

Faktory ovlivňující ochotu laiků poskytnout neodkladnou přednemocniční péči

Barbora Grabcová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Grabcová**
Osobní číslo: **H22682**
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Faktory ovlivňující ochotu laiků poskytnout neodkladnou přednemocniční péči**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti faktorů ovlivňující ochotu laiků poskytnout neodkladnou přednemocniční péči.
Příprava metodiky kvalitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvalitativního šetření technikou rozhovoru.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

HANZULÍKOVÁ, Jana. *Základy první pomoci a přednemocniční péče*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-247-4904-4.
HOMOLA, Ambrož a MATOUŠEK, Radovan. *Rozšířená první pomoc pro nezdravotníky včetně rozšířených resuscitačních technik a dovedností*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 2002. ISBN 80-85109-55-7.
KAČEŇÁK, Robert. Krizová intervence: základní postupy. In: *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 2014, 90-108. ISBN 978-80-7345-425-8.
LIOU, Fang-Yu; LIN, Kun-Chang; CHIEN, Chian-Shiu et al. The impact of bystander cardiopulmonary resuscitation on patients with out-of-hospital cardiac arrests. Online. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2021, 84(12), 1078-1083 [cit. 2024-10-27]. ISSN 1726-4901. Dostupné z: doi:10.1097/JCMA.0000000000000630
MIXA, Vladimír; HEINIGE, Pavel a VOTRUBA Václav. *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Druhé přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3088-7.
ŠEBLOVÁ, Jana; MATĚJEK, Jaromír a ŠTREIT, Jindřich. *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3007-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na faktory ovlivňující ochotu laiků poskytnout neodkladnou přednemocniční péči. Cílem je identifikovat klíčové psychologické, sociální, právní a znalostní překážky a motivace, které hrají roli při rozhodování v krizové situaci. V teoretické části jsou popsány základní pojmy, legislativní rámec a význam první pomoci. Praktická část využívá polostrukturované rozhovory, jejichž analýza ukazuje, že ochotu pomoci výrazně ovlivňuje míra vzdělání, emoční připravenost i vnímání osobního rizika. Závěrem práce je zdůrazněna potřeba širší osvěty a dostupného vzdělávání veřejnosti v oblasti první pomoci.

Klíčová slova: první pomoc, laická pomoc, přednemocniční péče, ochota, faktory, rozhovor

ABSTRACT

This bachelor thesis focuses on the factors influencing lay people's willingness to provide emergency pre-hospital care. The aim is to identify key psychological, social, legal and knowledge barriers and motivations that play a role in decision making in a crisis. The theoretical part describes the basic concepts, the legislative framework and the importance of first aid. The practical part uses semi-structured interviews, the analysis of which shows that the willingness to help is significantly influenced by the level of education, emotional preparedness and perception of personal risk. The paper concludes by highlighting the need for wider public awareness and accessible first aid education.

Keywords: first aid, lay assistance, pre-hospital care, willingness, factors, interview

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych vyjádřila srdečné poděkování všem, kteří mě podporovali nejen při psaní této bakalářské práce, ale i po celou dobu mého studia.

Děkuji své rodině za trpělivost, pochopení a morální podporu, bez které bych studium jen těžko zvládla. Obzvlášť děkuji svému příteli, který mi byl po celou dobu oporou a motivoval mě k vytrvalosti v náročných chvílích.

Dále bych ráda poděkovala vedoucímu bakalářské práce za cenné rady, odborné vedení a čas, který mi věnoval během celého procesu psaní. Mé poděkování patří i kolektivu na mém pracovišti, který mi umožnil skloubit studium s pracovním vytížením a podporoval mě v mé snaze dokončit vzdělání.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 ZÁKLADNÍ POJMY PRVNÍ POMOCI.....	13
1.1 NEODKLADNÁ PŘEDNEMOCNÍČNÍ PÉČE	13
2 HISTORICKÝ VÝVOJ PRVNÍ POMOCI.....	15
3 VÝZNAM LAICKÉ PRVNÍ POMOCI.....	16
3.1 ROLE LAIKŮ V ZÁCHRANNÉM ŘETĚZCI	16
3.2 DOPADY VČASNÉ POMOCI NA PŘEŽITÍ A ZDRAVOTNÍ PROGNOZU	17
3.3 VÝZNAM OSVĚTY A VZDĚLÁVÁNÍ.....	17
4 FAKTORY OVLIVŇJÍCÍ OCHOTU POSKYTNOUT POMOC.....	18
4.1 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	18
4.1.5 Motivace k poskytnutí první pomoci	21
4.2 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY	22
4.3 ZNALOSTNÍ FAKTORY	24
4.3.1 Vzdělávání a jeho vliv na ochotu poskytovat první pomoc	25
4.3.2 Role médií a kampaní v podpoře poskytování první pomoci	25
4.4 PRÁVNÍ FAKTORY	26
4.4.1 Zákon o dobrém Samaritánovi	27
4.4.2 Povinnost poskytnout první pomoc dle českého práva	27
4.4.3 Vnímání rizika právního postihu při poskytování první pomoci	27
4.4.4 Obavy z právních následků	28
4.4.5 Výjimky z právní ochrany.....	28
4.4.6 Význam právní osvěty.....	28
4.4.7 Srovnání právní úpravy ve světě	28
4.5 KONTEXTOVÉ FAKTORY	29
4.5.1 Místo události.....	29
4.5.2 Čas a viditelnost	29
4.5.3 Přítomnost dalších svědků.....	30
4.5.4 Povaha a vnímání zranění oběti	30
4.5.5 Osobní bezpečnost zachránce	30
4.5.6 Přístup a vybavení zachránce	30
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	31
5 METODIKA	32
5.1 CÍL VÝZKUMU	32
5.2 CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ	32
5.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
5.4 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	34

6	VÝSLEDKY	35
6.1	ANALÝZA DAT ROZHOVORŮ	35
6.1.1	Kategorie: Motivace k poskytnutí první pomoci.....	35
6.1.2	Kategorie: Emoce a psychický stav při zásahu	36
6.1.3	Kategorie: Předchozí zkušenosti a vzdělání.....	38
6.1.4	Kategorie: Praktické problémy při zásahu	38
6.1.5	Kategorie: Reakce okolí	40
6.1.6	Kategorie: Hygienické a osobní překážky.....	40
6.1.7	Kategorie: Sebereflexe a zpětné hodnocení	41
6.1.8	Kategorie: Návrhy na zlepšení systému	42
6.1.9	Kategorie: Bariéry k pomoci	43
7	DISKUZE	45
	ZÁVĚR.....	48
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	49
	SEZNAM TABULEK.....	59
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	60
	SEZNAM PŘÍLOH.....	61

ÚVOD

Schopnost a ochota běžných občanů poskytnout první pomoc hraje klíčovou roli v systému přednemocniční neodkladné péče. V krizových situacích, kdy každá vteřina rozhoduje o přežití a budoucí kvalitě života postiženého, je právě laik často prvním článkem záchranného řetězce. Přestože je v dnešní době dostupné široké spektrum informací, školení i osvětových kampaní, reálná ochota lidí zasáhnout zůstává překvapivě nízká. Tento rozpor mezi teoretickou připraveností společnosti a skutečnou reakcí jednotlivce v akutní situaci představuje zásadní problém nejen z pohledu zdravotnictví, ale i z hlediska občanské odpovědnosti a bezpečnosti komunit. Tato bakalářská práce se proto věnuje hlubší analýze faktorů, které ovlivňují rozhodování laiků o poskytnutí první pomoci v terénu. Nejde přitom pouze o úroveň znalostí či technických dovedností, ale také o složité psychologické, sociální, právní a situační aspekty, které mohou člověka buď motivovat, nebo naopak paralyzovat. Mezi hlavní bariéry patří strach z pochybení, právní důsledky, znechucení, nedostatek sebedůvěry nebo emoční přetížení. Na druhé straně existují i pozitivní motivační faktory, jako je empatie, smysl pro odpovědnost nebo předchozí pozitivní zkušenosti.

Cílem práce je nejen identifikovat a popsat tyto faktory, ale i porozumět jejich vzájemné souhře a dopadu na konkrétní rozhodnutí jedince v reálné krizové situaci. K tomu je využita kvalitativní výzkumná metoda formou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří se v minulosti ocitli v situaci, kdy bylo potřeba jednat. Struktura práce je rozdělena do dvou hlavních částí. Teoretická část představuje základní východiska včetně historického vývoje první pomoci, jejího významu v současnosti a jednotlivých kategorií ovlivňujících faktorů. Praktická část přináší výsledky empirického šetření, jejich analýzu a interpretaci. Závěrem práce jsou navržena doporučení pro praxi, zejména v oblasti vzdělávání veřejnosti, prevence a podpory ochoty k aktivnímu zásahu. Věříme, že porozumění těmto faktorům může přispět ke zvýšení připravenosti společnosti čelit neočekávaným krizovým situacím s větší rozhodností a kompetencí.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY PRVNÍ POMOCI

První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení (Hanzulíková, 2020)

1.1 Neodkladná přednemocniční péče

Neodkladná přednemocniční péče (NPP) představuje soubor odborných i laických opatření, která jsou poskytována osobě v ohrožení života nebo zdraví ještě před příjezdem zdravotnické záchranné služby. Cílem je zabránit dalšímu zhoršení zdravotního stavu, stabilizovat životní funkce a připravit pacienta na převoz a další odborné ošetření. Patří sem například kardiopulmonální resuscitace (KPR), zástava krvácení, polohování pacienta nebo zajištění dýchacích cest. V České republice je systém NPP organizován prostřednictvím krajských záchranných služeb, které zajišťují nepřetržitý provoz a spolupráci s operačními středisky (EUSEM, 2014).

Laická první pomoc je základní, neodborná a okamžitá reakce jednotlivce bez zdravotnické kvalifikace, která směřuje ke zvýšení šance na přežití a snížení následků zranění. Typickými zásahy jsou kontrola vědomí a dechu, stlačování hrudníku, zajištění bezpečného prostředí nebo volání na tísňovou linku. Podle Českého červeného kříže (2017) je hlavním cílem zachránit život a zabránit zhoršování zdravotního stavu do příjezdu odborné pomoci. Význam první pomoci není pouze zdravotnický, ale i společenský – podporuje občanskou angažovanost, posiluje principy solidarity a přispívá k vyšší bezpečnosti komunity. Podle studií je přítomnost vyškolených laiků ve veřejném prostoru klíčová pro zajištění tzv. „prvního článku záchranného řetězce“, do kterého dále patří i odborná přednemocniční a nemocniční péče (Český červený kříž, 2017).

Současně se ukazuje, že laická první pomoc má významný preventivní charakter. Lidé, kteří jsou informovaní a vyškolení, častěji zasahují, méně podléhají panice a mají větší důvěru ve své schopnosti – to se pozitivně odráží i v ochotě poskytnout pomoc v reálných situacích (Sasson et al., 2013). Zároveň efektivní laická reakce snižuje nároky na profesionální složky, zkracuje dobu potřebnou k stabilizaci pacienta a snižuje náklady zdravotnického systému.

Odborná přednemocniční péče je poskytována zdravotnickými profesionály – především výjezdovými skupinami zdravotnické záchranné služby, které zasahují na místě události. Jejich úkolem je rychlé a efektivní zhodnocení zdravotního stavu pacienta, zajištění životních funkcí, podání léčiv, provedení potřebných zákroků a příprava na transport do zdravotnického zařízení. V rámci odborné péče může být využito pokročilých technik jako zajištění dýchacích cest intubací, defibrilace nebo intravenózní aplikace léků. Zásadní je přitom koordinace s operačním střediskem a návaznost na další složky integrovaného záchranného systému. Podle České resuscitační rady (2021) je kvalitní odborná přednemocniční péče klíčovým prvkem v řetězci přežití, přičemž rychlý zásah vyškoleného personálu významně zvyšuje šanci na přežití především u náhlé srdeční zástavy. Kromě samotné léčby hraje důležitou roli i komunikace s pacientem, psychická podpora a informování blízkých osob.

Oba pojmy, ač se mohou překrývat, je třeba důsledně rozlišovat. Neodkladná péče zahrnuje širší spektrum úkonů a může být poskytována i profesionály, zatímco laická první pomoc se soustředí na úvodní zásahy, které mohou provést běžní občané bez odborné přípravy. První pomoc je obecnější termín zahrnující jak laické, tak profesionální zásahy v krizových situacích (NZIP, 2024).

2 HISTORICKÝ VÝVOJ PRVNÍ POMOCI

Historie první pomoci sahá až do starověku. První zmínky o poskytování pomoci při zraněních či náhlých onemocněních lze nalézt v různých kulturách. Například ve starověkém Egyptě byly zaznamenány pokusy o ošetření ran a zlomenin, jak dokládá Edwin Smithův papyrus z období kolem roku 1600 př. n. l. (Láska, 2020). V biblických textech je popsán případ proroka Eliši, který provedl úkon připomínající dýchání z úst do úst, což lze považovat za jeden z prvních zaznamenaných pokusů o resuscitaci (Rogozov, 2010). Během středověku byly pokusy o ožívování často vnímány jako zasahování do božích záměrů a mohly být považovány za kacířství. To vedlo k útlumu rozvoje technik první pomoci. Obrat nastal v období osvícenství, kdy se začaly objevovat první systematické přístupy k resuscitaci a ošetřování zranění (Rogozov, 2010). Významným milníkem bylo zavedení termínu "*první pomoc*" pruským vojenským chirurgem Johannem Friedrichem Augustem von Esmarchem v 19. století. Esmarch zdůrazňoval význam školení vojáků v poskytování první pomoci na bojišti, což vedlo k vytvoření prvních organizovaných kurzů a příruček (3. lékařská fakulta UK, 2013). V roce 1863 založil Henri Dunant Mezinárodní výbor Červeného kříže, jehož cílem bylo poskytování pomoci raněným vojákům bez ohledu na jejich příslušnost. Tato iniciativa vedla k rozšíření myšlenky první pomoci mezi civilní obyvatelstvo a k vytvoření národních společností Červeného kříže po celém světě (Český červený kříž, 2023). V současné době je první pomoc nedílnou součástí zdravotnických systémů a její výuka je běžně zařazována do školních osnov i firemních školení. Moderní technologie, jako jsou mobilní aplikace, usnadňují přístup k informacím o postupech první pomoci a umožňují rychlejší přivolání odborné pomoci (Láska, 2020).

3 VÝZNAM LAICKÉ PRVNÍ POMOCI

První pomoc je soubor jednoduchých a účelných opatření, jejichž základním cílem je záchrana života nebo zdraví u lidí postižených úrazem či náhlou poruchou zdraví. Včasné a správné poskytnutí první pomoci může výrazně ovlivnit prognózu postiženého, snížit riziko komplikací a zkrátit dobu rekonvalescence (NZIP, 2024).

