběti nacházeli další výzkumníci, kteří pozorovali reakce cestujících. (Piliavin, et al., 1969)

Studie Piliavin et al. (1969) zjistila, že pomoc dostaly zraněné oběti častěji než ty opilé. Autoři to popisují vyššími náklady na nezasáhnutí v případě zraněné oběti kvůli většímu pocitu viny a empatie a nižšími náklady na pomoc na základě menšího odporu či větší sympatii. Studie Piliavin et al. (1969) dále odhalila, že přítomnost většího počtu přihlížejících neměla podstatný negativní vliv na poskytnutí první pomoci, to zpochybnilo tehdejší předpoklady o difuzi odpovědnosti v menších skupinách. Závěrem výzkumu Piliavin et al. (1969) bylo, že lidé při rozhodování, jestli poskytnou první pomoc nebo ne, zvažují komplexní soubor faktorů, charakteristiku oběti a potencionální důsledky jejich konání. (Piliavin, et al., 1969)

Studie „The Responsive Bystander: How Social Group Membership and Group Size Can Encourage as Well as Inhibit Bystander Intervention“ od Levine M. a Crowther S. (2008) se zaměřuje na analýzu vlivu sociálních faktorů na chování přihlížejících v situacích vyžadujících intervenci. Konkrétně zkoumá, jak příslušnost k sociální skupině a její velikost mohou ovlivňovat rozhodnutí přihlížejícího zasáhnout, a to jak v pozitivním, tak v negativním směru. Výzkum Levine M. a Crowther S. (2008) ukazuje, že identifikace se sociální skupinou může zvýšit pravděpodobnost poskytnutí pomoci, zejména pokud je oběť vnímána jako část stejné skupiny. Avšak větší počet přítomných přihlížejících může vést k difuzi odpovědnosti, čímž se pravděpodobnost intervence snižuje. Tato studie Levine M. a Crowther S. (2008) tak rozšiřuje tradiční pojetí efektu přihlížejícího o aspekty sociální dynamiky a kontextuálních vlivů. (Levine, Crowther, 2008)

2.2 Výskyt efektu přihlížejícího

S rostoucím počtem přihlížejících klesá pravděpodobnost, že některý z nich poskytne pomoc jedinci nacházejícímu se v nouzi. Fenomén naznačuje, že v situacích, jako je například šikana na pracovišti či ve školním prostředí, přítomnost většího počtu osob snižuje individuální ochotu zakročit a pomoci. Výzkumy prokazují, že v případě pozorování šikany v pracovním kontextu je nejčastější reakcí přítomných osob diskuse o daném incidentu. Zaměstnanci i nadřízení přitom vykazují tendenci k pasivnímu přístupu (Kennedy, 2024). Školní šikana je chápána jako skupinový fenomén, jenž zahrnuje nejen agresory a oběti, ale také opět značný počet přihlížejících, kteří jsou svědky těchto událostí. Další empirické pozorování ukázalo, že vrstevníci se nacházeli v bezprostřední blízkosti během devíti z deseti zaznamenaných epizod. Přestože se šikana často odehrává za přítomnosti početné skupiny přihlížejících, kteří disponují vysokým potenciálem k jejímu zmírnění, tak většina z nich do situace nezasahuje (Eijigu, Teketel, 2021, s 183). Šikana se může projevat rovněž v digitálním prostředí, tzv. kyberšikana. Přihlížející jsou stěžejní pro utváření dynamiky kyberšikany, ať už aktivně

podporují pachatele, oběť, nebo zůstávají skryti za svou anonymitou v kyberprostoru (You, Lee, 2019). Tato pasivita přihlízejících může být dále vysvětlena kognitivními procesy, jako je vzájemné předpokládání záměrů ostatních, kdy jednotlivci očekávají, že někdo jiný situaci vyřeší, což posiluje jejich nečinnost v sociálních interakcích, ať už jde o domácí práce, provádění výzkumu nebo jiné kolektivní činnosti (Thomas et al., 2016).

2.2.1 Výskyt efektu přihlízejícího v první pomoci

Efekt přihlízejícího podstatně ovlivňuje poskytování první pomoci v nouzových situacích. Výzkum od Balhara et al. (2018) ukazuje, že v situacích vyžadujících okamžitou reakci, jako je srdeční zástava nebo vážné poranění, se laici mohou zdráhat zakročít, protože každý předpokládá, že pomůže někdo jiný. Systematický přehled od Balhara et al. (2018) zaměřený na země s nízkými a středními příjmy zjistil, že absence školení a nízká sebedůvěra přihlízejících přispívají k jejich pasivitě. (Balhara et al., 2018)

Další studie Faul et al. (2016) zdůrazňuje variabilitu reakcí přihlízejících podle typu zdravotní naléhavosti. Například při srdečních zástavách, respiračních obtížích a traumatických poranění je pravděpodobnost zásahu laiků vyšší než při psychiatrických epizodách jedinců nebo pokusu o znásilnění či napadení, což může být dáno větším povědomím o resuscitaci. Přesto i v těchto případech přítomnost více svědků snižuje iniciativu, neboť laici často váhají kvůli nejistotě ohledně svých schopností nebo strachu z poškození postiženého (Faul et al., 2016). Audit v belgickém regionu Ghent odhalil, že v případě bezvědomí pouze 43 % přihlízejících provedlo odpovídající první pomoc. Většina ani nevolala záchrannou službu, pokud byla přítomna větší skupina lidí, což opět potvrzuje efekt přihlízejícího (Lamote et al., 2020).

Pasivita přihlízejících může být také vysvětlena kognitivními faktory, jako je osobní distress, který zvyšuje tendenci zůstat nečinným, hlavně pokud jedinci očekávají negativní hodnocení za svojí případnou chybu (Hortensius, de Gelder, 2018). Tyto mechanismy jsou problematické zejména v situacích, kde rychlost zásahu hraje klíčovou roli. Například u srdečních zástav při sportu analýza ukázala, že včasné poskytnutí základní neodkladné resuscitace přihlízejícími zvyšuje pravděpodobnost přežití přibližně trojnásobně ve srovnání s případy, kdy zásah chyběl (Michelland et al., 2023).

2.3 Psychologické mechanismy efektu

Z výsledků různých experimentů vyplývá, že prosociální chování je ovlivňováno dvěma předpoklady: „1. tísnové či nebezpečné situace vznikají nečekaně a obvykle rychle, což může v prvních okamžicích (často ale i v delším časovém úseku) vést k jejich nejednoznačnému

posouzení (co se vlastně stalo, je pomoc nutná, jaký druh pomoci je vhodný); 2. v situaci, které přihlíží více lidí, spoléhá jeden na druhého, že poskytne pomoc – fenomén takzvané rozptýlené odpovědnosti.“ (Výrost et al., 2019, s 1317).

2.3.1 Prosociální chování

Prosociální chování je společností vnímáno kladně, protože splňuje společenské normy a hodnoty. Jedná se o různé projevy pomoci druhé osobě či skupině s kladným úmyslem. Může se jednat o spontánní poskytnutí pomoci (pomoc s těžkou taškou starší osobě aj.), nebo odpověď na přímou žádost o ní. Prosociální chování může být zaměřeno na osoby známé či neznámé. Faktor známosti významně ovlivňuje charakteristiky poskytované pomoci, včetně její rychlosti, rozsahu a motivace. Vzhledem k implicitní normě vzájemné podpory u blízkých vztahů je proto prosociální jednání vůči neznámým osobám považováno za relevantnější indikátor altruismu. Definice altruismu se opírá o zdůraznění toho, že zasahující neočekává za jeho konání žádnou odměnu, ať už materiální, finanční či společenské uznání. (Výrost et al., 2019)

Důležitým faktorem ovlivňujícím prosociální chování je možnost budoucího setkání. Pokud svědci předpokládají, že jsou mezi nimi možné budoucí interakce, tak to zásadně redukuje efekt přihlížejícího. Odborníci to vysvětlují tím, že nikdo ze členů skupiny nechce být v budoucnu označen za apatického. (Výrost et al., 2019)

2.3.2 Antisociální chování

Opakem prosociálního chování je antisociální chování, které je naopak společností odmítáno (Výrost et al., 2019).

Antisociální behaviorální vzorce představují heterogenní konstrukt zahrnující široké spektrum dysfunkčních projevů v oblasti chování, postojů a osobnostních charakteristik. Tyto projevy jsou v interpersonálních a sociálních kontextech často percipovány jako maladaptivní a typicky vedou k negativním následkům v mezilidských vztazích a širšímu společenskému fungování. (Shackelford, Week-Shackelford, 2021)

V rámci výzkumu antisociálních tendencí byla identifikována signifikantní souvztažnost mezi specifickými rysy tzv. "temné triády" (psychopatií, narcismem a machiavelismem) a výskytem negativních sociálních jevů, jako je sexuální nátlak a kriminální aktivita (Brewer et al., 2024). Antisociální chování se může manifestovat izolovaně nebo v rámci komplexnějšího klinického obrazu antisociální poruchy osobnosti. (Shackelford, Week-Shackelford, 2021)

2.3.3 Rozptýlená odpovědnost

Rozptýlená odpovědnost je definována jako změna chování jednotlivců v přítomnosti ostatních, díky které se cítí méně odpovědní za své jednání (Beyer, et al. 2016). Při rozhodování se o poskytnutí pomoci přihlízející zvažuje osobní odpovědnost, kterou má jednatelce v situaci za neposkytnutí nebo poskytnutí první pomoci. Pokud je přihlízející sám svědkem nějaké události, která vyžaduje zásáhnutí někoho dalšího, je si vědom, že všechna odpovědnost leží na něm. Pokud se v okolí nachází více přihlízejících, kteří jsou si vědomi, že nejsou jediní svědci, dochází tak k rozptýlení odpovědnosti na všechny přítomné. Leonard Bickman (1971, 1972) ve svých studiích odhalil, že pokud se jeden svědek rozhodne pomoci, vzápětí se připojí další. (Výrost et al., 2019)

2.3.4 Strach ze sociálního omylu

V situacích, zejména těch, které zahrnují ohrožení zdraví či života, se jednotlivci často ocitají v neznámém a pro ně neobvyklém prostředí. Tato nová zkušenost může vést k váhání a nejistotě ohledně adekvátního postupu. Přítomnost přihlízející skupiny tento stav nerozhodnosti dále zesiluje, jelikož se u jednotlivců objevuje obava z nevhodného poskytnutí pomoci, což může vyvolat negativní sociální hodnocení ze strany ostatních. Výjimkou jsou odborníci, kteří by pravděpodobně zasáhli okamžitě. Navíc existuje riziko, že daná situace může být mylně interpretována jako žert, což by vedlo k zesměšnění zasahujícího jedince. Tato nejistota a váhavost v podobných situacích snižují pravděpodobnost a prodlužují dobu před poskytnutím pomoci. Tento fenomén je v literatuře označován jako strach ze sociálního omylu. (Výrost et al., 2019)

2.3.5 Pluralistická ignorance

Pluralitní ignorance představuje sociální fenomén, při němž absence otevřené diskuse o převažujícím názoru či situaci vede k mylnému předpokladu, že ostatní jedinci dospěli k implicitní, nevyslovené shodě (Li, 2024). Tento jev nastává, pokud jedinec nesouhlasí s určitým způsobem myšlení, avšak domnívá se, že jej většina ostatních akceptuje, což jej v důsledku vede k přizpůsobení se tomuto domnělému konsenzu, ačkoli ve skutečnosti tento názor nemusí nikdo skutečně zastávat. Příkladem může být náročné akademické prostředí, například během výuky, studenti nemusí reagovat na otázky vyučujícího zvednutím ruky. Tento postoj často pramení z přesvědčení, že ostatní látce rozumí, což vyvolává obavu z projevení vlastní nedostatečnosti. V důsledku toho se studenti zdráhají klást doplňující otázky, aby nevypadali nekompetentně. Tento typ myšlení objasňuje vliv pluralitní ignorance na tzv. efekt přihlízejících. (Emeghara, 2023)

Klíčovými faktory jsou zde nejistota a subjektivní vnímání situace. Rozlišujícím prvkem pluralitní ignorance je nejednoznačnost, která danou situaci definuje. Pokud je situace jednoznačná – například pokud někdo ve třídě otevřeně přizná, že látce nerozumí – pluralitní ignorance se neuplatní, neboť jedinec získává potvrzení, že jeho pohled sdílí i někdo jiný. Naopak právě nejistota a nejednoznačnost situace přispívají k nesprávnému vnímání reality, což je charakteristickým znakem pluralitní ignorance. Tento jev tak zdůrazňuje, jak mohou sociální předpoklady a absence komunikace deformovat kolektivní chování a rozhodování. (Emeghara, 2023)

2.4 Neuronové mechanismy efektu přihlížejícího

Neurozobrazovací techniky (neuroimaging) představují potenciální nástroj pro charakterizaci výzkumu efektu přihlížejícího a umožňují zkoumat nervové mechanismy podmiňující apatii přihlížejících. S ohledem na tradiční teoretická východiska lze předpokládat, že klíčovou roli v těchto procesech hrají mozkové oblasti spojené s rozhodováním. Nicméně nově se objevující důkazy ze studií David G Rand (2016), Jamil Zaki a Jason P. Mitchell (2013) naznačují, že některé formy pomáhajícího chování mají automatický nebo reflexivní charakter. Nedávné neurozobrazovací studie Sinke et al. (2010) ačkoli nebyly primárně zaměřeny na efekt přihlížejícího, poukazují na automatickou aktivaci přípravných reakcí v situacích s významným obsahem. Konkrétně pozorováním rizikové konfrontace mezi dvěma jedinci vyvolává aktivaci premotorické kůry, a to nezávisle na vědomé pozornosti či zaměření pozorovatele. Tato zjištění vyvolávají otázku, zda absence pomáhajícího chování při efektu přihlížejícího pramení z vědomého kognitivního rozhodnutí, nebo je spíše výsledkem automatického reflexivního procesu. (Hortensius, de Gelder, 2018)

Studie Ruud Hortensius a Beatrice de Gelder (2014) pomocí funkční magnetické rezonance (fMRI) přímo zmapovala nervovou aktivitu, s rozdílným počtem přítomných přihlížejících v nouzové situaci. Účastníci sledovali kolabující starší ženu individuálně nebo v přítomnosti jednoho, dvou nebo čtyř dalších přihlížejících. Aktivita vzrostla v regionech souvisejících s vizí a pozorností, ale ne v mentalizační síti. Když byli účastníci svědky mimořádné události s větším počtem přihlížejících, pokles aktivity byl pozorován v oblastech mozku důležité pro přípravu pomoci: gyrus precentralis, gyrus postcentralis a medial prefrontal cortex (mPFC). mPFC se podílí na různých souborech emocionálních a sociálních procesů. Jeden návrh na zastřešující roli je mapování reakce na situace, hledající spojení mezi událostí (např. mimořádná událost) a odpovídající reakcí (v tomto případě pomáhající chování). Činnost v mPFC je spojováno s prosociálním chováním. (Hortensius, de Gelder, 2018)

2.5 Faktory ovlivňující efekt přihlížejícího

Efekt přihlížejícího je komplexní fenomén ovlivněný řadou situačních, osobních a sociálních faktorů. Výzkumy vykazují, že rozhodování o zásánutí v různých situacích je ovlivňováno nejen počtem přihlížejících, který zvyšuje difuzi odpovědnosti (Liebst et al., 2019), ale také nejistotou ohledně vlastní kompetentnosti či obavami z možných rizik (Výrost et al., 2019). Nejednoznačnost situace komplikuje rozpoznání potřeby zásahu (Výrost et al., 2019), zatímco sociální vztahy a sympatie mohou naopak svědky události motivovat k prosociálnímu chování (Hortensius & de Gelder, 2018). Tyto faktory, často působící ve vzájemné interakci, zdůrazňují nutnost komplexního přístupu k pochopení podmínek, za kterých se přihlížející rozhodují mezi aktivní pomocí či pasivitou.

2.5.1 Zvažování kompetentnosti

I v situacích, kdy je objektivně zřejmé, že postižená osoba vyžaduje intervenci, potencionální zachránci často projevují váhavost ohledně optimálního způsobu poskytnutí pomoci a posouzení vlastní schopnosti tuto pomoc efektivně realizovat. Zvažování kompetentnosti se tak stává klíčovým determinantem prosociálního chování. V situacích, jako je například vážné zranění, nebo náhlé zhoršení stavu vyvolané interní příčinou se u přihlížejících často objevují pochybnosti o adekvátnosti jejich znalostí první pomoci, doprovázené přesvědčením, že intervence kvalifikovaného odborníka by byla vhodnější. Obdobně se tato dynamika může manifestovat v případech fyzického napadení jiné osoby, kdy jedinci zdráhají intervenovat proti fyzicky dominantnímu útočníkovi z důvodu obavy nedostatečné vlastní fyzické zdatnosti. (Výrost et al., 2019)

2.5.2 Nejednoznačnost situace

Nejednoznačnost vnímané situace představuje jeden z komplexních faktorů, které komplikují rozhodování o tom, zda se zachovat prosociálně. Například pro laika může být obtížné rozpoznat, jestli se jedná o závažný zdravotní stav nebo jestli je daná osoba pod vlivem omamných látek. Pokud přihlížející není schopný situaci posoudit, tak na ní nereaguje. Ve skupině všichni sledují reakce ostatních, aby zjistili, jak se chovají. Pokud se všichni ve skupině chovají klidně, nejeví známky úzkosti a na vzniklou situaci nijak nereagují, tak jedinec situaci vyhodnotí tak, že není nutné zasáhnout. Naopak při osobním neklidu a nezasahování ostatních může jednotlivec usoudit, že zasáhnout v dané nouzové situaci je příliš riskantní. (Výrost et al., 2019)

2.5.3 Počet přihlížejících

Počet přihlížejících je tradičně považován za hlavní faktor efektu přihlížejícího, což studie Liebst et al. (2019) potvrzuje analýzou 764 přihlížejících v 81 násilných incidentech. Výsledky ukazují negativní vztah mezi počtem přítomných svědků a pravděpodobností zásahu, což indikuje středně silný až silný efekt. S rostoucím počtem přihlížejících tedy klesá pravděpodobnost, že jednotlivý svědek podnikne intervenci, což je v souladu s klasickými experimenty Lataného a Darleyho z 60. let. Tento efekt je přičítán mechanismům difúze odpovědnosti, kdy jednotlivci předpokládají, že odpovědnost za zásah nese někdo jiný ve skupině. Studie tak potvrzuje robustnost tohoto faktoru i v reálných, neexperimentálních podmínkách. (Liebst et al., 2019)

Navzdory silnému vlivu počtu přihlížejících studie Liebst et al. (2019) zdůrazňuje, že tento efekt není absolutní a může být modulován jinými proměnnými, zejména sociálními vztahy. Autoři poznamenávají, že zatímco větší počet svědků obecně snižuje intervenci, přítomnost sociálních vazeb tento trend výrazně oslabuje. Například v situacích s malým počtem přihlížejících (např. 1–3 osoby) je pravděpodobnost zásahu vyšší, ale pokud převažují cizinci, efekt přihlížejícího se projevuje silněji. Tyto nálezy naznačují, že počet přihlížejících je třeba posuzovat v interakci s dalšími faktory, aby bylo možné přesně predikovat chování v reálných situacích. (Liebst et al., 2019)

2.5.4 Sociální vztahy

Sociální vztahy mezi přihlížejícími a účastníky násilného incidentu představují klíčový faktor ovlivňující efekt přihlížejícího, jak ukazuje analýza reálných situací zachycených na CCTV kamerách. Studie Liebst et al. (2019) zjistila, že přihlížející, kteří mají sociální vazbu k oběti nebo agresorovi (například přátelství nebo rodinný vztah) vykazují výrazně vyšší pravděpodobnost zásahu ve srovnání s cizími osobami. Zjištění studie naznačuje, že sociální pouta mohou překonat inhibiční mechanismy efektu přihlížejícího, jako je difúze odpovědnosti, díky zvýšené motivaci chránit známou osobu. Autoři zdůrazňují, že tento faktor má větší prediktivní sílu, než počet přítomných svědků, což činí sociální vztahy dominantním determinantem chování v krizových situacích. (Liebst et al., 2019)

Význam sociálních vztahů je dále podpořen statistickým testem studie Liebst et al. (2019), který ukázal, že jejich vliv je výrazně silnější než vliv počtu přihlížejících. Tento rozdíl může být vysvětlen sociálními normami a emočními faktory, jako je loajalita nebo empatie, které motivují jedince k akci, i když jsou přítomni další svědci. Studie rovněž poukazuje na to, že

sociální vztahy nejen zvyšují pravděpodobnost zásahu, ale mohou také ovlivnit jeho formu, například fyzické oddělení konfliktu. (Liebst et al., 2019)

2.5.5 Pohlaví

Vlivným faktorem při poskytnutí pomoci je pohlaví. To dokázali například experimentální studie, které simulovali poruchu osobního vozu na silnici. Závěrem bylo prokázáno, že muži častěji pomohli ženám (obzvláště těm atraktivním) než mužům. Odůvodněno to bylo tím, že muži za nízké náklady mohou získat relativně pro ně velký užitek, jako například navázání nových vztahů, či uznání od okolí. Naopak ženy se ve stejném experimentu zachovaly rovnocenně. (Výrost et al., 2019)

Vliv pohlaví přihlízejícího se liší v závislosti na situaci. Ve studii Liebst et al. (2019) byl zkoumán faktor pohlaví u zásahu při násilných incidentech. Analýza odhalila, že muži mají výrazně vyšší tendenci zakročit ve srovnání se ženami. Tento rozdíl může být spojen se sociálními očekáváními maskulinity, která podporují aktivní chování v konfliktních situacích, zatímco ženy častěji zůstávají pasivní nebo volí nepřímé formy pomoci. (Liebst et al., 2019)

2.5.6 Denní doba

Kontext události, konkrétně časové a situační charakteristiky incidentu má dle studii Liebst et al. (2019) také vliv na efekt přihlízejícího. Studie zjistila, že většina analyzovaných incidentů (77 %) se odehrála v noci, zejména mezi desátou hodinou večer a čtvrtou hodinou ráno. Ačkoliv čas sám o sobě nevykázal statisticky významný přímý vliv na zasáhnutí, autoři naznačují, že noční prostředí může zesilovat efekt přihlízejícího kvůli potenciálně větší nejistotě ohledně situace a kvůli nižší viditelnosti. Tento faktor je spojen se situačními podmínkami, jako je veřejné prostředí barů a klubů, kde se incidenty zahrnuté ve studii odehrávaly. (Liebst et al., 2019)

2.5.7 Ohrožení infekční nákazou

Ze situací spojených s poskytováním první pomoci mohou vyplívat obavy z nákazy infekčních onemocnění, jako je například HIV či hepatitida. Nejčastěji se tak může dít v situacích spojených s možným kontaktem s krví nebo jinými tělními tekutinami (Kuba a kol., 2023). Laická první pomoc je zpravidla vykonávána s minimálním materiálním vybavením. Může být poskytnuta například za použití prostředků z domácí lékárničky, autolékárničky v případě dopravní nehody, případně zcela bez pomůcek. V mnoha situacích je nezbytná improvizace, která zvětšuje riziko kontaktu s tělními tekutinami (Chylíková, 2020).

