

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**Psychologické faktory a připravenost frekventantů
autoškol poskytnout první pomoc při dopravní nehodě.**

Psychological factors and readiness of driving school attenders to give
first aid in a traffic accident.



Magisterská diplomová práce

Autor: Janusz Sikora
Vedoucí práce: PhDr. Matúš Šucha, PhD.
Studijní program: Psychologie
Obor: Psychologie (PS)

OLOMOUC

2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Psychologické faktory a připravenost frekventantů autoškol poskytnout první pomoc při dopravní nehodě“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych chtěl poděkovat PhDr. Matúši Šuchovi, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady při tvorbě této práce. Dále také Mgr. Petru Zámečníkovi a Mgr. Veronice Kurečkové, za rady spojené s výzkumnou částí této práce, a v neposlední řadě také RNDr. Evě Reiterové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dat.

Obsah

Úvod.....	7
1. Dopravní nehoda jako krizová situace.....	8
2. Specifika mladých řidičů	12
2.1. Nehodovost mladých řidičů	12
2.2. Rizikové faktory mladých řidičů.....	15
2.2.1. Nedostatek řidičské praxe.....	15
2.2.2. Vnímání rizika	16
2.2.3. Náchylnost k rizikovému chování	18
2.2.4. Sensation seeking	19
2.2.5. Řízení pod vlivem alkoholu.....	20
2.2.6. Vliv pasažérů	22
2.2.7. Vývojové aspekty mozku	24
3. První pomoc.....	26
3.1. Poskytování první pomoci.....	27
3.2. Postup na místě nehody.....	29
3.3. Neodkladná resuscitace	31
3.4. Postup v život ohrožujících situacích.....	32
3.4.1. Bezvědomí	32
3.4.2. Krvácení	33
3.4.3. Poranění páteře	34
3.4.4. Popáleniny	35
4. Psychologické aspekty poskytování první pomoci.....	36
4.1. Prosociální chování	36
4.1.1. Teorie sociální výměny	36
4.1.2. Normy sociálního chování.....	37

4.1.3. Empatie.....	38
4.2. Efekt přihlížejících.....	38
4.2.1. Decizní model intervence přihlížejících.....	40
4.3. Specifika poškozených.....	41
4.4. Prosociální chování a osobnostní determinanty.....	43
5. Systém autoškolení v ČR.....	46
5.1. Podmínky pro přijetí do autoškoly.....	46
5.2. Forma a obsah výuky.....	47
5.3. Závěrečné zkoušky.....	48
5.4. Dosavadní výzkum efektivity výuky.....	49
6. Výzkumný problém, cíle, hypotézy.....	52
6.1. Výzkumný problém.....	52
6.2. Výzkumné cíle.....	52
6.3. Hypotézy.....	53
7. Aplikovaná metodika.....	54
7.1. Použité metody.....	54
7.1.1. Dotazník první pomoci v autoškolách.....	54
7.1.2. NEO pětifaktorový osobnostní inventář.....	55
7.2. Metoda sběru dat.....	57
7.3. Výzkumný soubor.....	59
7.4. Zpracování dat.....	61
7.5. Etika výzkumu.....	62
8. Výsledky.....	63
8.1. Ochota a vnímaná schopnost poskytnout první pomoc.....	63
8.2. Reálné znalosti první pomoci.....	66
8.2.1. Číslo tísňové linky.....	66
8.2.2. Postup při dopravní nehodě.....	67

8.2.3. Rozpoznání poranění páteře	68
8.2.4. Rozpoznání vnitřního krvácení.....	69
8.2.5. Hodnocení výuky první pomoci v autoškole.....	70
8.3. Psychické zábrany při poskytování první pomoci	73
8.4. Osobnostní vlastnosti a poskytování první pomoci	74
9. Diskuze	77
9.1. Ochota a schopnost poskytnout první pomoc	78
9.2. Reálné znalosti první pomoci.....	79
9.3. Hodnocení výuky první pomoci v autoškolách.....	80
9.4. Psychické zábrany při poskytování první pomoci	81
9.5. Osobnostní vlastnosti a poskytování první pomoci	83
10. Závěry	84
Souhrn.....	85
Seznam použitých zdrojů a literatury	88
Přílohy diplomové práce:.....	98

Úvod

Poskytnutí laické první pomoci je v řadě případů to jediné, co může zachránit život, ať už jde o dopravní nehodu nebo jiné situace. Pro většinu lidí je poslední instancí, kde se učí základy první pomoci, autoškola. Nicméně i moje vlastní zkušenost potvrzuje, že ani absolvování zdravotnické přípravy v autoškolě nemusí znamenat, že se člověk cítí připraven první pomoc poskytnout. To bylo jedním z důvodů, který mě motivoval více prozkoumat tematiku připravenosti poskytnout první pomoc, a také psychologické aspekty s ní spojené. Dále, jak líčí teoretická část práce, je hrozba dopravních nehod a s nimi spojených zranění stále velice vysoká. Zvláště hroživé jsou statistiky úmrtnosti mladých řidičů, kteří jsou na rozdíl od ostatních věkových skupin zdaleka nejvíce ohroženi.

Hlavním cílem této studie je tedy prozkoumat, jak se mladí frekventanti autoškol, kteří již končí výcvik, cítí připraveni poskytnout první pomoc v případě dopravní nehody. Středem zájmu je vlastní vnímaná schopnost poskytnout první pomoc u různých druhů poranění, a také okolnosti, které by potenciálním zachráncům v případě dopravní nehody mohly bránit pomoc poskytnout. Vnímané kompetence jsou částečně porovnány s reálnými znalostmi v oblasti první pomoci. Dále jsou také zkoumány osobnostní vlastnosti pětifaktorového modelu osobnosti a jejich spojitost s ochotou poskytnout pomoc. Jelikož je to teprve druhý výzkum tohoto typu realizovaný v ČR, byl prováděn s nadějí, že poskytne alespoň povrchní náhled na efektivitu výcviku první pomoci v autoškolách a jeho případná slabá místa. Snad bude také podnětem pro další zkoumání této oblasti.

Tato práce byla zastřešena projektem: Vznik a rozvoj partnerské sítě pro realizaci stáží a aplikovaného výzkumu Katedry psychologie FF UP v Olomouci, číslo CZ.1.07/2.4.00/31.0153 v rámci spolupráce Katedry psychologie FF UP v Olomouci a CDV Brno.

1. Dopravní nehoda jako krizová situace

Dopravní nehoda je velice závažnou situací, která může často vyústit v traumatizující událost. Tu můžeme definovat jako událost, jež má „výjimečně nebezpečný nebo katastrofický charakter“ a vyvolala by „hluboké rozrušení téměř u kohokoliv“; případně při ní „právě došlo k usmrcení někoho jiného, kdy hrozila smrt nebo kdy došlo k těžkému úrazu či k ohrožení fyzické integrity vlastní nebo jiných“ (Smolík, 2002, 274). K dalším charakteristikám traumatizující události patří i náhlost, nepředvídatelnost a nezvladatelnost situace. Všechny tyto faktory velmi často dopravní nehody doprovázejí, avšak je třeba připustit, že ne každá dopravní nehoda musí být nutně traumatizující událostí (Baštecká, 2013).

Přestože následky dopravních nehod mohou být a často jsou fatální, je třeba mít na paměti, že individuální mobilita, jak píše Kořán (2013) „je základní potřebou naší společnosti zabezpečující svobodu a prosperitu“ (10).

V naší euroamerické kultuře si většina lidí jenom těžko představí pohodlný život bez osobního automobilu, nebo alespoň motorky nebo kola. O tom svědčí také počet motorových vozidel u nás v ČR a jeho nárůst v průběhu posledních let, který znázorňuje Tab. 1.

Tab. 1. Evidovaná vozidla v ČR k 31. 12. (Český statistický úřad, 2015)

Rok	Provozovaná vozidla celkem	Automobily			Motocykly	Přívěsy a návěsy	Autobusy
		Osobní včetně dodávkových	Nákladní	Speciální			
2005	6 231 601	3 958 708	415 101	51 457	793 556	778 389	20 134
2006	6 490 393	4 108 610	468 282	48 777	822 266	815 031	20 331
2007	6 806 332	4 108 610	533 916	46 672	859 717	845 165	20 416
2008	7 081 145	4 423 370	589 598	43 609	892 564	873 868	20 375
2009	7 119 323	4 435 052	587 032	39 300	903 175	889 984	19 943
2010	7 221 943	4 496 232	584 921	36 660	924 178	908 605	19 653
2011	7 358 727	4 582 903	585 873	34 797	944 168	931 006	19 699

Podle statistik Ministerstva Dopravy za rok 2013 bylo v tomto roce registrovaných 4 792 185 osobních automobilů, 977 197 motocyklů a 593 439 nákladních vozidel. K dispozici měli občané ČR 55 761 km silnic. Z tohoto pouze 1234 km tvoří dálnice a rychlostní komunikace (Ministerstvo dopravy [MD], 2015). Další tabulka nabídne informace o nehodovosti v ČR (viz Tab. 2.).

Tab. 2. Nehody v silniční dopravě v ČR v období 2005-2013 (MD, 2015)

Rok	Nehody celkem	Lehce zraněno	Těžce zraněno	Usmrceno
2005	199 262	27 974	4 396	1 127
2006	187 965	24 231	3 990	956
2007	182 736	25 382	3 960	1 123
2008	160 376	24 776	3 809	992
2009	74 815	23 777	3 536	832
2010	75 522	21 610	2 823	753
2011	75 137	22 519	3 092	707
2012	81 404	22 590	2 986	681
2013	84 398	22 577	2 782	583

Před hodnocením těchto čísel je třeba brát v úvahu, že tato čísla neodrážejí úplnou realitu. Mnoho studií se zabývá problémem hlášení a zaznamenávání dopravních nehod a většina z nich se shodne na tom, že v této oblasti čísla z různých příčin značně podhodnocují. Často je totiž rozdíl v oficiálních dopravních statistikách, čerpajících většinou z údajů policie, a záznamech nemocnic. U případů usmrcení není tento problém až tak značný. Vesměs se předpokládá, že ve velkých motorizovaných krajích se nahlásí téměř všechny tyto případy. S klesající závažností poranění však klesá také spolehlivost a relevantnost oficiálních záznamů. Meta – analýza tohoto fenoménu v 13 zemích, zahrnující USA, Austrálii, Kanadu a řadu evropských zemí jako např. Německo, Švýcarsko, Nizozemsko Francie aj., (ČR nebyla zahrnuta) ukazuje, že oproti přibližně 95 % zaznamenání všech smrtelných nehod na cestách se z těžkých zranění (které si vyžádaly pobyt v nemocnici) do statistik dostane už jenom 70 %. U lehkých zranění léčených ambulantně odhad padá až k 25 % a u velmi lehkých zranění řešených mimo nemocnici je to kolem 10% (Elvik, & Mysen, 1999).