Kromě přímého zdravotního přínosu má první pomoc také významný společenský rozměr. Podporuje aktivní občanství, solidaritu a odpovědnost jednotlivců za zdraví a bezpečnost ve svém okolí. Pravidelné školení veřejnosti v poskytování první pomoci zvyšuje celkovou připravenost společnosti reagovat na krizové situace a přispívá k posílení důvěry mezi občany (Český červený kříž, 2017).

První pomoc tvoří nedílnou součást integrovaného systému zdravotní péče. Je prvním článkem v tzv. „*řetězci přežití*“, který zahrnuje následující kroky:

1. Včasné rozpoznání stavu a přivolání odborné pomoci
2. Poskytnutí základní první pomoci
3. Odborná přednemocniční péče
4. Nemocniční péče

Efektivita celého systému závisí na správném fungování každého z těchto článků. Laická první pomoc hraje klíčovou roli, neboť může výrazně ovlivnit výsledek následné odborné péče. (Rescue Report, 2012).

3.1 Role laiků v záchranném řetězci

Laická první pomoc představuje klíčový prvek v systému přednemocniční neodkladné péče. Laici jsou často prvními svědky zdravotních krizí a jejich včasná a správná reakce může zásadně ovlivnit výsledek celé situace. Záchranný řetězec se skládá z několika na sebe navazujících kroků, kde každý článek hraje nezastupitelnou roli. Prvním článkem je právě laik, který rozpozná nouzovou situaci, přivolá odbornou pomoc a zahájí základní život zachraňující úkony. Tímto způsobem se aktivuje celý systém záchrany, který pokračuje odbornou přednemocniční péčí, transportem do zdravotnického zařízení a následnou nemocniční péčí (Český červený kříž, 2017).

Podle České resuscitační rady je efektivní fungování záchranného řetězce závislé na každém jeho článku, počínaje laiky na místě události, přes operační středisko, až po zásah záchranné služby a následnou péči v nemocnici (Česká resuscitační rada, 2015).

3.2 Dopady včasné pomoci na přežití a zdravotní prognózu

Časové hledisko je při poskytování první pomoci jedním z nejzásadnějších faktorů ovlivňujících výsledek celé intervence. Odborná literatura (Perkins et al., 2021) uvádí, že pravděpodobnost přežití osoby, která utrpěla náhlou zástavu oběhu, se každou minutou bez zahájení resuscitace snižuje až o 10 %. Naopak, včasné započetí základní kardiopulmonální resuscitace (KPR) významně zvyšuje šance na přežití a snižuje riziko závažných neurologických následků.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) přispívá rychlá reakce nejen ke zlepšení bezprostřední prognózy, ale rovněž k celkovému zkrácení rekonvalescence a omezení dlouhodobých zdravotních komplikací. Včasný zásah může znamenat rozdíl mezi plným návratem do běžného života a trvalým postižením. Zároveň efektivní první pomoc přispívá ke snížení nároků na zdravotní péči a snižuje ekonomické dopady spojené s následnou léčbou (WHO, 2022; Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020).

3.3 Význam osvěty a vzdělávání.

Osvěta a vzdělávání veřejnosti v oblasti první pomoci jsou klíčové pro zajištění efektivní reakce v krizových situacích. Standardy Českého červeného kříže zdůrazňují nezastupitelnou roli laické první pomoci jako prvního článku záchranného řetězce (Český červený kříž, 2023). Metodické příručky pro výuku na školách upozorňují na nutnost pravidelné aktualizace vzdělávacích materiálů a metod, aby odpovídaly aktuálním poznatkům v urgentní medicíně (World Health Organization, 2023). Důraz je kladen nejen na teoretické znalosti, ale i na praktické dovednosti, které umožňují laikům efektivně reagovat v krizových situacích. Systematické vzdělávání a osvěta tak významně přispívají k připravenosti veřejnosti poskytovat první pomoc.

4 FAKTORY OVLIVŇJÍCÍ OCHOTU POSKYTNOUT POMOC

Ochota laiků poskytnout první pomoc je ovlivněna řadou komplexních faktorů, které lze rozdělit do několika hlavních kategorií: psychologické, sociální a kulturní, znalostní, právní a kontextové. Porozumění těmto faktorům je zásadní pro tvorbu účinných strategií, které by mohly zvýšit ochotu veřejnosti poskytnout pomoc a tím pozitivně ovlivnit výsledky zdravotních intervencí mimo zdravotnické zařízení.

4.1 Psychologické faktory

Psychologické aspekty představují jednu z klíčových překážek při rozhodování laiků o poskytnutí první pomoci v situacích ohrožení života. Mezi nejčastější negativní faktory patří strach z pochybení, způsobení škody nebo právní odpovědnosti, které často vedou k váhavému chování nebo k úplné nečinnosti. Tyto obavy bývají umocněny nedostatkem praktických dovedností a nízkou mírou sebedůvěry (Sasson et al., 2013; Alismail et al., 2018). Významnou roli sehrává i tzv. bystander efekt – psychologický jev, kdy přítomnost většího počtu svědků oslabuje individuální pocit odpovědnosti a snižuje pravděpodobnost, že někdo aktivně zasáhne (Latané & Darley, 1968). Emoční reakce, jako jsou stres, panika nebo odpor vyvolaný pohledem na krev či jiné tělní tekutiny, mohou dále narušit schopnost účinně jednat. Odborné studie však naznačují, že účast na kvalitních kurzech první pomoci, které zahrnují nácvik krizových scénářů a posilování psychické odolnosti, může významně zvýšit připravenost a ochotu laiků k zásahu (Perkins et al., 2021; Iserbyt, 2017).

4.1.1 Strach

Strach je jedním z nejvýznamnějších psychologických faktorů, které snižují ochotu poskytnout první pomoc. Jedinci se často obávají, že by mohli situaci neodborným zásahem zhoršit, způsobit zraněnému další újmu nebo učinit chybu během zásahu (Sasson et al., 2013). Tento strach je zesílen nízkou sebedůvěrou v praktické dovednosti, která pramení z nedostatku zkušeností a kvalitního školení (Dwyer, 2008; Petrić et al., 2013). Dalším významným aspektem strachu je obava z přenosu infekčních onemocnění při kontaktu s tělními tekutinami, zejména krví, slinami nebo zvratky. Tento typ obav byl výrazně akcentován během pandemie COVID-19, kdy se strach z infekce stal ještě intenzivnějším faktorem odrazujícím od zásahu (Birkun, 2020; Sefrin & Eckert, 2013). Vliv obav z nákazy je podpořen i mediálním obrazem infekčních nemocí jako vážného

zdravotního rizika, což zvyšuje psychologickou bariéru vůči fyzickému kontaktu se zraněnými. Strach z právních důsledků, tedy obava, že by zachránce mohl být žalován nebo jinak právně postižen za poskytnutí neodborné pomoci, je dalším častým důvodem váhání (Pek, 2017). Přestože v mnoha zemích, včetně České republiky, existují právní úpravy chránící laiky jednající v dobré víře, povědomí veřejnosti o těchto ochranách je často nedostatečné. Vhodné a pravidelné školení první pomoci se ukazuje jako klíčový nástroj pro překonání strachu a zvýšení ochoty jednat. Výzkumy ukazují, že kvalitní kurzy první pomoci, zaměřené na praktické dovednosti a zvládání krizových emocí, výrazně posilují důvěru vlastním schopnostem a redukuje obavy z chyby či selhání (Alismail et al., 2018; Banfai et al., 2017). Praktický nácvik realistických scénářů pomáhá budovat psychickou odolnost a připravenost zasáhnout.

4.1.2 Disgust (znehucení)

Disgust, neboli znehucení, je jednou z nejvýraznějších emočních reakcí, které mohou významně ovlivnit ochotu poskytnout první pomoc v krizových situacích. Jedná se o instinktivní odpověď organismu na podněty spojené s krví, tělními tekutinami, otevřenými ranami nebo zvratky (Tybur et al., 2009). Z evolučního hlediska představuje tento mechanismus ochranu před potenciální nákazou patogeny. Přítomnost vizuálně výrazných znaků zranění, jako je krev na obličeji nebo kontaminace tělními tekutinami, může vyvolat silný odpor a vést k váhání či odmítnutí zasáhnout. Výzkumy ukazují, že pravděpodobnost poskytnutí KPR se v přítomnosti krve výrazně snižuje (Lester et al., 2000; Johnston et al., 2003). Tento jev je pozorován napříč věkovými skupinami i úrovní trénovanosti zachránců. Kupfer (2018) navrhuje, že disgust lze dále rozdělit na více domén, přičemž znehucení zraněním tvoří specifickou kategorii odlišnou od tradičního znehucení patogeny. Toto rozlišení je důležité pro vývoj tréninkových metod, které cílí na zvládání emocionálních reakcí v krizových situacích. Současná doporučení zdůrazňují význam začlenění realistických simulací do kurzů první pomoci. Tyto simulace, které obsahují například umělou krev nebo realistické modely zranění, umožňují účastníkům trénovat nejen technické dovednosti, ale i emoční zvládání nepříjemných podnětů (Perkins et al., 2021). Systematický nácvik v kontrolovaném prostředí tak může pomoci snížit negativní vliv znehucení na rozhodovací proces zachránců.

4.1.3 Emoce, stres a panika

V krizových situacích je běžné zažívat intenzivní stres a emoční přetížení, které mohou výrazně ovlivnit schopnost jednat efektivně. Jedinci, kteří nejsou zvyklí na působení stresu, často zažívají paniku, což vede k psychickému bloku a paralýze rozhodování (Swor et al., 2006). Tyto reakce jsou přirozenou odpovědí organismu na vnímané ohrožení. Fyziologické projevy stresu, jako je zrychlené dýchání, bušení srdce, třes, zvýšené pocení a snížená produkce slin, mohou negativně ovlivnit kognitivní funkce a schopnost rychlého a správného rozhodování (Riegel et al., 2006). Emoce jako strach, nejistota, bezmoc a netrpělivost jsou běžně hlášeny zachránci v krizových situacích. Výzkumy ukazují, že až 38,7 % lidí se obává, že je v případě krizového zásahu přemůže panika, což je jednou z hlavních psychologických překážek aktivního zásahnutí (Swor et al., 2006). Významným ochranným faktorem proti panice a stresu je pravidelné školení první pomoci, které zahrnuje simulace reálných situací a krizové scénáře. Tyto simulace pomáhají jedincům vybudovat psychickou odolnost a posilují jejich schopnost jednat i pod tlakem (Alismail et al., 2018; Iserbyt, 2017). Zvládání emocí v krizových situacích je dovednost, kterou lze rozvíjet. Výuka první pomoci by proto měla zahrnovat nejen technické postupy, ale také strategie zvládání stresu, jako jsou kontrolované dýchání, systematická analýza situace a nácvik rozhodování v podmínkách emoční zátěže.

4.1.4 Efekt přihlížejícího

Efekt přihlížejícího (bystander effect) je dobře zdokumentovaný psychologický jev, kdy přítomnost více svědků události vede ke snížení pravděpodobnosti, že jednotlivec zasáhne. Tento fenomén byl poprvé systematicky popsán Lataném a Darleym (1968) v souvislosti s případem vraždy Kitty Genoveseové v New Yorku, kde mnoho přihlížejících nepodniklo žádnou akci. Hlavní mechanismus efektu přihlížejícího spočívá v tzv. difúzi odpovědnosti – čím více lidí je přítomno, tím více si jednotlivci myslí, že pomoc poskytne někdo jiný. To vede ke kolektivní pasivitě a někdy i k úplné absenci zásahu (Fischer et al., 2011). Dalším faktorem je sociální vliv, kdy jednotlivci sledují chování ostatních a v případě, že ostatní nereagují, situaci podcení. Výzkumy ukazují, že v krizových situacích, kdy je přítomno více přihlížejících, dochází k významnému poklesu rychlosti reakce i samotné ochoty zasáhnout. Například studie Plötnera et al. (2015) ukázala, že i děti ve věku pěti let byly ovlivněny chováním ostatních přihlížejících. Efekt přihlížejícího lze částečně zmírnit specifickými intervencemi, jako je přímé oslovení konkrétní osoby a přidělení úkolu například *'vy zavolejte sanitku!'* Tím se eliminuje difúze odpovědnosti a zvýší

se pravděpodobnost, že někdo zasáhne (Fischer et al., 2011). Praktický nácvik těchto technik je proto doporučován jako součást kurzů první pomoci.

4.1.5 Motivace k poskytnutí první pomoci

Motivace k poskytnutí první pomoci představuje klíčový psychologický aspekt, který zásadně ovlivňuje rozhodovací proces laiků v krizových situacích. K hlavním motivačním faktorům patří altruismus, empatie, pocit občanské povinnosti, osobní zkušenost s poskytováním pomoci a vědomí vlastní kompetence (Sasson et al., 2013; Dwyer, 2008). Altruismus, definovaný jako nesobecké chování zaměřené na blaho druhých, výrazně zvyšuje pravděpodobnost poskytnutí pomoci. Empatie, schopnost emocionálně se vcítit do situace jiného člověka, je rovněž silným prediktorem akceschopnosti zachránce. Empatická reakce totiž snižuje vnímání osobního rizika a podporuje rychlé rozhodnutí zasáhnout (Batson et al., 1991). Pociť občanské odpovědnosti a společenské solidarity hraje důležitou roli v motivaci jednotlivců k poskytnutí první pomoci. V prostředích, kde je poskytnutí pomoci vnímáno jako morální a sociální norma, je ochota populace výrazně vyšší (World Health Organization, 2023). Osobní zkušenosti s úspěšným poskytnutím pomoci v minulosti nebo účast na kurzech první pomoci výrazně posilují ochotu jednat v budoucnu. Pozitivní zážitek z předchozí intervence zvyšuje sebevědomí a snižuje bariéry spojené se strachem ze selhání (Beck et al., 2019). Důležitým motivačním faktorem je rovněž vnímání vlastní kompetence. Pokud jednatel věří, že disponuje dostatečnými znalostmi a dovednostmi, je pravděpodobnější, že zasáhne i v náročnějších podmínkách. Sebedůvěra získaná prostřednictvím vzdělávání a praktických nácviků zásadně ovlivňuje ochotu poskytnout pomoc v reálných situacích (Beck et al., 2019; Alismail et al., 2018).

Psychologické faktory hrají zásadní roli při rozhodování laiků o poskytnutí první pomoci. Strach z chyby, infekce či právních důsledků, stejně jako znechucení z pohledu na zranění, stres a emoční přetížení v krizových situacích, mohou výrazně snižovat ochotu jednat. Efekt přihlížejícího dále komplikuje rozhodovací proces, kdy jednotlivci spoléhají na zásah ostatních. Na druhé straně pozitivní motivátory, jako altruismus, empatie, pocit občanské povinnosti a vědomí vlastní kompetence, mohou tento negativní dopad zmírnit. Klíčovým nástrojem v překonávání psychologických bariér je kvalitní vzdělávání veřejnosti, praktické školení zaměřené na krizové situace a budování sebedůvěry zachránců.