2.5.8 Erudovanost v první pomoci

Klíčovým faktorem, jehož význam nelze podcenit, je znalost či neznalost postupů první pomoci. Empirické studie prokazují, že osoby disponující příslušným školením mají signifikantně vyšší tendenci poskytnout první pomoc v situacích, kdy je to nezbytně nutné. Naproti tomu jedinci, kteří neprošli kurzem první pomoci, mohou být v kritických momentech natolik ovlivněni obavami, že se rozhodnou neposkytnout potřebnou pomoc (Kuba a kol., 2023).

2.5.9 Obava z eskalace situace

Obavy z eskalace situace se hlavně projevují u přihlížejících šikany. Přihlížející vnímali, že je nebezpečné jednat, protože se obávali, že se sami stanou terčem, nebo že by svým jednáním eskalovali stávající situaci šikany. Tento strach vycházel z jejich vlastních pozorování a zkušeností, kdy byli svědky mnoha situací, které se zhoršily, když vedoucí, či oběť vynesli problém na poradě zaměstnanců nebo když se šikaně postavili přímo. (Jönsson, Muhonen, 2022)

2.5.10 Sympatie

Sympatie a osobní distress byly rozpoznány jako vlivné faktory ovlivňující chování zaměřené na pomoc druhým. Sympatie představuje reakci, která zahrnuje pocity soucitu a starostlivosti o blaho jiného člověka. Naproti tomu osobní distress označuje kontrastní a často automatickou reakci, jež se projevuje pocity nepohodlí a úzkosti pozorovatele, zaměřenými především na jeho vlastní prožívání. Na rozdíl od osobního distressu není pomáhající chování motivované soucitem podmíněno sociálními vlivy, jako jsou očekávání uznání nebo odměny ze strany okolí. (Hortensius, de Gelder, 2018)

2.5.11 Strach z právních následků

Tato obava může být způsobena předchozími právními problémy nebo nedostatečnými znalostmi o zákonu poskytnutí pomoci. Předchozí zkušenost s právními problémy je zkušenost, kterou vedlejší účastník přímo získal nebo kterou předvídá na základě znalosti zkušeností jiných lidí nebo z médií. Obava z nedostatečné informovanosti o zákonech může být způsobena nedostatečným školením nebo nedostatečnou odbornou přípravou. Obava z obvinění je další obavou související se strachem z právních problémů. V tomto případě se přihlížející obává, že bude obviněn ostatními svědky, příbuznými poškozeného nebo právními orgány z toho, že zavinil nehodu nebo že způsobil poškozenému větší škodu. (Sepahvand et al., 2023)

2.5.12 Předchozí negativní zkušenosti

Strach a obavy u přihlízejících mohou být způsobeny informacemi a zkušenostmi, které mají v souvislosti s poskytováním pomoci. Například pokud byl přihlízející při předchozí události svědkem toho, že zachránce nesprávným poskytnutím pomoci způsobil zraněnému více zranění a problémů, tak by mohl mít při současné události strach a obavy, že postiženému také ublíží. V tomto případě je zdrojem strachu a obav především vlastní zkušenost přihlízejícího, nikoli způsob jednání ostatních přihlízejících. (Sepahvand et al., 2023)

2.6 Důsledky efektu přihlízejícího

Efekt přihlízejícího přináší komplexní důsledky, které zahrnují psychické, sociální a zdravotní dopady na oběti a společnost. Absence zásahu přihlízejících prohlubuje emoční trauma obětí při sexuálním obtěžování nebo kyberšikaně, a podporuje nerovnosti v pracovním prostředí. Současně může nečinnost zpozdit poskytnutí první pomoci, což zvyšuje riziko vážných zdravotních komplikací. Nečinnost přihlízejících v krizích oslabuje důvěru v kolektivní solidaritu a zdůrazňuje potřebu školení zaměřených na aktivní zásahy (Levine et al., 2019). Vzdělávání a podpora aktivity přihlízejících mohou tyto negativní důsledky zmírnit, jak ukazují výzkumy zaměřené na reálné situace (Liebst et al., 2019).

2.6.1 Vliv na oběť

Absence zásahu přihlízejících prohlubuje negativní emoční dopady u obětí sexuálního obtěžování, přičemž klíčovým faktorem je obviňování přihlízejících obětí. Poškození často připisují větší vinu těm, kteří nezasáhnou, což zvyšuje pocity frustrace, bezmoci a sociální izolace. Tento efekt nezávisí na počtu přítomných svědků ani na jejich pohlaví, což naznačuje, že hlavním mechanismem je očekávání aktivní podpory od okolí. Dlouhodobě tato dynamika narušuje důvěru obětí v sociální prostředí, posiluje percepce nezájmu okolí a negativně ovlivňuje jejich psychické zdraví. (Manthey, 2017)

2.6.2 Důsledky v pracovním prostředí

Studie Jennings et al. (2024) naznačuje, že nečinnost přihlízejících na pracovišti přispívá k udržování nerovností a diskriminace. Tato pasivita oslabuje snahy o vytvoření prostředí, kde jsou všichni zaměstnanci rovnocenně respektováni, a prohlubuje pocity marginalizace u obětí diskriminace. Tento fakt může dlouhodobě narušovat organizační kulturu a snižovat důvěru mezi zaměstnanci. (Jennings et al., 2024)

2.6.3 Dopady v digitálním prostoru

Nečinnost přihlízejících v online prostředí zhoršuje psychické potíže obětí kyberšikany, včetně pocitů osamělosti, úzkosti a poklesu sebeúcty. Pasivní postoj svědků může povzbuzovat agresory, kteří absenci reakce vnímají jako souhlas nebo nezájem, čímž se kyberšikana stává běžnější. Tento proces dlouhodobě narušuje důvěru obětí v sociální oporu a negativně ovlivňuje jejich duševní pohodu. Absence zásahu přihlízejících má rovněž širší společenský dopad, protože oslabuje kolektivní odpovědnost za vytváření bezpečného digitálního prostoru. (Machackova a kol., 2015)

2.6.4 Fyzické následky

Studie Smith (2021) prokazuje, že nečinnost přihlízejících může zpozdit nebo znemožnit poskytnutí první pomoci, což vede k vážným zdravotním komplikacím či fatálním následkům pro oběť. Pasivní postoj je často ovlivněn věkem, rasou a pohlavím, což může způsobovat nerovnosti v přístupu k okamžité péči (Smith, 2021). Studie Bakke et al. (2015) zjistila, že absence včasné první pomoci při traumatických úrazech od přihlízejících zvyšuje riziko komplikací, jako je například hypotermie (Bakke et al., 2015). Studie Michelland et al. (2023) ukazuje, že při srdečních zástavách nečinnost přihlízejících snižuje šanci na přežití, zatímco včasná kardiopulmonální resuscitace a použití automatického externího defibrilátoru několikanásobně pravděpodobnost přežití (Michelland et al., 2023).

2.7 První pomoc

První pomoc se definuje jako prvotní péče poskytovaná při akutním onemocnění nebo úrazu. Její hlavní účely jsou záchrana života, zmírnění utrpení, prevence progresu akutního onemocnění či úrazu (Zideman et al., 2021). V České republice jsou dle zákona číslo 40/2009 sbírky §150 povinni všichni občané poskytnout první pomoc (Trestní zákoník 40/2009 sbírky).

První pomocí se také rozumí rozpoznání závažného stavu, poskytnutí vhodné péče a zkontaktování zdravotnické záchranné služby či jiné zdravotnické složky – například horská služba (Zideman et al., 2021). První pomoc hraje důležitou roli v situacích, kdy dochází k ohrožení lidského života. Nejdůležitější je vždy dbát na vlastní zdraví a ujistit se, že při poskytování první pomoci sám záchránce nedojde k újmě. (Hasík a kol., 2023)

2.7.1 Přivolání odborné pomoci

Součástí poskytnutí první pomoci je zkontaktování zdravotnické záchranné služby a předání nemocného do péče záchranářů. Tísňovou linku 155 je potřeba zkontaktovat co nejdříve od

rozpoznání nečekaného zhoršení zdravotního stavu, úrazu či události, která bude mít pravděpodobně vliv na zdraví postižených osob. (Hasík a kol., 2023)

Dispečerovi na tísňové lince je nutné sdělit tyto klíčové informace: místo události, co se stalo a kolik se tam nachází postižených osob. V případě opomenutí některých důležitých informací se na ně dispečer doptá. Hovor vždy ukončuje dispečer, nikdy jej neukončuje volající. (Hasík a kol., 2023)

2.7.2 Základní vyšetření

Základem poskytnutí první pomoci je orientační vyšetření nemocného. Člověk poskytující první pomoc musí zjistit o jaké postižení se jedná a na základě jeho konstatování je následně schopen vyhodnotit naléhavost a situace a jakou péči nemocnému poskytne. (Hasík a kol., 2023)

Základní vyšetření probíhá již od příchodu do blízkého okolí nemocného, kdy lze snadno a rychle vyhodnotit život ohrožující stavy jako například masivní krvácení či bezvědomí. (Hasík a kol., 2023)

2.7.2.1 Vyšetření pohledem

Při vyšetření pohledem, záchránce zkoumá tyto skutečnosti: „krvavé skvrny na oblečení, rány, velikost a rychlost zvětšování krevních stop na oblečení, případně podložce, poloha postiženého, barva kůže a rtů (bledost, namodralé zbarvení, zarudnutí), deformity hlavy, trupu, končetin, páneve, porucha hybnosti, třes, křeče, cizí tělesa, zvratky, zbytky požitých látek v okolí postiženého u otrav.“ (Hasík a kol., 2023, s 9)

2.7.2.2 Vyšetření poslechem

Vyšetření poslechem v první pomoci se rozumí „popis okolností vzniku a charakteristika potíží postiženým, informace od případných svědků události, slyšitelné vedlejší zvuky doprovázející dýchání (pískoty, vrzoty, lapavé dechy, chrčivé dýchání).“ (Hasík a kol., 2023, s 9)

2.7.2.3 Vyšetření pohmatem

Vyšetření pohmatem se provádí hlavně při úrazech. Je důležité dbát na opatrnost a nezpůsobit jedinci větší bolest. Kontrolují se poruchy cití, sevření obou rukou a u erudovaní záchránci mohou vyhmatávat pulzace. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3 První pomoc u bezprostředního ohrožení života

2.7.3.1 Základní neodkladná resuscitace dospělých

Resuscitace se provádí při náhlé zástavě oběhu, kterou způsobuje selhání srdce jako pumpy. Nejčastější příčiny u dospělých osob jsou přímé onemocnění srdce, úrazy elektrickým proudem, tonutí, těžké úrazy a náhlá neprůchodnost dýchacích cest. Typickým příznakem je náhlá ztráta vědomí a porucha dýchání. (Hasík a kol., 2023)

Při rozpoznání zástavy oběhu je důležité co nejdříve zahájit srdeční masáž, protože již po 3–5 minutách, kdy člověk nedýchá dochází k úmrtí mozkových buněk. V první řadě je důležité se ujistit, zda zachránce neohroží další nebezpečí a následně je nutné si ověřit, jestli postižený reaguje. Pokud nereaguje a nedýchá, tak je nutné zavolat na tísňovou linku, aby byla odborná pomoc na místě co nejdříve. Následně je nutné postiženého položit na záda a zaklonit mu hlavu s elevací brady. Jestliže po tomto úkonu jedinec nezačne dýchat normálně nebo pokračuje bezdeší, tak je nutné zahájit resuscitaci. Pokud se nachází v blízkosti automatický externí defibrilátor, je vhodné jej použít. (Hasík a kol., 2023)

Při správně prováděné srdeční masáži je doporučeno klečet vedle hrudníku postiženého, položit dlaň jedné ruky do středu hrudníku, přes ní druhou dlaň a v pozici, kdy je zachránce nakloněn kolmo nad hrudníkem s propnutými pažemi provádět komprese hrudníku do hloubky 5-6 centimetrů s frekvencí 100 stlačení za minutu. (Hasík a kol., 2023)

V případě vyškoleného a ochotného zachránce je možné provádět umělé dýchání, které bude korelovat s kompresemi hrudníku v poměru 30:2. (Hasík a kol., 2023)

Pokud se v průběhu kříšení začne postižený probouzet, tak není nadále resuscitace indikována. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.2 Základní neodkladné resuscitace u dětí

Děťmi se pro resuscitaci rozumí postižený jedinec od narození po zahájení puberty. U dětí jsou hlavní příčiny zástavy oběhu tonutí, závažné úrazy, bezvědomí s křečemi, onemocnění srdce, úraz elektrickým proudem, aspirace cizího tělesa či záněty v oblasti hrtanu. (Hasík a kol., 2023)

Postup u resuscitace dětí je až na některé kroky podobný resuscitaci dospělých. U dětí se provádí prvně pět vdechů a poté následují komprese do 1/3 hrudníku dle velikosti dítěte jednou či oběma rukama. Stačení se provádí v poměru s umělými dechy 15:2 s frekvencí 100 kompresí za minutu. (Hasík a kol., 2023)

Specifika u novorozenců a kojenců jsou ta, že se neprovádí záklon hlavy. Při umělém dýchání do takto malých dětí se vdechuje pouze takové množství vzduchu, aby bylo patrné zvedání hrudníku dítěte. U kompresí, které se provádí do 1/3 hrudníku se používají pouze dva palce. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.3 Základní neodkladná resuscitace s použitím automatického externího defibrilátoru

Automatický externí defibrilátor je přenosné zařízení, které slouží k analýze srdečního rytmu a podání elektrického výboje za účelem obnovení normální činnosti srdce u osob s náhlou srdeční zástavou. Při resuscitaci se AED používá převážně laiky nebo first respondery k defibrilaci komorových arytmií, jako je komorová fibrilace nebo bezpulzová komorová tachykardie, čímž zvyšuje šanci na přežití. (Michelland et al., 2023)

Prvním krokem je zapnutí a následné přilepení elektrod AED. V případě většího počtu záchránců se elektrody přilepí bez přerušování kompresí hrudníku a poté záchránce či záchránce následují pokyny AED, které je bude hlasově navádět. Resuscitace za použití AED se nijak zásadně neliší od té klasické s tou výjimkou, že se záchránce řídí pokyny AED. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.4 Bezvědomí

Absence vědomí je stav, kdy hrozí bezprostřední ohrožení života a může být způsobena různými příčinami – otravy, poruchy metabolismu, poruchy základních životních funkcí nebo poškození mozku. Bezvědomí může ohrozit jedince hned několika způsoby. Může se jednat o úraz při pádu, podchlazení, selhání základních životních funkcí, aspirace či mechanické zablokování dýchacích cest. (Hasík a kol., 2023)

Prvním krokem u postiženého, kde je podezření na poruchu vědomí je danou osobu oslovit a případně s ní jemně zatřást. Pokud se jedinec jeví bez reakce, tak je důležité zkontrolovat jeho dýchání. Jestliže je dýchání postiženého normální (kdyby byla absence dýchání, tak je nutné zahájit resuscitaci) a udržuje volné dýchací cesty, tak je zapotřebí přivolat zdravotnickou záchranou službu a nadále sledovat dýchání postiženého. (Hasík a kol., 2023)

V případě, že jedinec krvácí z úst nebo z nosu, bezvědomí je způsobeno tonutím či otravou nebo záchránce potřebuje postiženého opustit, tak je nutné ho uvést do zotavovací polohy a přikrýt. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.4.1 Zotavovací poloha

Poloha je doporučena pro osoby se sníženou úrovní vědomí kvůli zdravotním obtížím, kteří nesplňují kritéria pro zahájení kardiopulmonální resuscitace. Stabilizovaná poloha je situována na boku s jednou rukou pod tvář pro fixování záklonu hlavy a usnadnění odchodu případných tekutin z dutiny ústní. U osoby uvedené do této polohy je důležité sledovat její dýchání do příjezdu zdravotnické záchranné služby a opouštět ji pouze v nezbytně nutných případech. (Zideman et al., 2021)

2.7.3.5 Zástava masivního zevního krvácení

Masivní krvácení je stav, kdy dochází k rychlé ztrátě velkého množství krve. Typicky se projevuje stříkáním či intenzivním vytékáním krve z rány, velkou kaluží krve, nasáknutím oblečení postiženého nebo bledostí zraněného. Hlavní příčiny jsou veškeré rány nebo amputace. Pokud nedojde k zástavě krvácení, může u postiženého jedince s velkou krevní ztrátou dojít k rozvoji šoku nebo zástavě oběhu. (Hasík a kol., 2023)

Základním krokem první pomoci je jedince posadit nebo položit a následně pevně stlačit krvácející cévu přímo v ráně. Pokud je to možné, tak záchránce zhotoví tlakový obvaz a poté jej aplikuje na ránu. Aplikace turniketu je doporučována erudovaným záchráncům. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.6 Vnitřní krvácení a prevence šoku

Vnitřním krvácením se rozumí únik krve z cév do orgánů nebo do tělních dutin. Může být způsobeno vysokoenergetickým úrazem, střelná a bodná poranění nebo některými onemocněními. (Hasík a kol., 2023)

K šoku dochází, pokud organismus není schopen zásobit potřebným množstvím kyslíku tkáně a orgány. V rámci první pomoci se nejčastěji setkáme se šokem způsobeným ztrátou krve z krevního řečiště. Ten se projevuje bledostí, chladnou kůží, studeným potem, zrychleným a oslabeným tepem či pocitem žízně. (Hasík a kol., 2023)

Cílem první pomoci v případě šoku je zpomalit rozvoj šoku a tím i zhoršení stavu a včasný příjezd zdravotnické záchranné služby. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.6.1 Vhodná poloha pro šokového pacienta

Šokem se rozumí stav, kde dochází k selhání periferní cirkulace. Může být způsobena náhlou ztrátou tekutin, závažným úrazem, infarktem myokardu či plicní embolií. Ačkoliv primární léčba závisí na příčině, tak je důležité podpořit cirkulaci krve. V případě, že pacient nejeví

známky traumatu, tak v mezidobí čekání na odbornější pomoc může záchránce uvést zraněného do polohy na zádech se zvednutými dolními končetinami. (Zideman et al., 2021)

2.7.3.7 Tonutí

Tonutím se rozumí dušení tekutinou, v které je jedinec potopený. Tonutí lze rozpoznat pomocí bublavého dýchání, kašle, zvracení, cyanózy kůže a sliznic nebo bezvědomí po pobytu ve vodě nebo pod její hladinou. Postiženému hrozí dušení s následující zástavou krevního oběhu a podchlazení. (Hasík a kol., 2023)

Podstatné je včas zkontaktovat zdravotnickou záchrannou službu ještě před samotným zachraňováním postiženého. Důležité je jedince opatrně vytáhnout z tekutiny bez vlastního ohrožení a pokud postižený člověk nedýchá, tak včas zahájit resuscitaci s umělým dýcháním. U tonutí se proškoleným záchráncům doporučuje zahájit resuscitaci 5 úvodními vdechy. Pokud je umělé dýchání znemožněno vytékáním obsahu žaludku, tak je zapotřebí postiženého otočit na bok a odstranit obsah z dutiny ústní. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.8 Úraz elektrickým proudem

Úraz elektrickým proudem je způsoben kontaktem s vedením elektrického proudu, zásahem blesku. Projevuje se ztrátou nebo poruchou vědomí, bolestivost v místě zásahu, křečemi nebo popáleninami. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci je důležité dbát na vlastní bezpečí a ujistit se, že zdroj elektrického proudu je vypnutý či kontakt postiženého se zdrojem napětí je přerušen. Pokud se jedná o zásah proudem o vysokém napětí, tak se k postiženému záchránce přibližuje pouze pokud je si jistý, že byl zdroj napětí vypnutý. Následně je potřeba postupovat dle vývoje stavu zraněného. (Hasík a kol., 2023)

2.7.3.9 Uzávěr dýchacích cest cizím tělesem

Cizí těleso, které se nachází v dýchacích cestách omezuje částečně nebo úplně dýchání. Může se jednat o vdechnutí potravy či drobných těles (převážně u dětí). Vdechnutí cizího tělesa se projevuje usilovným kašlem, nemožností mluvit, pískoty, vrzoty při dýchání, panikou, cyanózou nebo ztrátou vědomí. Aspirace může mít za následek udušení, zástavu oběhu nebo poranění po vypuzovacích manévrech od záchránců. (Hasík a kol., 2023)

Cílem záchránců je odstranit cizí těleso z dýchacích cest a v případě komplikací zkontaktovat včas zdravotnickou záchrannou službu. První pomoc se liší podle stáří postiženého. (Hasík a kol., 2023)