Zatímco máme na paměti výše zmíněný problém určité nepřesnosti statistik, i tak si můžeme v nehodovosti u nás všimnout jistých pozitivních trendů. Kromě ne příliš pozitivních výsledků v roce 2007, se u nás počet úmrtí v posledních letech stále snižuje. Je to určitě z velké míry efekt působení Národní Zdravotnické Organizace (WHO) a také orgánů Evropské Unie. Zpráva WHO z roku 2004 popisuje dopravní bezpečnost jako globální zdravotní problém, který si ročně vyžádá celosvětově asi 1,2 miliónu životů, což se rovná 26 % všech úmrtí následkem zranění (World Health Organization [WHO], 2004). Ve světle

těchto faktů byl v minulém desetiletí (2001-2010) v rámci Evropy přijat strategický plán ke snížení smrtelných nehod v dopravě o 50 %. Tento plán nebyl zcela naplněn, ale povedlo se dosáhnout dobrého výsledku snížení úmrtnosti na evropských silnicích téměř o 45 % (Šucha, 2013). V rámci ČR klesla v letech 2000 - 2010 úmrtnost ve smyslu počtu úmrtí v dopravě na 100 000 obyvatel o 40 %. Při porovnání úmrtnosti na silnicích ve vztahu k najetým kilometrům se neumísťuje ČR v rámci EU nijak pozitivně. Z 21 států, které mají k dispozici údaje o najetých kilometrech, jsme se v roce 2011 umístili na 18. místě s úmrtností přibližně 4 krát vyšší než ve Švédsko, které této statistice vévodilo (European Transport Safety Council [ETSC], 2012).

Do nového desetiletí vstoupila Evropa s vizí redukce úmrtnosti na silnicích o dalších 50 %. V ČR byl tento plán přijat 10. srpna 2011. (International Traffic Safety Data and Analysis Group [IRTAD], 2011)

Myslím, že výše zmíněné trendy a plány jsou pozitivním jevem v oblasti dopravní bezpečnosti. Jak píše Kořán (2013) „Do budoucnosti se předpokládá, že ve vyspělých zemích se počty dopravních nehod budou snižovat“ (14). Nicméně číslo úmrtí a případů vážných zranění je stále vysoké a připravenost poskytnout první pomoc oběťm dopravní nehody bude ještě dlouho velice klíčová. Chtěl bych také zdůraznit fenomén, který je v poslední době velice aktuální, a který má naopak silný předpoklad působení ve směru zvyšování počtu a závažnosti zranění v dopravě. Jde o fenomén stárnutí populace.

Není překvapením, že starší dospělí představují nejrychleji rostoucí segment populace ve většině států OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj), jejíž součástí je také Česká Republika. Za předpokladu, že se trendy nezmění, odhaduje se, že v roce 2030 bude každý čtvrtý občan starší 65 let. Přitom to budou většinou lidé, kteří mají řidičský průkaz a přístup k automobilu. Je tedy přirozené, že budou chtít automobily využívat k dopravě co nejdéle to půjde, a také značně více, než je tomu u momentální populace lidí starších 65 let. Nebezpečí v tomto případě však nevyhází z faktu, že by snad staří lidé zvláště ohrožovali bezpečnost provozu svým řízením. Důvodem k obavám je však jejich zranitelnost či křehkost v případě dopravní nehody, kde jsou o mnoho více ohroženi smrtí či vážným zraněním než mladší účastníci provozu (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2001).

Výzkum Welshové, Morrise, Hassana a Charltonové (2006), prokázal výrazně vyšší zranitelnost starších řidičů oproti jejich mladším protějškům. Studie se zabývala následky nehod pouze u řidičů nebo spolujezdců na předním sedadle. Nejohroženější oblastí starších řidičů se ukázala oblast hrudníku. Studii také zaměřenou na starší účastníky dopravy provedl i Kröyer (2015). Zaměřil se však na cyklisty a udává, že riziko vážného zranění se zvyšuje už po 45. roku života.

Rozsáhlá studie Huové, Jonese, Reuschera, Schymoyera a Truetta (2000) nabízí až hroživé předpovědi, že v USA by se do roku 2030 mohl počet smrtelných dopravních nehod téměř ztrojnásobit. Jako hlavní činitelé by k tomu přispěly: obecně větší podíl starších lidí v populaci, více najetých kilometrů touto skupinou, více držitelů řidičského průkazu mezi staršími a zvýšení rizika nehody pro jejich skupinu. Nicméně to pouze v případě, že by se v tomto směru neděly žádná bezpečnostní opatření, což je snad velmi málo pravděpodobné. Tento fenomén je už ve většině evropských zemí aktuální téma a bude rozhodně vyžadovat mnoho intervencí týkajících se konstrukce automobilů, přizpůsobení silnic a podobně. Nicméně jakkoliv kvalitní se účinky primární prevence ukážou, myslím, že toto téma vytváří další tlak také na zdravotní složky a následně rozhodně i schopnost civilního obyvatelstva poskytnout v případě potřeby laickou první pomoc.

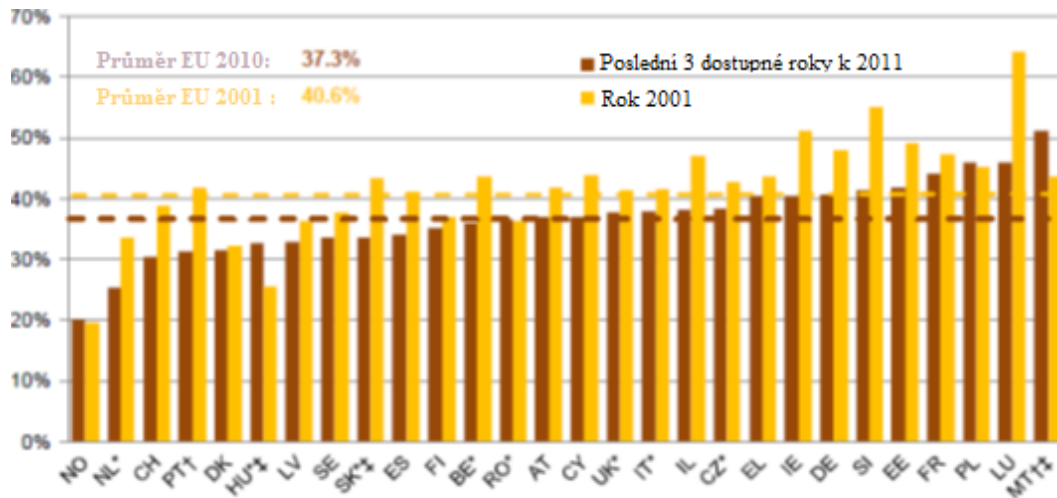
2. Specifika mladých řidičů

2.1. Nehodovost mladých řidičů

Jak už bylo řečeno, vlastnit automobil se pro mnoho lidí stalo již téměř nezbytností. Není tedy překvapivé, že i většina mladých lidí je silně motivována naučit se řídit (Barjonet, 2001). V ČR je možno získat řidičské oprávnění skupiny B od 18 let a oprávnění řídit motorové vozidlo s konstrukční rychlostí nepřevyšující 45 km/h ve věku 15 let. Lze říci, že většina adolescentů chce možnosti získat řidičské oprávnění na osobní automobil, tedy skupinu B, využít hned, co se naskytne. Poslední trendy ukazují také zvyšující se množství cyklistů mezi mladými. Nejvíce v zemích jako je Nizozemsko či Belgie (ETSC, 2012). S tím se však pojí mnohá rizika. Mladí řidiči, či řidiči začátečníci, jsou totiž považováni za skupinu představující vyšší riziko dopravních nehod a problémů ve srovnání s ostatními řidiči (Porter, 2011). Tato skutečnost je výsledkem mnoha faktorů. Právě některým z nich se tato kapitola bude věnovat. Nejprve však nabídne obecnější, statistický pohled na tuto problematiku.

Pod pojmem mladí řidiči je většinou ve výzkumu bezpečnosti dopravy myšlena kategorie od 18 do 24 let (Šucha, 2013). Nicméně zpráva Evropské rady pro bezpečný transport (ETSC) z roku 2012, která věnuje velkou pozornost právě problematice úmrtí mladých lidí v dopravních nehodách, pracuje s širší věkovou kategorií mezi 15 a 30 lety včetně. Tuto zvláštnost zdůvodňuje několika demografickými trendy posledních let. Nejvlivnější z nich je pravděpodobně fakt, že mladí lidé momentálně žijí u svých rodičů poměrně déle. Zejména kvůli delší době studia a potížím najít si stálou práci. V zemích EU27, mezi které patří i Česká Republika, statistiky z konce minulé dekády udávají, že kolize zahrnující mladé řidiče právě v rozmezí 15 až 30 let, představovaly 37 % všech smrtelných nehod v silničním provozu (ETSC, 2012). Podrobnější srovnání konkrétních zemí EU lze vidět na Grafu 1.

Graf 1. Počet úmrtí během dopravní nehody zahrnující alespoň jednoho mladého řidiče, vyjádřený jako procento z počtu všech úmrtí v silničním provozu 27 zemí Evropy včetně ČR v letech 2007-2009



*Poslední 3 dostupné roky: 2007-2009; †Poslední 3 dostupné roky 2006-2008; ‡ První dostupný rok: HU 2003; MT, SK 2005

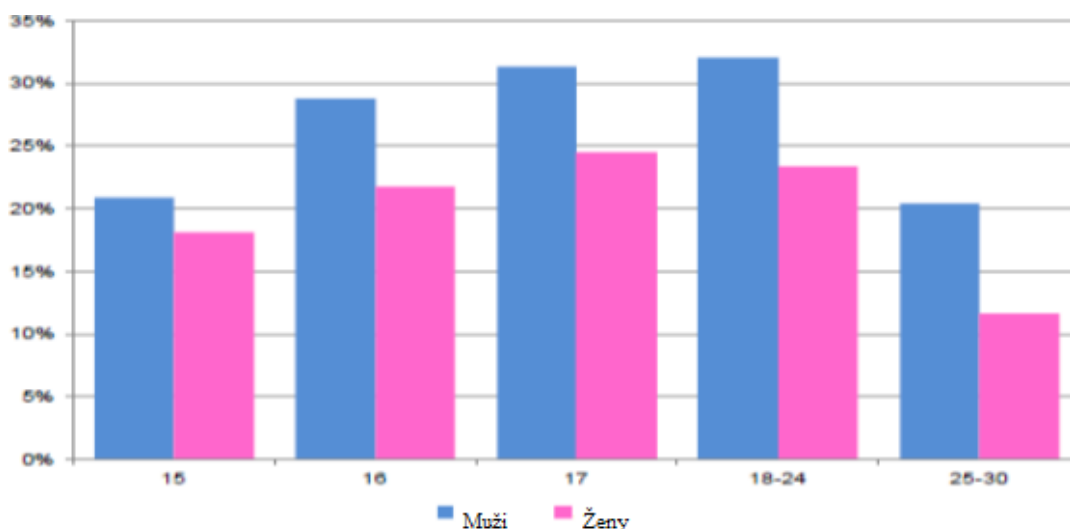
Mortalita mladých řidičů v dopravních nehodách je o 69 % vyšší v porovnání se zbytkem populace. A v případě mladých mužů dosahuje riziko ve srovnání se zbytkem populace až 168 %, v porovnání s mladými ženami jsou tedy podstatně více rizikovou skupinou.