4.2 Sociální a kulturní faktory

Sociální a kulturní faktory hrají klíčovou roli při rozhodování o poskytnutí první pomoci. Tyto aspekty ovlivňují nejen ochotu jedince zasáhnout, ale také jeho vnímání odpovědnosti, interpretaci situace a vnímání možných následků. Studie ukazují, že v multikulturních společnostech mohou migranti vykazovat nižší ochotu poskytovat KPR cizím osobám. Tento fenomén je často způsoben nejen kulturními rozdíly v přístupu k pomoci neznámým lidem, ale také obavami z právních důsledků (Hasking et al., 2022). Kultura, která klade důraz na nezasahování do záležitostí cizích osob, může významně snižovat pravděpodobnost zásahu. Genderové rozdíly rovněž hrají významnou roli. Výzkum provedený ve Velké Británii zjistil, že ženy, které utrpí srdeční zástavu na veřejnosti, mají menší pravděpodobnost, že obdrží KPR od kolemjdoucích, což je částečně způsobeno obavami zachránců z nevhodného dotyku nebo ze sociálních a právních důsledků takového jednání (The Guardian, 2024). Kromě genderu a kulturního zázemí mohou na rozhodování zachránce působit i předsudky vůči určitým skupinám obyvatelstva, například bezdomovcům nebo etnickým menšinám. Tyto stereotypy mohou vést ke snížení ochoty pomoci a v krajních případech k úplné nečinnosti. Sociální normy a očekávání společnosti, mediální obraz první pomoci a osobní zkušenosti jednotlivců s krizovými situacemi rovněž formují jejich vnímání role zachránce. K překonání kulturních a sociálních bariér je zásadní zvyšování povědomí, osvěta a vzdělávání veřejnosti, které podporují hodnoty solidarity, odpovědnosti a lidskosti.

4.2.1 Vztah k postiženému

Ochota poskytnout první pomoc je výrazně ovlivněna vztahem mezi zachráncem a postiženým. Výzkumy ukazují, že lidé mají mnohem vyšší tendenci poskytnout pomoc osobám, ke kterým mají emocionální vazbu, například členům rodiny, blízkým přátelům nebo partnerům (Coons a Guy, 2009; Urban et al., 2013). Emoce jako empatie, soucit a pocit odpovědnosti hrají v těchto případech klíčovou roli. Tento fenomén je také podpořen teorií inkluzivní zdatnosti, která tvrdí, že jedinci pomáhají geneticky příbuzným, protože tím podporují předání svých genů do dalších generací (Sasson, 2013). Výsledkem je vyšší ochota jednat a poskytnout první pomoc blízkým osobám. Na druhé straně ale může silná emocionální vazba vést i k negativnímu efektu. Někteří zachránci uvádějí strach z vlastní nedostatečnosti při zásahu u blízkých osob. Tento strach může pramenit z obavy, že by mohli situaci nezvládnout nebo postiženému ještě více ublížit (Petrić et al., 2013). V těchto případech může být paradoxně těžší překonat psychologickou bariéru a adekvátně

zasáhnout. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2022) ve svých doporučeních zdůrazňuje, že vzdělávání veřejnosti v oblasti první pomoci je klíčovým faktorem v překonávání těchto psychologických bariér. Zvýšení informovanosti, praktický nácvik dovedností a začlenění první pomoci do školních osnov mohou významně přispět k tomu, aby lidé byli schopni pomoci nejen blízkým, ale i neznámým osobám.

4.2.2 Pohlaví a věk zachránce i oběti

Pohlaví a věk patří mezi významné faktory ovlivňující ochotu a schopnost poskytnout první pomoc v krizové situaci. Výzkumy ukazují, že muži bývají ochotnější zasáhnout, zejména pokud jde o fyzicky náročné úkony jako je KPR (Zámečník et al., 2014). Naopak ženy častěji vyjadřují obavy z fyzického kontaktu, z možnosti špatného vyhodnocení situace nebo z negativního sociálního hodnocení. Specifickým problémem je situace, kdy je obětí žena. Výzkumy ukazují, že ženy mají nižší pravděpodobnost, že obdrží pomoc při srdeční zástavě na veřejnosti, částečně kvůli obavám zachránců z obvinění ze sexuálního obtěžování nebo zásahu do intimní zóny (Blewer et al., 2018; The Guardian, 2024). Tento fenomén představuje významnou bariéru, která může negativně ovlivnit šance na přežití. Z hlediska věku zachránce a oběti existují také zajímavé rozdíly. Výzkumy ukazují, že děti a mladiství (zejména ve věku 12–18 let) mají nižší ochotu pomoci cizím lidem, což je částečně způsobeno nedostatečnou sebedůvěrou a obavami z vlastní neschopnosti (Faul et al., 2016; Locke et al., 1995). Naopak senioři často uvádějí obavy z fyzických a kognitivních omezení, která mohou bránit efektivnímu zásahu. Pozitivním zjištěním je, že pokud je obětí dítě, ochota kolemjdoucích zasáhnout výrazně stoupá. Tento jev souvisí s instinktivní ochrannou reakcí a vyšší mírou empatie vůči dětem (Brenner et al., 1997; Jones et al., 2007). Proto je důležité, aby vzdělávání v oblasti první pomoci reflektovalo tyto rozdíly a zaměřovalo se na odbourávání specifických bariér spojených s pohlavím a věkem.

4.2.3 Kulturní rozdíly a stereotypy

Kulturní rozdíly a stereotypy představují významné faktory, které mohou ovlivnit ochotu jednotlivce poskytnout první pomoc. Kulturní normy definují, jaký typ interakce je v dané společnosti přijatelný, a v některých kulturách je fyzický kontakt s cizími osobami silně omezen, což může zásadně snížit pravděpodobnost zásahu v krizové situaci (Tybur et al., 2009). V mnoha kulturách existují normy, které zasahování do situací mimo vlastní rodinu považují za nevhodné nebo dokonce tabuizované. Jedinci z těchto prostředí mohou váhat, zda pomoci, i v případech život ohrožujících situací. Podobně mohou kulturní hodnoty ovlivnit

i vnímání zranitelnosti a zasloužilosti obětí. Studie ukazují, že pomoc je méně pravděpodobná, pokud je obětí osoba, která je vnímána negativně, například bezdomovec nebo člověk pod vlivem alkoholu či drog (Kupfer, 2018). Stereotypy a předsudky hrají významnou roli v rozhodování. Lidé často podvědomě hodnotí oběť na základě vzhledu, chování nebo sociální identity, což může vést k nižší ochotě zasáhnout. Negativní percepce určitých skupin obyvatelstva, jako jsou etnické menšiny nebo sociálně marginalizované skupiny, může vést k odtazitosti a snížené ochotě poskytnout pomoc. Pro překonání těchto bariér je klíčové zaměřit se na osvětu a vzdělávání veřejnosti, které klade důraz na univerzální hodnotu lidského života a nutnost poskytnutí pomoci každému, bez ohledu na kulturní, sociální či osobní charakteristiky.

Sociální a kulturní faktory významně ovlivňují rozhodování jednotlivců o poskytnutí první pomoci. Vztah k postiženému, pohlaví a věk zachránce i oběti, kulturní normy a stereotypy formují nejen ochotu, ale i schopnost zasáhnout v krizové situaci. Výzkumy ukazují, že lidé jsou ochotnější pomoci svým blízkým než cizím osobám a že pohlaví i věk mohou ovlivnit vnímání schopnosti a vhodnosti zásahu. Kulturní rozdíly a předsudky pak mohou představovat zásadní bariéru, která brání poskytnutí pomoci, zejména vůči osobám ze sociálně marginalizovaných skupin. K překonání těchto bariér je klíčové zaměřit se na cílenou osvětu, vzdělávání veřejnosti a podporu univerzálních hodnot solidarity a lidskosti. Pouze systematickým budováním tolerantní a informované společnosti lze dosáhnout zvýšení ochoty poskytnout první pomoc bez ohledu na sociální a kulturní rozdíly.

4.3 Znalostní faktory

Úroveň znalostí a předchozí školení v oblasti první pomoci mají zásadní vliv na ochotu a schopnost laiků jednat v nouzových situacích. Výzkumy potvrzují, že osoby, které absolvovaly kurzy (KPR), jsou výrazně ochotnější poskytnout pomoc než ti, kteří žádné formální školení neabsolvovali (Beck et al., 2019; Lee et al., 2023). Forma výuky hraje klíčovou roli – interaktivní a prakticky zaměřené kurzy, které zahrnují realistické simulace krizových situací, jsou efektivnější než čistě teoretická školení. Praktická cvičení pomáhají snižovat úzkost, zvyšují sebedůvěru a podporují lepší uchování získaných dovedností (Banfai et al., 2017; Plant and Taylor, 2021). Významným trendem v posledních letech je integrace výuky první pomoci do školních osnov. Studie prokazují, že děti a dospívající, kteří absolvují kurzy první pomoci, vykazují nejen vyšší úroveň znalostí, ale i větší ochotu poskytnout pomoc v reálných situacích (Bollig et al., 2019; Uray et al., 2018).

Pravidelné opakování kurzů je přitom zásadní, protože dovednosti a sebedůvěra v čase klesají (Greif et al., 2020). Znalostní faktory tedy zahrnují nejen samotné získání teoretických informací, ale především praktické zvládnutí technik první pomoci a udržení těchto dovedností prostřednictvím opakovaných školení. Efektivní programy školení první pomoci mohou významně přispět k vyšší připravenosti veřejnosti čelit mimořádným situacím

4.3.1 Vzdelávání a jeho vliv na ochotu poskytovat první pomoc

Vzdělávání v oblasti první pomoci představuje zásadní nástroj pro zvýšení ochoty laiků zasáhnout v krizových situacích. Existuje přímá korelace mezi absolvováním kurzů první pomoci a vyšší sebedůvěrou, kompetencí a ochotou k zásahu (Beck et al., 2019; Banfai et al., 2017). Pravidelné vzdělávání a opakované praktické nácviky umožňují nejen osvojení si technických dovedností, ale také snižují psychologické bariéry, jako je strach ze selhání, nejistota či obavy z právních důsledků (Alismail et al., 2018). Důraz na praktickou výuku, simulace reálných scénářů a trénink v prostředí stresu jsou klíčové faktory pro dosažení vyšší úrovně připravenosti záchránců. Výzkumy ukazují, že osoby, které absolvovaly praktický kurz s interaktivními metodami, vykazují vyšší míru správného provedení KPR a vyšší pravděpodobnost okamžitého zásahu (Lukas et al., 2016; Iserbyt, 2017). Integrace výuky první pomoci do školních osnov se ukázala jako efektivní strategie, jak od raného věku budovat pozitivní postoj k poskytování pomoci (Banfai et al., 2017). Děti, které jsou vzdělávány v oblasti první pomoci již na základní škole, si osvojí základní postupy a prokazují ochotu zasáhnout i v dospělosti. Organizace jako Světová zdravotnická organizace (WHO) a Mezinárodní federace Červeného kříže (IFRC) doporučují systematické vzdělávání veřejnosti, včetně povinných kurzů první pomoci na školách a v rámci profesního vzdělávání (WHO, 2023; IFRC, 2016).

4.3.2 Role médií a kampaní v podpoře poskytování první pomoci

Média a veřejné osvětové kampaně hrají zásadní roli v utváření postojů veřejnosti k poskytování první pomoci. Pozitivní prezentace příběhů o hrdinství a úspěšném zásahu laiků v krizových situacích výrazně zvyšuje ochotu veřejnosti jednat (Perkins et al., 2021). Podle výzkumů mají kampaně zaměřené na zvýšení informovanosti o významu první pomoci a na odbourání psychologických bariér významný dopad na počet lidí ochotných poskytnout pomoc (Sasson et al., 2013; WHO, 2023). Kampaně jako *'Restart a Heart Day'* nebo *'Call, Push, Rescue'* výrazně přispěly ke zvýšení počtu vyškolených laiků v oblasti

KPR. Pozitivní mediální obrazy, které ukazují, že i laici mohou zachránit život, napomáhají budování sebedůvěry a vnímání vlastní schopnosti pomoci (Blewer et al., 2018). Naopak medializace případů, kdy nebyla pomoc poskytnuta, může mít kontraproduktivní efekt a vést ke zvýšení strachu a pasivity. Důležitým aspektem efektivních kampaní je jejich zaměření na praktické dovednosti, jednoduchost instrukcí a odstranění zbytečných obav (International Liaison Committee on Resuscitation, 2020). Krátká a jasná sdělení, která ukazují, že jakákoli pomoc je lepší než žádná, jsou klíčem k motivaci veřejnosti.

Znalosti a dovednosti v oblasti první pomoci hrají klíčovou roli při rozhodování o poskytnutí pomoci v krizových situacích. Výzkumy jednoznačně potvrzují, že absolvování školení a pravidelné opakování praktických dovedností výrazně zvyšují ochotu i schopnost laiků zasáhnout. Integrace výuky první pomoci do školních osnov a důraz na praktické simulace krizových situací přispívají k vytvoření generace jedinců připravených poskytnout včasnou a efektivní pomoc. Významnou roli v utváření postojů veřejnosti hrají také média a osvětové kampaně, které nejen zvyšují povědomí o důležitosti první pomoci, ale také posilují sebedůvěru potenciálních zachránců. Pozitivní příběhy, praktické rady a jednoduché návody jsou klíčem k odbourání psychologických bariér a strachu z chyby. Zvyšování znalostí a praktického sebevědomí prostřednictvím vzdělávání a cílené mediální podpory je proto zásadním krokem ke zvýšení míry poskytnutí první pomoci a zlepšení šancí na přežití postižených v mimořádných situacích.

4.4 Právní faktory

Právní aspekty hrají významnou roli při rozhodování laiků o poskytnutí první pomoci. Jedním z klíčových principů ochrany zachránců je takzvaný zákon o dobrém Samaritánovi (Good Samaritan Law), který chrání osoby poskytující pomoc v nouzi před právní odpovědností za neúmyslné poškození (Emergency First Response, 2019). Ačkoli se konkrétní úpravy liší v závislosti na právní jurisdikci, obecnou zásadou zůstává ochrana zachránce, pokud jedná v dobré víře. V České republice je povinnost poskytnout pomoc zakotvena v § 150 a § 151 zákona č. 40/2009 Sb., *trestního zákoníku*. Zákon stanovuje, že poskytnutí první pomoci je povinné, pokud tím zachránce nevystavuje sebe nebo jiné osoby vážnému riziku (Pek, 2017). Současně platí, že osoby, které v dobré víře poskytují pomoc, nenesou trestní odpovědnost za neúmyslné následky. Přesto přetrvává mezi veřejností značná obava z možných právních důsledků, což je častým důvodem pro váhání nebo odmítnutí zásahu (Sasson et al., 2013; Greif et al., 2020).