U dětí do 1 roku věku se doporučuje nedříve dítě nechat cizí objekt vykašlat samo za předpokladu že dostatečně účinně kašle. Pokud tomu tak není, je nutné, aby zachránce použil vypuzovací manévry – položit si dítě obličejem dolů na své předloktí (zachránčovo) s tím, že dolní čelist je umístěna mezi prsty bez stlačování měkkých tkání a několikrát dlaní druhé ruky udeřit mezi lopatky dítěte. Tento postup je nutno opakovat do té doby, dokud nedojde k vypuzení aspirovaného tělese, nebo ke ztrátě vědomí (v tom případě následuje resuscitace dítěte). Pokud je cizí těleso viditelné v dutině ústní, tak se jej může zachránce pokusit vyjmout. Každé dítě by mělo být po odstranění cizího tělesa vyšetřeno lékařem. (Hasík a kol., 2023)

Pro děti starší 1 rok a dospělé se také doporučuje je nejdříve nechat zkusit předmět vypudit za předpokladu, že dostatečně účinně kašlou. Pokud již nemohou kašlat nebo mluvit a jsou při vědomí tak se doporučuje postiženého předklonit tak, aby mělo těleso šanci vypadnout a následně jej udeřit pětkrát svou dlaní silně mezi lopatky. Pokud nedošlo k vypuzení aspirátu, tak se zachránce postaví za dusící se osobu, sevře pěst jedné ruky, kterou umístí pod konec hrudní kosti a z druhé strany obejme druhou rukou postiženého uchopí vlastní pěst. Následně pětkrát silně stlačí směrem dovnitř a nahoru. Tyto dva postupy jsou opakovány, dokud nedojde k odstranění aspirátu nebo dokud dusící se osoba neztratí vědomí (v tom případě následuje resuscitace). (Hasík a kol., 2023)

2.7.4 První pomoc při závažném úrazu

2.7.4.1 Mozkolebeční poranění

Jedná se o poranění lebky a mozku s následným možným krvácením do jednotlivých mozkových obalů či do mozkové tkáně. Mozkolebeční poranění mohou být způsobeny nárazy nebo údery do hlavy, pád objektů na hlavu nebo vysokoenergetické úrazy. Lze jej poznat dle bezvědomí, rány na povrchu hlavy, retrográdní amnézie, zmatenost, zvracení, nauzea, bolest hlavy, anizokorie nebo výtok krve z uší či nosu. Následkem úrazu může být porucha vědomí s následným ohrožením životních funkcí. (Hasík a kol., 2023)

U úrazu hlavy je důležité monitorovat stav postiženého. Pokud se u zraněného projevuje porucha vědomí je nutné kontaktovat zdravotnickou záchranou službu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.4.2 Poranění hrudníku

Poraněním hrudníku se rozumí zlomeniny hrudní kosti a žeber, krvácení do hrudní dutiny, pneumothorax a poranění nitrohrudních orgánů. Mohou být způsobena násilím působícím na hrudník, vysokoenergetickým úrazem nebo otevřenými poraněními. Poranění hrudníku lze poznat podle bolestí, ran na hrudníku, dušnosti nebo selhávání oběhu. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je důležité postiženého uklidnit. Při vážném poranění, dušnosti nebo krvácení je důležité zavolat zdravotnickou záchranou službu. Ránu by měl záchránce nechat otevřenou, případně je možné ji překrýt prodyšným obvazem, neextrahovat cizí předměty z rány a sledovat jeho stav zraněného a případně reagovat na jeho zhoršení. (Hasík a kol., 2023)

2.7.4.3 Poranění břicha

Do poranění břicha spadá poranění nitrobřišních orgánů, břišní stěny a vnitřní krvácení. To může být následkem síly působící na břicho, vysokoenergetické poranění nebo střelná a bodná poranění. Poranění břicha se mohou projevovat bolestmi, ztuhlostí břišních svalů, otevřenými ranami, pocit na zvracení, bledost nebo i známky šoku. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci je potřebné umožnit zraněnému jemu vyhovující polohu a následně jej ošetřit. Pokud se jedná o závažné poranění, tak je nutné vyhledat odborné ošetření nebo zkontaktovat zdravotnickou záchranou službu. Vyklenuté orgány se nevpravují zpět, pouze se překryjí vlhkou gázou a následně se překryjí neprodyšnou vrstvou. Cizí předměty se neextrahují. Po ošetření je nutné sledovat postiženého a případně reagovat na zhoršení stavu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.4.4 Poranění pánve

Poraněním pánve se rozumí zlomeniny kostí pánevních s možným zraněním pánevních orgánů. Pro postiženého jsou tyto poranění nebezpečné kvůli možným velkým ztrátám krve. Zlomeniny mohou být způsobeny přímým násilím působícím vůči pánvi nebo vysokoenergetickými úrazy. Projevují se omezenou hybností dolních končetin, bolestivostí, projevy vnitřního krvácení nebo rozvojem šoku. (Hasík a kol., 2023)

Při podezření na poranění pánve je důležité včas kontaktovat zdravotnickou záchrannou službu, zabránit novému poškození orgánů a cév. Toho mohou záchránci docílit tak, že se vyvarují zbytečným pohybům převážně dolních končetin. (Hasík a kol., 2023)

2.7.5 První pomoc u jiných úrazových stavů

2.7.5.1 Poranění páteře

Mezi poranění páteře patří poškození kloubů, obratlů a vazů meziobratlových plotének s poškozením míchy či míšních nervů. Často jsou způsobeny pády z výšek, vysokoenergetickými úrazy nebo působením přímého násilí na záda. Projevují se bolestivostí v místě úrazu nebo poruchy hybnosti a citlivosti. (Hasík a kol., 2023)

Při podezření na poranění páteře je důležité předejít dalším pohybům, které by mohli způsobit nebo prohloubit poranění míchy. Pokud to tedy záchráncům umožňuje situace a postižený jedinec normálně dýchá, tak je vhodné nechat zraněného v poloze ve které se nachází a vyčkat do příjezdu zdravotnické záchranné služby. Pokud je to nutné a záchránci potřebují zraněného přemístit, tak je důležité fixovat hlavu v ose těla a omezit pohyby páteřní oblasti. Klíčové je jedince uklidnit a přesvědčit, aby se nehýbal a zajistit mu tepelný komfort. (Hasík a kol., 2023)

Pokud došlo u zraněného k ohrožení základních životních funkcí, je jejich zachování přednější. (Hasík a kol., 2023)

2.7.5.2 Poranění končetin

Mezi poranění končetin spadá poškození kloubů, šlach, zlomeniny kostí nebo zhmoždění svalů. Nejčastěji jsou způsobeny násilím, které působí přímo na končetinu. Projevují se omezením hybnosti, výronem, otokem s bolestí, deformací, nemožnost zatížit končetinu, poruchy cirkulace krve v končetině, rána v místě poranění nebo zvuk či pocit prasknutí během úrazu. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je důležité zastavit či omezit krvácení z rány, zabránit novému poškození okolních tkání a zmírnit bolest. Hybnost končetiny by měla být omezena na minimum a neměla by být vůbec zatěžována. Pokud se nevyskytují závažné příznaky, tak není nutné kontaktovat zdravotnickou záchranou službu nebo odborné ošetření, ale postačí končetinu chladit a případně na ni použít elastický obvaz. (Hasík a kol., 2023)

2.7.5.3 Ošetření ran

Ránou se rozumí porušení celistvosti kůže. Postižení hlubších tkání nebo orgánů záleží na hloubce a typu rány. Příčiny jsou různé, z pravidla se jedná o mechanické poškození ostrými předměty nebo poranění o předměty s vysokou energií. Rány se typicky projevují bolestivostí a krvácením. (Hasík a kol., 2023)

Při ošetřování ran je důležité, aby se záchránce vyhnul kontaktu s krví. Ránu je zapotřebí vyčistit od nečistot proudem vody. Volné cizí tělesa se mohou odstranit, ale ty zaklíněné se zafixují proti pohybu. Pokud hrozí riziko infekce rány, tak je vhodné ji dezinfikovat. (Hasík a kol., 2023)

2.7.5.4 Úrazové amputace

Amputací se rozumí odloučení končetiny nebo její části či jiných orgánů od těla. Způsobují je stroje, řezná a sečná zranění nebo dopravní úrazy. Při amputacích hrozí permanentní ztráta končetiny, rozvoj šoku nebo přímo vykrvácení. (Hasík a kol., 2023)

U první pomoci je důležité zastavit krvácení, ošetřit ránu na pahýlu a pokud to je možné, tak i na amputátu a ten následně vložit do sáčku, který bude transportován ve studené vodě nebo v ledu do zdravotnického zařízení s postiženým. (Hasík a kol., 2023)

2.7.5.5 Poranění očí

Jedná se o bolestivý úraz, který je spojený s dočasnou ztrátou funkce orgánu. Může být způsoben fyzikálním poškozením, poraněním oka, vnesení cizího tělesa do spojivkového vaku nebo vniknutí chemikálií. Úraz se projevuje slzením, silnou bolestí a křečovitým sevřením víček. (Hasík a kol., 2023)

Důležité je zraněného uklidnit a posadit. Pokud to je možné, tak nepatrné cizí těleso vypláchnout pod tekoucí čistou vodou ven. Při zranění očního bulbu větším tělesem, které zůstane zaklíněné je potřeba zakrýt obě oči, aby se tím zamezilo zbytečným pohybům bulbů. U zasažení chemikálií je nutné oko vypláchnout velkým množstvím vody. V případě závažného poranění je nutné vyhledat odbornou pomoc nebo zkontaktovat zdravotnickou záchranou službu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.5.6 Uštknutí hadem, kousnutí či bodnutí exotickým hmyzem

Při vpravení jedu do těla člověka projevy závisí na druhu hmyzu či hada. V rámci první pomoci je důležité jedince uklidnit, snížit jeho fyzickou aktivitu, přiložit studený obklad na místo vpravení jedu a zkontaktovat zdravotnickou záchranou službu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.6 První pomoc při poškozením teplem a chladem

2.7.6.1 Popáleniny

Popálenina je trauma vyvolané lokálním působením nadměrném teploty. Poškození zasahuje primárně kůži nebo v některých případech i tkáň v hlubších vrstvách. Jsou způsobeny přímým kontaktem s ohněm, s objektem o vysoké teplotě, výrazným sáláním tepla, opařením nebo výbojem elektrického proudu. Popáleniny se projevují zřetelným poraněním kůže a bolestí. Postiženého ohrožují možnou následnou infekcí a při velkém rozsahu i život popáleného. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je důležité zamezit dalšímu působení zdroje tepla. Následné ochlazení zasažených ploch chladnou vodou minimálně deset minut (pokud jsou poraněná místa rozsáhlá, tak se chlazení provádí pouze jednorázově a krátkodobě). Popáleniny je potřeba zakrýt sterilním materiálem a odstranit případné šperky. (Hasík a kol., 2023)

2.7.6.2 Úpal a úžeh

Úpal je celkové tepelné přetížení organismu, které vzniká při pobytu v teplém prostředí. Úžeh je následek přehřátí organismu na slunci. Oba stavy mohou být vyvolány neadekvátním pitným režimem, pobytem ve vlhkém a teplém prostředí nebo neprodyšným vlhkým oděvem. Projevují se nauzeou, zvracením, žízní, bolestí hlavy, zvýšená tělesná teplota, zarudlá suchá kůže nebo v závažných stavech křečemi. Postiženému hrozí dehydratace nebo snížení kvality či kvantity vědomí při značném přehřátí. (Hasík a kol., 2023)

Při zachraňování osoby postižené úpalem či úžehem je důležité ho prvně dostat mimo přímé sluneční záření či horké prostředí, rehydratovat a při přehřátí jej zchladit. (Hasík a kol., 2023)

2.7.6.3 Omrzliny

Omrzlinou se rozumí místní poškození chladem. Nejčastěji zasahuje slabě prokrvené a obnažené části těla. Mohou být způsobeny větrem a přímým působením chladu. Projevují se mramorováním či zbělením kůže, paresteziemi a palčivou bolestí. Postiženému hrozí amputace zasažených periferií, infekce omrzlin nebo trvalé poruchy citlivosti. (Hasík a kol., 2023)

U osoby s omrzlinami je podstatné ji dostat do teplého prostředí, pokud to je možné, tak části těla s omrzlinami ohřívat ve vodní lázni, zakrýt je sterilním materiálem a následně vyhledat odbornou pomoc. (Hasík a kol., 2023)

2.7.6.4 Podchlazení

Podchlazením se rozumí snížení tělesné teploty pod 35 °C způsobený chladem nebo poruchou regulace tělesné teploty. Způsobuje ho zavalení lavinou, celkové vyčerpání, tonutí, dlouhodobý pobyt v chladném prostředí. Projevuje se sníženou tělesnou teplotou, svalovým třesem, tachypnoe a poruchami vědomí. Postižený je ohrožen zástavou krevního oběhu. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je důležité utnout působení chladu, zahřát postiženého. Pokud to situace umožňuje, tak je postiženému potřeba vyměnit mokré oblečení. (Hasík a kol., 2023)

2.7.7 První pomoc při poleptání

Poleptání je trauma vyvolané působením chemických látek na tělo. Způsobují ho kyseliny, zásady nebo jiné chemikálie, které poškozují kůži, případně hlubší tkáň. Projevuje se palčivou bolestí, zarudnutím, puchýři nebo změnou barvy kůže. Postiženého ohrožuje pokračující účinek chemikálie, infekce nebo při vdechnutí či požití poškození vnitřních orgánů. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je důležité rychle odstranit oděv zasažený chemikálií a opláchnout postižené místo velkým množstvím chladné vody. Při poleptání oka se vyplachuje vodou směrem od nosu ven. Zasažená oblast se zakryje čistým obvazem a přivolá se zdravotnická záchranná služba. (Hasík a kol., 2023)

2.7.8 První pomoc při otravách

Otrava je stav vyvolaný proniknutím škodlivých látek do těla požitím, vdechnutím, vpichem kontaktem s kůží nebo zasažením oka. Způsobují ji léky, chemikálie, plyny, pesticidy, houby či rostliny. Příznaky závisí na konkrétní látce a nelze je zobecnit; zahrnují nevolnost, bolest, dušnost nebo poruchy vědomí. Postiženého ohrožuje poškození orgánů, šok nebo ztráta životních funkcí. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci je důležité přerušit působení jedu, například opláchnutím zasaženého povrchu, svlečením zasaženého oděvu nebo odvedením na čerstvý vzduch. Zachránce se pokusí identifikovat látku, například zajištěním obalu od požití látky nebo zvratků, a nepodává jídlo ani pití. Nutné je přivolat zdravotnickou záchrannou službu a sledovat stav postiženého do jejího příjezdu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9 První pomoc u neúrazových stavů

2.7.9.1 Krátkodobé poruchy vědomí

Tento stav lze popsat jako dočasnou ztrátu vědomí vyvolanou nedostatečným prokrvením mozku. Vzniká nejčastěji ortostatickou synkopou, arytmií, stresem i dlouhým stáním zejména v uzavřených prostorech s masivním počtem lidí. Krátkodobou poruchu vědomí poznáme tak, že postižený je bledý, cítí se slabě, udává vertigo poté následuje pád. (Hasík a kol., 2023)

V případě omdlení postupujeme rychle, snažíme se padajícího zachytit, záhy ho položit do vodorovné polohy a provést elevaci dolních končetin. V případě těsného oděvu je potřeba ho uvolnit a zajistit mu přívod čerstvého vzduchu. Pokud není nemocný při vědomí, postupuje zachránce dle kapitoly 2.7.3.4 Bezvědomí. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9.2 Křečové stavy

Křeči nazýváme mimovolní stahy kosterních svalů, které nelze ovládat. Projevují se jako záškuby nebo nepřetržitý stah. Tyto záchvaty křečí jsou obvykle doprovázeny poruchou vědomí. Vyvolávající příčina může být epilepsie, cerebrovaskulární insuficience nebo vzestup tělesné teploty. Křeče rozpoznáme tak, že postižený vzpírá trup, škube končetinami, pomočil se, má pěnu u úst a po skončení záchvatu obvykle přetrvává narušené vědomí nebo zmatenost. (Hasík a kol., 2023)

Při podezření na křečové stavy u jedince zajistíme bezpečné prostředí, aby nebyla šance jeho poranění. Pokud je jedinec stále po záchvatu v bezvědomí, postupujeme dle kapitoly 2.7.3.4 Bezvědomí. Jedná-li se o standardní projev záchvatu u proslulého epileptika, zdravotnickou záchrannou službu není nutné kontaktovat. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9.3 Náhle vzniklé poruchy hybnosti a řeči

Náhlá porucha hybnosti nebo řeči je stav signalizující poškození mozku, označovaný také jako mozková mrtvice. Projevuje se různými příznaky v závislosti na lokalizaci a rozsahu poškození, mezi které patří porucha citlivosti či hybnosti obličeje, ochrnutí jedné poloviny těla, zmatenost, neschopnost mluvit nebo rozumět řeči, porucha zraku, závratě, ztráta rovnováhy, krutá bolest hlavy nebo porucha vědomí. Postiženého ohrožuje trvalé poškození mozku a neprůchodnost dýchacích cest při poruše vědomí. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je klíčové rychle rozpoznat příznaky a přivolat zdravotnickou záchrannou službu. Zachránce zůstává s postiženým, zajišťuje jeho tepelný komfort a v případě poruchy vědomí postupuje zachránce dle kapitoly 2.7.3.4 Bezvědomí. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9.3.1 Rozpoznání cévní mozkové příhody

U cévní mozkové příhody je důležité její včasné rozeznání, které zkrátí čas do poskytnutí vhodné nemocniční péče, která je zásadní pro úspěšnou léčbu. Pro laickou veřejnost je důležité znát hodnotící škálu (FAST), která slouží k rozpoznání cévní mozkové příhody. (Zideman et al., 2021)

2.7.9.4 Náhle vzniklá bolest na hrudi

Náhlá bolest na hrudi může být způsobena srdečním infarktem, což je závažný stav vyvolaný neodkrvením srdečního svalu, který může vést k náhlé zástavě oběhu. Mezi další možné příčiny patří onemocnění páteře, záněty plic, úrazy hrudníku či psychické faktory, avšak v první pomoci je nutné každý případ považovat za potenciální infarkt. Bolest může být vyvolána fyzickou námahou, změnou teploty, psychickým stresem nebo může vzniknout bez zjevné příčiny.

Projevuje se tlakem, svíráním či pálením na hrudi, vystřelováním do ramen, horních končetin, čelisti nebo nadbříšku, doprovázeným dušností, úzkostí, studeným potem či nevolností. Postiženého ohrožuje náhlá zástava oběhu a nevratné poškození srdečního svalu. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je třeba zajistit postiženému vhodnou úlevovou polohu (např. vpolosedě), uvolnit tísnící oděv a ihned zkontaktovat zdravotnickou záchrannou službu. Zachránce dbá na to, aby postižený nevykonával žádnou fyzickou aktivitu, podpoří případné užití předepsaných léků, sleduje stav postiženého a při zástavě dechu zahájí resuscitaci dle kapitoly 2.7.3.1 Základní neodkladná resuscitace. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9.5 Stavy dušnosti

Dušnost je subjektivní pocit nedostatku dechu nebo ztíženého dýchání. Může být vyvolána onemocněními dýchacího systému, jako je astma či chronická obstrukční plicní nemoc, srdečním selháním nebo psychickou nestabilitou. Mezi typické projevy patří obtížné dýchání, pocit nedostatku vzduchu, fyzická únava, zhoršení stavu při námaze nebo vleže, neschopnost vyslovit delší větu na jeden nádech, pískavé dechové zvuky, zrychlené a mělké dýchání, případně v těžkých případech cyanóza, neklid nebo zmatenost. Postižený je ohrožen nedostatkem kyslíku, v pokročilých stavech poruchou vědomí nebo zástavou oběhu. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je třeba usadit postiženého do úlevové polohy, ideálně vsedě s předklonem a opřenýma rukama, uvolnit svírající oděv a zajistit přístup čerstvého vzduchu. Pokud má postižený předepsané léky, zachránce mu pomůže s jejich podáním. Zdravotnickou záchrannou službu je nutné přivolat, pokud se stav rychle nezlepší, postižený vykazuje zmatenost, cyanózu, rychlé dýchání nebo absence dechových zvuků. Zachránce zůstává u postiženého, monitoruje jeho stav a při dušení postupuje dle kapitoly 2.7.3.9 Uzávěr dýchacích cest cizím tělesem. Poloha vleže je nevhodná, neboť může dušnost zhoršit, zejména při srdečním selhání. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9.6 Naléhavé stavy při cukrovce

Naléhavé stavy u cukrovky jsou často spojeny s hypoglykemií, tedy kriticky nízkou hladinou krevního cukru. Hyperglykemické stavy nejsou v rámci první pomoci jednoznačně rozpoznatelné ani řešitelné, a proto je klíčové zajistit odbornou péči, případně pečovat o postiženého při bezvědomí. Hypoglykemií mohou vyvolat nadměrná dávka inzulínu nebo léků na diabetes, vynechání jídla nebo intenzivní fyzická aktivita. Projevuje se postupně (během

minut) příznaky jako hlad, slabost, pocení, třes, poruchy koordinace a řeči připomínající opilost, zmatenost, agresivita, případně ztráta vědomí nebo křeče. Postiženého ohrožuje poškození mozku při dlouhotrvající hypoglykemii nebo nerozpoznání jiného závažného stavu, například zástavy oběhu. (Hasík a kol., 2023)

Při prvních známkách hypoglykemie, pokud je postižený při vědomí a schopen polykat, podá zachránce sladký nápoj obsahující přibližně 20 g cukru (např. 250 ml slazené tekutiny). Zachránce vyzve postiženého k měření glykemie, přičemž další podání cukru závisí na naměřené hodnotě. Při poruše vědomí se žádné tekutiny ústy nepodávají – pokud postižený není schopen sám manipulovat s nápojem, zachránce postupuje dle kapitoly 2.7.3.4 Bezvědomí. Pokud se stav během několika minut nezlepší, příznaky se zhoršují nebo je přítomna porucha vědomí, je třeba okamžitě přivolat zdravotnickou záchrannou službu. Náhlá ztráta vědomí není pro cukrovku typická a může naznačovat zástavu oběhu, kdy zachránce postupuje dle kapitoly 2.7.3.1 Základní neodkladná resuscitace. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9.7 Krvácení z tělesných otvorů