Při srovnání s ostatními příčinami smrti v této věkové skupině zodpovídají dopravní nehody až za 21 % všech úmrtí. To je mezi 27 státy EU téměř každý čtvrtý usmrcený mladistvý. Podobné trendy se objevují i v USA, kde participace na nehodě je u lidí mladších 25 let tři až čtyři krát vyšší, než by se čekalo (Lee & Schofer, 2003).

Celosvětově označuje Světová Zdravotnická Organizace (WHO, 2013) úrazy v silniční dopravě za hlavní příčinu smrti u lidí ve věku 15-29 let.

Podrobnější obrázek o zastoupení dopravních nehod mezi ostatními příčinami smrti daných věkových skupin v rámci nejvíce ohrožené kategorie mladých řidičů, podává graf 2.

Graf 2. Usmrcení v dopravních nehodách, podle pohlaví a věkové skupiny, jako procento všech příčin úmrtí pro danou věkovou skupinu a pohlaví v průběhu let 2007-2009



K výše zmíněným faktům je také nutno dodat, že v zemích EU27, na každého mladého řidiče, který zemřel v dopravní nehodě, připadá 1,2 dalších usmrcených ve stejné kolizi. Začínající mladí řidiči jsou tedy velkým ohrožením nejen pro sebe, ale také pro jejich pasažéry a další účastníky silničního provozu (ETSC, 2012). Jak je vidět na Grafu 1., v ČR je úmrtnost mladých lidí na silnicích v porovnání s ostatními věkovými skupinami ještě o něco vyšší než oněch 37 % zemí EU27. Oproti roku 2001 však došlo k určitému zlepšení. Graf 3. přehledně ukazuje vývoj této problematiky v naší zemi od roku 1990. Data znovu jenom potvrzují značně vyšší riziko úmrtí pro řidiče ve věku 18 – 24 let.

Graf 3. Zaznamenaná úmrtí podle věku, na 100 000 obyvatel dané věkové skupiny, v období 1990 až 2010



2.2. Rizikové faktory mladých řidičů

Obecně se v dopravním výzkumu předpokládá, že daleko nejrizikovějším faktorem při řízení automobilu je člověk, jelikož jeho možnosti a schopnosti jsou v porovnání s nejnovějšími technologickými vynálezy v automobilovém průmyslu přeci jen značně nedokonalé (Barjonet, 2001). Studie provedena v USA zjistila, že samotný řidič byl jedinou příčinou nehody v 57 % nehod. Co se týče dopravního prostředí nebo vozidla, ty se takto k nehodám přičinily jenom v 3 a 5 procentech případů. Podobná studie z Velké Británie poukázala na lidský faktor jako jedinou příčinu nehody v 65 % případů. Výhradně závady vozidla nebo faktor prostředí přispěly k 4 % nehod. Když se podíváme na dopravní nehodu jako výsledek většího počtu příčin, což je pravdou asi v 50 % případech kolizí zmapovaných zmiňovanými studiemi, ukáže se lidský faktor jako přispívající k 94 % dopravních nehod v USA a 95 % dopravních nehod ve Velké Británii (Porter, 2011).

Jelikož je to právě člověk, který řídí vozidlo, je logické se zaměřit mezi jinými i na určité osobnostní charakteristiky, které mohou hrát v dopravní situaci roli. I když je každý člověk unikátem, díky rysovému přístupu, v dopravní psychologii velice využívanému, lze identifikovat některé vlastnosti, které jsou pro řidiče přínosem nebo rizikem (Šucha, 2013; Porter, 2011). Další části této kapitoly se budou věnovat těm faktorům, které jsou ohrožující a typické především pro mladé řidiče.

2.2.1. Nedostatek řidičské praxe

Mezi nové pečené řidiče, jak uvádí ETSC (2012), patří v motorizovaných zemích především ti nejmladší. V prvních letech jejich řidičské praxe budou tedy ovlivněni řadou faktorů, které jsou tomuto věku vývojově příznačné. Některé z nich, jako třeba náchylnost k rizikovému chování, sensation seeking a další budou popsány níže.

Každému by však mělo být jasné, že kromě výzev spíše biologického či vývojového rázu spojeného s věkem je to také nezkušenost v dopravních situacích, která vystavuje generaci mladých řidičů podstatně vyššímu riziku dopravních nehod (Porter, 2011). Bohužel tuto nezkušenost si většinou málokdy uvědomují a jak uvádí Barjonet (2001), je pro ně typické přeceňování vlastních kompetencí. Tento fakt znázorňuje také studie Ginsburga et al. (2008), která pracovala s názory na dopravní bezpečnost více jak 5 000 středoškoláků. Výsledek ukázal, že většina řidičů teenagerů se za nezkušené nepovažovala. Dále také pouze 15 % z nich zaznamenalo nějakou formu nezkušené jízdy u svých vrstevníků. Přitom 60 % z nich uvedlo, že nedostatek zkušenosti vážně ovlivňuje bezpečnost řízení.

Bez ohledu na věk, první měsíce nezávislého řízení se ukazují jako nejrizikovější. Největší pokles nehodovosti je podle Portera (2011) pozorován v průběhu prvních 6 měsíců. Po prvních měsících pak nastává podle Williamse (2003) období asi roku a půl, kde pokles pokračuje, avšak pomalejším tempem. Studie Maycocka, Lockwooda & Lestera (1991, citována ve Porter 2011), provedena v Anglii, udává pokles rizika nehody o 30 % v průběhu prvního roku, bez ohledu na věk. Mayhew, Simpson a Paková (2003) také připisují nevyšší riziko nehody prvním 6 měsícům řízení. V délce najetých kilometrů je podle nich tato hranice kolem 1000 ujetých kilometrů (625 mil).

Větší řidičská praxe mezi jinými znamená zautomatizování řady úkonů spojených s každodenní jízdou. Toto automatizování pak řidiči poskytne více kognitivní kapacity vypořádat se s ostatními nároky provozu a umožní lepší a efektivnější rozhodování (Bates, Watson, & King, 2009).

Z výše uvedených informací, můžeme vidět, že zkušenost řidiče a schopnosti naučené během najetých kilometrů jsou pro bezpečnou jízdu nezbytné. Začínající řidiči jsou deficitem v této oblasti velice ohroženi a měli by si to zřejmě více uvědomovat. Faktor nedostatku řidičské praxe působí nejsilněji, jak bylo uvedeno, v prvních měsících řízení a s najetými kilometry pak pozvolna přechází do pozadí.

2.2.2. Vnímání rizika

Vnímání rizika, anglicky hazard perception, je jak uvádí Borowsky, Shinar a Oron-Gilad (2010) důležitou schopností řidiče, umožňující identifikovat nebezpečné či rizikové situace při řízení a zvládnout tak komplexní kognitivní nároky dopravního provozu. Valkved (2014) rozvádí tuto schopnost do tří prvků. Nejprve nebezpečí vnímat, dále rozpoznat či pochopit jej, a konečně predikovat, jak se tyto rizika můžou v blízké budoucnosti vyvinout. Podle výzkumu Horswilla a Mckenny (2004, citován v Borowsky et al., 2010) koreluje dovednost vnímání rizika silně s nehodovostí, jelikož řidiči, kteří jsou schopni odhalit nebezpečí rychleji, budou automaticky méně zastoupeni v dopravních nehodách než ti, kteří nebezpečí odhalují pomaleji. Valkved (2014) uvádí, že je důležité si uvědomit, že se vnímání rizika týká možných nebezpečí, a ne nečekaných akutních hrozeb, které by vyžadovaly neprodlenou reakci.

Tato schopnost byla intenzivně zkoumána a často bylo cílem porovnávat začínající nezkušené řidiče s řidiči s větší řidičskou praxí a zkušeností a zjistit tak, jakou roli hraje vnímání rizika v značně zvýšené nehodovosti mladých řidičů oproti ostatním věkovým skupinám.

V tomto duchu se výzkum často zaměřoval na tzv. reakční čas. Ve studiích tohoto typu sledovali probandi krátká videa znázorňující různé dopravní situace jakoby z pohledu řidiče (kamery umístěné ve vozidle na místě řidiče). Následně měli stisknout tlačítko v případě, že se v provozu vyskytlo nějaké nebezpečí. Výsledky studií vykazovaly lepší reakční časy především u zkušených řidičů (Wallis, & Horswill, 2007) Nebylo tomu však ve všech výzkumech (Borowsky, Oron-Gilad, & Parmet 2009).

Jako příklad může sloužit výzkum Sagberga a Bjørnskaue (2006), kde sice nebyl pozorován celkový rozdíl v reakčních časech začátečníků a zkušených, ale v případě třech situací, které představovaly více komplexní latentní nebezpečí, reagovali zkušenější řidiči o poznání rychleji. Valkveld (2014) argumentuje, že příčinou lepší orientace zkušenějších řidičů v komplexních situacích mohou být mezi jinými lépe rozvinutá schémata či mentální reprezentace, které jim umožňují lépe hodnotit vývoj situace. Dále popisuje, že značná nevýhoda tradičního počítačového měření reakčního času spočívá v tom, že v testu nemohou být zahrnuty situace obsahující latentní či skryté nebezpečí, které se do akutní podoby nikdy nerozvine. Například situace, kdy se chodec nachází na okraji silnice, ale není ho vidět, protože se stojí mezi dvěma zaparkovanými dodávkami. Přičemž právě schopnost sledovat latentní hrozby, se ukazuje jako jeden ze základních rozdílů ve vnímání rizika mezi začínajícími a zkušenými řidiči.

Výzkumy, které při měření reakčního času použily navíc zařízení pro skenování očních pohybů, jako například výzkum Underwooda, Phelpse, Wrightové, van Loonové a Galpina (2005), či studie Pollatseka, Narayanaana, Pradhana a Fishera (2006), zaznamenaly zvýšený počet fixací starších řidičů na potencionálně nebezpečná místa, kdežto mladší nezkušení řidiči tyto lokace spíše ignorovali. Větší počet fixovaných skrytých hrozeb měli také zkušenější řidiči ve výzkumu Valkvelde, Rumosera, Mehraniana, Fishera, Dieteho, Pollatseka a Fishera (2011). Ten se probandů ještě vzápětí po skončení videa ptal, zda v klipu byly situace, které se mohly vyvinout v kritickou událost pravděpodobně vedoucí k dopravní nehodě. Obě skupiny zmínily méně situací latentních nebezpečí, než fixovali během projekce. Zkušenější řidiči však popsali ne jenom více situací, kde bylo potencionální nebezpečí skryto (covert latent hazard), ale také více situací kde bylo potencionální nebezpečí viditelné (overt latent hazard).