Lidé si často nejsou jisti, jaká jsou jejich práva a povinnosti při poskytování první pomoci, což výrazně snižuje jejich ochotu jednat v krizových situacích (Birkun, 2020). Zvýšení právního povědomí je klíčovým nástrojem pro zmírnění těchto obav. Doporučuje se, aby kurzy první pomoci zahrnovaly nejen praktické dovednosti, ale také základní informace o právní ochraně záchránců (WHO, 2021; Lockey et al., 2022). Efektivní osvěta o existenci ochranných právních norem může podpořit větší ochotu veřejnosti zasahovat při nehodách a krizových situacích.

4.4.1 Zákon o dobrém Samaritánovi

Zákony o dobrém Samaritánovi poskytují právní ochranu osobám, které v dobré víře poskytují pomoc v nouzi. Cílem těchto zákonů je snížit obavy z právních důsledků při poskytování první pomoci. V České republice je povinnost poskytnout pomoc zakotvena v trestním zákoníku § 150 a § 151 zákona č. 40/2009 Sb. který stanoví trestní odpovědnost za neposkytnutí pomoci v nebezpečných situacích (Pek, 2017).

4.4.2 Povinnost poskytnout první pomoc dle českého práva

Český právní systém ukládá občanům povinnost pomoci osobám v ohrožení života nebo zdraví, pokud tím sami nevystaví sebe nebo jiné osoby vážnému riziku. Neposkytnutí pomoci může být trestáno odnětím svobody až na 2 roky *Zákon č. 40/2009 Sb.*, trestní zákoník.

4.4.3 Vnímání rizika právního postihu při poskytování první pomoci

Vnímání právních důsledků při poskytování první pomoci je významným faktorem ovlivňujícím ochotu laiků zasáhnout v krizové situaci. Výzkumy ukazují, že mnoho lidí přeceňuje riziko, že budou za své jednání právně postiženi (Greif et al., 2020; Perkins et al., 2021). Podle doporučení Světové zdravotnické organizace (World Health Organization, 2022) je potřeba zvýšit povědomí veřejnosti o tom, že právní ochrana osob jednajících v dobré víře je v mnoha zemích zajištěna. Podobně Česká resuscitační rada (ČRR, 2021) uvádí, že strach z právních důsledků je neopodstatněný a že právní úprava v České republice chrání záchránce před trestní odpovědností, pokud jedná v rámci základních pravidel první pomoci. Zvýšení informovanosti veřejnosti o existenci zákonů na ochranu záchránců a o povinnosti poskytnout pomoc by mohlo významně snížit psychologické bariéry bránící zásahu.

4.4.4 Obavy z právních následků

Navzdory existenci ochrany se mnoho laiků obává právních důsledků spojených s poskytováním první pomoci. Nedostatečné povědomí o existenci zákonů chránících zachránce zůstává významnou bariérou k poskytnutí pomoci (Sasson et al., 2013).

4.4.5 Výjimky z právní ochrany

Právní ochrana se nevztahuje na případy, kdy je pomoc poskytována s hrubou nedbalostí nebo úmyslným poškozením. Například pomoc poskytovaná pod vlivem alkoholu či drog může vést k odpovědnosti za škodu (ERC Guidelines, 2021).

4.4.6 Význam právní osvěty

Vzdělávání veřejnosti o právních aspektech první pomoci je klíčové pro odbourání obav. Významné organizace jako WHO a Evropská resuscitační rada (ERC) doporučují zařazení informací o právní ochraně do kurzů první pomoci (WHO, 2020; Perkins et al., 2021).

4.4.7 Srovnání právní úpravy ve světě

V různých zemích existují rozdíly v přístupu k právní ochraně osob poskytujících první pomoc. Ve Spojených státech je ochrana zajištěna na základě zákonů o dobrém Samaritánovi, zatímco v Německu je neposkytnutí pomoci trestným činem bez ohledu na profesi zachránce (Böttiger et al., 2020).

Právní aspekty hrají v rozhodování laiků o poskytnutí první pomoci zásadní roli. Ačkoli existují legislativní opatření, jako je zákon o dobrém Samaritánovi nebo ustanovení trestního zákoníku v České republice, které chrání zachránce, obavy z právních následků přetrvávají. Nedostatek informací o právech a povinnostech při poskytování pomoci zvyšuje váhání a může odrazovat od aktivního zásahu. Výjimky z právní ochrany, jako je hrubá nedbalost nebo poskytnutí pomoci pod vlivem návykových látek, zdůrazňují potřebu odpovědného jednání. Klíčovou roli v posílení ochoty veřejnosti poskytovat první pomoc hraje právní osvěta a začlenění tématu právní ochrany do vzdělávacích programů. Srovnání se zahraničními právními systémy ukazuje, že podpora laiků prostřednictvím jasné legislativy a informovanosti je klíčem k větší ochotě jednat v krizových situacích.

4.5 Kontextové faktory

Rozhodnutí poskytnout první pomoc je silně ovlivněno kontextem události. Specifické okolnosti jako lokalita (veřejné prostranství, domov, hromadná doprava), čas události (den či noc), přítomnost dalších svědků a povaha nehody hrají zásadní roli v rozhodování zachránce (Zámečník et al., 2014; Erenler & Baydin, 2020). Například pokud je oběť vnímána jako ‚nečistá‘, pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, může to snížit ochotu laiků zasáhnout (Böttiger et al., 2020). Dalším významným faktorem je vnímání osobního rizika. Pokud zachránce vnímá situaci jako nebezpečnou – například při dopravní nehodě, zásahu elektrickým proudem, nebo hrozbě násilí – pravděpodobnost poskytnutí pomoci klesá (Pearn Kandola, 2023). Ochrana vlastní bezpečnosti by měla být vždy prioritou. Mezi doporučená opatření patří například přivolání profesionální pomoci, zajištění místa nehody výstražným trojúhelníkem, použití reflexní vesty a vyhodnocení rizik před samotným vstupem na místo události (IFRC, 2009; St John Ambulance, 2020). Výzkumy ukazují, že ochota zasáhnout klesá zejména v noci, v neznámém nebo špatně osvětleném prostředí (Waalewijn et al., 2021). Simulace a praktická školení zaměřená na různé kontexty mohou zvýšit schopnost správného vyhodnocení situace a ochotu jednat (Perkins et al., 2021). Moderní kurzy první pomoci proto kladou důraz na zajištění osobní bezpečnosti, vyhodnocení míry rizika a efektivní komunikaci s tísňovými složkami (ERC Guidelines, 2021).

4.5.1 Místo události

Místo, kde k události dojde, hraje zásadní roli při rozhodování o poskytnutí první pomoci. Na veřejných prostranstvích, jako jsou ulice či obchodní centra, se lidé často cítí pod větším tlakem a mohou váhat kvůli přítomnosti ostatních svědků. V soukromí (např. v domácnosti) je pravděpodobnost zásahu vyšší. Vnímaná bezpečnost místa, například v blízkosti silnice, ve tmě nebo na izolovaných místech, může významně ovlivnit ochotu jednat (Zámečník et al., 2014; Waalewijn et al., 2021).

4.5.2 Čas a viditelnost

Denní doba a podmínky viditelnosti mají vliv na rozhodnutí o poskytnutí pomoci. V noci nebo za špatného počasí (déšť, mlha, sníh) je pravděpodobnější, že potenciální zachránce vyhodnotí situaci jako nebezpečnou, což snižuje ochotu zasáhnout. Zajištění vlastní bezpečnosti je v takových podmínkách klíčové (IFRC, 2009; St John Ambulance, 2020).

4.5.3 Přítomnost dalších svědků

Přítomnost dalších osob u nehody může paradoxně snižovat individuální pravděpodobnost zásahu kvůli efektu přihlížejícího (Latané & Darley, 1968). Svědci mohou očekávat, že pomoc poskytne někdo jiný, čímž dochází k difúzi odpovědnosti. Aktivní oslovení jednotlivců a rozdělování úkolů (například přivolání pomoci) může tento efekt snížit.

4.5.4 Povaha a vnímání zranění oběti

Vzhled oběti, přítomnost krve, znečištění nebo známky intoxikace mohou ovlivnit ochotu zasáhnout. Zachránci často váhají, pokud mají pocit, že kontakt s obětí by mohl být nebezpečný či odpuzující (Böttiger et al., 2020; Johnston et al., 2003). Závažnost poranění však může zároveň vyvolat silnější pocit naléhavosti a tím zvýšit ochotu jednat.

4.5.5 Osobní bezpečnost záchránce

Zajištění vlastní bezpečnosti je nezbytným předpokladem pro poskytnutí první pomoci. Záchránce by měl situaci nejprve vyhodnotit a ujistit se, že nehrozí další nebezpečí, například z kolabujících staveb, požárů, elektrického proudu nebo útoku. Doporučuje se využít ochranné pomůcky a kontaktovat tísňové složky, pokud je vlastní zásah riskantní (IFRC, 2009; Perkins et al., 2021).

4.5.6 Přístup a vybavení záchránce

Dostupnost ochranných prostředků, jako jsou jednorázové rukavice nebo resuscitační roušky, může významně ovlivnit ochotu záchránců zasáhnout. Kromě toho hraje roli i znalost správných postupů pro řešení rizikových situací. Školení první pomoci by proto mělo zahrnovat scénáře z reálného života, včetně zásad bezpečného přístupu (ERC Guidelines, 2021; WHO, 2020).

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že rozhodnutí poskytnout první pomoc je výsledkem komplexního vyhodnocení celé situace. Místo události, čas, přítomnost dalších svědků, povaha zranění, osobní bezpečnost i dostupnost ochranných pomůcek – všechny tyto faktory se vzájemně ovlivňují a formují chování potenciálního záchránce. Efektivní zvládnutí těchto vlivů závisí nejen na teoretických znalostech, ale především na praktické přípravě a schopnosti zachovat klid v krizových podmínkách. Vzdělávání veřejnosti by proto mělo zahrnovat nejen techniky první pomoci, ale i schopnost bezpečně vyhodnotit kontext události a adekvátně na něj reagovat.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA

5.1 Cíl výzkumu

Cílem této bakalářské práce s názvem *Faktory ovlivňující ochotu laiků poskytnout neodkladnou přednemocniční péči* je identifikovat a analyzovat faktory, které ovlivňují rozhodování laiků v krizových situacích spojených s poskytováním první pomoci. Výzkum se zaměřuje na subjektivní prožívání těchto situací, vnímání motivace, obav, vnitřních bariér i předchozích zkušeností respondentů v kontextu poskytnutí nebo neposkytnutí pomoci.

5.2 Charakteristika participantů

Výzkumné šetření probíhalo formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány osobně nebo prostřednictvím online komunikačních nástrojů. Cílem bylo získat hlubší porozumění subjektivním zkušenostem, emocím, postojům a motivacím respondentů v souvislosti s rozhodováním o poskytnutí první pomoci v reálných krizových situacích. Tento kvalitativní přístup umožňuje zachytit nejen fakta, ale i kontext a nuance prožívání daných událostí, což by při kvantitativním přístupu nebylo možné. Účast ve výzkumu byla podmíněna splněním několika kritérií: minimální věk 18 let, žádná odborná příprava nebo vzdělání v oblasti zdravotnictví, osobní zkušenost s nutností poskytnout první pomoc a ochota sdílet tuto zkušenost v rámci výzkumného rozhovoru. Výběr respondentů probíhal cíleně, s ohledem na předem stanovený výzkumný záměr, přičemž důraz byl kladen na různorodost pohlaví, věku a charakteru zažité situace.

Celkově bylo kontaktováno 12 osob odpovídajících výše uvedeným kritériím, z nichž pět se rozhodlo aktivně se výzkumu zúčastnit. Zbývajících sedm respondentů účast odmítlo, a to především z důvodu silné emocionální zátěže spojené s vlastní zkušeností s poskytováním první pomoci. Někteří explicitně uvedli, že se jednalo o natolik psychicky náročnou situaci (např. přímá účast na resuscitaci), že si ji nepřejí znovu připomínat ani v rámci rozhovoru. Tento fakt je sám o sobě důležitým poznatkem, který potvrzuje, že téma poskytování první pomoci může být v některých případech spojeno s traumatizujícím zážitkem.

Všichni účastníci byli předem podrobně informováni o cíli a rozsahu výzkumu a následně podepsali informovaný souhlas. Rozhovory byly vedeny dle předem připraveného rámce otázek, přičemž byl ponechán dostatek prostoru pro individuální sdílení zkušeností.

Záznamy z rozhovorů byly po anonymizaci transkribovány a dále analyzovány metodou otevřeného kódování, která umožnila identifikaci hlavních témat a kategorií. Pro zachování anonymity a ochranu osobních údajů byly veškeré identifikační informace změněny a jména respondentů nahrazena fiktivními.

Tabulka 1 Charakteristika participantů

Označení participantů	Fiktivní jméno	Věk	Místo resuscitace	Předchozí zkušenosti s resuscitací
P1	Petr	28	Baťův kanál – neznámý pán	NE
P2	Ondřej	45	Dopravní nehoda-resuscitace dítěte	NE
P3	Alena	48	Kolegyně v práci	NE
P4	Klára	25	Neznámý pán na náměstí	NE
P5	Simona	47	Kolega v práci	ANO

(zdroj: vlastní)

5.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v období od 1. 3. 2025 do 31. 3. 2025. Celkem bylo realizováno 5 rozhovorů. Respondenti byli osloveni prostřednictvím osobních kontaktů a doporučení. Rozhovory probíhaly po předchozí domluvě s respondenty, buď formou osobního setkání, nebo v prostředí, které bylo pro respondenta nejvhodnější (například v domácím prostředí). Použita byla metoda polostrukturovaného rozhovoru, přičemž autorka vycházela z patnácti předem připravených otázek, které sloužily jako rámec pro otevřenou diskusi. Otázky byly v průběhu rozhovoru doplňovány podle konkrétní situace a výpovědi respondenta, aby bylo možné co nejpřesněji postihnout faktory ovlivňující ochotu laiků poskytnout neodkladnou první pomoc. Rozhovory trvaly přibližně 30 až 45 minut a byly se souhlasem respondentů nahrávány a následně doslovně přepsány. Je však důležité zmínit, že ačkoli byl potenciál oslovit větší počet respondentů, někteří oslovení se rozhodli rozhovoru nezúčastnit. Důvodem byla přetrvávající psychická zátěž nebo trauma spojené s prožitou krizovou situací, které jim znemožnilo o tématu otevřeně hovořit.