Krvácení z tělesných otvorů kombinuje prvky zevního a vnitřního krvácení, kdy je krev viditelná, ale její zdroj není přístupný laickému ošetření. Může být způsobeno různými faktory: krvácení z nosu v důsledku úrazu nebo vysokého krevního tlaku, krvácení z úst po poranění či extrakci zubu, krvácení z ucha při úrazu zvukovodu, zlomenině lebky nebo tlakové vlně, zvracení krve při poškození jícnu, žaludku či dvanáctníku, vykašlávání krve při nádorech či tuberkulóze, krev ve stolici při hemoroidech, zánětech nebo nádorech střeva, případně dehtovitá stolice při krvácení do horní části trávicího traktu, nebo krvácení z rodidel mimo menstruaci, například při mimoděložním těhotenství či potratu. Projevuje se vytékáním, zvracením nebo vykašláváním krve a příznaky vnitřního krvácení. Postiženého ohrožuje šok při velké krevní ztrátě nebo vdechnutí krve do dýchacích cest. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci je cílem zajistit odbornou péči a zabránit komplikacím. Při krvácení z nosu zachránce usadí postiženého s mírným předklonem, stiskne nosní křídla na pět minut a doporučí vyplivování krve. Pokud krvácení přetrvává, tak zajistí ORL ošetření. Při krvácení z úst po extrakci zubu vloží tampon do mezery a doporučí zubní ošetření. Při krvácení z ucha krev volně vytéká s přiložením savého obvazu – při podezření na vážný úraz se nutně zkontaktovat záchrannou službu. Při zvracení nebo vykašlávání krve se ihned kontaktuje záchranná služba, postižený je usazen v předklonu, krev se vyplivuje a zabraňuje se jejímu vdechnutí. Při podezření na tuberkulózu použije zachránce roušku. Při krvácení z konečníku nebo rodidel se

zajišťuje odborná péče, při masivní ztrátě krve se postupuje dle kapitoly 2.7.3.6 Vnitřní krvácení a prevence šoku a volá se záchranná služba. (Hasík a kol., 2023)

2.7.9.8 Alergická reakce

Alergická reakce je nadměrná imunitní odpověď organismu na kontakt s cizorodou látkou, která může v krajních případech ohrozit život. Nejzávažnější formou je anafylaxe, doprovázená kolapsem krevního oběhu. Vyvolat ji mohou alergeny, jako jsou potraviny (např. ořechy, tropické ovoce, mořští živočichové), léky, pyly, prach, zvířecí srst nebo hmyzí bodnutí (zejména včelí žihadlo). Mírná alergie, často na pyly či srst, se projevuje lokálně – zarudnutím očí, slzením, rýmou nebo mírným otokem v místě bodnutí. Závažná reakce (anafylaxe) zahrnuje celkové příznaky, jako je kopřivka, svědivé pupínky, otoky sliznic, pocit knedlíku v krku, nevolnost, zvracení, slabost, závratě, mdloby, dušnost či dušení při otoku ústní dutiny a krku. Postiženého ohrožuje udušení v důsledku otoku dýchacích cest nebo selhání oběhu při anafylaxi. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci u mírné reakce záchránce doporučí užití předepsaných léků (např. antihistaminik, očních či nosních kapek) nebo aplikaci antihistaminikového gelu na otok. Při závažné reakci je třeba okamžitě přivolat zdravotnickou záchrannou službu, u osob se známou těžkou alergií ihned po kontaktu s alergenem. Záchránce podá jednu tabletu antihistaminika, usadí nebo uloží postiženého podle stavu – při známkách anafylaxe (slabost, dušnost, vyrážka, kolaps) uloží postiženého s nohama zvednutýma o 30 cm. Pokud má postižený předepsaný autoinjektor s adrenalinem, záchránce pomůže s jeho použitím. (Hasík a kol., 2023)

Pokud anafylaxe neustoupí do 5 minut po prvním podání adrenalinu nebo se příznaky vrátí, je potřeba podat druhou dávku. (Zideman et al., 2021)

2.7.9.9 Porod mimo zdravotnické zařízení – ošetření rodičky a novorozence

Normální těhotenství trvá přibližně 40 týdnů (38–42 týdnů) a končí porodem zralého novorozence. Před 24. týdnem se jedná o potrat, mezi 24. a 37. týdnem o předčasný porod, jehož životaschopnost závisí na délce těhotenství a podmínkách porodu. Porod probíhá ve třech fázích: otevírací (kontrakce otevírají porodní cesty, odtéká plodová voda), vypuzovací (vypuzení plodu) a placentární (porození placenty, obvykle 5–30 minut po porodu). Rodičku ohrožuje značná krevní ztráta s rizikem šoku, poranění dělohy či porodních cest a sekundární infekce. Novorozenec je ohrožen nedostatkem kyslíku, krevní ztrátou z pupečníku, úrazem při pádu nebo podchlazením. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci je třeba přivolat zdravotnickou záchrannou službu a zajistit klidné, čisté a intimní prostředí. Zachránce uklidní rodičku, při silném tlaku na konečník a viditelné hlavičce plodu ji uloží do polosedu nebo na záda s podloženými rodidly čistým materiálem. Po umytí rukou a použití rukavic (pokud jsou k dispozici) vyzve rodičku k tlačení během kontrakcí, asistuje při porodu a chrání dítě před pádem. Po porodu podváže pupečník na dvou místech a přeruší jej mezi podvazy. Placentu nevytahuje, pouze ji opatrně vyjme, pokud se samovolně objeví. Při větší krevní ztrátě postupuje dle kapitoly 2.7.3.6 Vnitřní krvácení a prevence šoku. Zachránce novorozence otře suchou, ideálně vyhřátou látkou, zabalí a předá matce. Pokud dítě nekřičí, je ochablé nebo má bledou či modravou kůži, tře jej látkou a jemně poplácá po zádech. Při přetrvávajícím stavu zahájí resuscitaci dle kapitoly 2.7.3.2 Základní neodkladná resuscitace u dětí. (Hasík a kol., 2023)

2.7.10 Náhle vzniklé poruchy chování

Náhlá změna chování, která neodpovídá situaci, signalizuje možné duševní onemocnění nebo přechodnou neschopnost zvládat běžné činnosti. Může být vyvolána psychickým onemocněním, úrazem hlavy, požitím alkoholu či drog, hypoglykemií, nezvládnutým stresem nebo podchlazením. Projevuje se nevhodnými reakcemi, nekontrolovanými emocemi, dezorientací, halucinacemi, bludy či agresivitou. Postižený je ohrožen sebepoškozením, ublížením okolí nebo nerozpoznáním závažného zdravotního stavu, například úrazu hlavy či otravy. (Hasík a kol., 2023)

Při poskytování první pomoci je třeba zajistit bezpečnost zachránce i okolí, přistupovat k postiženému zpředu s dodržением bezpečné vzdálenosti a udržovat ústupovou cestu. Zachránce se vyhýbá provokacím, předchází konfliktům a nereaguje na nadávky či hrozby. Snaží se zjistit potřeby postiženého, poskytnout mu emocionální podporu a přivolat zdravotnickou záchrannou službu, případně další složky Integrovaného záchranného systému. Současně zjišťuje možné příčiny stavu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.10.1 Agresivita

Agresivita je porucha chování projevující se ohrožujícím nebo útočným jednáním vůči osobám či předmětům. Může být vyvolána duševním onemocněním, požitím alkoholu či drog nebo abstinčním syndromem při vysazení návykových látek. Typickými projevy jsou neklid, verbální útoky, ničení předmětů nebo fyzické napadení. Agresivní jedinec může ohrozit sebe i okolí případným zraněním. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci je prioritou zajistit bezpečnost zachránce a přítomných osob. Zachránce udržuje bezpečnou vzdálenost, sleduje ústupovou cestu a odstraňuje předměty, které by mohly sloužit jako zbraň. Okamžitě přivolá policii, mluví klidně, vyhýbá se eskalaci situace. (Hasík a kol., 2023)

2.7.10.2 Deprese, sebevražedné myšlenky

Myšlenky na ukončení svého života či automutilace jsou mnohdy spojované s dlouhodobou depresí. Typickými příznaky se rozumí pocity deprivace, apatie, únava, snížená aktivita, ztráta schopnosti rozhodovat se, černé myšlenky a uvažování o sebevraždě. (Hasík a kol., 2023)

Při postupu první pomoci je potřeba, aby zachránce vedl poklidný rozhovor, zjistit důvody situace a vyjádřit porozumění. V případě rozeznání aspektů deprese je třeba doporučit lékařské vyšetření. V případě současného pokusu o sebevraždu je klíčové ihned zajistit zdravotnickou záchrannou službu a udržet komunikaci. (Hasík a kol., 2023)

2.7.10.3 Zmatenost, halucinace, bludy

Zmatenost je porucha vědomí způsobená dočasným narušením mozkových funkcí, zatímco halucinace a bludy signalizují duševní onemocnění. Halucinace představují neexistující vjemy, například hlasy či vidiny, a bludy jsou nepřekonatelné mylné představy, například o pronásledování. Zmatenost mohou vyvolat úrazy hlavy, otravy, požití alkoholu či drog nebo hypoglykemie. Halucinace a bludy bývají způsobeny duševními poruchami, deliriem nebo halucinogenními drogami. Zmatenost se projevuje neklidem a ztrátou orientace v čase, místě či vlastní osobě, zatímco halucinace a bludy zahrnují neklid, sluchové či zrakové klamy, nepříjemné chutě nebo pachy. Postižený je ohrožen úrazem, zblouděním nebo jednáním pod vlivem halucinací a bludů, které může vést k sebepoškození či napadení jiných. (Hasík a kol., 2023)

Při první pomoci zajistí zachránce vlastní bezpečnost a je připraven na případnou změnu situace. Klidným rozhovorem navazuje kontakt s postiženým, nevyvrací jeho bludy ani je nerozvíjí. Zajistí odborné vyšetření, případně přivolá zdravotnickou záchrannou službu, a do jejího příjezdu postiženého neopouští, aby předešel možnému zranění nebo zhoršení stavu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.10.4 Panický záchvat, panická porucha

Panický záchvat je intenzivní projev úzkosti vyvolaný stresem, fobiemi nebo u panické poruchy neznámou příčinou. Projevuje se silným strachem, neklidem, třesem, zrychleným dýcháním, nevolností, zvracením, pocitem sevření hrdla či brněním končetin. (Hasík a kol., 2023)

V první pomoci zachránce naváže kontakt klidným hlasem, ujistí postiženého o bezpečí a vyzve ho k pomalému, hlubokému dýchání. Snaží se identifikovat a odstranit spouštěcí příčinu, předchází zranění a při přetrvávajícím stavu přivolá zdravotnickou záchrannou službu. (Hasík a kol., 2023)

2.7.10.5 Osoba pod vlivem omamných látek

Užití drog nebo alkoholu způsobuje změny vědomí a duševních funkcí. Příznaky se liší podle látky a zahrnují veselost, zvýšenou aktivitu, sebevědomí, útlum, spavost, poruchy řeči a koordinace, nevolnost, zvracení, halucinace, agresivitu nebo bezvědomí. Postižený je ohrožen úrazem, předávkováním, udušením v bezvědomí, podchlazením nebo zástavou oběhu. (Hasík a kol., 2023)

Při mírných projevech není odborné ošetření nutné, zachránce vytvoří podmínky pro bezpečné vystřízlivění, například zabrání excesům, jako je řízení vozidla. Při poruše vědomí postupuje dle kapitoly 2.7.3.4 Bezvědomí, ukládá postiženého do zotavovací polohy a přivolá zdravotnickou záchrannou službu. (Hasík a kol., 2023)

3 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část této bakalářské práce se zaměřuje na ověření teoretických poznatků o efektu přihlížejícího a jeho vlivu na poskytování první pomoci prostřednictvím dotazníkového šetření

3.1 Cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jestli široká veřejnost zná efekt přihlížejícího.

3.2 Průzkumné otázky

1. Do jaké míry ovlivňuje aktuálnost školení první pomoci sebejistotu široké veřejnosti při poskytování první pomoci?
2. Jaké jsou hlavní obavy široké veřejnosti z poskytování první pomoci v návaznosti na aktuálnost jejich školení v první pomoci a sebejistotu?
3. Jaké faktory ovlivňují pasivní chování respondentů v situacích vyžadujících první pomoc, a jak jsou tyto faktory spojeny s jejich odůvodněním nečinnosti?
4. Do jaké míry jedinci, u nichž byl v situacích vyžadujících první pomoc prokázán efekt přihlížejícího, správně identifikovali jeho definující charakteristiky v dotazníku, a jaké je jejich zpětné hodnocení vlastního chování z hlediska případné změny postupu?
5. Jaké je povědomí respondentů o efektu přihlížejícího a do jaké míry ho považují za nebezpečný?

3.3 Metodika praktické části

K dosažení cílů bakalářské práce byl použit kvantitativní výzkum.

Kvalitativní přístup byl zvolen kvůli potřebě získat strukturovaná data od většího počtu respondentů. Výzkum byl proveden pomocí deskriptivního a zároveň i explorativního sběru dat. Jeho cílem bylo získat data od respondentů z řad široké veřejnosti. Dotazník byl hlavně zaměřen na zkušenosti respondentů s první pomocí a jejich povědomí o efektu přihlížejícího. Výzkum byl proveden formou anonymního dotazníku, který umožnil strukturovaný sběr dat od většího počtu respondentů.

3.3.1 Výzkumný soubor

Dotazník byl šířen pomocí sociální sítě Reddit, tudíž výběr respondentů byl zcela náhodný. Tento způsob šíření dotazníku umožnil rychlý a snadný sběr dat, ale mohl ovlivnit reprezentativnost vzorku.

3.3.2 Metoda sběru dat

Anonymní dotazník byl vytvořen a šířen pomocí Microsoft Forms a obsahuje 19 otázek které byli rozděleny do pěti sekcí. První sekce byla zaměřena na proškolení a znalosti první pomoci

respondentů. Druhá sekce se věnovala obavám z poskytování první pomoci. Třetí sekce se zabývala skutečností, jestli se respondenti setkali se situací, kde byla potřeba poskytnout první pomoc. Čtvrtá sekce je zaměřena na efekt přihlížejícího. Pátá a poslední sekce slouží ke sběru demografických údajů.

V dotazníku byla použita kombinace uzavřených a polouzavřených otázek.

Před začátkem sběru dat proběhla pilotáž, která poukázala na špatně zvolené možnosti odpovědi u poslední otázky: „Pracujete ve zdravotnictví?“. V původní verzi mohli respondenti zvolit více možností, přičemž měli na výběr z těchto odpovědí: „Ano“, „Ne“ a „Studuji zdravotnický obor“. Z důvodu možnosti vybrat si zároveň se vylučujících odpovědí byli tyto otázky pozměněny na: „Ano“, „Ano a zároveň studuji zdravotnický obor“, „Ne“, „Ne, ale studuji zdravotnický obor“.

Sběr dat probíhal od 14. března do 24. března 2025.

3.3.3 Velikost vzorku a charakteristika respondentů

Dotazník vyplnilo 157 respondentů – 97 mužů (62 %) a 60 žen (38 %). Drtivá většina respondentů spadala do věkové kategorie 18-30 let, což mohlo být ovlivněno šířením dotazníku v prostředí, které je bližší mladším lidem (sociální sítě). Nejmladší a nejpočetnější skupinu zastupovalo 114 respondentů (73 %). Druhá nejpočetnější skupina byla ve věkové kategorii 31–40 let, která čítala 19 respondentů (12 %). Další následovala skupina věkové kategorie 41-50 let, kterou tvořilo 15 respondentů (10 %). Čtvrtá skupina ve věkové kategorii 51-60 let činila pouze 6 respondentů (4 %). Nejméně početná skupina respondentů (3) byla ta nejstarší, kde byli respondenti starší 60 let a ti činili pouze 2 % vzorku.

Co se nejvyššího dosaženého vzdělání týče, tak nejzastoupenější byla skupina se středoškolským maturitním vzděláním, která čítala 76 respondentů (48 %). Druhá následovala skupina s vysokoškolským vzděláním o 53 respondentech (34 %). Třetí byla skupina se základním vzděláním o 13 respondentech (8 %). Čtvrtá byla skupina se středoškolským vzděláním s výučním listem o 10 respondentech (6 %). Pátá byla skupina s vyšším odborným vzděláním o 5 respondentech (3 %).

Co se místa proškolení první pomoci týče, tak nejčastěji uváděnou kombinací byla účast na školení na střední škole, v autoškole a v zaměstnání kterou uvedlo 15 respondentů (10 %). Druhou nejčastější odpovědí byla účast pouze na střední škole, kterou uvedlo 12 respondentů (8 %). Třetí nejzastoupenější kombinací byla účast na střední škole a v zaměstnání, kterou

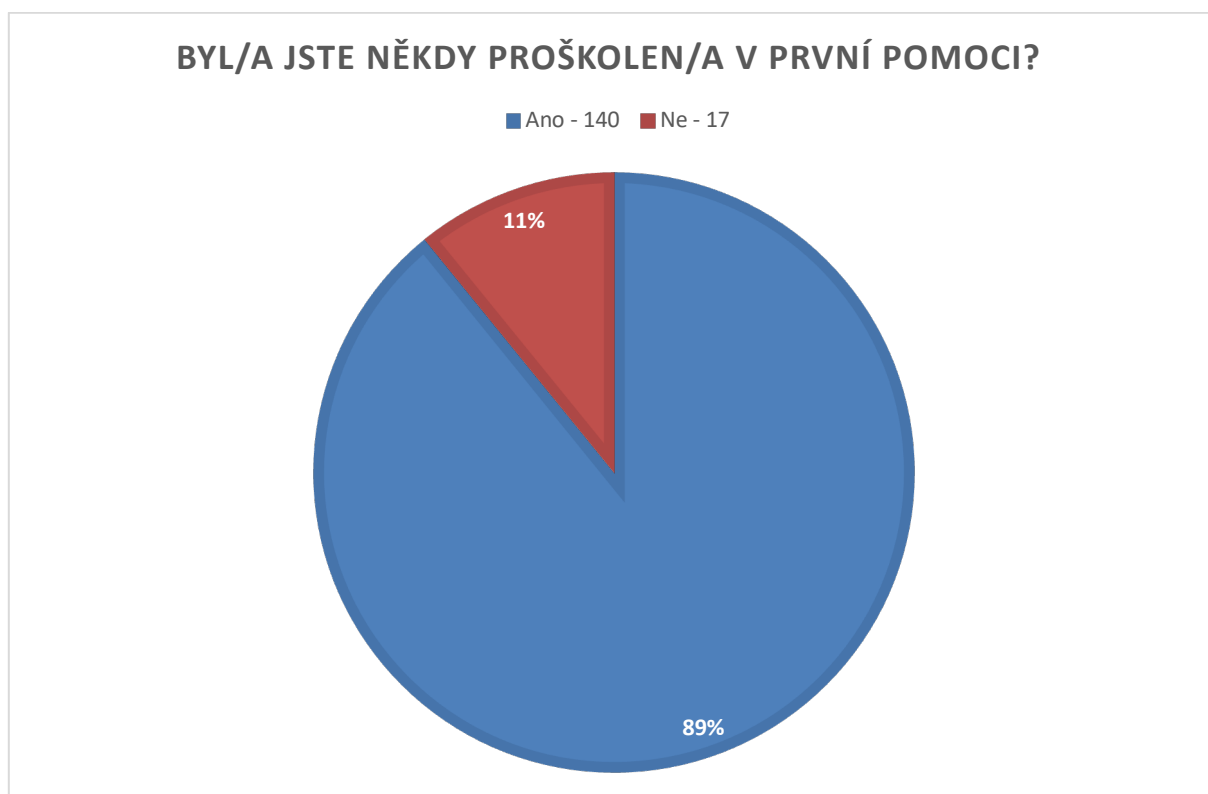
uvedlo 10 respondentů (7 %). Další kombinace zahrnovaly například účast na střední škole, v autoškole na vysoké škole a v zaměstnání, kterou uvedlo 8 respondentů (5 %). Celkově bylo identifikováno 45 různých kombinací míst absolvování školení.

Respondenti byli anketováni ohledně jejich aktuálního napojení na zdravotnictví. Pouze 13 respondentů (8 %) uvedlo, že pracuje ve zdravotnictví. Další 3 respondenti (2 %) pracují ve zdravotnictví a zároveň studují zdravotnický obor. Ve zdravotnictví nepracuje 130 respondentů (83 %). Dalších 11 respondentů (7 %) sice nepracuje ve zdravotnictví, ale studuje zdravotnický obor.

3.3.4 Omezení vzorku

Jelikož je ve vzorku respondentů převažují mladší respondenti (73 %), tak není plně reprezentativní pro celou populaci. Menší zastoupení starších věkových skupin omezuje obecnost výsledků.

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ



Obrázek 1 proškolení v první pomoci

U tohoto grafu lze vidět, že 140 respondentů (89 %) bylo proškolen v problematice první pomoci a 17 respondentů (11 %) proškolen nebylo.