Jako konkrétní příklady rozdílného vnímání dopravy může sloužit studie Armsbyové (1989, citována ve Borowsky, 2010), ve které mladí nezkušení řidiči hodnotili přítomnost mlhy jako více rizikovou než situaci, při které přes silnici přechází chodec. Zkušenější řidiči hodnotili tyto dvě situace zcela opačně. V podobném výzkumu Benda a Hoyse (1983 citována ve

Borowski 2010) hodnotili začátečníci přítomnost chodce jdoucího podél silnice jako více rizikovou než nedodržování dostatečného odstupu při jízdě za jiným vozidlem (tailgating). I v tomto případě bylo hodnocení zkušenějších řidičů opačné.

Na základě zmíněných poznatků můžeme předpokládat u začínajících řidičů v oblasti vnímání rizika jisté nedostatky v porovnání s řidiči zkušenějšími. Dále lze usuzovat, že tato nevýhoda alespoň z části pochází z nedostatku zkušenosti v dopravních situacích. Tomu napovídá i výzkum Groegera a Chapmana (1996), kteří zjistili, že začínající řidiči bez ohledu na věk považovali shlédnuté dopravní scény za rušnější než zkušenější řidiči. I když výzkum Sagberga a Bjørnskauga (2006) přiznal řidičské praxi pouze malý efekt na rozdíle ve vnímání rizika, lze se domnívat, že po přihlédnutí k již zmíněným omezením této studie, vycházející ze zaměření se pouze na reakční čas, efekt řidičské praxe by se mohl ukázat jako signifikantnější.

2.2.3. Náchylnost k rizikovému chování

Mladí řidiči jsou často nadměrně zastoupeni při porušování zákona a v dopravních nehodách mezi jinými kvůli zvýšené tendenci riskovat v situacích dopravního provozu. Přitom je to vlastnost, která se neprojevuje pouze na cestách, ale samozřejmě také i obecně v životě. Daleko pravděpodobnější je u nich konzumace nelegálních drog, abúzus alkoholu či drobná kriminální činnost (Barjonet, 2001).

V dopravě se tendence k riskování mladých řidičů projevuje často v nepřiměřeně vysoké rychlosti jízdy. To vyústí v nezvládnutí řízení a ztrátu kontroly nad vozidlem (Matušová citovaná v Šucha, 2013). Porter (2011) udává, že v USA více než třetina všech smrtelných dopravních nehod mladých mužů mezi 15 až 24 lety, je zapříčiněna překročením rychlostního limitu. Nízký věk podává jako častý předpoklad pro vážné překročení rychlostních limitů ve své studii také Watson, Watsnová, Siskind, Fleiter a Soole (2015). U nás tento trend můžeme zpozorovat při nahlédnutí do statistik policie ČR za poslední léta. Tabulka 3. znázorňuje, jaké procento nehod bylo zapříčiněno nepřiměřenou rychlostí, a to s ohledem na délku řidičské praxe viníka nehody (Policie České republiky, 2015)

Tab. 3. Procento nehod zapříčiněných následkem nepřiměřené rychlosti u řidičů s různou řidičskou praxí

Rok	Řidičská praxe				
	do 1 roku	od 1 do 2 let	od 3 do 5 let	od 6 do 10 let	nad 10 let
2008	25,08	19,5	18,2	16,5	13,63
2009	36,87	31,05	29,98	27,39	21,9
2010	37,07	30,31	30,17	27,8	22,99
2012	37,98	31,56	30,67	26,59	21,65
2013	35,37	33,48	29,35	25,12	20,77

Jak je vidět, nepřiměřená rychlost je jako příčina nehody nejvíce zastoupena u nejméně zkušených řidičů. Přesnou příčinu lze určit jen z těží, ale můžeme se domnívat, že je to efekt větší ochoty riskovat a také menších řidičských zkušeností mladších řidičů. S nepřiměřenou rychlostí se také pojí problém nedodržování dostatečných odstupů mezi vozidly (Porter, 2011).

Mezi další časté rizikové činnosti mladých řidičů patří řízení vozidel, která jsou ve špatném technickém stavu, či která nabízejí méně ochrany (Barjonet, 2001).

Důležitým faktorem souvisejícím s mnoha úmrtími či vážnými zraněními mladých řidičů na cestách je také fakt, že méně používají bezpečnostní pásy (Porter, 2011). V roce 2007 v USA se z řidičů mezi 16 – 24 lety poutalo 77 % z nich. To je o 7 % méně než u skupiny řidičů ve věku mezi 25 - 69 lety (National Highway Traffic Safety Administration [NHTSA], 2008). Jako příčiny nepoužívání bezpečnostních pásů mladí řidiči často udávají prosté zapomenutí, spěch, diskomfort, a řízení mimo hustou dopravu (Porter, 2011).

2.2.4. Sensation seeking

Spojitosť s touto náchylností k rizikovému počínání je možno alespoň částečně prisuzovat konceptu sensation seekingu, jehož autorem je Marvin Zuckerman. Plháková (2010) popisuje tento anglický termín jako potřebu vyhledávat nové a neobvyklé zážitky. Lidé dosahující vysokého skóre na škále sensation seekingu mají potřebu zažívat nové, komplikované a proměnlivé zkušenosti. K dosažení tohoto druhu často extrémních zkušeností jsou podle Zuckermana (1994, citovaného v Porter, 2011) „hledací zážitků“ často ochotni vystavit se nepřiměřenému riziku. Řízení vozidla, jak uvádí Porter (2011), k tomu samozřejmě poskytuje také velmi příznivé podmínky, jakožto činnost s velkým potenciálem

pro vzrušení, nebezpečí, rychlost a soutěživost.

V dopravním výzkumu patří sensation seeking k nejvíce zkoumaným osobnostním prediktorům negativního chování v silničním provozu (Porter, 2011). Řada výzkumů se zabývala spojitostí mezi sensation seekingem a rizikovým či nebezpečným chováním v dopravě. Například Rozsáhlá studie Jonaha (1997), revidující 40 odlišných výzkumů zabývajících se tímto tématem, potvrdila pozitivní korelaci mezi sensation seekingem a mimo jiné i překračováním rychlostních limitů či nepoužíváním bezpečnostních pásů. Vztah o síle $r = 0,3 - 0,4$ byl nalezen u 36 ze 40 výzkumů. Podobně i studie Rosenbloomové (2003) potvrzuje tendenci lidí s vysokým sensation seeking skóre více riskovat při řízení. Znovu především v podobě nepřiměřené rychlosti jízdy.

Sensation seeking je tedy v dopravě považován za poměrně rizikovou osobnostní charakteristiku a má spojitosti s řadou negativních jevů při řízení (Porter, 2011). Mladé řidiče zřejmě tento jev ovlivňuje ještě více než ostatní. Jejich úroveň sensation seeking se zdá být průměrně o něco vyšší v porovnání s řidiči staršími (Jonah, 1997, 2001; Bates, 2009). Podle Arnetta a Balle-Jensenové (1993) je sensation seeking totiž úzce spjat s věkem a procesem vývoje. Svého vrcholu dosahuje v pozdní adolescenci a poté se jeho intenzita začíná zmenšovat. K výzkumům, které se zaměřily na vliv sensation seeking u mladých řidičů, patří například studie Cestase, Paranové a Delhommeové (2011). V této studii porovnávali probandi sami sebe s jejich představou průměrného řidiče. Na škále od 1 do 5 měli posoudit o kolik je pravděpodobnější, že dostanou pokutu za rychlost v porovnání z ostatními řidiči stejné věkové skupiny (1 = menší než u ostatních; 5 = větší než u ostatních). Podobně jako při výše zmíněných výzkumech, koreloval sensation seeking pozitivně ($r = 0,39$; $p < 0,01$) s popisovanou pravděpodobností dostat pokutu za rychlost. Ještě o něco silnější korelace byl zjištěna mezi sensation seeking a zkušenostmi s překračováním rychlosti v minulosti. Tento efekt byl nejznatelnější u mužů a řidičů začátečníků s méně než rokem řidičské praxe.

2.2.5. Řízení pod vlivem alkoholu

Řízení pod vlivem alkoholu je celosvětově velmi silným rizikovým faktorem pro vznik dopravní nehody, a stejně tak i pro její následky (WHO, 2013). Už i malé dávky alkoholu negativně ovlivňují širokou škálu dovedností potřebných pro řízení automobilu. Například 0,2 promile alkoholu v krvi má již značný negativní vliv na rozdělování řidičovy pozornosti. Při 0,5 promile alkoholu v krvi jsou sníženy oční pohyby, je zmenšená tolerance pro odlesky a oslnění a obecně zhoršená vizuální percepce, reakční doba, schopnost řízení, zpracovávání informací a další prvky psychomotoriky (Christoforou, Karlaftis, Yannis, 2013).

McCammon (2001) uvádí, že riziko smrtelné nehody jednoho vozidla, kde řidič měl 1 až 1,4 promile alkoholu v krvi, je 48násobně větší než pro střízlivého řidiče. Je třeba tedy brát v úvahu ne jenom skutečnost, že i málo alkoholu negativně ovlivňuje řidiče, ale také že s vyšším obsahem alkoholu v krvi se také obrovsky zvyšuje riziko smrtelné nehody. Výzkumy z USA udávají, že v roce 2008 ze všech smrtelných dopravních nehod, 32% z nich souviselo s alkoholem (Drew, Royal, Moulton, Petterson, & Haddix 2010, citován v Barjonet 2001; NHTSA, 2008).

Co se týče obecného zastoupení v dopravních nehodách spojených s alkoholem, nejsou, jak uvádí Barjonet (2001) mladí řidiči zastoupeni výrazně více, než řidiči ostatních věkových skupin. Výjimku tvoří však víkendy, především tedy víkendové noci. Další autoři dokonce uvádí, že mladí řidiči obecně řídí pod vlivem méně často, než zkušenější řidiči (Williams, 2003; Porter, 2011).

Alkohol má ale přesto veliký dopad na bezpečnost mladších řidičů v dopravě a v některých aspektech je pro tuto věkovou skupinu daleko nebezpečnější než pro starší řidiče. Studie Prata, Toleda, Lotana a Ben-Ariho (2010) udává, že při stejném obsahu alkoholu v krvi mají mladší řidiči daleko větší šanci účastnit se smrtelné dopravní nehody. Pro řidiče spojených států ve věku 15 - 20 let v roce 2007 platilo, že 31 % z těch, kteří byli v důsledku dopravní nehody smrtelně zranění, před jízdou pilo (tj. měli v krvi 0,1 či více promile alkoholu) (Porter, 2011). Podobná studie z Nového Jižního Walesu (Austrálie) prezentovala ještě kritičtější výsledky. Ze všech smrtelných nehod mladých řidičů, v případě 63 % z nich byl překročen legální limit alkoholu v krvi. Pravděpodobnost úmrtí v dopravní nehodě způsobené alkoholem je u nich tak o 46 % vyšší než u starších řidičů (Scott-Parker, Watson, King, & Hyde, 2014). I když tedy mladší řidiči neřídí pod vlivem více než ostatní, nebo takto řídí dokonce méně často, následky nehod způsobených alkoholem jsou u nich daleko závažnější (Porter, 2011).