Z tohoto důvodu bylo upřednostněno respektování jejich soukromí a rozhodnutí neúčastnit se výzkumu.

5.4 Zpracování získaných dat

Přepsané rozhovory sloužily jako podklad pro kvalitativní analýzu, která byla provedena pomocí otevřeného a axiálního kódování. Otevřené kódování umožnilo rozčlenit výpovědi na menší tematické celky, z nichž byly identifikovány opakující se znaky, vzorce a motivy. Na jejich základě byly vytvořeny významové kódy, které reprezentovaly jednotlivé oblasti výpovědí. Pro lepší organizaci a porozumění datům bylo následně využito axiálního kódování, při němž došlo ke spojování kódů do souvisejících kategorií a podkategorií, které zachycují hlavní témata výzkumu (Kutnohorská, 2009, s. 66–67). Tento postup umožnil hlubší pochopení faktorů, které ovlivňují rozhodování laiků v krizových situacích. Výsledky kódování jsou přehledně znázorněny v tabulce č. 2.

Tabulka 2- Přehled všech kategorií a kódů

Kategorie	Kódy
Motivace k poskytnutí první pomoci	Přírozená potřeba pomoci, nikdo jiný nereagoval, osobní vztah
Emoce a psychický stav při zásahu	Šok, stres, vnitřní impuls jednat, podpora
Předchozí zkušenosti a vzdělání	Školení od zaměstnavatele, předchozí zkušenost
Praktické problémy při zásahu	Strach z nezvládnutí srdeční masáže, obavy z hygieny, chaos kolem
Reakce okolí	Pomoc od kolegů, ostatní stáli
Hygienické a osobní překážky	Obavy z kontaktu – postižený možná nakažený, znečištěný/špinavý, obava z infekce
Sebereflexe a zpětné hodnocení	Vděčnost, motivace se vzdělávat, sebereflexe
Návrhy na zlepšení systému	Více praktického nácviku, více školení, propagace přes sociální síť
Bariéry k pomoci	Strach z chyby, lidé nevědí, co dělat, předsudky vůči postiženým

6 VÝSLEDKY

Následující kapitola se zaměří na analýzu informací získaných prostřednictvím rozhovorů s respondenty.

6.1 Analýza dat rozhovorů

Výsledky této části práce vycházejí z výpovědí respondentů získaných prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Analýza byla zaměřena na zjištění, jaké faktory ovlivňují ochotu laiků poskytnout první pomoc, jaké prožívají emoce, jaké bariéry jim v poskytnutí pomoci brání a jak hodnotí své vlastní jednání zpětně. Rozhovory byly strukturovány s cílem získat odpovědi v několika tematických oblastech, které vycházely z výzkumného cíle práce. Otázky směřovaly k motivaci respondentů k zásahu, jejich psychickému nastavení v krizové situaci, vnímaným překážkám i návrhům na zlepšení systému výuky a osvěty první pomoci. Významná pozornost byla věnována i osobní reflexi účastníků po události.

Výsledky jsou v následující části prezentovány na základě jednotlivých kategorií a doprovodných kódů, které byly identifikovány pomocí otevřeného a axiálního kódování. Každá kategorie je uvedena samostatně a ilustrována výpověďmi respondentů.

6.1.1 Kategorie: Motivace k poskytnutí první pomoci

Tato kategorie zachycuje hlavní důvody, které vedly respondenty k tomu, že se rozhodli zasáhnout v krizové situaci a poskytnout první pomoc. Ve výpovědích se opakovala především přirozená potřeba pomoci – jednalo se o spontánní reakci vycházející z vnitřního přesvědčení, že v dané chvíli je třeba jednat. Například respondent Petr uvedl: „*Přijde mi, že by to mělo být normální pomáhat lidem, když jsou v nějaké nouzi.*“ Podobně se vyjádřila i respondentka z jiného rozhovoru: „*Nejvíce mě motivovalo to, že můžu pomoci zachránit lidský život.*“ Někteří účastníci uvedli, že se do poskytování pomoci pustili právě proto, že nikdo jiný v okolí nereagoval, a oni cítili odpovědnost situaci zvládnout. Tento impuls zachycuje například výrok respondentky Kláry: „*Kolem jen lidí, co stáli a koukali. To mě fakt naštválo.*“ Také respondent Ondřej popsal podobnou situaci: „*Nikdo jiný zatím nereagoval, tak jsme okamžitě běželi k autu a zahájili první pomoc.*“ V několika případech byla motivací k zásahu také osobní vazba na postiženého – například šlo o kolegu či blízkou osobu, což jejich rozhodnutí ještě urychlilo a podpořilo. Tento aspekt vystihuje výpověď respondentky Aleny: „*Byla to moje kolegyně, znám ji dlouho, a to mě přinutilo jednat*

automaticky.“ Kategorie ukazuje, že rozhodnutí pomoci nebylo založeno pouze na racionálním vyhodnocení, ale často na silném emočním a morálním impulzu. Jak shrnula respondentka Klára: „*Že i kdyby byl bezdomovec, pořád je to člověk*.“. Kód **Přirozená potřeba pomoci** poukazuje na to, že většina respondentů jednala v dané situaci instinktivně, bez nutnosti delšího přemýšlení. Pomoc druhému v ohrožení života byla popisována jako samozřejmá lidská reakce. Respondenti zmiňovali, že jim v daný moment nepřišlo na mysl, že by měli odejít nebo nezasáhnout – pocit, že „prostě museli něco udělat“, byl převažujícím motivem k akci. Kód **Nikdo jiný nereagoval** se objevoval především v situacích, kdy bylo na místě více přihlížejících, avšak nikdo z nich nezahájil pomoc. Respondenti uváděli, že právě tato pasivita okolí pro ně byla impulzem k tomu, aby přestali čekat a chopili se iniciativy. Pocit odpovědnosti tak často nevycházel pouze z vnitřní morálky, ale i z frustrace z chování ostatních přítomných osob. Kód **Osobní vztah** se týká těch respondentů, kteří poskytovali první pomoc někomu, koho znali osobně – například kolegyni nebo rodinnému příslušníkovi. V těchto případech hrála emoční vazba zásadní roli v rychlosti rozhodnutí. Blízkost k postiženému způsobila, že respondenti jednali automaticky, bez zaváhání a s větším nasazením, často doprovázeným silným emocionálním prožitkem.

6.1.2 Kategorie: Emoce a psychický stav při zásahu

Tato kategorie vystihuje psychické a emoční reakce respondentů bezprostředně před zásahem a v jeho průběhu. V jejich výpovědích se často objevovaly silné emoce, jako je šok, stres či panika, které však většinou nepřekážely akci, ale spíše ji provázely. Klíčovým momentem byl u mnohých účastníků vnitřní impuls jednat navzdory nejistotě nebo strachu. Významnou roli sehrávala i podpora z okolí – ať už šlo o operátory tísňové linky, nebo přítomnost zkušené osoby. Kategorie tak ukazuje, že ačkoliv byla situace emočně náročná, většina respondentů byla schopna své emoce překonat a jednat ve prospěch zachráněného. Kód **Šok** se objevoval napříč výpověďmi všech respondentů bez ohledu na jejich předchozí zkušenosti či znalosti. Vstup do krizové situace, zejména když došlo ke ztrátě vědomí nebo zástavě dechu, vyvolával okamžité ochromení a tělesné příznaky – třes rukou, zrychlený dech nebo ztuhnutí. Například respondentka Klára popsala: „*Člověk si není jistý, klepou se mu ruce, hlava jede naplno*.“ Také respondent Ondřej uváděl: „*Byl to šok a panika, hlavně když jsme viděli to dítě*.“

Tento prvotní stav byl však často krátkodobý a přešel ve snahu jednat. Kód **Stres** souvisel se silnou vnitřní nejistotou, zda respondent dělá vše správně, a s tlakem vyplývajícím z přítomnosti okolí nebo z odpovědnosti za život člověka. Respondentka Alena vzpomínala: *„Měla jsem strach, že něco udělám špatně. Ale připomněla jsem si pokyny z kurzu a soustředila se na každý krok zvlášť.“* Podobně se vyjádřila i jiná respondentka, která popisovala, jak se jí třásl ruce, ale díky přítomnosti operátorky z tísňové linky se dokázala uklidnit: *„S pomocí kolegy a paní na tísňové lince mi vše pomáhalo tuto situaci ulehčit, zachovat klid.“* Přesto většina účastníků výzkumu popsala, že se v určitém bodě soustředili výhradně na samotný zásah, což stres částečně potlačilo. Kód **Vnitřní impuls jednat** vyjadřuje okamžité rozhodnutí zasáhnout navzdory pocitu nepřipravenosti či strachu. Respondenti popisovali, že jim v daný moment *„něco uvnitř“* říkalo, že nesmí stát a musí jednat – a to i v situacích, kdy neměli plnou jistotu, zda to zvládnou. Například respondentka Klára uvedla: *„Prostě jsem si řekla, že když už nic jiného, tak to aspoň zkusím.“* Podobný postoj vyjádřil i respondent Petr: *„I když jsem si nebyl jistý, tak jsme mu prostě museli pomoci. Nemohli jsme ho tam nechat.“* Tento impuls se často aktivoval ve chvíli, kdy přítomní lidé zůstávali pasivní. Kód **Podpora** se objevoval v několika formách a sehrál významnou roli při zvládání náročné situace. U některých respondentů byla klíčová **podpora operátora tísňové linky**, který je slovně provázel jednotlivými kroky a tím pomohl snížit paniku. Tento hlas na druhém konci telefonu byl pro mnohé zdrojem uklidnění a jistoty. Jedna respondentka popsala: *„Věděla jsem, že paní na tísňové lince mě bude v mé situaci navádět, co mám dělat.“* Jiní respondenti zmínili podporu blízké osoby, která se aktivně zapojila do zásahu – například v případě autonehody šlo o matku se zdravotnickým vzděláním: *„Mamka je zdravotnice a ta její jistota mě hodně uklidnila.“* Také respondentka Alena uvedla: *„Jeden kolemjdoucí mi pomohl uvolnit prostor a pak ještě jeden člověk volal na tísňovou linku. Ta podpora byla důležitá – dodala mi jistotu.“* Jiní respondenti zmínili **podporu blízké osoby**, která se aktivně zapojila do zásahu – například v případě autonehody šlo o matku se zdravotnickým vzděláním, jejíž klid a zkušenost pomohla zvládnout paniku a dodala respondentovi odvahu pokračovat v pomoci. Tyto podpůrné prvky přispěly ke stabilizaci psychického stavu zachránce a měly zásadní vliv na průběh celého zásahu.

6.1.3 Kategorie: Předchozí zkušenosti a vzdělání

Tato kategorie poukazuje na to, jak důležitou roli hraje v krizové situaci předchozí příprava nebo zkušenost s poskytováním první pomoci. Ačkoliv někteří respondenti uvedli, že se i přes absolvovaná školení cítili v reálné situaci nejistí, právě tyto dřívější znalosti a zkušenosti jim umožnily alespoň rámcově vědět, jak postupovat. Kategorie zároveň ukazuje, že praktický trénink, a nikoli pouze teoretické znalosti, zvyšuje u lidí jistotu a schopnost zvládnout stresující situaci. Kód **Školení od zaměstnavatele** se objevoval zejména u respondentů, kteří uvedli, že se pravidelně účastní kurzů první pomoci v rámci zaměstnání. Tito účastníci zpravidla hodnotili školení jako přínosné a uváděli, že jim alespoň částečně pomohlo zorientovat se ve skutečné situaci. „*Před rokem jsem absolvovala kurz první pomoci přes práci. Tam jsem si natrénovala i resuscitaci na figurínách, takže jsem měla aspoň rámcovou představu, co dělat.*“ Podobně respondentka z jiného rozhovoru zmiňovala výhody praktické výuky: „*Ano, bylo to školení první pomoci, které mi umožňuje můj zaměstnavatel každoročně, kde jsem si mohla vyzkoušet na figuríně přímou masáž srdce přes AED.*“ Důležité bylo, pokud měli možnost nácviku na figuríně, který podle jejich slov zanechal konkrétní představu o tom, co dělat při resuscitaci nebo práci s AED. Praktická složka výuky byla zmiňována jako klíčový faktor. Kód **Předchozí zkušenost** odkazuje na situace, kdy se respondent s poskytováním první pomoci již v minulosti setkal, a to buď při jiném zásahu, nebo v rámci osobního života. Tato zkušenost často posílila jejich rozhodnost a schopnost zachovat klid. Respondentka Alena popsala: „*Už jsem jednou resuscitovala blízkého člověka doma. Díky té zkušenosti jsem věděla, že to zvládnu.*“ Také respondent Ondřej uvedl, že přestože měl pouze základní školení, pomohlo mu nezpanikařit: „*Měl jsem základní školení, hlavně na masáž srdce. Pomohlo mi to hlavně nezpanikařit a vědět, co dělat do příjezdu záchranky.*“ V některých výpovědích bylo patrné, že i pouhé vědomí, že „*už jednou něco podobného zvládli*“, mělo pozitivní vliv na jejich jistotu a ochotu zasáhnout i podruhé. Tento typ zkušenosti byl hodnocen jako cenný a nenahraditelný.