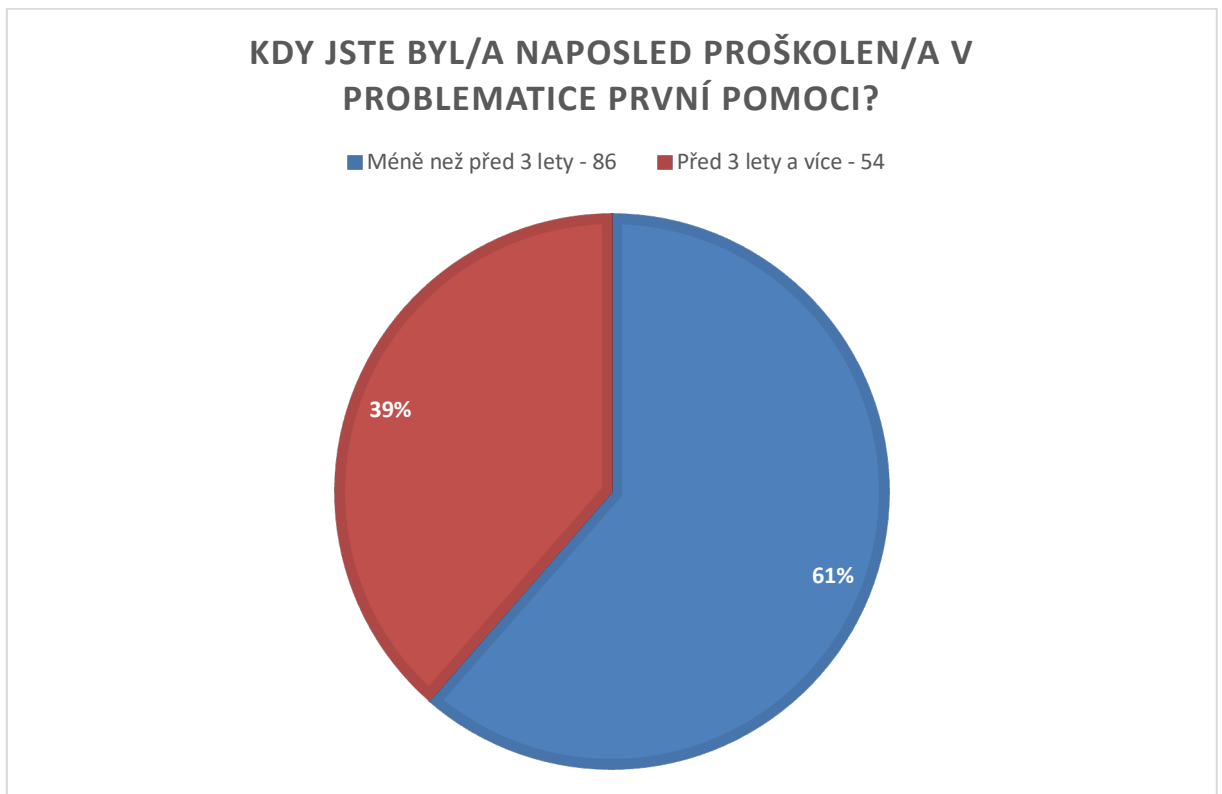
Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.



Obrázek 2 místo proškolení první pomoci

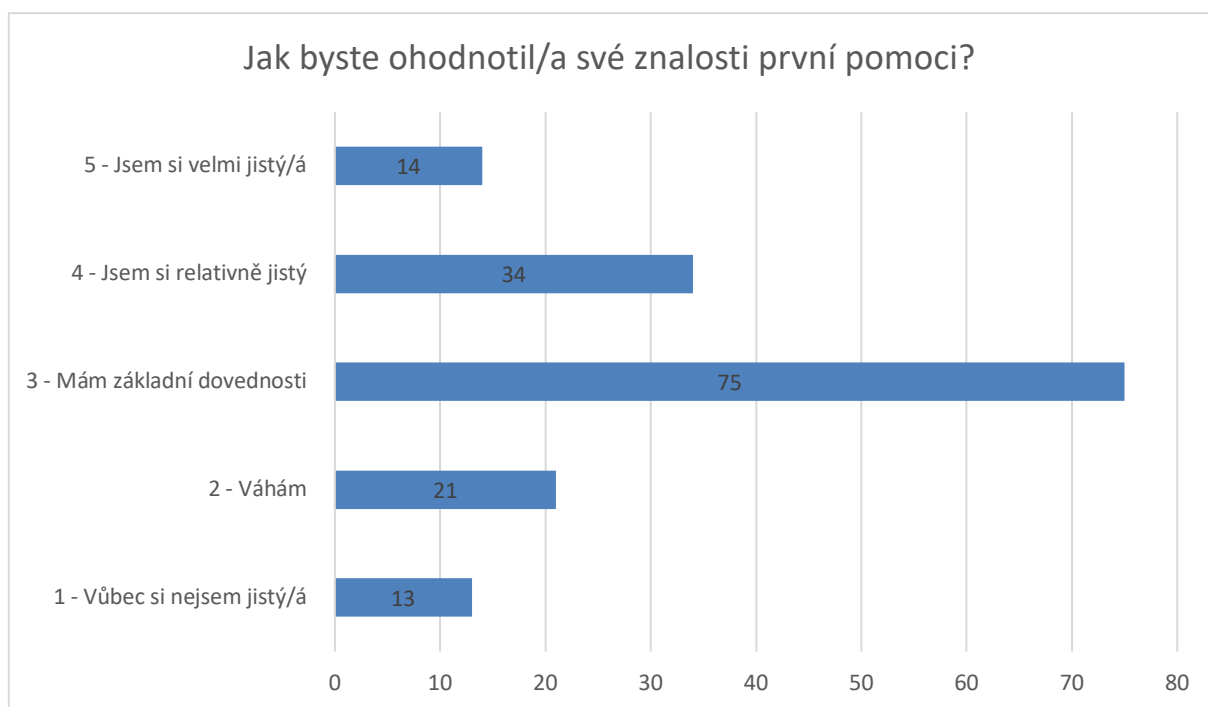
Dotaz byl zodpovězen pouze respondenty, kteří absolvovali školení první pomoci. U tohoto dotazu bylo umožněno respondentům vybrat více odpovědí. Z grafu je patrné, na kterých místech byla školení první pomoci nejčastěji absolvována. Na střední škole bylo proškolen 78 respondentů (56 %), na základní škole 66 respondentů (47 %), v autoškolě 62 respondentů (44 %), v zaměstnání 54 respondentů (36 %), na kurzu první pomoci 35 respondentů (25 %), na vysoké škole 32 respondentů (23 %) a na letním táboře 8 respondentů (6 %). Někteří respondenti absolvovali školení v rámci elektro zkoušek, při registraci zbrojního průkazu, na kurzu pro lovecký lístek, ve skautských aktivitách, během vojenského výcviku, u sboru dobrovolných hasičů nebo při dni otevřených dveří Lékařské fakulty. Každá z těchto možností byla uvedena jednou odpovědí (0,7 % pro každou možnost).

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v první otázce odpověděli „Ano“.



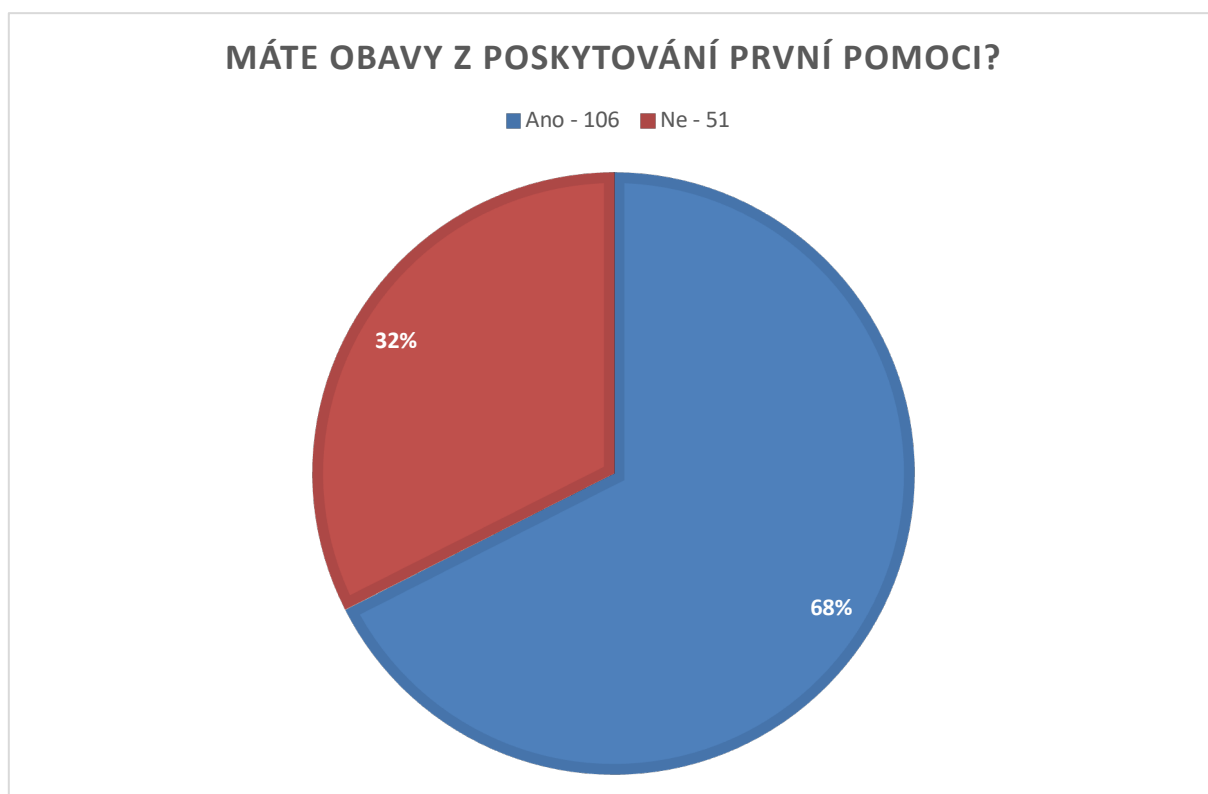
Obrázek 3 aktuálnost školení první pomoci

Dotaz byl zodpovězen pouze respondenty, kteří absolvovali školení první pomoci. Z grafu je patrné, kolik respondentů bylo proškolen v poslední době. Méně než před 3 lety bylo proškolen 86 respondentů (61 %), zatímco před 3 a více lety absolvovalo školení 54 respondentů (39 %).



Obrázek 4 hodnocení znalostí

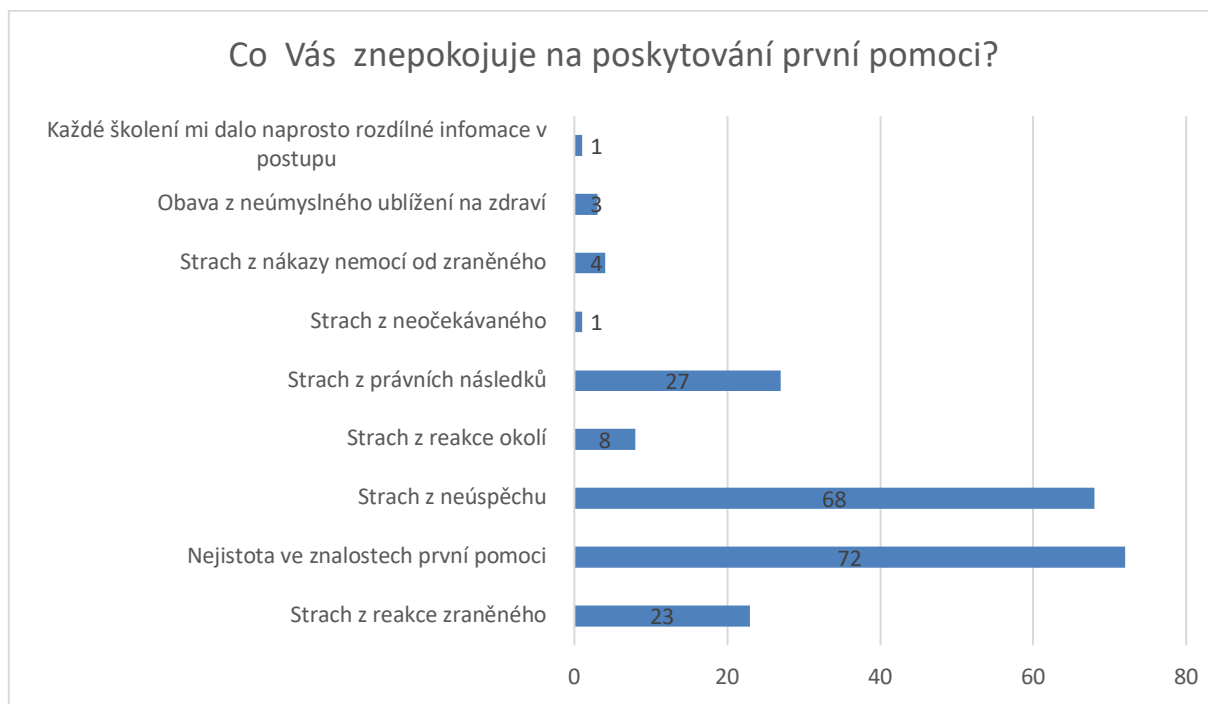
V rámci této otázky všichni respondenti subjektivně hodnotili své znalosti první pomoci na škále od 1 do 5. Velmi nejistých svými znalostmi je 13 respondentů (8 %). O svých znalostech vyjádřilo pochybnosti 21 respondentů (13 %). Základní dovednosti v oblasti první pomoci uvedlo 75 respondentů (48 %). Relativní jistotu svými znalostmi projevilo 34 respondentů (22 %). Velkou jistotu svými znalostmi uvedlo 14 respondentů (9 %).



Obrázek 5 obavy z poskytování první pomoci

Z tohoto grafu lze vyčíst, kolik respondentů má obavy z poskytování první pomoci. Obavy z poskytování první pomoci má 106 respondentů (68 %). Bez obav z poskytování první pomoci je 51 respondentů (32 %).

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.

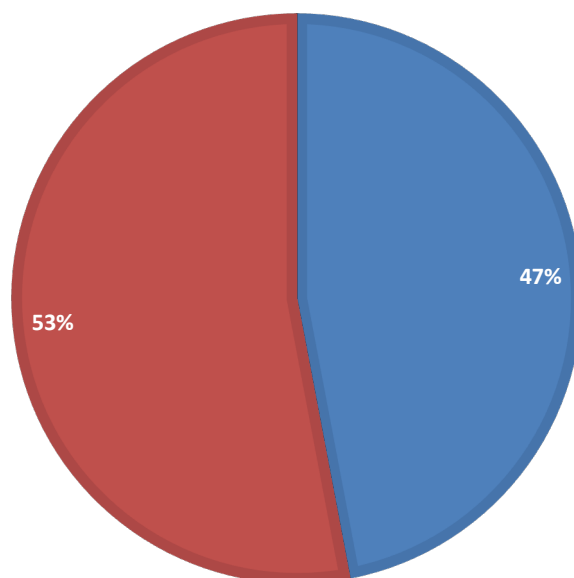


Obrázek 6 konkrétní obavy

Tato otázka byla zodpovězena pouze respondenty, kteří pociťují obavy z poskytování první pomoci. Zaměření otázky spočívalo v identifikaci konkrétních důvodů těchto obav. Respondentům bylo umožněno vybrat více odpovědí. Z grafu je patrné, že nejistotou ve svých znalostech první pomoci je znepokojeno 72 respondentů (68 %). Strach z neúspěchu znepokojuje 68 respondentů (64 %). Obavy z právních následků vyjádřilo 27 respondentů (25 %). Strach z reakce zraněného znepokojuje 23 respondentů (22 %). Strach z reakce okolí pociťuje 8 respondentů (8 %). Obavy z nákazy od zraněného uvedlo 4 respondenty (4 %). Obavu z neúmyslného ublížení na zdraví vyjádřili 3 respondenti (3 %). Strach z neočekávaných situací znepokojuje 1 respondenta (1 %), a stejně tak 1 respondenta (1 %) znepokojují rozdílné informace poskytnuté na více školeních.

BYL/A JSTE NĚKDY SVĚDKEM SITUACE, KDY NĚKDO POTŘEBOVAL PRVNÍ POMOC?

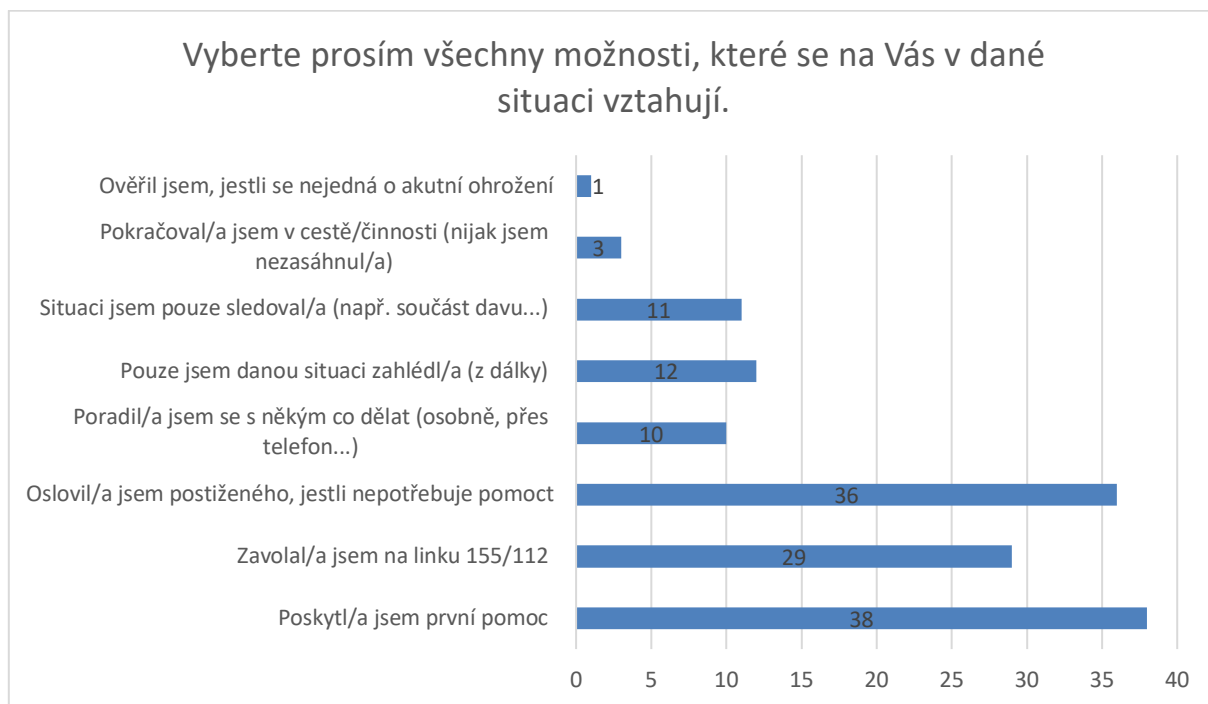
■ Ano - 71 ■ Ne - 86



Obrázek 7 graf svědectví situace s potřebou poskytnutí první pomoci

U tohoto grafu lze vidět, kolik respondentů bylo někdy svědky situace, kdy někdo potřeboval první pomoc. Svědky této situace bylo 71 respondentů (47 %) a 86 respondentů (53 %) nebylo svědky žádné situace, kde bylo potřeba poskytnout první pomoc.

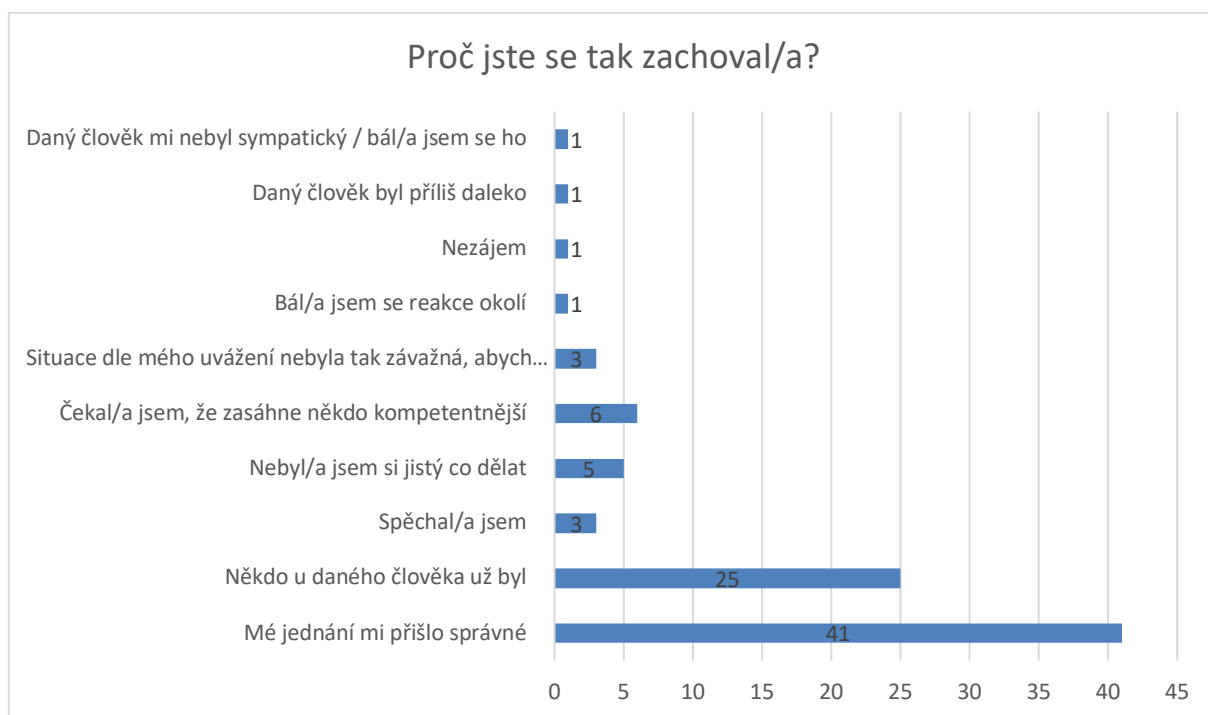
Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.



Obrázek 8 graf reakce respondentů

Tento dotaz byl zodpovězen pouze respondenty, kteří byli svědky situace vyžadující poskytnutí první pomoci. Zaměření otázky spočívalo v reakcích respondentů na tuto situaci. Respondentům bylo umožněno vybrat více odpovědí. Z grafu je patrné, že první pomoc byla poskytnuta 38 respondenty (54 %). Postižený byl osloven, zda nepotřebuje pomoc, 36 respondenty (51 %). Na linku 155 nebo 112 zavolalo 29 respondentů (41 %). Situace byla pouze z dálky zahlédnuta 12 respondenty (17 %). Situaci pouze sledovalo, například jako součást davu, 11 respondentů (16 %). S někým se o postupu v dané situaci poradilo 10 respondentů (14 %). V cestě pokračovalo bez jakéhokoli zásahu 3 respondenti (4 %). Ověření, zda se nejedná o akutní ohrožení, které by nevyžadovalo příjezd zdravotnické služby, provedl 1 respondent (1 %).