Jako hlavní příčinu těchto ukazatelů řada autorů (Peck, Gebers, Voas, & Romano, 2008; Barjonet, 2001; Porter, 2011) uvádí menší toleranci mladých řidičů vůči alkoholu. Podle zprávy WHO (2004), je u řidičů do 20 let pod vlivem alkoholu až 5násobná šance dopravní nehody oproti řidičům starším 30 let pod vlivem stejného množství alkoholu. Podobně i Barjonet (2001) zmiňuje, že při požití alkoholu je pro skupinu řidičů ve věku 18 a 19 let riziko nehody až 5 krát vyšší. Dále také poznamenává, že riziko nehody u teenagerů se objevuje značně rychleji, tedy kolem 0,2 promile alkoholu v krvi. Příčinu této nižší tolerance vidí Williams (2003) například v malé zkušenosti mladých řidičů s řízením, pitím a s řízením pod vlivem. Dahl (2008) popisuje a vysvětluje tuto problematiku převážně z pohledu

neurobiologického vývoje. Klíčovým se tak podle něj ukazuje zrání mozku adolescentů a s tím spojené schopnosti seberegulace a sebekontroly.

Dalším důležitým rizikovým faktorem spojeným s mladými řidiči a alkoholem je fakt, že mladí řidiči jezdí především o víkendu, a to ještě v nočních hodinách. Tato doba je spojena s podstatně větším počtem nehod zaviněných užitím alkoholu (Bajronet, 2001). Kromě toho je třeba mít stále na paměti, že mladí jezdí průměrně s více pasažéry než ostatní věkové skupiny. Obecný fakt, že na každého usmrceného mladého řidiče připadá 1,2 dalších usmrcených je tedy expozicí alkoholu ještě potencován. Myslím, že není těžké si představit scénář, kdy se v pátek v noci parta mladých lidí již v značně podnapilém stavu snaží autem dopravit domů po „pořádné akci“. U nás v České Republice se na základě těchto skutečností, a také ve snaze s nimi bojovat, od roku 2006 realizuje kampaň „Domluvme se“. Její základní propagované motto se zaměřuje právě na situace výše zmíněné. Zní tedy takto: „Pokud jedete za zábavou autem, domluvte se, kdo bude řídit a nebude pít alkohol“ (BESIP, 2012).

2.2.6. Vliv pasažérů

V dopravní psychologii se vlivu pasažérů na styl řízení a riziko nehody mladých řidičů věnuje poměrně velký zájem. Na jedné straně se jedná o silně protektivní faktor jízdy s rodiči či jinými dospělými a zkušenými řidiči. Na straně druhé je potenciaálně ohrožující a rizikový faktor přítomnosti vrstevníků (Porter, 2011).

Jak uvádí Barjonet (2001), jisté důkazy nasvědčují tomu, že pro některé mladé dospělé se může rizikové chování na silnici jevit jako demonstrace lepších schopností řízení. To je spojeno se sociálním statutem, který je posilován právě vlivy vrstevníků. Studie Williamse (2003) diskutuje přímo vliv pasažérů a potvrzuje negativní vliv pasažérů na riziko nehody mladých řidičů, škody na majetku způsobené nehodou, na zranění a také na pravděpodobnost nehody smrtelné. Za nejrizikovější jsou považováni vrstevníci. Zvláště ve větším počtu. Podle výzkumu Williama a Fergusona (2002) je polovina úmrtí v nehodách řidičů ve věku 16 - 17 let spojena s přítomností pasažérů mladších 20 let. Velice podobné výsledky prezentoval i výzkum Dohertyho, Andreyové, MacGregorové (1998), ve kterém řidiči ve věku 16 - 19 let měli dvojnásobně vyšší nehodovost při převážení pasažérů než ostatní věkové kategorie řidičů. Dále byl sledován i vliv počtu pasažérů. Přítomnost jednoho pasažéra riziko zvyšovala, avšak značně dramatičtější se ukázala přítomnost dvou nebo více pasažérů. V nočních dobách se tento efekt projevil nejextrémněji, což může korespondovat s riziky zmíněnými v části věnované řízení pod vlivem alkoholu o víkendech a v noci.

Konkrétně se řízení v nočních hodinách s pasažéry ukázalo jako 3krát rizikovější než řízení v noci bez pasažérů, 5krát rizikovější než řízení s pasažéry během dne a až 11krát nebezpečnější než řízení bez pasažérů během dne. Na společné působení alkoholu v krvi mladého řidiče a vlivu pasažérů upozorňuje také ve své studii Kealla, Fritha a Pattersonové (2002). Riziko řidiče mladšího 20 let, který veze dva či více pasažérů je podle jeho výsledků 34krát vyšší než u řidiče staršího 30 let, jedoucího s jedním pasažérem. Rozdíl je tedy opravdu obrovský. Co je však nutno zmínit, je rozdíl ve vlivu jednoho pasažéra. Na rozdíl od předchozích zmíněných studií považuje Keall, et al. (2002) přítomnost jednoho pasažéra jako méně rizikovou než řízení bez spolujezdce.

Při pohledu na zmíněné statistiky se zdá být zřejmé, že přítomnost vrstevníků a jejich tlak na riskantní jízdu řidiče je dosti značný. Nelze však pominout fakt, že většina těchto výzkumů byla provedena v USA anebo v zemích, kde může člověk získat řidičské oprávnění značně rychleji než ve většině zemích Evropy. Tímto rozdílem se ve své studii zabývá Houwing a Twisk (2015), který ve svém výzkumu z Nizozemska dosáhl výsledků, které ukazovaly dokonce na pozitivní vliv přítomnosti pasažérů ve vozidle po půlnoci. Ten byl vyjádřen tím, že u mladých řidičů (18 - 25) kteří vezli pasažéry, bylo méně často prokázáno ilegální množství alkoholu v krvi než u řidičů, kteří jeli sami. Podobné protektivní působení pasažérů na riziko nehody zjistil ve své studii i Engström, Gregersen, Grandström a Nyberg (2008) ve Švédsku. Houwing a Twisk (2015) navrhuje, že začínající řidiči v Evropě by mohli být vůči vlivům vrstevníků více odolní díky pozdějšímu věku získání řidičského oprávnění oproti USA či Novému Zélandu. Tento věkový rozdíl je totiž spojen se značnými odlišnostmi biologického i psychologického vývoje spojenými se zráním mozku. Podle studie Steinberga a Monahanové (2007) se vývoj odolnosti vůči tlakům vrstevníků vyvíjí nejvíce mezi 14. a 18. rokem života. Od 18 let se už tato vlastnost zřejmě nijak zásadně nevyvíjí. To by mohlo vysvětlovat alespoň částečně výše uvedené rozdíly.

Myslím, že ve světle výše zmíněných informací se je možno domnívat, že pro začínající řidiče ČR může být vliv vrstevníků ještě poměrně znát. Na základě poznatků Steinberga a Monahanové (2007) alespoň v prvním roce řízení. Také by bylo zajímavé sledovat tyto statistiky mezi jednotlivými státy Evropy. Země jako je Nizozemsko nebo Švédsko se totiž v bezpečnosti dopravy řadí mezi Evropskou špičku. Jak uvádí Houwing (2015), výzkum této oblasti je třeba v Evropě značně rozšířit.

2.2.7. Vývojové aspekty mozku

Výzkum zabývající se specifiky mladých řidičů, jako výjimečně ohrožené skupiny, v poslední době čerpá mnoho poznatků z neurověd. Ukazuje se, že vývoj mozku, a zvláště některých jeho konkrétních oblastí, může v určité míře ovlivňovat řadu vlastností typických právě pro řidiče mladší 25 let, jako například již zmíněné vnímání rizika či kontrola a náchylnost k riskantnímu chování. Porter (2011), zmiňuje řadu oblastí mozku, které jsou v tomto ohledu zkoumány. Mezi ně patří například prefrontální kortex, amygdala, hippocampus, nukleus accumbens, corpus callosum a další.

Okrajově již byly zmíněny poznatky Dahla (2008), ohledně riskantního chování mladších řidičů. To je pro ně typické, jelikož kapacita pro seberegulaci se podle autora rozvíjí plně mezi obdobím adolescence a dospělosti. V další studii se Steinberg (2008b) zmiňuje, že mají mladí řidiči silnější náchylnost k činnostem spojeným s větší odměnou či oceněním. Tento fakt je spojen s odlišnou aktivací v oblasti striatum ventrale. Bjork et al. (2004) ve svém výzkumu udává, že při očekávání zisku je u adolescentů snížena aktivita v pravé části striatum ventrale a amygdaly, což by mohlo být spojeno s menší úrovní strachu. Autoři navrhují, že tento nálezný může být příčinou náchylnosti k riskování. Slabší aktivace těchto regionů může totiž vést k hledání extrémnějších stimulů. V případě řízení automobilu by jako příklad mohly sloužit překračování rychlosti, nedodržování bezpečné vzdálenosti mezi vozidly, ale i více deviantní formy chování. Otázka větší potřeby ocenění a odměn se, jak udává Steinberg (2008), zdá být relevantní také pro riskantní chování při řízení s pasažéry vrstevníky, jejichž ocenění je také jistou formou odměny. Reynová a Farley (2006) ve shodě s výše zmíněnými autory poukazují na to, že v porovnání adolescentů s dospělými, mladší z nich budou náchylnější k špatným rozhodnutím především v situacích zahrnujících potencionální odměny nebo emoce.

Proto také Casey, Getzová a Galvanová (2008) zdůrazňují, jak důležité je rozvinutí schopnosti potlačit nevhodné myšlenky a činy, které směřují ve prospěch momentálního uspokojení, ve prospěch těch zaměřených na vzdálenější cíle. Společně s Bjorkem et al. (2004) tvrdí, že tendence více riskovat v adolescenci je spojená také s subkortikálními oblastmi, konkrétně s nukleus accumbens a jeho úrovní vývoje v porovnání s vývojem ventrálního prefrontálního kortexu, který se plně vyvíjí později, a zastává mezi jinými také roli kontroly impulzivního jednání a regulace emocí. Ernstová, Pine a Hardin (2006) shrnují příčiny riskantního a na odměnu zaměřeného chování mladých řidičů interakcí silně rozvinutého systému odměny (nukleus accumbens), slabě rozvinutého systému zaměřeného

na vyhýbání se nebezpečí (amygdala) a nedostatečného supervizního systému (prefrontální kortex).

Jak bylo již zmíněno, prefrontální kortex hraje důležitou roli také v regulování emocí.

Jak je známo, další mozkovou strukturou, spojenou s emocemi, jejich prožíváním a vyjadřováním je amygdala. Lunová, Garverová, Urbanová, Lazarová a Sweeney (2004) zmiňují, jak bylo již naznačeno výše, že odpovědi adolescentů na situace vyvolávající strach jsou pomalejší než u dospělých. Dále, menší aktivita prefrontálního kortexu, v porovnání s amygdalou, indikuje větší náchylnost k narušení procesu rozhodování silnými emocemi. Ve výsledku může mít tato slabší kontrola emocí jistě velký dopad na riziko dopravní nehody.