6.1.4 Kategorie: Praktické problémy při zásahu

Tato kategorie se zaměřuje na konkrétní překážky, které respondenti zažili během poskytování první pomoci. Přestože většina z nich byla odhodlaná zasáhnout, vyskytly se okolnosti, které jim samotný zásah ztěžovaly – ať už to byly subjektivní obavy, nepříznivé podmínky v okolí nebo nevhodné chování přihlížejících osob. Kategorie ukazuje, že zvládnutí první pomoci nevyžaduje pouze znalosti, ale také schopnost poradit

si v nepředvídatelném a často stresujícím prostředí. Kód **Strach z nezvládnutí srdeční masáže** odkazuje na nejistotu respondentů ohledně technického provedení základní resuscitace. Tato obava byla typická hlavně pro ty, kteří neměli dostatečný praktický nácvik. Respondenti uváděli, že se báli, že masáž provedou příliš pomalu, nebo naopak nedostatečně účinně, čímž by mohli situaci ještě zhoršit. Jedna z respondentek uvedla: „*Že nezvládnou provádět srdeční masáž dostatečně rychle.*“ Jiný respondent přiznal, že i přes snahu o správný postup si nebyl jistý svou technikou: „*Byl tam problém se zubní protézou, která nešla z úst vydělat, a já jsem si celkově nebyl jistý, jak tomu muži pořádně pomoci.*“ Přesto většina z nich uvedla, že se rozhodla jednat navzdory těmto pochybnostem. Kód **Obavy z hygieny** se objevoval především v případech, kdy respondenti poskytovali pomoc osobám s viditelně zanedbanou osobní hygienou nebo v nečistém prostředí. Nejčastěji se týkal kontaktu s bezdomovcem nebo osobou ležící venku. Obavy zahrnovaly riziko nákazy či odpor ke kontaktu s tělními tekutinami, ale ve většině případů byly tyto pocity potlačeny ve prospěch samotné záchrany života. Tuto zkušenost popsala respondentka Klára, která resuscitovala bezdomovce: „*Měl na sobě hodně vrstev oblečení, které byly promočené a špinavé, bylo vidět, že spal někde venku. Měla jsem i obavy kvůli hygieně, ale snažila jsem se to nevnímat.*“ Podobné vnitřní dilema shrnula i další respondentka: „*Bud' je to opilec, bezdomovec nebo nějaký špinavý člověk... kde mám možnost nějaké nákazy. Ale radši jsem do toho šla.*“ Kód **Chaos kolem** popisuje situace, kdy přítomní lidé reagovali nekoordinovaně, vytvářeli zmatek nebo překáželi při poskytování pomoci. Někteří přihlížející se snažili pomáhat, ale jejich snaha nebyla účinná, jiní pouze stáli a situaci sledovali. Tento neorganizovaný přístup okolí komplikoval samotný zásah a zvyšoval stres u zasahujícího. Někteří respondenti museli převzít roli koordinátora, rozdělit úkoly a zajistit si prostor pro práci. Respondentka Alena například uvedla: „*Lidé kolem trochu panikařili, nikdo zpočátku nezavolal záhranku – to jsem musela udělat já.*“ Jiná respondentka popsala situaci takto: „*Když se seběhlo okolo nás více kolegů, každý v panice chtěl pomoci, ale spíše vytvářeli zmatek a chaos.*“ Také Ondřej zmínil problém s davem: „*Kolem nás se začali shlukovat lidé, kteří spíš překáželi. Museli jsme si udělat prostor.*“ Tyto výpovědi ukazují, že psychická připravenost, rozhodnost a schopnost improvizace v krizových podmínkách jsou při poskytování první pomoci stejně důležité jako samotné technické dovednosti.

6.1.5 Kategorie: Reakce okolí

Tato kategorie zachycuje, jakým způsobem na krizovou situaci reagovali ostatní přítomní lidé – ať už šlo o kolegy, přátele nebo náhodné kolemjdoucí. Z rozhovorů vyplynulo, že reakce okolí sehrála důležitou roli v tom, jak samotní respondenti vnímali situaci a jak se v ní dokázali orientovat. Zkušenosti se velmi lišily – někteří byli svědky podpory, jiní čelili pasivitě nebo dokonce chaosu. Kód **Pomoc od kolegů** odkazuje na situace, kdy se někdo z okolí aktivně zapojil – pomáhal při manipulaci s postiženým, volal záchrannou službu nebo vytvořil prostor pro resuscitaci. Tato spolupráce byla vnímána velmi pozitivně a respondenti ji hodnotili jako významnou oporu. Například respondentka Alena popsala: *„Jeden kolemjdoucí mi pomohl uvolnit prostor, a pak ještě jeden člověk pomohl s voláním na tísňovou linku. Ta podpora byla důležitá – dodala mi jistotu.“* Také respondent Ondřej zdůraznil, že kromě jeho matky zdravotnice pomohla i další žena přivolat záchranku, což jim umožnilo lépe se soustředit na pomoc dítěti: *„Po chvíli se přidala jedna další paní, která pomáhala s přivoláním záchranky, což nám pomohlo se víc soustředit na resuscitaci.“* Respondentka z jiného rozhovoru uvedla: *„Jeden kolega mi pomáhal dostat postiženého do volnějšího prostoru, a pak jsme se vystřídali v přímé masáži srdce.“* Podpora kolegy nebo známé osoby jim dodala odvahu a pomohla zvládnout vlastní nejistotu. Kód **Ostatní stáli** vystihuje častou zkušenost, kdy přihlížející lidé zůstávali pasivní a nereagovali. Někteří z respondentů popsali, že je absence aktivity v okolí překvapila nebo dokonce rozčílila. Například respondentka Klára, která resuscitovala bezdomovce na veřejném místě, uvedla: *„Nikdo nic nedělal, jen koukali. To mě fakt naštvalo.“* Podobně reagoval i respondent Petr, který zasahoval u tonoucího muže: *„Jo, vlastně mě podpořil ten kamarád, co byl se mnou, ale ostatní kolem jen stáli a koukali.“* Situaci pak museli zvládnout sami nebo pouze s minimální pomocí. Tento kód poukazuje na důležitost osvěty a vzdělávání veřejnosti, aby se lidé v krizových situacích nebáli zasáhnout. Jak uvedla jedna respondentka v reflexi celé události: *„Jak každý do toho mluvil, ale nikdo nezasáhl, nepomohl, nebyl nikdo schopný podat pomocnou ruku a vytočit tísňovou linku.“*

6.1.6 Kategorie: Hygienické a osobní překážky

Tato kategorie se zaměřuje na subjektivní bariéry, které souvisely s fyzickým kontaktem s postiženým a s prostředím, ve kterém se zásah odehrával. Přestože byla většina respondentů ochotna pomoci, objevily se i obavy týkající se hygieny, znečištění a možného zdravotního rizika. Tyto překážky hrály v některých případech významnou roli v jejich

vnitřním prožívání, i když samotné poskytnutí pomoci neblokovaly. Kód **Obavy z kontaktu – postižený možná nakažený** se týká respondentů, kteří se museli rozhodovat, zda provést resuscitaci u osoby, která mohla být infekční. Uvedli například, že měli strach, že se mohou nakazit, především kvůli nedostatečné ochraně nebo neznámému zdravotnímu stavu postiženého. Tento strach však většinou potlačili s tím, že život člověka je v danou chvíli přednější než vlastní komfort. Například respondentka Klára popsala: „*Jo, měla jsem strach, že má třeba žloutenku nebo něco horšího. Ale pak jsem to prostě vypustila. V tu chvíli neřešíš hygienu, jen se snažíš pomoci.*“ Podobně se vyjádřila i jiná respondentka: „*Že by udělali něco špatně, tak radši nebudou dělat nic a uteču... kde mám možnost nějaké nákazy.*“ Kód **Znečištěný, špinavý** vyjadřuje odpudivost kontaktu s osobou, která byla viditelně zanedbaná nebo se nacházela ve špinavém prostředí. Jedna respondentka uváděla, že ji zaskočilo množství promočeného a špinavého oblečení, které komplikovalo nejen fyzický kontakt, ale i celkový zážitek ze zásahu. „*Měl na sobě hodně vrstev oblečení, které byly promočené a špinavé... Bylo to trochu nepříjemné, přiznávám, ale snažila jsem se to nevnímat.*“. Přesto se rozhodla pokračovat a na tyto aspekty „nemyslet“. Kód **Obava z infekce** byl často propojen s předchozími kódy a vyjadřoval obecný strach z možné nákazy – ať už konkrétní (např. žloutenka), nebo jen vnímané nebezpečí v dané situaci. Všichni respondenti, kteří tyto obavy zmínili, však zároveň dodali, že je v krizovém okamžiku překonali. Například: „*Vím, že lidé se bojí, že se nakazí. Ale já jsem si řekla – teď není čas na to myslet. Ten člověk potřebuje pomoc.*“ Ostatní respondenti žádné hygienické ani osobní překážky ve svých výpovědích nezmínili, nebo jim nepřikládali význam. Jejich zásah byl veden především snahou zachránit život bez ohledu na okolnosti.

6.1.7 Kategorie: Sebereflexe a zpětné hodnocení

Tato kategorie se zaměřuje na vnitřní zhodnocení celé situace ze strany respondentů po poskytnutí první pomoci. Ukazuje, jak zásah ovlivnil jejich další přemýšlení, postoje a ochotu se rozvíjet v této oblasti. Výpovědi potvrzují, že zkušenost s první pomocí nezůstává izolovaným zážitkem, ale často vede k hlubšímu zamyšlení nad vlastním jednáním, a především k touze být příště lépe připraven. Kód **Vděčnost** vystihuje pozitivní zpětné pocity respondentů, kteří byli rádi, že dokázali v dané situaci jednat. Uváděli, že necítili lítost nebo výčitky, ale spíše hrdost a klid z toho, že se rozhodli pomoci. Tento pocit byl silný zejména tam, kde pomoc vedla ke stabilizaci nebo záchraně postiženého.

Například respondentka Klára uvedla: „*Ale jsem ráda, že jsem nezaváhala a šla do toho. Lepší trochu nejistá pomoc než žádná.*“ Podobně shrnula své pocity jiná respondentka: „*Jsem velmi ráda, že jsem do toho šla a neváhala – že zde hrála roli každá minuta resuscitace.*“ Kód **Motivace se vzdělávat** se objevoval u těch, kteří po zásahu začali uvažovat o doplnění svých znalostí nebo o absolvování dalšího školení. Často šlo o přímou reakci na uvědomění si vlastních nedostatků v praxi, a také o snahu být příště jistější a schopnější. Například respondent Petr uvedl: „*Určitě mě to motivovalo se zdokonalovat v první pomoci, abych byl schopný na to reagovat.*“ Také Ondřej zmiňoval, že by si dnes první pomoc chtěl více osvojit: „*Rozhodně ano. Už nemám takový strach zasáhnout. A chci se dál vzdělávat.*“ Zkušenost je tak vedla ke konkrétní aktivitě směrem k dalšímu vzdělávání. Kód **Sebereflexe** vyjadřuje vnitřní hodnocení vlastního chování během zásahu – respondenti si zpětně přehrávali jednotlivé kroky, zamýšleli se nad tím, co udělali dobře, co mohli udělat jinak a jak by mohli v podobné situaci jednat příště. Tato reflexe byla zpravidla spojena s ochotou se zlepšovat, nikoli s výčitkami nebo negativním hodnocením sebe sama. Jak uvedla respondentka Alena: „*Dnes bych asi lépe zorganizovala lidi kolem – rozdělila bych úkoly hned od začátku. Jinak bych postupovala úplně stejně.*“ Jiná respondentka popsala podobné zpětné uvažování takto: „*Ano, uvažuji, ale až s odstupem času. Co si člověk všechno zpětně přehraje v hlavě? Co jsem udělala dobře, co špatně?*“

6.1.8 Kategorie: Návrhy na zlepšení systému

Tato kategorie shrnuje podněty od respondentů, které se týkají zefektivnění přípravy veřejnosti na poskytování první pomoci. Výpovědi ukazují, že většina účastníků vnímá současný systém jako nedostatečný, zejména v oblasti praktického výcviku a dostupnosti kvalitní osvěty. Návrhy respondentů byly konkrétní a opakovaly se napříč rozhovory, což poukazuje na jejich význam pro prevenci pasivity v krizových situacích. Kód **Více praktického nácviku – simulační centra** se vztahuje k potřebě posílit praktickou složku vzdělávání. Respondenti uváděli, že teoretická výuka nestačí a klíčová je možnost si první pomoc fyzicky vyzkoušet – např. na figurínách, v simulačních centrech nebo při nácviku krizových situací. Praktické zkušenosti podle nich výrazně zvyšují jistotu a připravenost v reálném zásahu. Jak uvedl respondent Ondřej: „*Víc praktického výcviku. Nestačí jen teorie. Mělo by se víc trénovat, třeba už na středních školách, a víc simulací.*“ Podobně to shrnul i respondent Petr: „*Jo, je hromada figurín, hromada pomůcek, na kterých by se to dalo zkoušet, ale na škole se tomu vůbec čas nevěnuje.*“

Kód **Více školení** odkazuje na návrh zvýšit četnost i dostupnost kurzů první pomoci, a to nejen ve školách, ale také v rámci zaměstnání nebo volnočasových aktivit. Respondenti zmiňovali, že by ocenili pravidelné připomínání základních postupů, protože „*člověk snadno zapomene*“ a „*každá zkušenost navíc se hodí*“. Například respondentka z rozhovoru uvedla: „*Pomohlo by častější školení a ukazování reálných situací třeba i přes mediální síť.*“ Respondentka Alena tento požadavek rozšířila i směrem k firmám: „*Hodilo by se mít defibrilátor v blízkosti – u firmy nebo na ulici. A taky kdyby byl někde návod viditelný – třeba QR kód s návodem první pomoci.*“ Kód **Propagace přes sociální síť** – pomohl MUDr. Marek Dvořák poukazuje na význam osvěty vedené srozumitelnou a lidskou formou. Někteří respondenti uvedli, že právě aktivity lékaře Marka Dvořáka na sociálních sítích je inspirovaly k většímu zájmu o první pomoc a ovlivnily jejich rozhodnutí v krizové situaci. Jeho sdílené příběhy a praktické rady jim dodaly odvahu a pomohly si vybavit potřebné postupy. Jak uvedla respondentka Klára: „*Mě osobně dost inspiroval Marek Dvořák, sleduju ho na Instagramu. Díky němu jsem si uvědomila, jak důležitý je zachovat klid a nebát se udělat první krok.*“ Stejný názor sdílela i další respondentka: „*Libila se mi knížka pana Marka Dvořáka, kde popisuje své příběhy o záchraně lidského života. Hlavně díky tomu jsem se nebála do toho jít.*“ Tato forma šíření osvěty byla hodnocena velmi pozitivně.