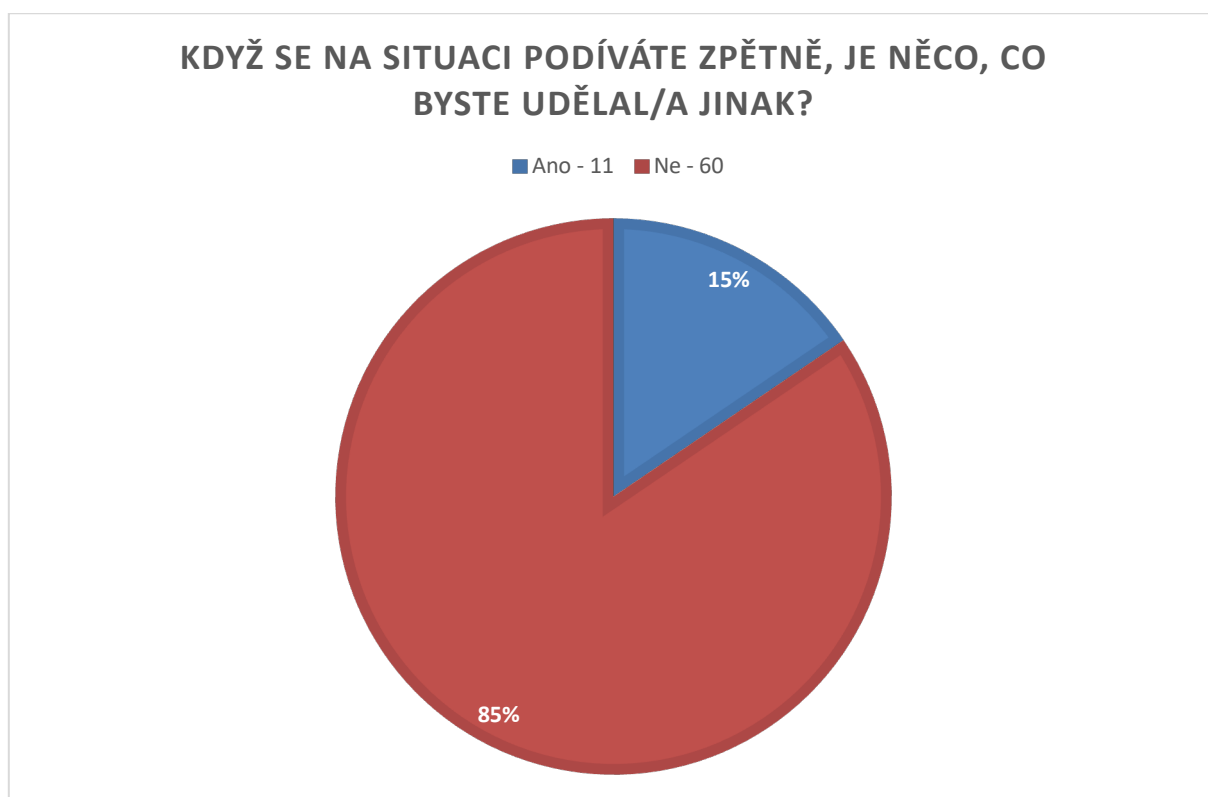
Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v 8. otázce odpověděli „Ano“.



Obrázek 9 odůvodnění reakce

Dotaz byl zodpovězen pouze respondenty, kteří byli svědky situace vyžadující poskytnutí první pomoci. Zaměření otázky spočívalo v odůvodnění reakcí respondentů na danou situaci. Respondentům bylo umožněno vybrat více odpovědí. Z grafu je patrné, že svá reakce byla považována za správnou 41 respondenty (58 %). Jednání bylo odůvodněno tím, že u postižené osoby již někdo byl, 24 respondenty (34 %). Na zásah kompetentnější osoby čekalo 6 respondentů (9 %). Nejistotou ohledně postupu se řídilo 5 respondentů (7 %). Spěch byl uveden jako důvod 3 respondenty (4 %). Situace nebyla považována za dostatečně vážnou k zásahu 3 respondenty (4 %). Nesympatie vůči osobě potřebující pomoc byla uvedena 1 respondentem (1 %). Strach z reakce okolí uvedl 1 respondent (1 %). Vzdálenost osoby potřebující pomoc byla uvedena jako důvod 1 respondentem (1 %). Nezájem jako důvod uvedl 1 respondent (1 %).

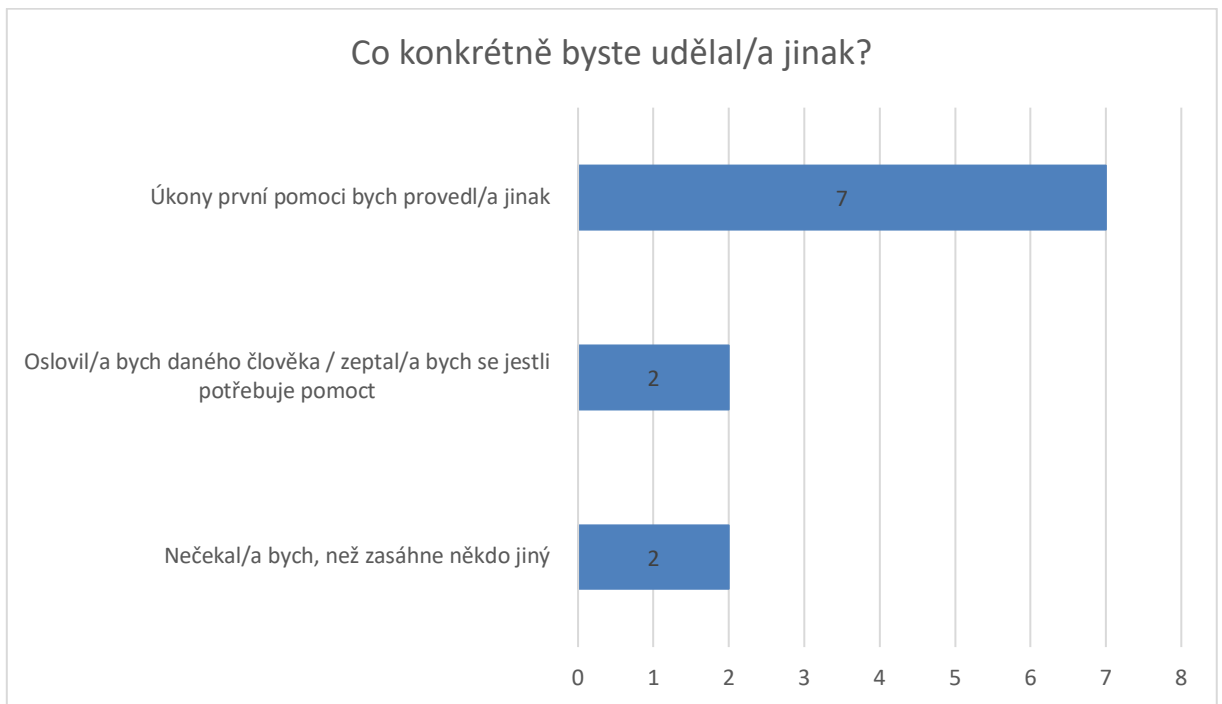
Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v 8. otázce odpověděli „Ano“.



Obrázek 10 retrospektivní hodnocení

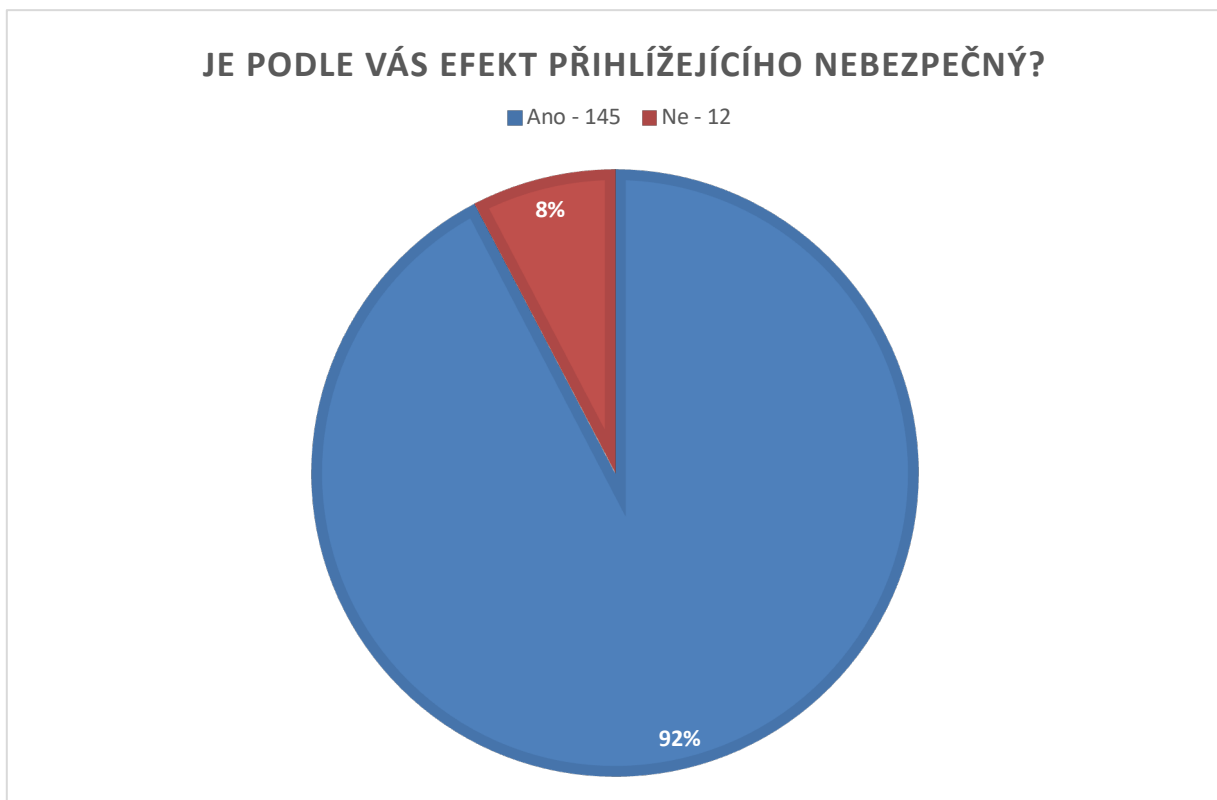
Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli svědky situace, kdy bylo potřeba poskytnout první pomoc. U tohoto grafu lze vidět, kolik respondentů by se zpětně zachovalo jinak. Nic by nezměnilo 60 respondentů (85 %) a 11 respondentů (15 %) by své konání změnilo.

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli „Ano“.



Obrázek 11 specifikace retrospektivního hodnocení

Dotaz byl zodpovězen pouze respondenty, kteří by v situaci vyžadující první pomoc jednali jinak. Respondentům bylo umožněno vybrat více odpovědí. Z grafu je patrné, že úkony první pomoci by jinak provedlo 7 respondentů (64 %). Na zásah někoho jiného by nečekali 2 respondenti (18 %). Danou osobu, zda nepotřebuje první pomoc, by oslovili 2 respondenti (18 %).



Obrázek 12 nebezpečnost efektu

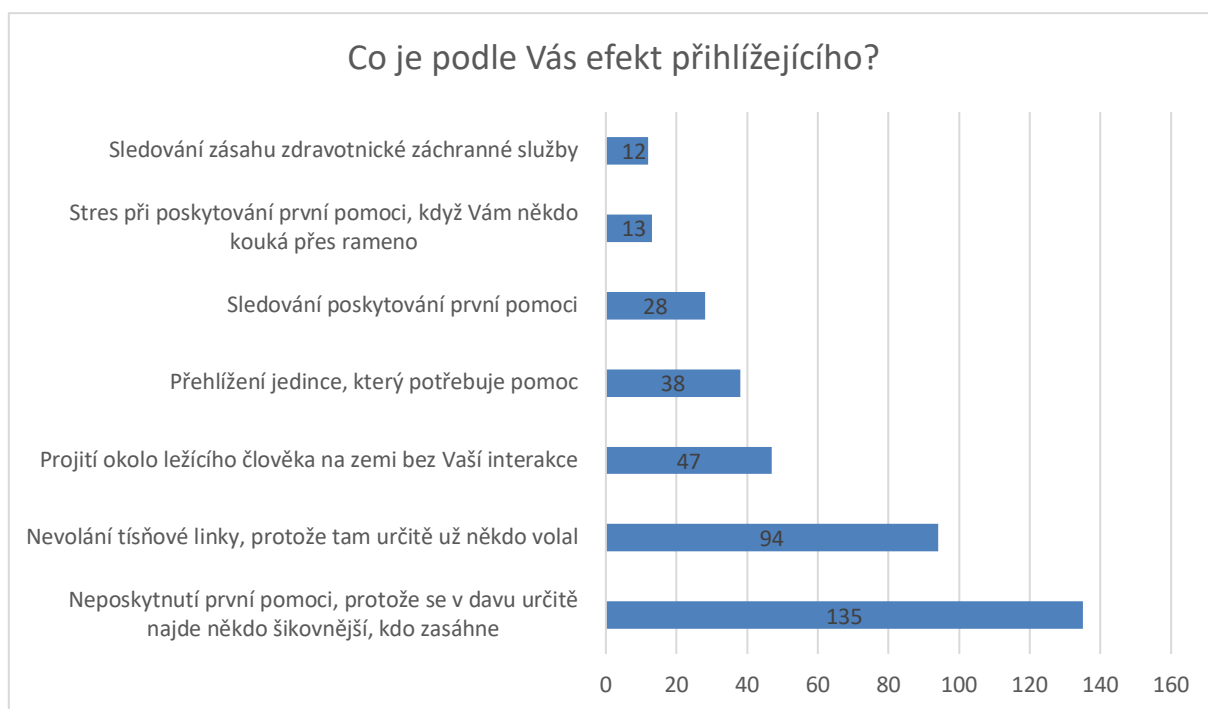
U tohoto grafu lze vidět, kolik respondentů považuje efekt přihlížejícího za nebezpečný. Za nebezpečný ho považuje 145 respondentů (92 %) a 12 respondentů (8 %) nepovažuje efekt za bezpečný.



Obrázek 13 efekt přihlížejícího

U tohoto grafu lze vidět, kolik respondentů zná efekt přihlížejícího. 119 respondentů (76 %) zná efekt přihlížejícího. 38 respondentů (24 %) nezná efekt přihlížejícího.

Z grafu je patrné, jaká je znalost efektu přihlížejícího mezi respondenty. Efekt přihlížejícího zná 119 respondentům (76 %). Neznámý je tento efekt pro 38 respondentů (24 %).

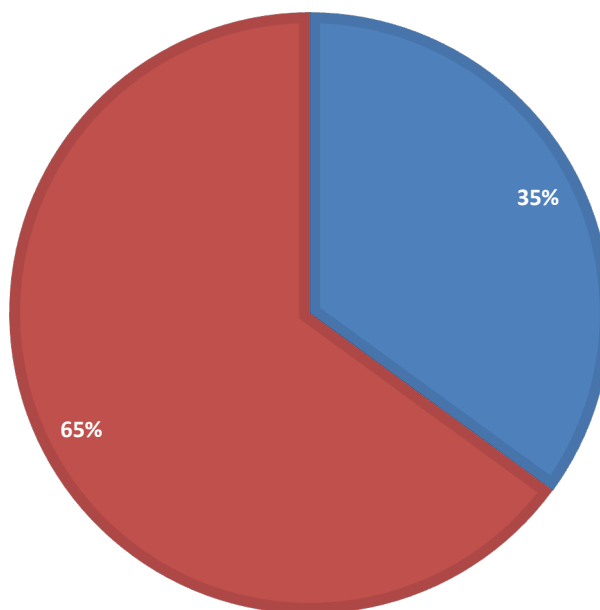


Obrázek 14 definice efektu přihlížejícího dle respondentů

U tohoto grafu lze vidět, jaké je povědomí respondentů o efektu přihlížejícího. Respondentům bylo umožněno vybrat více odpovědí. Možnost „neposkytnutí první pomoci, protože se v davu určitě najde někdo šikovnější, kdo zasáhne“ byla zvolena 135 respondenty (86 %). Možnost „nevolání tísňové linky, protože tam určitě už někdo volal“ uvedlo 94 respondentů (60 %). Možnost „projití okolo ležícího člověka na zemi bez Vaší interakce“ vybralo 47 respondentů (30 %). Možnost „přehlížení jedince, který potřebuje pomoc“ zvolilo 38 respondentů (24 %). Možnost „sledování poskytování první pomoci“ uvedlo 28 respondentů (18 %). Možnost „stres při poskytování první pomoci, když Vám někdo kouká přes rameno“ vybralo 13 respondentů (8 %). Možnost „sledování zásahu zdravotnické záchranné služby“ zvolilo 12 respondentů (8 %).

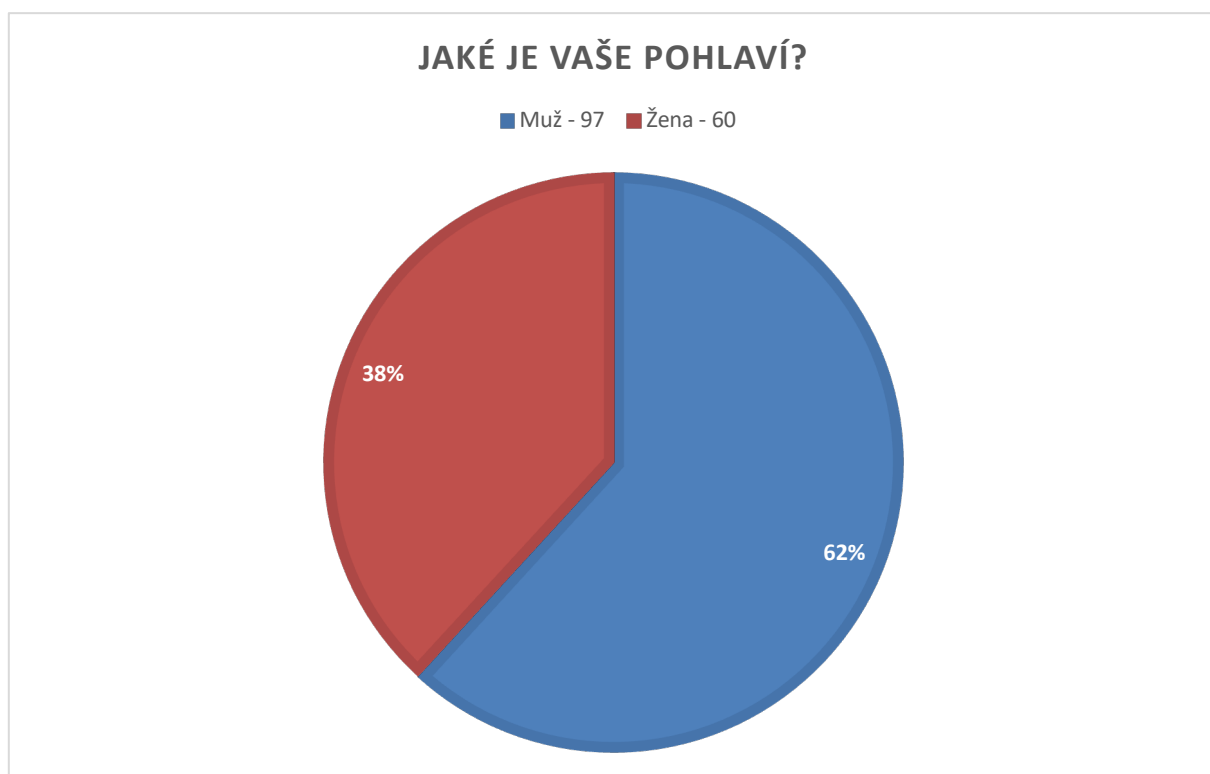
SETKALI JSTE SE NĚKDY S EFEKTEM PŘIHLÍŽEJÍCÍHO?