Zajímavostí specifickou pro adolescenty jsou také rozdíly v jejich cirkadiálních rytmech. Jak uvádí Carscadonová, Aceboová, Richardson, Tateová a Seifer (1997) hladiny melatoninu, tedy hormonu, který laicky řečeno působí ospalost, dosahují u adolescentů maxima v pozdějších hodinách. Tento fakt pomáhá vysvětlit, proč často dospívající preferují chodit spát i vstávat podějí. Jelikož však mladiství musí přesto vstávat poměrně brzo do školy či do práce, udává Steinberg (2008, citován ve Porter, 2011), že mohou tímto posunem ztratit až dvě hodiny spánku. Maycock (2002, citován ve Porter, 2011) uvažuje, že spolu s dalšími vzorci chování mladých se takto dá také částečně vysvětlit vyšší zastoupení nehod mladých řidičů během noci. Chronická ospalost, která by z tohoto spánkového cyklu mohla vzniknout, má také potenciál značně zhoršit schopnosti spojené s řízením. Toto ve svém výzkumu potvrdili Smith, Horsewill, Chambersová a Wetton (2009) a zdůraznili, že pro nezkušené řidiče znamená ospalost při řízení větší riziko než pro řidiče zkušené.

Jak shrnuje Porter (2011), pochopení vlivu odlišných fází vývoje mozku na schopnost řízení je stále v počátcích. To především kvůli extrémní komplexnosti mozku samotného. S postupem času, a rozšířením a z kvalitněním výzkumu v této oblasti, je však možno očekávat důležité nové poznatky, který by hrály roli ve snaze zajistit mladým řidičům zvládnout momentálně stále velice rizikové období v relativním bezpečí.

3. První pomoc

„První pomoc je definována jako soubor jednoduchých a účelných opatření, která při náhlém ohrožení nebo postižení zdraví či života cílevědomě a účinně omezují rozsah a důsledky ohrožení či postižení“ (Bydžovský, 2004, 9).

První pomoc převážně dělíme na 3 základní druhy či fáze. Těmi jsou technická první pomoc, laická první pomoc a odborná první pomoc.

Technická první pomoc se zaměřuje na odstranění zevních příčin způsobujících poruchu zdraví, nebo příčin, které zdravotní stav zhoršují. Může jít tedy například o odstranění zdrojů otravných výparů, o uhašení ohně, vypnutí zdroje elektrického proudu atd. Dalším úkolem je vyproštění raněného a jeho odsun na bezpečné místo. Například vynesení oběti z hořících trosek nebo od vozidla s unikajícím benzínem, hrozícím vznícením, tak aby bylo možné poskytnout první pomoc. Důležitou součástí této fáze je pro zachránce také zhodnocení a zvládnutí situace tak, aby ani on, ani další záchránci a samozřejmě i oběť nebyli vystaveni dalšímu nebezpečí. U dopravních nehod je tedy nutné upozornit projíždějící vozidla na nehodu správným označením místa havárie, nebo přímo zastavit provoz. K tomu lze také využít přítomných přihlížejících. Pro zvýšení bezpečnosti je dobré použít reflexní vestu (Lejsek, 2013).

Laická první pomoc je především, jak popisuje Bydžovský (2004), „*souborem základních odborných a technických opatření, která jsou zpravidla poskytována bez specializovaného vybavení*“ (9). Tuto pomoc poskytuje každá osoba, která je svědkem nehody, úrazu či náhlého postižení zdraví, nebo také osoba, která přichází s takovým postižením do kontaktu. Může jít tedy i o svépomoc, kdy se postižený ošetřuje sám, dále vzájemnou pomoc, kterou si postižení poskytují navzájem, pomoc nevyškolených laiků, přihlížejících nebo blízkých, a samozřejmě pomoc vyškolených laiků jako neprofesionálních zdravotníků. Součástí laické první pomoci je přivolání odborné zdravotnické pomoci a péče o postiženého až do doby jejího příjezdu. V některých případech může laická první pomoc také obsahovat improvizovaný transport na místo, kde je potřebná odborná zdravotnická péče dosažitelná (Bydžovský, 2004; Lejsek, 2013).

Odborná první pomoc zahrnuje výkony prováděné zdravotnickým personálem, tedy lékaři, zdravotními sestrami, záchranáři apod. Je realizována především výjezdovými skupinami zdravotnické záchranné služby (ZZS) na místě postižení a během transportu do zdravotnického zařízení (Bydžovský, 2004; Lejsek, 2013).

Tato práce se dále bude zaměřovat na první pomoc poskytovanou před příjezdem zdravotnické záchranné služby. Především tedy laickou první pomoc a částečně technickou první pomoc ve smyslu zajištění bezpečí pro na zdraví ohrožené oběti a záchránce. V dalších částech této kapitoly bude zmíněna důležitost laické první pomoci, spolu se statistickými údaji jejího poskytování, a také budou přiblíženy základní postupy provedení první pomoci.

3.1. Poskytování první pomoci

Jak bylo již zmíněno v předchozích kapitolách, moderní doba plná technických vymožeností nám přináší řadu výhod. Mezi ty nutně patří i vysoká úroveň individuální mobility. Stejně tak již byl prezentován dostatek informací, abych bylo jasné, že se tato mobilita neobejde bez těžké daně, kterou na cestách každoročně platí až příliš mnoho lidí svým zdravím, nebo dokonce svými životy. Tuto skutečnost rozpoznává a komentuje i Hasík (2003), který přiznává, že rozvoj vědy a techniky přispěl také velkou mírou k mnohým pokrokům v medicíně. Aby současná medicína mohla vyřešit dříve neléčitelné choroby či nezvládnutelné úrazy, je nutno zvládnout fázi bezprostředního ohrožení života. Za účelem snížení úmrtnosti v přednemocniční fázi jsou tedy organizovány profesionální záchranné systémy. Česká zdravotnická záchranná služba (ZZS) by měla být schopna zajistit ošetření pacienta do patnácti minut po nahlášení nehody či jiné krizové situace na tísňovou linku. Jak Hasík (2003) dále uvádí, je tato doba dána především možností dojezdu ze základny a v reálných situacích se může tento čas i prodloužit. Lejsek (2013) udává časovou dostupnost přednemocniční péče záchrannou službou do 20 minut po převzetí pokynu operátora.

I patnáctiminutová prodleva při zahájení ošetření je však v mnoha případech příliš dlouhá a šanci na záchranu života často snižuje až na nulu. To platí zejména u stavů, kdy došlo k zástavě krevního oběhu. Při přerušení dodávky kyslíku do mozku delším než 5 minut hynou nenávratně mozkové buňky. To znamená pro člověka ztrátu mozkových funkcí a tím pádem smrt. Správně provedené, jednoduché výkony laické první pomoci mohou zajistit účinné okysličení mozkových buněk, a tak prodloužit čas reálné naděje na záchranu života. O životě nebo smrti může tedy u různých nehod často rozhodovat prvních 5 minut (Hasík,

2003).

Hussain a Redmond (1994) v jejich studii přednemocničních úmrtí, jejíž velkou část tvořily dopravní nehody, prokázali, že až v 39 % případů nastala smrt důsledkem neprůchodnosti dýchacích cest obětí. Důležitost poskytnutí laické první pomoci zdůrazňuje také zpráva Bristkého Červeného kříže (Fiadner, 2001). Kromě neprůchodnosti dýchacích cest uvádí jako další příklad také krvácení. Pokud v okolí dopravní nehody nebude nikdo, kdo by na ránu vyvinul tlak a krvácení zastavil, i ten nejsostikovanější a nejrychlejší záchranný systém přijede na místo, pouze aby potvrdil smrt.

V České Republice je situace poskytování první pomoci neutěšená. Jak udává Lejsek (2013), je u nás první pomoc poskytována dokonce asi u pouhých 10 % případů. Nejpříznivější předpovědi udávají 39 % což je o mnoho více, ale pořád daleko od ideálu. Štětina (2000) na základě zkušenosti výjezdových týmů popisuje poskytnutí první pomoci u 22 - 38% případů.

Co se týče statistik Policie České Republiky (2015) za rok 2013, ty nám poskytují pouze přehled nehod, u kterých bylo nutno poskytnout první pomoc, ale nestalo se tak (Viz tab. 4).

Tab. 4 Počet nehod, u kterých bylo nutno poskytnout první pomoc, ale nestalo se tak

ROK	Kategorie účastníků provozu	
	Chodci	Ostatní
2013	133	675
2012	186	744
2011	153	728
2010	192	669

Přitom je třeba mít na paměti, že poskytnout první pomoc je nejenom věcí morálky, ale také věcí trestního práva. Zákon č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, platný od 1. 1. 2010, upravuje povinnost poskytnout laickou první pomoc takto:

§150 Neposkytnutí pomoci

„Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.“

§151 Neposkytnutí pomoci řidičem dopravního prostředku

„Řidič dopravního prostředku, který po dopravní nehodě, na níž měl účast, neposkytne osobě, která při nehodě utrpěla újmu na zdraví, potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na pět let nebo zákazem činnosti.“

3.2. Postup na místě nehody

Zajištění bezpečnosti zúčastněných

Prvním základním krokem záchranných prací je vždy zajištění bezpečnosti zúčastněných. Zachránce nebo záchránci nesmí vystavit nebezpečí vlastní život (Lejsek, 2013).

Řidič by měl v situaci dopravní nehody zastavit vozidlo při pravém okraji vozovky na přehledném a bezpečném místě a rozsvítit výstražná světla. Vzdálenost od havarovaných vozidel by měla být minimálně 50 metrů. Ve stejné vzdálenosti by měl řidič umístit výstražný trojúhelník asi jeden metr od pravého okraje vozovky směrem do vozovky. V případě, že se nehoda udála na dálnici, měl by výstražný trojúhelník být ve vzdálenosti 100 metrů od nehody. Je-li z dispozici přenosný hasicí přístroj, je třeba jej vzít a připravit k použití. Po bezpečném zajištění okolí nehody je často třeba provést úkony technické první pomoci (je-li to možné), pro zabránění vzniku dalších zranění oběti nebo prohloubení těch stávajících. Jde např. o vypnutí zapalování havarovaného vozidla či zajištění havarovaného vozidla proti pohybu. Poraněné vyprošťovat z vozidel pouze pokud hrozí další nebezpečí, které by mohlo zhoršit stav poraněného, pokud ve stávající poloze nemáme šanci poraněného ošetřit, nebo pokud poloha těla brání poskytnutí pomoci dalším postiženým (Srnský, 2002).