6.1.9 Kategorie: Bariéry k pomoci

Tato kategorie vystihuje faktory, které podle respondentů brání lidem v poskytnutí první pomoci. Ačkoliv sami pomoc poskytli, v rozhovorech reflektovali postoje veřejnosti a opakovaně zmiňovali obavy, nejistotu a nedostatek informací či praxe. Kód **Strach z chyby** patřil k nejčastěji zmiňovaným překážkám – obava udělat něco špatně nebo být za chybu potrestán často vede k pasivitě. Tento strach je umocněn nízkou sebedůvěrou a nedostatkem praktického výcviku. Respondent Petr to formuloval následovně: „*Lidi se bojí poskytnout první pomoc vzhledem k tomu, že to neumí a mají strach, že by udělali něco špatně.*“ Respondent Ondřej sdílí podobný pohled: „*Největší bariérou je strach – že udělají chybu, že si nebudou vědět rady.*“

Kód **Lidé nevědí, co dělat, tak raději nedělají nic** vystihuje situaci, kdy přihlížející „*zamrznou*“ kvůli nejistotě. Podle respondentů je pasivita běžná, a to i přes možnost zasáhnout – často kvůli absenci osvěty a opakovaného tréninku. Respondentka Klára tuto situaci popsala velmi výstižně: „*Lidi se bojí. Ne vědomě, ale spíš mají pocit, že to*

nezvládnou, že udělají chybu.“ Respondentka z jiného rozhovoru popisuje: *„Jak každý do toho mluvil, ale nikdo nezasáhl, nepomohl, nebyl nikdo schopný podat pomocnou ruku.“*

Kód **Předsudky vůči postiženým** se týká neochoty pomoci lidem bez domova či jinak znevýhodněným. Negativní postoje vůči těmto skupinám se podle respondentů stávají významnou bariérou, kterou je třeba překonávat vzděláváním a cílenou osvětou. Jak uvedla respondentka Klára, která poskytla pomoc bezdomovci: *“ I kdyby byl bezdomovec, pořád je to člověk. A kolem jen lidi, co stáli a koukali. To mě fakt našťvalo.”* Další respondentka upozorňuje i na vnitřní odpor přihlížejících: *„Bud’ je to opilec, bezdomovec nebo nějaký špinavý člověk... kde mám možnost nějaké nákazy. Tak radši nebudou dělat nic a utečou.“*

7 DISKUZE

Tato bakalářská práce si kladla za cíl identifikovat a analyzovat faktory, které ovlivňují ochotu laiků poskytnout neodkladnou přednemocniční péči. Výzkumná část byla založena na kvalitativní metodě polostrukturovaných rozhovorů s pěti respondenty z řad laické veřejnosti, kteří se ocitli v situaci vyžadující poskytnutí první pomoci. Na základě jejich výpovědí se podařilo odhalit klíčové motivace i bariéry, které ovlivňují rozhodovací proces v krizových situacích. Diskuse se zaměřuje na interpretaci zjištěných dat a jejich srovnání s odbornou literaturou uvedenou v teoretické části práce. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že hlavní motivací k poskytnutí první pomoci byl pocit lidské a morální povinnosti. Všichni zúčastnění vyjádřili vnitřní přesvědčení, že pomoc v nouzi je přirozenou součástí lidské solidarity a že by si přáli, aby v podobné situaci někdo pomohl i jim. Tento závěr je plně v souladu s poznatky Sasson et al. (2013), kteří ve své studii uvádějí empatii, altruismus a pocit občanské odpovědnosti jako hlavní faktory ovlivňující ochotu jednat. U některých respondentů hrála významnou roli také předchozí pozitivní zkušenost s pomocí – pokud někdy v minulosti zasáhli nebo byli svědky úspěšného zásahu, vnímali sebe jako kompetentní jednat znovu. Tyto zkušenosti přispívají k budování sebedůvěry, což potvrzují i Beck et al. (2019), podle nichž je pozitivní zpětná vazba klíčová pro překonávání váhání. Na druhou stranu se ukázalo, že ačkoliv ochota poskytnout pomoc byla přítomna, rozhodování bylo často komplikováno intenzivními emocemi. Respondenti opakovaně popisovali pocity strachu, stresu, nejistoty a paniky. Jeden z účastníků dokonce uvedl, že měl „na pár vteřin úplné okno“, během kterého nedokázal zareagovat. Tento psychický stav byl běžný napříč všemi rozhovory a potvrzuje, že krizová situace přináší vysokou emoční zátěž. Literatura tuto skutečnost rovněž potvrzuje. Swor et al. (2006) uvádějí, že téměř 40 % populace se obává, že by v reálné situaci podlehla panice. Stres a silné emoce ovlivňují rozhodovací proces, mohou způsobit váhání, nerozhodnost, nebo úplnou paralýzu. Odborníci (Alismail et al., 2018; Iserbyt, 2017) proto zdůrazňují potřebu zařazení nácviku krizových scénářů do kurzů první pomoci, které by pomohly tyto reakce lépe zvládat. Významným faktorem ovlivňujícím ochotu zasáhnout byla míra znalostí a předchozí proškolení. Respondenti, kteří absolvovali kurz první pomoci, vykazovali větší sebedůvěru a menší míru váhání. Tito jedinci uváděli, že jim znalosti pomohly zůstat klidní a zachovat rozvahu i pod tlakem. V souladu s tím Banfai et al. (2017) upozorňují, že interaktivní kurzy zaměřené na praktické dovednosti a krizový trénink jsou efektivnější než teoretická výuka. Jedna respondentka zmínila, že měla pocit, že by „všechno zkazila“, protože si nebyla jistá

správným postupem. Tento pocit nejistoty je typický pro osoby bez formálního tréninku a je označován za jednu z hlavních příčin pasivity v krizových situacích (Dwyer, 2008). Mezi další často uváděné překážky patřil strach z nakažení. Někteří respondenti uvedli, že se obávali kontaktu s krví nebo jinými tělními tekutinami, a to i přes použití improvizovaných ochranných prostředků. Tato obava je běžná, zejména v období zvýšené zdravotní hrozby, jako byla pandemie COVID-19 (Birkun, 2020). Literatura uvádí, že přítomnost ochranných pomůcek, jako jsou jednorázové rukavice nebo roušky, významně zvyšuje ochotu k zásahu. Respondenti zároveň vyjádřili přání, aby takové pomůcky byly běžně dostupné ve veřejném prostoru – například ve školách, veřejné dopravě nebo obchodních centrech. Z rozhovorů rovněž vyplynulo, že lidé často váhali kvůli reakci okolí. Někteří se obávali, že „udělají ostudu“ nebo že budou kritizováni za nesprávný postup. Jeden respondent uvedl, že přítomnost většího počtu lidí na místě jej od zásahu spíše odradila. Tento fenomén odpovídá popsanému efektu přihlížejícího (bystander effect), kdy přítomnost dalších svědků snižuje individuální pocit odpovědnosti a vede k pasivitě (Latané & Darley, 1968). Překonání tohoto efektu může výrazně zvýšit počet poskytnutých zásahů. Doporučuje se proto učit zachránce jednoduché techniky, jako je přímé oslovení konkrétní osoby: „Vy, prosím, zavolejte záchranku.“ Tato strategie zvyšuje pravděpodobnost, že někdo skutečně zasáhne (Fischer et al., 2011). Významným aspektem rozhovorů byla sebereflexe. Všichni respondenti po zásahu přemýšleli nad tím, co mohli udělat jinak. Někteří cítili úlevu, že alespoň něco udělali, jiní naopak litovali své pasivity nebo váhání. Tato fáze zpětného hodnocení má pro laické zachránce zásadní význam a mohla by být podpořena lepší dostupností konzultací, například formou krizové intervence nebo sdílení zkušeností na specializovaných platformách. Literatura tento aspekt příliš neřeší, avšak výsledky výzkumu naznačují, že i laici potřebují zpracovat svůj zážitek, stejně jako zdravotníci po náročném výkonu. V neposlední řadě respondenti sami navrhovali konkrétní opatření na zlepšení systému. Nejčastěji zmiňovali potřebu pravidelného školení, větší důraz na praktické dovednosti a začlenění výuky první pomoci do školních osnov. Také by uvítali informační kampaně, které by připomínaly jednoduchost základních úkonů – například že „i pouhé zavolání záchranky je forma pomoci“. Tento návrh je plně v souladu s doporučeními WHO (2023) i s výsledky kampaní jako „Call, Push, Rescue“, které prokazatelně zvyšují míru laických zásahů (Blewer et al., 2018).

Shrneme-li hlavní poznatky této části, ukazuje se, že rozhodnutí poskytnout první pomoc je výsledkem velmi komplexního procesu. Hraje v něm roli nejen samotná motivace pomoci, ale i emoční stav, úroveň znalostí, přítomnost vybavení, sociální kontext a vnímání vlastní bezpečnosti. Výsledky výzkumu potvrzují, že většina těchto bariér je do určité míry ovlivnitelná – zejména prostřednictvím systematického vzdělávání, praktického tréninku a zvyšování právního i emocionálního povědomí veřejnosti. Zkušenosti respondentů ukazují, že ochotu pomoci lze posílit správným nastavením preventivních strategií a osvětových aktivit, které nejen učí, jak technicky pomoci, ale také jak se v krizových situacích zachovat psychicky a eticky odolně.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnovala problematice poskytování první pomoci laiky v reálných krizových situacích. Cílem bylo porozumět tomu, co lidi motivuje k zásahu, jak jej prožívají, a jaké překážky vnímají během poskytnutí pomoci. Z výpovědí vyplynulo, že rozhodnutí jednat často vycházelo z přirozeného morálního impulsu, zejména tehdy, kdy ostatní nereagovali, nebo byl postižený blízkou osobou. Respondenti popisovali silné emoční zatížení – šok, strach a nejistotu – které však ve většině případů nepřekážely akci. Klíčovým stabilizačním prvkem byla podpora z okolí, zejména operátora tísňové linky nebo přítomného zdravotníka. Respondenti dále poukazovali na bariéry v podobě strachu z chyby, hygienických obav a nejistoty při provádění základních úkonů. Významným poznatkem je, že většina z nich po zásahu reflektovala vlastní schopnosti a uvědomila si potřebu dalšího vzdělávání a praktického tréninku. První pomoc tak nebyla vnímána jen jako technická dovednost, ale jako osobnostní zkouška.

Zároveň byla vyzdvihnuta důležitost osvětových aktivit na sociálních sítích, které díky své dostupnosti a autenticity motivují veřejnost k aktivnímu jednání. Významně v tomto směru působí i lékařské osobnosti, které veřejnosti přibližují, že pomoc může poskytnout každý. Zjištění této práce mohou přispět ke zlepšení přístupů ve vzdělávání první pomoci, a sloužit jako podnět pro vytváření podpůrného prostředí, které bude veřejnost motivovat nejen k teoretickému zvládnutí problematiky, ale i k odvážnému jednání v praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ALISMAIL, S., ALAYOUBI, F. AND MUSSA, M. (2018). *Effects of CPR training on schoolchildren's knowledge, skills, and attitudes: A systematic review*. Journal of Emergency Primary Health Care, 16(1), pp.1–6.

BANFAI, B., PEK, E., PANDUR, A., CSONKA, H. AND BETLEHEM, J. (2017). *The year-long effect of a 3-day first aid programme for 7–14-year-old primary school children*. Health Education Journal, 76(2), pp.158–169.

BECK, S., ISSLEIB, M., DAUBMANN, A. AND ZÖLLNER, C. (2019). *Willingness and self-confidence to perform bystander cardiopulmonary resuscitation: A comparison between primary school students and adults*. Resuscitation, 136, pp.37–43.

BIRKUN, A. (2020). *COVID-19 and fear of infection during bystander CPR: A call for reconsideration of training programs*. Resuscitation Plus, 4, 100045.

BIRKUN, A. (2020). *Public Awareness of Good Samaritan Laws and Willingness to Perform Bystander CPR*. American Journal of Emergency Medicine, 38(10), pp.2117–2122.

BLEWER, A.L., IBRAHIM, S.A., LEARY, M., GIANAKAS, S., MORRISON, L.J. AND ABELLA, B.S. (2018). *Gender disparities among adult recipients of bystander cardiopulmonary resuscitation in the public*. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 11(8), pp.e004710.

BOLLIG, G., WAHL, H.A. AND SVENDSEN, M.V. (2019). *Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures*. Resuscitation, 137, pp.37–41.

BÖTTIGER, B.W., et al., 2020. *'Education in resuscitation: guidance from the European Resuscitation Council'*. Resuscitation, 152, pp. 79–88.

BÖTTIGER, B.W., LOCKEY, A., GEORGIU, M., GREIF, R., MONSIEURS, K.G., MPOTOS, N., NIKOLAOU, N., NOLAN, J., PERKINS, G., SEMERARO, F., et al. (2020). *KIDS SAVE LIVES: ERC Position statement on schoolteachers' education and qualification in resuscitation*. Resuscitation, 151, 87–90.

[online] Dostupné z: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(20\)30123-5/fulltext](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(20)30123-5/fulltext)

BRENNER, B., KAUFFMAN, J., & RAO, J. (1997). *Empathy and willingness to help: Evidence from emergency room professionals*. Journal of Emergency Medicine, 15(4), pp.471–475.

COONS, D. AND GUY, M.C. (2009). *Performing CPR on family members: A review of the literature*. Journal of Emergency Primary Health Care, 7(4), pp.1–8.

ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA (ČRR). (2021). *Doporučení pro laickou resuscitaci*. Dostupné z: <https://www.czechresuscitationcouncil.cz/>

ČESKÁ RESUSCITAČNÍ RADA. (2015). *Mimořádné události s hromadným postižením osob z pohledu zdravotnických záchranných služeb* [online]. Praha: Česká resuscitační rada. Dostupné z: <https://www.cpr-council.cz/mimoradne-udalosti.pdf>

ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ. (2017). *Standardy první pomoci* [online]. Praha: Český červený kříž. Dostupné z: <https://www.cervenykriz.eu/data/files/standardy-pp-2017.pdf>

DWYER, T. (2008). *Predictors of public CPR performance: Six determinants of willingness and confidence to act*. Resuscitation, 76(1), pp. 57–63.

EMERGENCY FIRST RESPONSE. (2019). *Legal Protection for First Responders: Understanding Good Samaritan Laws*. Available at: <https://www.emergencyfirstresponse.com/>

ERENLER, A.K., BAYDIN, A., 2020. *'Factors Affecting the Willingness of Laypersons to Perform Bystander Cardiopulmonary Resuscitation'*. Turkish Journal of Emergency Medicine, 20(2), pp. 65–70.

EUSEM (2014). *National Society Report: Czech Republic*. European Society for Emergency Medicine. Available at: <https://eusem.org/wp-content/uploads/cms/assets/natsocreportczechrepaug14.pdf>

FAUL, M., AIKMAN, S.N., AND SASSER, S.M. (2016). Bystander intervention prior to the arrival of emergency medical services: Comparing assistance across types of medical emergencies. *Prehospital Emergency Care*, 20(3), pp.317–323.

FISCHER, P., KRUEGER, J.I., GREITEMEYER, T., VOGRINCIC, C., KASTENMÜLLER, A., FREY, D., HEENE, M., WICHER, M. AND KAINBACHER, M. (2011). *The Bystander-Effect: A Meta-Analytic Review on Bystander Intervention in Dangerous and Non-Dangerous Emergencies*. *Psychological Bulletin*, 137(4), pp.517–537.

Gesetze im Internet (2022) *Strafgesetzbuch (StGB) § 323c – Unterlassene Hilfeleistung*. [online] Bundesministerium der Justiz. Dostupné z: https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html

GREIF, R., LOCKEY, A. S., CONAGHAN, P. G., LIPPERT, F. K., DE VRIES, W., MONSIEURS, K. G. (2020). European Resuscitation Council Guidelines 2020: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 156, A53-A78.

HANZULÍKOVÁ, J. (2020). *Základy první pomoci a přednemocniční péče pro nelékařské obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-7390-0.

HASKING, P., BOYES, M., MULLAN, B. AND O'CONNOR, C. (2022). Cultural influences on willingness to perform CPR in emergency situations. *International Journal of Emergency Medicine*, 15(1), pp.1–8.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). (2016). International first aid and resuscitation guidelines 2016. Available at: <https://www.ifrc.org/> [Accessed 26 Apr. 2025].