■ Ano - 55 ■ Ne - 102



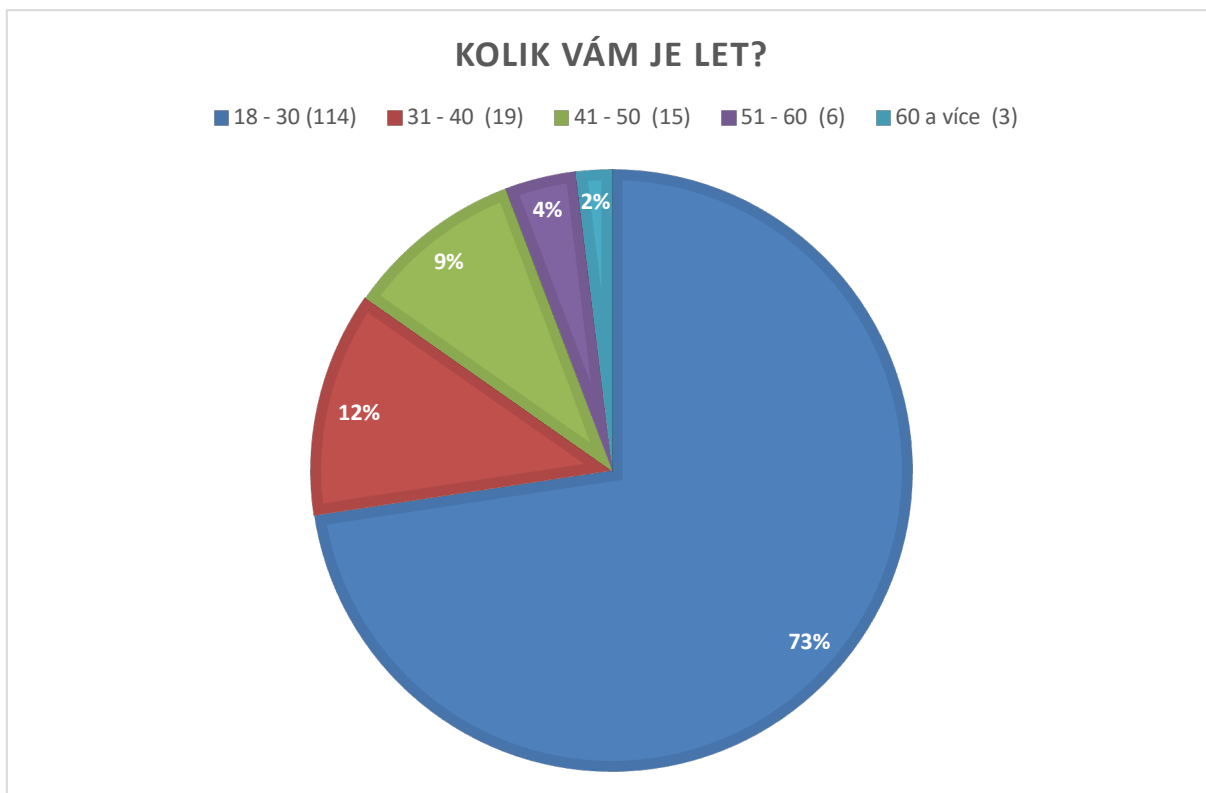
Obrázek 15 zkušenosti s efektem přihlížejícího

U tohoto grafu lze vidět, kolik respondentů se již setkalo s efektem přihlížejícího. S efektem se již setkalo 102 respondentů (65 %) a 55 respondentů (35 %) se s efektem nikdy neseťkalo.



Obrázek 16 pohlaví

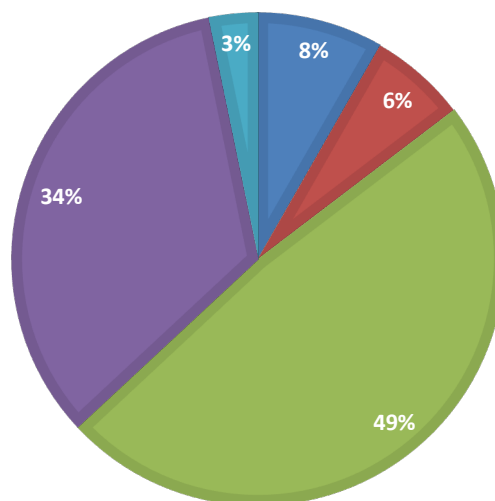
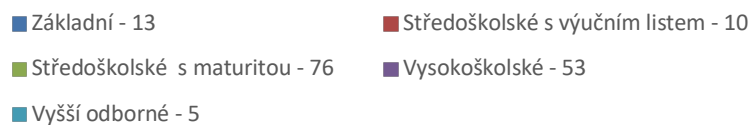
U tohoto grafu lze vidět, že 97 respondentů (62 %) jsou muži a 60 respondentů (38 %) jsou ženy.



Obrázek 17 věkové rozložení respondentů

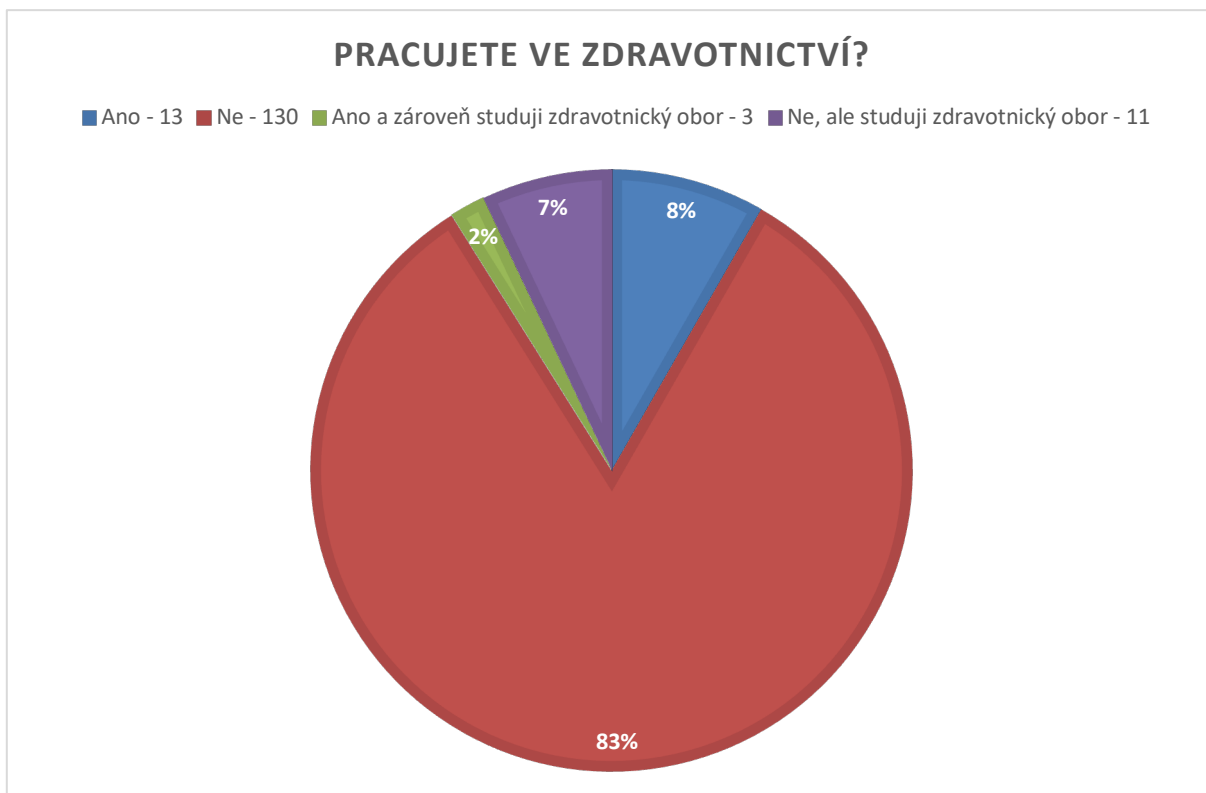
Z grafu je patrné, jaké je věkové rozložení respondentů. Ve věkovém rozmezí 18–30 let se nachází 114 respondentů (73 %). V rozmezí 31–40 let je zařazeno 19 respondentů (12 %). V rozmezí 41–50 let je uvedeno 15 respondentů (10 %). V rozmezí 51–60 let je zařazeno 6 respondentů (4 %). Věku 61 a více let dosahují 3 respondenti (2 %).

JAKÉ JEVAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?



Obrázek 18 vzdělání respondentů

Z grafu je patrné, jaké je nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Středoškolské vzdělání s maturitou bylo ukončeno 76 respondenty (48 %). Vysokoškolské vzdělání bylo ukončeno 53 respondenty (34 %). Základní vzdělání bylo ukončeno 13 respondenty (8 %). Středoškolské vzdělání s výučním listem bylo ukončeno 10 respondenty (6 %). Vyšší odborné vzdělání bylo ukončeno 5 respondenty (3 %).



Obrázek 19 práce ve zdravotnictví

U tohoto grafu lze vidět jaké je zastoupení respondentů ve vztahu k práci a studiu ve zdravotnictví. Ve zdravotnictví nepracuje 130 respondentů (83 %). Ve zdravotnictví pracuje 13 respondentů (8 %). Ve zdravotnictví nepracuje, ale zdravotnický obor studuje 11 respondentů (7 %). Ve zdravotnictví pracují a zároveň studují zdravotnický obor 3 respondenti (2 %).

5 DISKUZE

5.1 Do jaké míry ovlivňuje aktuálnost školení první pomoci sebejistotu široké veřejnosti při poskytování první pomoci?

V dotazníku byla zkoumána míra proškolení první pomoci, jestli byli respondenti proškoleni před více nebo méně než 3 lety a jak respondenti hodnotí své znalosti první pomoci.

Ze 157 respondentů jich bylo proškoleni 140 (89 %) z toho 86 (61 %) méně než před 3 lety 54 (39 %) před více než 3 lety.

K hodnocení vědomostí byla použita známková škála. Respondenti hodnotili své znalosti první pomoci na škále od 1 do 5, 1 je nejméně a 5 nejvíce. Průměrnou známkou všech respondentů je 3,1. Respondenti, kteří nebyli proškoleni v první pomoci své znalosti ohodnotili průměrnou známkou 2,4. Proškolení respondenti hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,1. Respondenti, kteří byli proškoleni před více než 3 lety hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,8. Respondenti, kteří byli proškoleni před méně než 3 lety hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,4.

Bylo zjištěno, že aktuálnost školení první pomoci má významný vliv na sebehodnocení znalostí respondentů s čímž souhlasí i studie od Molinské (2023).

Lidé s vazby na zdravotnictví, ať už zdravotníci nebo studenti zdravotnických oborů hodnotili své znalosti lépe než laická veřejnost. Zaměstnanci zdravotnictví ohodnotili své znalosti první pomoci průměrnou známkou 3,7. Studenti zdravotnických oborů hodnotili své znalosti průměrnou známkou 4. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky studie Czyzewski et al. (2017), kde bylo prokázáno, že medicínští studenti, kteří častěji absolvují školení první pomoci, hodnotí své znalosti výrazně lépe než nemedicínští studenti, u nichž byla zjištěna frekvence školení nižší. Je potřeba zmínit, že vzorek respondentů s vazby na zdravotnictví v této studii tvoří pouze 17 % oproti studii Czyzewski et al. (2017), kde ten samý vzorek respondentů tvoří 50 % což značí, že tyto data nemusí mít vypovídající hodnotu.

5.2 Jaké jsou hlavní obavy široké veřejnosti z poskytování první pomoci v návaznosti na aktuálnost jejich školení v první pomoci a sebejistotu?

Výsledky této studie ukázaly, že absence obav z poskytování první pomoci byla zaznamenána u 51 respondentů (32 %). Proškolených respondentů v první pomoci, kteří neměli obavy

z poskytování první pomoci bylo 46 (90 %), zatímco neproškolených respondentů bylo 5 (10 %) a ti hodnotili své znalosti první pomoci průměrnou známkou 2,8. Dále bylo zjištěno, že 35 respondentů (76 %) bylo proškoleny před méně než 3 lety a hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,9. Naproti tomu 11 respondentů (24 %) bylo proškoleny před 3 a více lety a hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,5.

Z výzkumu je patrné, že u 106 respondentů (68 %) byly zaznamenány obavy z poskytování první pomoci. Respondenti vykazující tyto obavy hodnotili své znalosti první pomoci průměrnou známkou 2,8. Z tohoto počtu bylo 94 (89 %) proškolených v první pomoci a 12 (11 %) neproškolených respondentů, kteří hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,25. Z proškolených respondentů jich bylo 51 (54 %) proškoleny před méně než 3 lety a hodnotili své znalosti 3,0. Naproti tomu 43 respondentů (46 %) kteří byli proškoleni před 3 a více lety hodnotili své znalosti 2,7.

Nejvíce respondenty s obavami znepokojovala nejistota ve znalostech první pomoci, kterou zvolilo 72 respondentů (68 %). Z tohoto počtu bylo 66 respondentů (92 %) proškoleny v první pomoci a 6 neproškolených respondentů (8 %) v první pomoci a ti hodnotili své znalosti průměrnou známkou 1,7. Z 66 proškolených respondentů v první pomoci bylo 32 (48 %) proškoleny před méně než 3 lety a hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,9. Naproti tomu 34 respondentů (52 %) bylo proškoleny před 3 a více lety a hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,6. Celkově bylo u všech respondentů s nejistotou ve znalostech první pomoci zaznamenáno průměrné hodnocení znalostí známkou 2,6.

V porovnání s výsledky studie od Kuby a kol. (2023), kde 37 % respondentů uvedlo neznalost správných postupů, nezkušenost či nejistotu jako sedmý nejčastější důvod (z 19) pro neposkytnutí první pomoci, tento výzkum zjistil, že 68 % vyjádřilo znepokojení nad nejistotou ve svých znalostech první pomoci. Tento výrazný rozdíl může být způsoben odlišnou formulací otázek nebo odlišným zaměřením na obavy respondentů. Přesto obě zjištění poukazují na to, že nejistota ve schopnostech poskytnout první pomoc představuje významnou bariéru. Tato skutečnost podporuje tvrzení od Faria et al. (2024), kteří zdůrazňují potřebu pravidelného školení první pomoci.

Výsledky studie vykazaly, že strach z neúspěchu představoval druhou nejčastější obavu, přičemž tuto možnost zvolilo 68 respondentů (64 %). Z tohoto počtu bylo 60 respondentů (88 %) proškoleny v první pomoci, zatímco 8 neproškolených respondentů (12 %) hodnotilo své znalosti průměrnou známkou 2,5. Z proškolených respondentů bylo 38 (63 %) bylo proškoleny

před méně než 3 lety a hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,2. Naproti tomu 22 respondentů (37 %) kteří absolvovali školení před 3 a více lety a hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,7. Všichni respondenti, kteří měli strach z neúspěchu hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,0.

Tato zjištění částečně korespondují se studií Abraham et al. (2023) kde byl strach jako jedna z překážek pro poskytnutí první pomoci uveden u 60 % respondentů, ačkoli v této studii nebyl konkrétně specifikován jako strach z neúspěchu. Naproti tomu ve studii od Kuby a kol. (2023) byla obava ze selhání, ztrapnění se nebo znemožnění uvedena pouze u 17 % respondentů, což je výrazně nižší hodnota ve srovnání s výsledky, kde strach z neúspěchu uvedlo 64 % respondentů. Tento rozdíl může být způsoben odlišnou formulací otázek nebo odlišným zaměřením na obavy respondentů.

Ze studie vyplývá, že z respondentů s obavami znepokojovala kombinace nejistoty ve znalostech první pomoci a strachu z neúspěchu 43 respondentů (41 %). Z respondentů, které znepokojovala nejistota ve znalostech první pomoci tato skupina činí 60 %, zatímco z respondentů se strachem z neúspěchu tato skupina činí 63 %. Z těchto 43 respondentů bylo 40 (93 %) proškoleny v první pomoci, zatímco 3 (7 %) neproškolení respondenti hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,0. Z proškolených respondentů bylo 25 (63 %) proškoleny před méně než 3 lety, přičemž hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,0. Naproti tomu 15 respondentů (37 %) bylo proškoleny před 3 a více lety a hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,4. celkově bylo u všech respondentů, které znepokojovala nejistota ve znalostech první pomoci a strach z neúspěchu hodnotili své znalosti průměrnou známkou 2,7.

Z těchto dat lze vyčíst, že respondenti, kteří měli obavy z poskytování první pomoci s aktuálnějším školením v první pomoci hodnotí své znalosti nejlépe ve všech hodnocených kategoriích. Respondenti bez jakéhokoliv školení hodnotili své znalosti naopak nejhůře ve všech hodnocených kategoriích. Je potřeba zmínit, že vzorek respondentů s obavami bez jakéhokoliv školení tvoří pouze 11 % což značí, že tyto data nemusí mít vypovídající hodnotu.

5.3 Jaké faktory ovlivňují pasivní chování respondentů v situacích vyžadujících první pomoc, a jak jsou tyto faktory spojeny s jejich odůvodněním nečinnosti?

Výsledky této studie prokázali, že u 3 respondentů, kteří v situaci vyžadující první pomoc zvolili možnost pokračovali v cestě a nijak nezasáhli, byli 2 respondenti (66 %) v pozici, kdy danou situaci pouze zahlédli z dálky. Z těchto 2 respondentů byl 1 (33 %) součástí davu, což

mohlo ovlivnit jeho nečinnost. U 1 respondenta (33 %) bylo zaznamenáno, že kontaktoval zdravotnickou záchrannou službu, ačkoli tato akce je v rozporu s první možností, kde je zmíněno „nijak jsem nezasáhla/nul“.

Bylo zjištěno, že jedním z faktorů ovlivňujících pasivní chování respondentů byla přítomnost jiných osob u jedince potřebujícího první pomoc. Oba respondenti, kteří v takové situaci pokračovali v cestě bez intervence, tuto přítomnost uvedli jako důvod své nečinnosti.

Z dalších výsledků této studie bylo zjištěno, že u 11 respondentů, kteří v situaci vyžadující první pomoc, pouze sledovali dění, 8 respondentů (73 %) neuvedlo další odpověď. Naproti tomu 2 respondenti (18 %) postiženého oslovili nebo se ho zeptali, jestli nepotřebuje pomoc a 1 respondent (9 %) poskytl první pomoc. Odpovědi těchto 3 respondentů (27 %) jsou v rozporu s první možností, kde je zmíněno „situaci jsem pouze sledoval/a“.

U tohoto analyzovaného souboru subjektů bylo opětovně potvrzeno, že přítomnost dalších osob v situaci vyžadující poskytnutí první pomoci představuje faktor ovlivňující pasivitu respondentů. Jako další z faktorů bylo zjištěno očekávání zásahnutí kompetentnějšího jedince. Ze skupiny 8 respondentů jich 6 (75 %) svou nečinnost odůvodnili tím, že u jedince potřebující první pomoc se již někdo nacházel. Další 2 respondenti (25 %) očekávali zásah kompetentnějšího jedince.

U následujícího zkoumaného aspektu bylo zjištěno, že 12 respondentů, kteří situaci pouze zahlédli (z dálky) jich 7 (58 %) na situaci nijak dále nereagovalo. Naproti tomu 1 respondent (8 %) kontaktoval linku 155 nebo 112 a 4 respondenti (33 %) postiženého oslovili, jestli nepotřebuje pomoc. z těchto 4 respondentů byl u 1 (8 %) zaznamenán jak zásah v podobě poskytnutí první pomoci, tak kontaktován linky 155 nebo 112. odpovědi těchto 5 respondentů (42 %) jsou v rozporu s první možností, kde je zmíněno „situaci jsem pouze zahlédli (z dálky)“.

U tohoto zkoumaného souboru subjektů bylo opětovně potvrzeno, že přítomnost dalších osob v situaci vyžadující poskytnutí první pomoci představuje faktor ovlivňující pasivitu respondentů. Jako další faktory byly zjištěny fyzická vzdálenost od postiženého a časová tíseň. Ze skupiny 7 respondentů, kteří nezasáhli, jich 6 (86 %) svou nečinnost odůvodnilo tím, že u jedince potřebujícího první pomoc se již někdo nacházel, přičemž 1 respondent (14 %) uvedl, že se nacházel příliš daleko od postiženého. Dále byl jeden respondent omezen časovou tísní, což rovněž přispělo k jeho pasivitě.

Tato zjištění uvádí, že pasivní chování respondentů v situacích vyžadujících první pomoc je ovlivněno několika faktory. Nejčastějším odůvodněním nečinnosti byly přítomnost jiných osob u postiženého, očekávání zásahu kompetentnějšího jedince a nejistota ohledně správného postupu. Efekt přihlížejícího lze identifikovat u 3 respondentů (4 %), kdy nečinnost 2 respondentů (66 %) byla odůvodněna přítomností jiných osob. Toto zjištění se shoduje s koncepcí pluralitní ignorace, kde dle Emeghara (2023) nejednoznačnost situace a dle Li (2024) absence otevřené komunikace vedou k mylnému předpokladu o souhlasu mezi přihlížejícími. Jelikož ve zvolených možnostech u 1 respondenta (25 %) nebyla uvedena žádná možnost, která by zahrnovala další přihlížející, tak není možné s jistotou určit, jestli se jedná o projev efektu přihlížejícího nebo o pouhou ignoranci. Lze tedy konstatovat, že ze všech respondentů, kteří byli svědci situace vyžadující poskytnutí první pomoci se efekt přihlížejícího prokázal pouze u 2 respondentů (4 %). Nízký podíl respondentů prokazující efekt přihlížejícího může být ovlivněn nejednoznačností ve formulaci dotazníku, protože některé odpovědi se vzájemně vylučují, což naznačuje subjektivní interpretaci otázek.

5.4 Do jaké míry jedinci, u nichž byl v situacích vyžadujících první pomoc prokázán efekt přihlížejícího, správně identifikovali jeho definující charakteristiky v dotazníku, a jaké je jejich zpětné hodnocení vlastního chování z hlediska případné změny postupu?

Bylo zjištěno, že u dvou respondentů, u kterých byl v situacích vyžadujících první pomoc prokázán efekt přihlížejícího, se míra správné identifikace jeho definicí v dotazníku lišila. První respondent, který uvedl, že zná efekt přihlížejícího, správně označil jednu ze 7 nabízených možností, aniž by zvolil nesprávnou možnost. Naproti tomu druhý respondent, který efekt neznal, správně identifikoval obě možnosti, také bez chybné volby. Oba respondenti shodně uvedli, že efekt přihlížejícího považují za nebezpečný a že se s ním setkali. Při zpětném hodnocení svého chování oba prohlásili, že by svůj postup nezměnili. Tyto údaje naznačují, že teoretické povědomí o efektu přihlížejícího nemusí zaručovat jeho přesnou identifikaci.

Jelikož bylo zjištěno, že efekt přihlížejícího byl patrný pouze u 2 respondentů (4 %) ze svědků událostí vyžadující první pomoc, tak tyto data nemusí mít vypovídající hodnotu.

5.5 Jaké je povědomí respondentů o efektu přihlížejícího a do jaké míry ho považují za nebezpečný?

Bylo zjištěno, že povědomí respondentů o efektu přihlížejícího je poměrně vysoké, neboť 119 respondentů (75,8 %) uvedlo, že tento efekt zná, přičemž 110 z nich (92 % z těch, kteří efekt znají) ho shledává nebezpečným. Celkově 145 respondentů (92,4 %) považovalo efekt přihlížejícího za nebezpečný. To může vykazovat tři hodnoty. První možností je, že jeho rizikovost je vnímána i mezi těmi respondenty, kteří jeho definici neznají. Druhá možnost je ta, že jelikož respondenti dotazník nevyplňovali v kontrolovaném prostředí, tak si mohli odpověď na tuto otázku jednoduše vyhledat. Jako třetí možnost se nabízí ten fakt, že někteří respondenti mohli tipovat, tudíž u otázky ptající se na nebezpečnost efektu mohli náhodně zvolit možnost „ano“.