Sjednání pomoci

Součástí laické první pomoci je vždy časný kontaktování Zdravotnické záchranné služby (ZZS). V České Republice slouží k tomuto účelu tísňová linka 155. V některých případech je možno volat tísňovou linku 112, když není v telefonu SIM karta nebo je telefon zamknutý a nelze jej odblokovat. Je však pravděpodobné že dojde k určité časové prodlevě, než se linka 122 spojí s ZZS. V případě, že je u nehody přítomen pouze jeden záchránce, volá okamžitě, tedy i před potřebným zahájením kardiopulmonální resuscitace (KRP) pokud je

postižený dospělý a nejedná se o případ tonutí či ponoření, zástavy srdeční při traumatu či předávkování drogami či léky. V těchto výjimečných případech voláme ZZS po minutě KPR prováděné umělým dýcháním. Před tísňovým voláním poskytujeme KRP také v případě, že postižený je dítě mladší 8 let. To platí, pokud je okamžitě k dispozici pevná linka nebo mobilní telefon. V ostatních případech, kde by například bylo třeba běžet k nejbližší telefonní budce, je nutno dát přednost urgentním výkonům vedoucím k záchraně života. Když jsou u nehody zachránci dva, jeden z nich zahajuje KPR a druhý aktivuje ZZS (Srnský, 2002).

Mezi fakta, která je nutno uvést při volání na tísňovou linku patří:

- Jméno volajícího a číslo telefonu, ze kterého volá.
- Informace o tom co se stalo a rozsah situace
- Co nejpřesnější popis místa a příjezdové trasy
- Počet a stav postižených (především informace o jejich základních životních funkcích, věk a charakteristika poranění)

Důležité pro zachránce je nikdy nepokládat telefon jako první. Operátor je vyškolený ve vedení další komunikace a je obvyklé, že vznáší požadavky k dalšímu vyšetření a následně vede volajícího v dalším poskytování první pomoci.

Základní třídění priorit dle závažnosti poranění

K základním úkolům zachránce při poskytování první pomoci patří neprodlená identifikace stavů, které potřebují ošetřit jako první. Nejdříve je tak potřeba postupně a rychle vyšetřit poraněné se zaměřením na základní životní funkce. Jde tedy o kontrolu vědomí, dýchání a krevního oběhu. Postižené osoby, které jsou v bezvědomí, trpí masivním krvácením, dušením či zástavou krevního oběhu, řadíme ke stavům bezprostředního ohrožení života. Vyžadují neodkladnou péči adekvátními terapeutickými opatřeními.

Dále, pokud u oběti nedošlo k selhání základních životních funkcí, lze se věnovat podrobnějšímu vyšetření, které se zaměří na potenciální ohrožení života nebo závažné poškození zdraví, jako například hrozící invalidita, rozvíjející se šok, respirační nedostatečnost a jejich příčiny.

Další skupinu tvoří stavy, kterým se lze věnovat s přiměřenou časovou prodlevou. Jde o stavy, které neohrožují bezprostředně život ani zdraví, ale poskytnutí první pomoci může zmírnit utrpení a vytvořit lepší předpoklady k dobrému průběhu dalšího léčení.

Nakonec jsou tu i stavy první pomoci neovlivnitelné či neslučitelné s životem a stavy, které poskytnutí první pomoci nevyžadují (Lejsek, 2013; Srnský 2002).

Práce s přihlížejícími

Důležitým aspektem při poskytování první pomoci je práce s lidmi okolo sebe. Často se v místě nehody sejde poměrně dost lidí, ale je spíše pravidlem než výjimkou, že tyto osoby nevěnují aktivní péči postiženému. To může pramenit z toho, že neví jak pomoci, jsou zděšení, nemají dostatek sebedůvěry, a myslí si, že by to nezvládli apod. Úkolem zachránce je v této situaci zabránit chaosu a pokusit se využít ostatních při realizaci úkonů první pomoci. Můžou například volat ZZS a pomoci je nasměrovat na správné místo, zatímco se zachránce věnuje vlastní první pomoci. Často bude třeba také více lidí pro vyproštění postiženého či jiné zajištění jeho bezpečí v rámci technické první pomoci. Zvláště při podezření na úraz páteře je, jak již bylo řečeno, přítomnost většího počtu zachránců důležitá.

Přístup k postiženému

Pro efektivitu první pomoci je také důležité vybudování vztahu mezi zachráncem a postiženým. Zachránce by měl působit pokud možno klidným a sebejistým dojmem, i když to bude často určitě náročné. Je třeba nezapomenout na představení se a vysvětlování svých postupů. Udržování rozhovoru s postiženým mu pomůže v řadě oblastí. Ve spojení s rozhodností a šetrností by měl zachránce v postiženém vybudovat pocit důvěry. (Lejsek, 2013; Bydžovský 2004)

3.3. Neodkladná resuscitace

Neodkladná resuscitace neboli kardiopulmonální resuscitace (KPR) patří mezi základní úkony první pomoci. Je souborem postupů, které zajišťují obnovení dodávky okysličené krve do tkání při zástavě dechu a krevního oběhu. Mezi příznaky zástavy dechu podle Bydžovského (2004) patří chybící exkurze hrudníku, neschopnost cítit vydechovaný vzduch, cyanóza, tedy promodrávání kůže, které nastupuje po několika desítkách sekund. Tyto příznaky jsou obecně indikací k zahájení KPR. Při zástavě dechu následuje ztráta vědomí a zástava krevního oběhu po 2 - 3 minutách. Maximální důležitost je u tohoto úkonu tedy kladena na časový faktor. Základními kroky KRP jsou:

Uvolnění průchodnosti dýchacích cest. To je provedeno nejdříve vyčištěním dutiny ústní. Následně je třeba poraněnému zaklonit hlavu a současně dvěma prsty zvednout bradu a dolní čelist. Pokud existuje podezření na přítomnost cizího tělesa v dýchacích cestách, je možné provést speciální úder do zad nebo Heimlichův chvat. Tyto výkony však nejsou vždy laikům doporučovány. Zvážit je lze, pouze pokud je raněný při vědomí (Srnský, 2002).

Nepřímá masáž srdce. Postiženého uvedeme do polohy na zádech na pevné podložce. Podle standardů první pomoci červeného kříže podle Srnského (2002), stlačujeme hrudník o dva prsty výše, než je konec hrudní kosti. Novější standardy podle Hasíka, Srnského, Školy a Štěpánka (2012), pro jednoduchost směřují dlaň zachránce prostě doprostřed hrudníku. Při poloze kolmo k hrudníku a s pažemi propnutými v loktech stlačujeme hrudník frekvencí alespoň 100 stlačení za minutu do hloubky 5 - 6 cm. V Kombinaci s umělými vdechy usilujeme o poměr 30 stlačení a 2 vdechů

Umělé dýchání z plic do plic. Provádí se při zachování průchozích dýchacích cest. Zachránce stiskne palcem a ukazovákem ruky spočívající na čele postiženého jeho nosní křídla. Po normálním nádechu přiloží svá ústa těsně na ústa postiženého, a plynule vydechne. Sleduje při tom, jestli se zvedl hrudník postiženého. Pokud ano, nadechne se zachránce znovu a proces opakuje. V Kombinaci nepřímou masáží srdce usilujeme o poměr 2 vdechů a 30 stlačení. Jak uvádí Lejsek (2013), diskutabilní je, zda by měl zachránce z důvodu vlastního bezpečí poskytovat dýchání z úst do úst při podezření na infekční chorobu postiženého. Jsou-li dostupné bariérové pomůcky, lze je využít (resuscitační maska je povinnou výbavou každé autolékárničky), avšak ani ony nezaručují stoprocentní protektivní účinek. V případě, že laici nejsou ochotni umělé dýchání provádět (zejména u neznámých osob), měli by poskytnout alespoň masáž hrudníku.

Neodkladnou resuscitaci laik provádí, až dokud se postižený nezačne budit. Tedy hýbat se, otevírat oči, či normálně dýchat. Pokud se nic nemění, pokračuje až do příjezdu ZZS. V krajním případě může neodkladnou resuscitaci ukončit v případě totálního vyčerpání. Tomu však lze předejít střídáním zachránců.

3.4. Postup v život ohrožujících situacích

3.4.1. Bezvědomí

Bezvědomí může být způsobeno řadou příčin. Mezi jinými i primárně cerebrální příčiny, mezi které řadíme úrazy hlavy a mozku v důsledku otřesu, zhmoždění, stlačení atd. Tento

stav se diagnostikuje na základě reakce postiženého. Nejdříve se je tedy třeba pokusit navázat kontakt hlasitým oslovením. Pokud poškozený nereaguje, zhodnotíme jeho reakci na dotek a následně bolestivý podnět (třeba štípnutí). Pokud se záchránce stále nedostane žádné reakce, je nutno se zaměřit na základní životní funkce. Bezvědomí může být totiž vyvoláno sekundárně, nedostatečným přísunem okysličené krve. V případě že pacient nedýchá, zahájíme neodkladnou resuscitaci (Lejsek, 2013). Pokud se podaří obnovit dýchání, ponechá záchránce postiženého v poloze na zádech, přikryje jej izotermickou fólií a vyčká příjezdu ZZS. Je třeba při tom postiženého nepřetržitě sledovat, jestli nepřestal dýchat. Na rozdíl od starších postupů při první pomoci, poškozeného následně uložíme do zotavovací polohy na boku pouze ve výjimečných případech. Těmi jsou bezvědomí následkem tonutí, krvácení z úst či nosu nebo jedná-li se o otravu či opilost (Hasík et al., 2012). Odkazující se na kapitulu o řízení pod vlivem alkoholu poznamenejme, že v situacích dopravních nehod může být opilost u poškozeného častá.

3.4.2. Krvácení

Základně můžeme rozlišit krvácení vnitřní a vnější.

Vnitřní krvácení může být následkem interních onemocnění jako leukémie nemoc jater apod., ale také následkem traumat. Tedy různých úderů, pádů, zlomenin či tlakových poranění či nárazů ve větší rychlosti. Jak udává Scheinarová (2002) úrazové vnitřní krvácení se vyskytuje častěji a nejzávažnější pro postiženého jsou krvácení do mozku, do břicha, hrudníku nebo pánevní oblasti. Hasík et al. (2012) podobně popisuje jako hlavní příčiny úraz způsobený vysokou energií. A to je, nutno říci, velké procento dopravních nehod. Vnitřní krvácení je také problematičtější než krvácení zevní, protože je většinou dlouho skryto. Mezi jeho nejčastější projevy patří bolest v postižené krajině, rychlý a slabý pulz, zrychlené a mělké dýchání, bledá chladná pokožka se studeným potem, pocit žízně a apatie (Lejsek, 2013). Podle bydžovského (2004) se také můžou vyskytovat otoky, příznaky šoku, neklid či mnohomluvnost. Jak uvádí metodika projektu ZDrSEM (2015) je zde zásadní sledovat mechanismus úrazu, jelikož jak již bylo uvedeno, může být tento stav dlouhou dobu skryt a zmíněné výše příznaky se můžou rozvinout až po hodinách, či dokonce dnech. K vážnému podezření na vnitřní krvácení by měl vést pád postiženého z dvojnásobné výšky jeho těla či náraz na překážku v rychlosti 40km/h a více. V případě sražení chodce automobilem stačí rychlost podstatně menší.

Postup u podezření na vnitřní krvácení obsahuje provedení protišokových opatření, ale život

zachraňujícím úkonem je chirurgické ošetření v nemocnici. Laik tedy čeká hlavně na ZZS a pak předá informaci o podezření na vnitřní krvácení (Srnský, 2002).