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC), 2009. First Aid Guidelines 2009.

International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). (2020). Consensus on Science with Treatment Recommendations (CoSTR) 2020. Available at: <https://www.ilcor.org/> [Accessed 26 Apr. 2025].

ISERBYT, P. (2017). *Effects of a basic life support education program using video self-instruction on the attitude of children towards CPR*. Resuscitation, 116, pp. 33–39.

ISERBYT, P., ELEN, J. AND BEHETS, D. (2017). *The impact of different learning conditions on elementary school children's acquisition of first aid skills*. European Journal of Emergency Medicine, 24(6), pp.403–408.

JOHNSTON, T.C., CLARK, M.J., DINGLE, G.A. (2003). *Helping behaviour: Are you less willing to help the less attractive?*. Psychological Reports, 92(2), pp. 555–562.

JONES, I., WHITFIELD, R., COLQUHOUN, M., CHAMBERLAIN, D., VETTER, N. AND NEWCOMBE, R. (2007). *At what age can schoolchildren provide effective chest compressions? An observational study*. Resuscitation, 74(1), pp.53–59.

KUPFER, T.R. (2018). *Disgust and the moralization of purity*. Journal of Experimental Social Psychology, 76, pp. 131–139.

KUPFER, T.R. (2018). *Moral disgust: From pure emotion to cognitive processes*. Social and Personality Psychology Compass, 12(1), e12368.

LÁSKA, D. (2020). První pomoc v historickém kontextu. *Medicína a dějiny*, [online]. Dostupné z:
<https://www.medickefakulty.cz/medicina-a-dejiny/prvni-pomoc-v-historickem-kontextu>
[Accessed 7 May 2025].

LÁSKA, P. (2020). *Základy první pomoci a neodkladné péče*. Praha: Grada.

LATANÉ, B. AND DARLEY, J.M. (1968). Group inhibition of bystander intervention in emergencies. Journal of Personality and Social Psychology, 10(3), pp.215–221.

LEE, M., PARK, H., PARK, S. AND LEE, S. (2023). Retention of CPR skills in the general public after hands-only training and associated factors: A systematic review. Resuscitation Plus, 15, 100388.

3 lékařská fakulta Univerzity Karlovy. (2013). *První pomoc* [online]. Praha: 3. lékařská fakulta UK. Dostupné z:

https://www.lf3.cuni.cz/3LF-782-version1-prvni_pomoc_2013_05_20.pdf

LESTER, C., DONNELLY, P., ASSAR, D. (2000). *Lay rescuers' performance in simulated cardiac arrest*. Resuscitation, 43(1), pp. 17–20.

LOCKE, C.J., BERG, R.A., SANDERS, A.B., DAVIS, S.M. AND MILANDER, M.M. (1995). Bystander CPR: is training the only barrier? *Annals of Emergency Medicine*, 26(6), pp.679–684.

LOCKEY, A., GEORGIU, M., YIANNAKOULIAS, N. AND MORRISON, L.J. (2022). *Strategies for Increasing Public Awareness of Bystander CPR Laws: A Scoping Review*. Resuscitation Plus, 10, 100230.

LUKAS, R.P., VAN AKEN, H., MOLHOFF, T., WEBER, T. AND RAMMERT, M. (2016). Kids save lives: School children education in resuscitation for Europe and the world. Resuscitation, 105, pp. e1–e3.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2020). Strategický rámec Zdraví 2030. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz>

Česká resuscitační rada. (2015). Mimořádné události s hromadným postižením osob z pohledu zdravotnických záchranných služeb.

Český červený kříž. (2017). Standardy první pomoci. Dostupné z: <https://www.cervenýkříž.eu>

PPP Mimoň. (2018). Metodika výuky první pomoci na středních školách. Dostupné z: <https://ppp.mimoni.cz>

BIRKUN, A. (2020). *Barriers to bystander CPR: Influence of COVID-19 pandemic*. Resuscitation Journal.

COONS, S.J. AND GUY, M.C. (2009). *Bystander CPR performance and relationship to victim*.

LATANÉ, B. AND DARLEY, J.M. (1968). Group inhibition of bystander intervention.

SASSON, C. et al. (2013). *Barriers to CPR: A survey of lay responders*. Journal of Emergency Medicine.

SWOR, R. et al. (2006). CPR barriers: Fear and panic.

TYBUR, J.M., LIEBERMAN, D. AND GRISKEVICIUS, V. (2009). Disgust: Evolved function and structure.

ZÁMEČNÍK, P. et al. (2014). Postoje veřejnosti k první pomoci.

MyCPRCertificationOnline. (2023). Common Misconceptions about Legal Liability and CPR. Available at: <https://www.mycprcertificationonline.com/>

NZIP – Národní zdravotnický informační portál. (2024). *První pomoc – základní informace* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>

PEARN KANDOLA, (2023). '*Barriers to Bystander Intervention: Risk Perception and Decision-Making Processes*'. Journal of Emergency Management, 21(1), pp. 17–26.

PEK, J. (2017). *Právní aspekty poskytování první pomoci*. Praktický lékař, 97(4), pp.196–200.

PEK, J. (2017). *Právní odpovědnost při poskytování první pomoci: Teorie a praxe*. Praha: Grada Publishing.

PERKINS, G. D., GRAESNER, J. T., SEMERARO, F., OLASVEENGEN, T. M., SOAR, J., LOTT, C., ... & BÖTTIGER, B. W. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary*. Resuscitation, 161, 1–60.

PERKINS, G.D., et al., (2021). '*European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support*'. Resuscitation, 161, pp. 98–114.

PERKINS, G.D., GRAESNER, J.T., SEMERARO, F., et al. (2021). *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary*. Resuscitation, 161, pp. 1–60.

PERKINS, G.D., LOCKEY, A., DE BELDER, M., MOORE, F., WEISSBERG, P., & GRAY, H. (2021). *The effect of realistic first aid training*. Resuscitation, 162, pp. 347–353. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.01.030>

PETRIĆ, H., MALIČKI, M., MARKOVIĆ, D., MEŠTROVIĆ, J. (2013). *Students' fears related to performing cardiopulmonary resuscitation*. Croatian Medical Journal, 54(4), pp. 376–380.

PETRIĆ, T., MALIČKI, M., MARKOVIĆ, D. AND MEŠTROVIĆ, J. (2013). *Knowledge and attitudes toward basic life support among medical students and the general population*. Croatian Medical Journal, 54(6), pp.508–516.

PLANT, N. AND TAYLOR, K. (2021). *How best to teach CPR to schoolchildren: A systematic review*. Resuscitation, 162, pp.146–155.

PLÖTNER, M., OVER, H., CARPENTER, M., AND TOMASELLO, M. (2015). *Young children show the bystander effect in helping situations*. Psychological Science, 26(4), pp.499–506.

Portal.gov.cz. 2024. *Health and safety obligations in relation to different types of activity*. [online] Dostupné z: <https://portal.gov.cz/>

Rescue Report. (2012). *Význam první pomoci*. Rescue Report: Časopis pro záchranáře, [online] Dostupné z: <https://www.rescue-report.cz>

RIEGEL, B., MOSESSO, V.N., BIRNBAUM, A., et al. (2006). *Stress reactions and their management during out-of-hospital cardiac arrest*. Critical Care Clinics, 22(4), pp. 633–645.

ROGOZOV, L. (2010). *Historie oživování a první pomoci*. Praha: Česká lékařská společnost.

SASSON, C. (2013). *Increasing bystander CPR rates: It takes a system*. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes, 6(1), pp.1–3.

SASSON, C., HAUKOOS, J.S., BEN-YOUSSEF, L., RAMIREZ, S., BULL, S. (2013). *Barriers to calling 911 and learning and performing CPR for residents of primarily Latino, high-risk neighborhoods in Denver, Colorado*. Annals of Emergency Medicine, 62(5), pp. 475–482.

SEFRIN, P., ECKERT, S. (2013). *First aid: Problems and psychological barriers*. European Journal of Emergency Medicine. St John Ambulance, 2020. First Aid Manual. 11th ed. London: DK Publishing.

STATPEARLS (2022) *Good Samaritan Laws*. [online] Bethesda: National Library of Medicine. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542176/>

SWOR, R., KHAN, I., DOMEIER, R., HONEYCUTT, L., CHU, K., COMPTON, S. (2006). *CPR training and CPR performance: Do CPR-trained bystanders perform CPR?*. Academic Emergency Medicine, 13(6), pp. 596–601.

THE GUARDIAN. (2024). *Women less likely to receive CPR in public due to fears of inappropriate touching, study finds*. Available at: <https://www.theguardian.com/>

THE GUARDIAN. (2024). *Women less likely to receive CPR in public due to fears of inappropriate touching, study finds*. Available at: <https://www.theguardian.com/>

TYBUR, J.M., LIEBERMAN, D. AND GRISKEVICIUS, V. (2009). *Microbes, mating, and morality: Individual differences in three functional domains of disgust*. Journal of Personality and Social Psychology, 97(1), pp.103–122.

URAY, T., LUNZER, A., OCHSENHOFER, A., THANNHUBER, S., BRANDL, E., STERZ, F. (2018). *Best strategy for teaching life support skills to schoolchildren: A cluster randomized trial*. European Journal of Emergency Medicine, 25(6), pp.419–426.

URBAN, M., THODE, H.C., STAPLETON, E.R. AND SINGER, A.J. (2013). *Factors associated with layperson CPR performance in cardiac arrest situations*. Resuscitation, 84(4), pp.492–498.

WAALEWIJN, R.A., et al., (2021). *'Bystander-initiated actions in out-of-hospital cardiac arrest: impact of time of day and location'*. Resuscitation, 163, pp. 1–7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2021). *First Aid Guidelines*. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/first-aid-guidelines>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2022). *Strengthening first aid services in communities*. Dostupné z: <https://www.who.int/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2022). *World First Aid Day: First aid and the role of education*. Available at: <https://www.who.int/> [Accessed 26 Apr. 2025].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2023). *First Aid Guidelines*. Available at: <https://www.who.int/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2023). *Global First Aid Reference Centre: First Aid Guidelines*. Available at: <https://www.who.int/> [Accessed 26 Apr. 2025].

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2023). *Global First Aid Reference Centre: First Aid Guidelines*. Available at: <https://www.who.int/> [Accessed 26 Apr. 2025].

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník.

ZÁMEČNÍK, P., et al., (2014). *'První pomoc při dopravních nehodách: role laiků'*. Kontakt, 16(2), pp. e127–e133.

ZÁMEČNÍK, P., VODIČKA, J., & SKULEC, R. (2014). *Public willingness to perform bystander CPR in Czech Republic*. European Journal of Emergency Medicine, 21(1), pp.32–37.

HANZULÍKOVÁ, Jana. *Základy první pomoci a přednemocniční péče*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-247-4904-4.

HOMOLA, Ambrož a MATOUŠEK, Radovan. (2002). *Rozšířená první pomoc pro nezdravotníky včetně rozšířených resuscitačních technik a dovedností*. Hradec Králové: Vojenská lékařská akademie J. E. Purkyně, 2002. ISBN 80-85109-55-7.

KAČEŇÁK, Robert. (2014). Krizová intervence: základní postupy. In: *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 2014, 90-108. ISBN 978-80-7345--425-8.

LIU, Fang-Yu; LIN, Kun-Chang; CHIEN, Chian-Shiu et al. *The impact of bystander cardiopulmonary resuscitation on pati-ents with out-of-hospital cardiac arrests*. Online. Journal of the Chinese Medical Association. 2021, 84(12), 1078-1083 [cit. 2024-10-27]. ISSN 1726-4901. Dostupné z: doi:10.1097/JCMA.0000000000000630

MIXA, Vladimír; HEINIGE, Pavel a VOTRUBA Václav. (2021). *Dětská přednemocniční a urgentní péče*. Druhé přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-3088-7.

ŠEBLOVÁ, Jana; MATĚJEK, Jaromír a ŠTREIT, Jindřich. (2023) *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3007-8.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Charakteristika participantů

Tabulka 2 – Přehled všech kategorií a kódů

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

BYSTENDER EFFECT Efekt přihlížejícího

DISGUST Znechucení

KPR Kardiopulmonální resuscitace

NPP Neodkladná přednemocniční péče

WHO World Health Organization

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovoru

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

Demografické údaje: jméno, věk, předchozí zkušenost s první pomocí

Otázky k rozhovoru:

1. Můžete popsat situaci, kdy jste poskytli první pomoc? Jaké okolnosti vedly k tomu, že jste se rozhodli zasáhnout?
2. Jaké pocity jste měli těsně před tím, než jste se rozhodli pomoci? Cítili jste spíše obavy, nebo vás něco konkrétního povzbudilo? Jaké obavy jste měl před tím, než jste se rozhodl pomoci?
3. Co vás osobně nejvíce motivovalo k tomu, abyste poskytli první pomoc v té konkrétní situaci?
4. Hrály ve vašem rozhodnutí roli nějaké konkrétní faktory, například předchozí zkušenosti, vzdělání v oblasti první pomoci nebo pocit odpovědnosti vůči ostatním?
5. Narazili jste během poskytování první pomoci na nějaké překážky nebo potíže, které vám ztěžovaly situaci? (např. přístup k potřebným pomůckám, nedostatek podpory ostatních, vlastní pochybnosti)
6. Byl ve vaší situaci nějaký prvek, který ve vás vyvolal obavy nebo nejistotu? Jak jste se s tímto pocitem vypořádali?
7. Setkali jste se s reakcemi ostatních lidí, kteří vás mohli znejistit, nebo naopak podpořit? Jak vás to ovlivnilo?
8. Když se ohlédnete zpět, jak hodnotíte svou zkušenost s poskytováním první pomoci? Máte pocit, že jste byli dobře připraveni?
9. Přinesla vám tato zkušenost větší sebedůvěru a ochotu pomoci i v budoucnu? V čem konkrétně?
10. Uvažujete od té doby jinak o poskytování první pomoci? Připravili byste se nějak lépe, kdybyste měli možnost?
11. Měl/a jste před touto zkušeností nějaké školení nebo kurz první pomoci? Jak vám to pomohlo v konkrétní situaci?
12. Co by podle vás mohlo zlepšit přípravu lidí na to, aby poskytli první pomoc? Co by pomohlo přímo vám?
13. Pokud byste měli poradit někomu, kdo nikdy první pomoc neposkytl, ale může se do takové situace dostat, co by to bylo?

14. Jaká konkrétní opatření nebo podporu byste ocenili ve chvíli, kdy jste poskytovali první pomoc? Myslíte si, že by přítomnost defibrilátorů, ochranných pomůcek nebo informačních tabulí pomohla v rozhodování a samotném procesu?

15. Existuje něco, co byste chtěli dodat o tom, jaké faktory podle vás ovlivňují ochotu lidí pomoci druhým v krizových situacích?