Při identifikaci definujících charakteristik efektu bylo zjištěno, že 60 respondentů (38 %) zvolilo pouze obě správné možnosti – „Nevolání tísňové linky, protože tam už někdo volal“ a „Neposkytnutí první pomoci, protože se najde někdo šikovnější“ – bez výběru nesprávných odpovědí. Toto jsou jediné „správné“ možnosti, poněvadž ostatní možnosti nepojednávali o přítomnosti dalších osob nebo záměrně mylně uváděli činnost spojenou například se sledováním.

Z 60 respondentů kteří zvolili správné možnosti jich 46 (77 %) uvedlo, že ví, co je efekt přihlížejícího. To naznačuje, že teoretické povědomí často koresponduje s přesnou identifikací jeho projevů. Tato zjištění vyzdvihují značné povědomí o efektu přihlížejícího a jeho vnímání jako nebezpečného jevu, avšak schopnost přesně identifikovat jeho charakteristiky zůstává omezená u více než poloviny respondentů.

6 ZÁVĚR

Tato práce se zabývala povědomím veřejnosti o efektu přihlížejícího. Teoretická část popsala efekt přihlížejícího jako sociálně-psychologický jev, kdy přítomnost více svědků snižuje pravděpodobnost zásahu v nouzové situaci, což potvrzují klíčové studie Darley a Latané (1968). Byly identifikovány mechanismy jako rozptýlená odpovědnost, strach ze sociálního omylu a pluralistická ignorance, spolu s faktory, jako je počet přihlížejících, sociální vztahy, pohlaví, nejistota ohledně kompetencí či obava z právních následků. Efekt má závažné důsledky, včetně prohloubení traumatu obětí, pozdního kontaktování zdravotnické záchranné služby a zhoršení zdravotních stavů kvůli zpožděné první pomoci.

Praktická část prostřednictvím dotazníkového šetření ukázala, že aktuálnost školení první pomoci významně ovlivňuje sebejistotu respondentů – respondenti proškolení před méně než 3 lety hodnotili své znalosti průměrnou známkou 3,4, zatímco ti bez školení pouze 2,4. Hlavními obavami při poskytování první pomoci byly nejistota ve znalostech (68 %) a strach z neúspěchu (64 %), přičemž obě obavy byly méně výrazné u respondentů s aktuálnějším školením. Pasivní chování v situacích vyžadujících první pomoc bylo ovlivněno přítomností dalších osob, očekáváním zásahu kompetentnějšího jedince, fyzickou vzdáleností a časovou tísni, což potvrzuje efekt přihlížejícího u 2 respondentů (4 %). Povědomí o efektu přihlížejícího bylo vysoké (75,8 % respondentů jej zná), přičemž 92,4 % jej považovalo za nebezpečný, avšak přesná identifikace jeho charakteristik byla omezená.

Závěrem lze konstatovat, že efekt přihlížejícího zůstává významnou překážkou při poskytování první pomoci, přičemž klíčovou roli hraje nedostatečná sebejistota spojená s absencí aktuálního školení. Pravidelné vzdělávání a zvyšování povědomí o efektu přihlížejícího by mohly přispět k překonání těchto bariér a podpoře prosociálního chování v krizových situacích.

7 LIMITY STUDIE

Při sběru dat nebyl použit standardizovaný dotazník, ale dotazník z vlastní tvorby, aby byli naplněny potřeby vlastního výzkumu. To neumožňovalo bezprostřední porovnání všech zjištěných závěrů s výsledky jiných studií.

Výsledky dotazníkového šetření mohly být ovlivněny různorodostí posuzovaných situací. Každý respondent totiž hodnotil specifické podmínky, což mohlo vést k rozdílným odpovědím.

Respondenti mohli některé otázky dotazníku interpretovat subjektivně, což představuje limit pro přesnost získaných dat. Pokud by dotazník obsahoval jednoznačnější formulace, je pravděpodobné, že by se výsledky šetření změnily.

8 POUŽITÁ LITERATURA

ABRAHAM, Juliet; ALVA, Janet a VINISH, V, 2023. Assessment of knowledge, readiness, and barriers hindering the performance of first aid measures in emergency situations among non-healthcare professionals of selected organizations of Udupi Taluk. Online. *Journal of Education and Health Promotion*. Roč. 12, č. 1. ISSN 2277-9531. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1860_22. [cit. 2025-04-20].

BAKKE, H. K.; STEINVIK, T.; EIDISSEN, S.-I.; GILBERT, M. a WISBORG, T., 2015. Bystander first aid in trauma – prevalence and quality: a prospective observational study. Online. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. Roč. 59, č. 9, s. 1187-1193. ISSN 0001-5172. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/aas.12561>. [cit. 2025-03-19].

BALHARA, Kamna S.; BUSTAMANTE, Nirma D.; SELVAM, Anand; WINDERS, W. Tyler; COKER, Amin et al., 2019. Bystander Assistance for Trauma Victims in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Prevalence and Training Interventions. Online. *Prehospital Emergency Care*. 2019-05-04, roč. 23, č. 3, s. 389-410. ISSN 1090-3127. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10903127.2018.1513104>. [cit. 2025-04-24].

BEYER, Frederike; SIDARUS, Nura; BONICALZI, Sofia a HAGGARD, Patrick, 2017. Beyond self-serving bias: diffusion of responsibility reduces sense of agency and outcome monitoring. Online. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2017-01-01, roč. 12, č. 1, s. 138-145. ISSN 1749-5016. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/scan/nsw160>. [cit. 2025-04-08].

BREWER, Gayle; BURNHAM, Catherine; DRYSDALE, Sarah; KATSOURIS, Alexis; MOSEY, Eve et al., 2024. Bystander barriers in sexual harassment - Associations with the Dark Triad and social anxiety. Online. *Personality and Individual Differences*. Roč. 217. ISSN 01918869. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112446>. [cit. 2025-04-19].

CZYZEWSKI, Lukasz; SOBIESKI, Adam; MICHALAK, Jaroslaw; WEREDA, Damian a MIELCZAREK, Kamil, 2017. ASSESSMENT OF FIRST AID KNOWLEDGE AMONG MEDICAL AND NON-MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS. Online. *Disaster and Emergency Medicine Journal*. 2017-12-31, roč. 2, č. 4, s. 150-154. ISSN 2543-5957. Dostupné z: <https://doi.org/10.5603/DEMJ.2017.0034>. [cit. 2025-04-21].

- DARLEY, John M. a LATANE, Bibb, 1968. Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. Online. *Journal of Personality and Social Psychology*. Roč. 8, č. 4, Pt.1, s. 377-383. ISSN 1939-1315. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/h0025589>. [cit. 2025-03-05].
- DE FARIA, Wiviany Alessandra; DE FARIA NOGUEIRA, Bárbara Fernanda; SILVA, Marla Ariana; CONSOLAÇÃO DOS SANTOS, Regina a PAULINO PENA, Heber, 2020. Primeiros socorros para professores em âmbito escolar: Revisão integrativa. Online. *Nursing (São Paulo)*. 2020-08-03, roč. 23, č. 267, s. 4522-4535. ISSN 2675-049X. Dostupné z: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i267p4522-4535>. [cit. 2025-04-20].
- EIJIGU, Temesgen Demissie a TEKETEL, Seleshi Zeleke, 2021. Bullying in schools: prevalence, bystanders' reaction and associations with sex and relationships. Online. *BMC Psychology*. Roč. 9, č. 1. ISSN 2050-7283. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00685-5>. [cit. 2025-03-29].
- EMEGHARA, Udochi, 2023. *Bystander Effect In Psychology*. Online. Simply psychology. Dostupné také z: <https://www.simplypsychology.org/bystander-effect.html>. [cit. 03-23-2025].
- FAUL, Mark; AIKMAN, Shelley N. a SASSER, Scott M., 2016. Bystander Intervention Prior to The Arrival of Emergency Medical Services: Comparing Assistance across Types of Medical Emergencies. Online. *Prehospital Emergency Care*. 2016-01-25, roč. 20, č. 3, s. 317-323. ISSN 1090-3127. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/10903127.2015.1088605>. [cit. 2025-04-15].
- HASÍK, Julio; SRNSKÝ, Pavel; ŠKOLA, Josef; ŠTĚPÁNEK, Karel a VLADYKOVÁ, Petra Totzauer, 2023. *STANDARDY PRVNÍ POMOCI*. Online. 2. ELEKTRONICKÉ VYDÁNÍ. Praha: Český červený kříž. ISBN 978-80-87729-53-3. Dostupné z: <https://www.cervenkykruz.eu/files/files/cz/standards/standards-prvni-pomoci-2023.pdf>. [cit. 2025-04-20].
- HORTENSIUS, Ruud a DE GELDER, Beatrice, 2018. From Empathy to Apathy: The Bystander Effect Revisited. Online. *Current Directions in Psychological Science*. Roč. 27, č. 4, s. 249-256. ISSN 0963-7214. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0963721417749653>. [cit. 2025-03-15].
- CHYLÍKOVÁ, Dagmar, 2020. Faktory ovlivňující poskytování první pomoci. Online, Bakalářská práce. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik. Dostupné z: https://is.slu.cz/th/a8i61/FVP_BP_2020_Faktory_ovlivnujici_poskytovani_prvni_pomoci_CHCHYLIKOVADAGMAR.pdf. [cit. 2025-03-31].

JENNINGS, Laura; ZHAO, Kun; FAULKNER, Nicholas a SMITH, Liam, 2024. Mapping bystander intervention to workplace inclusion: A scoping review. Online. *Human Resource Management Review*. Roč. 34, č. 2. ISSN 10534822. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2024.101017>. [cit. 2025-04-11].

JÖNSSON, Sandra a MUHONEN, Tuija, 2022. Factors influencing the behavior of bystanders to workplace bullying in healthcare—A qualitative descriptive interview study. Online. *Research in Nursing & Health*. Roč. 45, č. 4, s. 424-432. ISSN 0160-6891. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nur.22228>. [cit. 2025-04-18].

KENNEDY, Sheldon, 2024. *How To Address The Bullying Bystander Effect At Work*. Online. CEO Health + Safety Leadership network. Dostupné z: <https://engage.wsps.ca/trusted-leader/how-to-address-the-bullying-bystander-effect-at-work>. [cit. 2025-04-25].

KUBA, Radim; SEKERÁŠOVÁ, Iveta a ROČKOVÁ, Lenka, 2023. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ OCHOTU POSKYTNOUT PRVNÍ POMOC A JEJICH VYUŽITÍ PŘI VÝUCE PRVNÍ POMOCI. Online. *Biologie. Chemie. Zeměpis*. 2023-6-26, roč. 32, č. 1, s. 27-38. ISSN 2533-7556. Dostupné z: <https://doi.org/10.14712/25337556.2023.1.3>. [cit. 2025-03-03].

LAMOTE, Ines; CALLE, Paul; LYPHOUT, Cathelijne a VAN DE VOORDE, Patrick, 2020. Adequacy of bystander actions in unconscious patients: an audit study in the Ghent region (Belgium). Online. *European Journal of Emergency Medicine*. Roč. 27, č. 2, s. 105-109. ISSN 0969-9546. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000595>. [cit. 2025-04-15].

LATANE, Bibb a DARLEY, John M., 1968. Group inhibition of bystander intervention in emergencies. Online. *Journal of Personality and Social Psychology*. Roč. 10, č. 3, s. 215-221. ISSN 1939-1315. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/h0026570>. [cit. 2025-02-19].

LEVINE, Mark a CROWTHER, Simon, 2008. The responsive bystander: How social group membership and group size can encourage as well as inhibit bystander intervention. Online. *Journal of Personality and Social Psychology*. Roč. 95, č. 6, s. 1429-1439. ISSN 1939-1315. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0012634>. [cit. 2025-03-04].

LEVINE, Mark; PHILPOT, Richard a KOVALENKO, Anastasiia G., 2020. Rethinking the Bystander Effect in Violence Reduction Training Programs. Online. *Social Issues and Policy Review*. Roč. 14, č. 1, s. 273-296. ISSN 1751-2395. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/sipr.12063>. [cit. 2025-03-20].

LI, Glory, 2024. *Pluralistic Ignorance: Bystanders Were Uncertain, Not Unkind*. Online. Low entropy foundation. Dostupné z: <https://lowentropy.org/pluralistic-ignorance-bystanders-were-uncertain-not-unkind/>. [cit. 2025-03-22].

LIEBST, Lasse Suonperä; PHILPOT, Richard; BERNASCO, Wim; DAUSEL, Kasper Lykke; EJBYE-ERNST, Peter et al., 2019. Social relations and presence of others predict bystander intervention: Evidence from violent incidents captured on CCTV. Online. *Aggressive Behavior*. Roč. 45, č. 6, s. 598-609. ISSN 0096-140X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/ab.21853>. [cit. 2025-03-04].

MACHACKOVA, Hana; DEDKOVA, Lenka a MEZULANIKOVA, Katerina, 2015. Brief report: The bystander effect in cyberbullying incidents. Online. *Journal of Adolescence*. Roč. 43, č. 1, s. 96-99. ISSN 0140-1971. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.05.010>. [cit. 2025-04-01].

MANTHEY, Hannah, 2017. *The Bystander Effect: Psychological Consequences for the Victims with focus on the Basic Psychological Needs*. Online, Esej. Enschede: University Of Twente Faculty of Behavioral, Management and Social Sciences. Dostupné z: https://essay.utwente.nl/71687/1/Manthey_BA_BMS.pdf. [cit. 2025-04-22].

MICHELLAND, Laurianne; MURAD, Mohammad H; BOUGOUIN, Wulfran; VAN DER BROEK, Mark; PROKOP, Larry J et al., 2023. Association between basic life support and survival in sports-related sudden cardiac arrest: a meta-analysis. Online. *European Heart Journal*. 2023-01-14, roč. 44, č. 3, s. 180-192. ISSN 0195-668X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac586>. [cit. 2025-04-15].

MOLINSKÁ, Daniela, 2023. *FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ OCHOTU LAIKŮ POSKYTNOUT PRVNÍ POMOC*. Online, Bakalářská práce. Praha: Vysoká škola zdravotnická. Dostupné z: https://is.vsdrav.cz/th/wed9p/Faktory_ovlivnujici_ochotu_laiku_poskytnout_prvni_pomoc. [cit. 2025-04-26].

PILIAVIN, Irving M.; RODIN, Judith a PILIAVIN, Jane A., 1969. Good Samaritanism: An underground phenomenon? Online. *Journal of Personality and Social Psychology*. Roč. 13, č. 4, s. 289-299. ISSN 1939-1315. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/h0028433>. [cit. 2025-03-05].

SEPAHVAND, Mohammad Jafar; NOUROZI, Kian; KHANKEH, Hamidreza; MOHAMMADI-SHAHBOULAGHI, Farahnaz; FALLAHI-KHOSHKNAB, Masoud et al.,

2023. Fears and Concerns of Bystanders to Help People Injured in Traffic Accidents: A Qualitative Descriptive Study. Online. *Emergency Medicine International*. 2023-12-7, roč. 2023, s. 1-9. ISSN 2090-2859. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2023/1862802>. [cit. 2025-04-29].

SHACKELFORD, Todd a WEEK-SHACKELFORD Viviana A., 2021. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Cham: Springer Nature Switzerland AG. 8605 s. ISBN 978-3-319-19650-3.

SHACKELFORD, Todd K. a WEEKES-SHACKELFORD, Viviana A., 2021. *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Online. Cham: Springer Nature Switzerland. ISBN 978-3-319-19650-3. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-19650-3>. [cit. 2025-02-25].

SLAMĚNÍK, Ivan; VÝROST, Jozef a SOLLÁROVÁ, Eva, 2019. *Sociální psychologie: Teorie, metody, aplikace*. Grada. ISBN 978-80-271-2998-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-psychologie-6033/>.

SMITH, Danielle, 2021. *Bystander Assistance During Medical Emergencies by Patient Appearance*. Online. The Healthcare Review at Cornell University. Dostupné z: <https://www.cornellhealthcarereview.org/post/bystander-assistance-during-medical-emergencies-by-patient-appearance>. [cit. 2025-04-20].

THOMAS, Kyle A.; DE FREITAS, Julian; DESCIOLO, Peter a PINKER, Steven, 2016. Recursive mentalizing and common knowledge in the bystander effect. Online. *Journal of Experimental Psychology: General*. Roč. 145, č. 5, s. 621-629. ISSN 1939-2222. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/xge0000153>. [cit. 2025-03-20].

Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Vydání třinácté. Praha: Armex Publishing, 2024. ISBN 978-80-87451-95-3.

YOU, Leping a LEE, Yu-Hao, 2019. The bystander effect in cyberbullying on social network sites: Anonymity, group size, and intervention intentions. Online. *Telematics and Informatics*. Roč. 45. ISSN 07365853. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.tele.2019.101284>. [cit. 2025-03-29].

ZIDEMAN, David A.; SINGLETARY, Eunice M.; BORRA, Vere; CASSAN, Pascal; CIMPOESU, Carmen D. et al., 2021. European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. Online. *Resuscitation*. Roč. 161, s. 270-290. ISSN 03009572. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.013>. [cit. 2025-03-30].

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník	81
----------------------------	----

Příloha 1 – Dotazník

Byl/a jste někdy proškolen/a v první pomoci?

- Ano
- Ne

Kde jste byl/a proškolen/a v první pomoci? (můžete vybrat více možností)

(Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli proškoleni v první pomoci)

- Základní škola
- Střední škola
- Vysoká škola
- Autoškola
- Zaměstnání
- Kurz první pomoci
- Jiné: _____

Kdy jste byl/a naposled proškolen/a v problematice první pomoci?

(Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli proškoleni v první pomoci)

- Méně než před 3 lety
- Před 3 lety a více

Jak byste ohodnotil/a své znalosti první pomoci?

- 1 - Vůbec si nejsem jistý/á
- 2 - Váhám
- 3 - Mám základní dovednosti
- 4 - Jsem si relativně jistý
- 5 - Jsem si velmi jistý/á

Máte obavy z poskytování první pomoci?

- Ano
- Ne

Co Vás znepokojuje na poskytování první pomoci? (můžete vybrat více možností)

(Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří měli obavy z poskytování první pomoci)

- Strach z neúspěchu
- Strach z reakce zraněného
- Strach z reakce okolí
- Strach z právních následků
- Nejistota ve znalostech první pomoci
- Jiné: _____

Byl/a jste někdy svědkem situace, kdy někdo potřeboval první pomoc? např.: člověk ležící na zemi (bezvědomí), resuscitace, spatřený pád s následky (zranění...), autonehoda, agresivní jedinec, celotělové křeče (epileptický záchvat).

- Ano
- Ne

Vyberte prosím všechny možnosti, které se na Vás v dané situaci vztahují.

(Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli svědci události, kde byla potřeba poskytnout první pomoc)

- Pokračoval/a jsem v cestě/činnosti (nijak jsem nezasáhnul)
- Pouze jsem danou situaci zahlédl/a (z dálky)
- Situaci jsem pouze sledoval/a (např. součást davu...)
- Poradil/a jsem se s někým co dělat (osobně, přes telefon...)
- Oslovil/a jsem postiženého jestli potřebuje pomoc
- Poskytl/a jsem první pomoc
- Zavolal/a jsem na linku 155/112

○ Jiné: _____

Proč jste se tak zachoval/a? (můžete vybrat více možností)

(Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli svědci události, kde byla potřeba poskytnout první pomoc)

- Spěchal/a jsem
- Daný člověk byl příliš daleko
- Bál/a jsem se reakce okolí
- Nebyl/a jsem si jistý co dělat
- Čekal/a jsem, že zasáhne někdo kompetentnější
- Někdo u daného člověka už byl
- Daný člověk mi nebyl sympatický / bál/a jsem se ho
- Situace dle mého uvážení nebyla tak závažná, abych zasáhl/a
- Mé jednání mi přišlo správné
- Jiné: _____

Když se na situaci podíváte zpětně, je něco, co byste udělal/a jinak?

(Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli svědci události, kde byla potřeba poskytnout první pomoc)

- Ano
- Ne

Co konkrétně byste udělal/a jinak? (můžete vybrat více možností)

(Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří byli svědci události, kde byla potřeba poskytnout první pomoc a zpětně by se zachovali jinak)

- Oslovil/a bych daného člověka / zeptal/a bych se, jestli potřebuje pomoc
- Nečekal/a bych, než zasáhne někdo jiný
- Úkony první pomoci bych provedl/a jinak
- Jiné: _____

Je podle Vás efekt přihlížejícího nebezpečný?

- Ano
- Ne

Víte, co to je efekt přihlížejícího?

- Ano
- Ne

Co je podle Vás efekt přihlížejícího? (můžete vybrat více možností)

- Přehlížení jedince, který potřebuje pomoc.
- Projítí okolo ležícího člověka na zemi bez Vaší interakce.
- Nevolání tísňové linky, protože tam určitě už někdo volal.
- Sledování poskytování první pomoci.
- Neposkytnutí první pomoci, protože se v davu určitě najde někdo šikovnější, kdo zasáhne.
- Stres při poskytování první pomoci, když Vám někdo kouká přes rameno.
- Sledování zásahu zdravotnické záchranné služby.

Setkali jste se někdy s efektem přihlížejícího?

- Ano
- Ne

Jaké je vaše pohlaví?

- Muž
- Žena

Kolik Vám je let?

- 18–30
- 31–40
- 41–50
- 51–60
- 61 a více

10 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- Základní
- Středoškolské s maturitou
- Středoškolské s výučním listem
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

11 Pracujete ve zdravotnictví?

- Ano
- Ano a zároveň studuji zdravotnický obor
- Ne
- Ne, ale studuji zdravotnický obor