Vnější krvácení dělíme převážně na tepenné, žilní a smíšené.

Tepenné neboli arteriální krvácení je život ohrožující situace. Způsobuje extrémní ztrátu krve, a to v rychlém tempu. Mezi příznaky tepenného krvácení patří jasně červená krev, která z rány až vystřikuje a je patrná její pulzace. Základním postupem, který je však identický i pro silná žilní či smíšená krvácení, je neprodlené stlačení tepny/žíly přímo v ráně prsty. Pokud možno, použije zachránce rukavici pro ochranu. Následuje, pokud to situace umožňuje, zhotovení tlakového obvazu. V minulosti bylo častými pokyny také zvedání končetin nad úroveň srdce nebo použití tzv. tlakových bodů. Hasík et al. (2012) tyto metody však pokládá za neúčinné. V případě, že není možné zastavit nebo značně omezit krvácení přímým tlakem, je možno využít zaškrcovalo. To by podle něj ale mělo být také použito pouze speciálně vyškoleným zachráncem, jelikož je to pro laika extrémní prostředek, a jeho nesprávné použití může krvácení ještě zhoršit. V situaci, že se přímým tlakem krvácení nedá zastavit, zdá se rozumné použít metodu tlakových bodů, jak popisuje také Lejsek (2013).

3.4.3. Poranění páteře

Dopravní nehody jsou obecně nejčastější příčinou úrazů páteře. Ve většině případů jde o úrazy krční páteře, především zpětným nárazem do nevhodně nastavené opěrky hlavy, nebo také v případě bederní páteře, v důsledku dvoubodového nebo příliš volného bezpečnostního pásu. Poranění páteře je zvláště závažné kvůli potencionálnímu poškození míchy a s tím spojenými nezvratnými neurologickými postiženími. Mezi příznaky postižení míchy patří silná bolest v oblasti postižení, pocit „rozpůlení“, ztráta motoriky, ztráta citlivost anebo až abnormálně zvýšená citlivost (Lejsek, 2013). Jelikož je obtížné poranění páteře dobře rozpoznat, je důležité pokud možno vždy zjistit mechanismus úrazu. Bydžovský (2004) popisuje dva zvláště nebezpečné mechanismy úrazu: ohnutí (flexe) a mechanismus šlehnutí bičem (whiplash syndrom). První zmíněný způsobuje poškození nekoordinovaným pohybem, který svaly nestačí vyrovnat protipohybem. U tzv. whiplash syndromu, je mícha téměř vždy poškozena, a to v důsledku prudkého ohnutí vpřed nebo vzad, s následným pohybem v opačném směru. Znovu je tento fenomén obzvláště typický pro autonehody. Stěpánek (2009) ve své publikaci uvádí, že podezření na poranění páteře je na místě vždy u nárazů v rychlostí větší 40 km/h, u pádu z dvojnásobné výšky těla nebo u přímého úderu do zad. Metodika projektu ZDrSEM (2015) uvádí, že je dokonce možné, že se oběť bude i s

poraněním páteře například schopna postavit. Může jít totiž o nebezpečnou situaci, kdy došlo ke zlomení obratle, ale ten ještě nepoškodil míchu. Pohyb v takové situaci může však míchu lehce poškodit a je extrémně nebezpečný.

I když vyžadují úrazy páteře minimální pohyb z postiženým, prioritou při jeho ošetření zůstává zabezpečení základních životních funkcí. Pokud tedy postižený přesvědčivě nedýchá, přistupuje záchránce k neodkladné resuscitaci (Hasík et al., 2012). Je rozhodně třeba s postiženým zacházet co nejšetrněji, ale, jak uvádí Lejsek (2013), „*Ani opodstatněný strach z poškození pacienta, nesmí být důvodem k nezahájení KPR, nebo neprovedení základních úkonů k zajištění průchodnosti dýchacích cest u postiženého v bezvědomí*“ (157). Při nutném pohybování postiženým (například kvůli zajištění bezpečí) je důležité stabilizovat hlavu v ose těla a pro přesun využít pokud možno více lidí. V případě, že je poškozený při vědomí, snaží se ho záchránce uklidnit a přesvědčit ho, aby se nehýbal.

3.4.4. Popáleniny

Popáleniny tvoří pouhých 5 % všech úrazů. Patří však mezi ty nejzávažnější z nich. Dopravní nehody jsou podle Lejska (2013) druhá nejčastější příčina popálenin. V 60 % případů vznikají tyto úrazy v domácnosti. Mezi příznaky popálení patří podle závažnosti zrudnutí kůže, puchýře, nekrózy až zuhelnatění. Za těžké popáleniny se považuje u dospělých popáleniny pokrývající 30 a více procent těla nebo popáleniny obličeje, krku, dlaně či genitálu.

V případech popálenin je často třeba zabránit dalšímu působení tepla, tedy odstranit postiženého z dosahu horkého předmětu, vynesení z hořícího prostředí nebo svlečení nebo uhašení hořícího oděvu. Důležité je také sejmout postiženému prsteny, náušnice, náramky apod.

Při poskytování první pomoci u popálenin menšího rozsahu (cca 7 cm v průměru), chladí co nejrychleji záchránce popálená místo vodou. Odstraňují se pouze hrubé nečistoty. Popálenina se nedesinfikuje a neaplikují se na ni žádné lokální prostředky (masti apod.) Důležité je zabránit infekci rány tím, že ji záchránce zakryje sterilní gázou (v případě nedostupnosti alespoň čistou textilií). Ošetřené části těla je třeba znehybnit. U popálenin velkého rozsahu se popáleniny nechladí, nebo chladí jenom jednorázově a krátkodobě. Hrozí totiž podchlazení organismu. Pokud je to možné poškozené plochy záchránce sterilně zakryje a zvýšenu pozornost věnuje základním životním funkcím. V případě jejich selhání zahájí KPR (Lejsek, 2013; Hasík et al., 2012).

4. Psychologické aspekty poskytování první pomoci

4.1. Prosociální chování

Okolnostmi poskytování první pomoci člověku v nouzi se zabývá sociální psychologie. Především tedy ve výzkumu prosociálního chování. Prosociální chování můžeme chápat jako „*jakýkoli akt chování vykonaný ve prospěch druhého člověka nebo skupiny osob, jako pomáhající chování, jehož cílem je přinést užitek jiným*“ (Výrost, & Slaměník, 2008, 285). Terminologie týkající se právě prosociálního chování, jak popisuje Mlčák (2010), je někdy nejednotná, částečně se překrývající nebo dokonce protichůdná. Výše zmíněné vymezení by tak někteří autoři označili jako altruismus. Odlišnost těchto dvou pojmů je většinou postavena na faktu, že altruismus, jako pomoc někomu jinému, není spojen s očekáváním jakéhokoli zisku či odměny. Často je mu také přisuzován aspekt sebeobětování. Při tomto vymezení převažujících pojetí, je možno prosociální chování považovat za širší či nadřazený pojem. Altruismus by tím pádem byl specifickým druhem prosociálního chování. Prosociální chování se může uplatňovat ve velice širokém spektru událostí. Může jít o pouhé poskytnutí informací druhému člověku, pomoci někomu s omezenou hybností nastoupit nebo vystoupit z autobusu, vyslechnutí starostí někoho blízkého, ale také o poskytnutí první pomoci zraněnému člověku nebo pomoc osobě fyzicky napadené někým jiným. Můžou to tedy být situace ve, kterých pomáhající není nijak ohrožen ale také situace, kde mu nebezpečí hrozí (Výrost, & Slaměník, 2008).

Vysvětlení prosociálního chování a jeho původu, rozhodně není jednoduchým úkolem. Jednotná a obecně přijímaná teorie prosociálního chování v současnosti neexistuje. Řada návrhů se pohybuje spíše na úrovni konceptů či hypotéz, které nejsou dostatečně prokázané. Lze se však zmínit alespoň některé nejvýznamnější koncepty, často k vysvětlení prosociálního chování používané. Jsou jimi teorie sociální výměny, normy sociálního chování a empatie (Mlčák, 2010; Výrost, & Slaměník, 2008)

4.1.1. Teorie sociální výměny

Tato teorie předpokládá, že lidé, ve své rozmanité interakci mezi sebou, jednají na základě toho, co je jejich chování vůči druhým bude stát, a také toho, jaký zisk můžou očekávat. Jinak je tento model nazýván modelem nákladů a odměn. Je fakt, že u aktů prosociálního chování často nevidíme patrný přímý zisk. Poskytování první pomoci se zde zdá jako dobrý

příklad. Nicméně řada autorů předpokládá, že toto chování přináší jistou odměnu v podobě sebeuspokojení či dobrého pocitu z vykonaného skutku. Pilivínová, Callero, & Evans (1982) tvrdí, že čím nepříjemnější a případně nebezpečnější prosociální chování je, tím intenzivnější je pocit uspokojení, který nastoluje, resp. podporuje udržení pozitivního emočního ladění. Jak ale uvádí Mlčák (2010), tento nepříjemný stav, vyvolaný zpozorováním někoho jiného v nouzové situaci, může kromě přímé či nepřímé pomoci vést také k úniku ze situace. Zvažování, zda pomoc poskytnout, se vlastně odvozuje od nákladů a odměn spojených s pomocí a nákladu a odměn spojených s neposkytnutím pomoci. V případě, že jsou náklady pozorovatele příliš vysoké, je nepravděpodobné, že pomoc poskytne, a zvolí spíše možnost úniku ze situace. Jsou-li náklady pozorujícího nízké, je přímá pomoc daleko pravděpodobnější. Tato teorie tedy předpokládá, že lidské chování je motivováno primárně egoisticky (Mlčák, 2010).

4.1.2. Normy sociálního chování

Občas se stává, že u někoho zpozorujeme tak obětavé chování, které nekorresponduje s teorií nákladů a odměn, protože náklady značně převyšují získané odměny. Vysvětlení takového počínání může nabídnout právě teorie norem. Jak uvádí Výrost a Slaměník (2008) „*Norma představuje sociální očekávání, předepisuje chování vyžadované společností. Interiorizovaná norma sestává přesvědčením, zásadou, morálním principem a uplatňuje se při rozhodování o způsobu jednání a chování*“ (288). Důležité je zde slovo interiorizovaná. Pokud totiž člověk určitou normu (např. „máme pomáhat jiným“) dostatečně hluboce zvnitřní, pociťuje následně při chování v souladu s ní uspokojení, zvýšené sebeocení a pozitivní emoce. Pokud jedná v rozporu s takovou normou, bude prožívat negativní sebeobviňování a upadne i jeho sebehodnocení. Takto zvnitřněné normy však většina lidí nemá. Spíše si jenom osvojí vědomí, co se má a co ne. Mezi dvě nejčastěji uváděné normy, které výrazně motivují prosociální chování, patří reciprocita a sociální odpovědnost. Reciprocita nám ukládá, abychom pomohli těm, kteří pomohli nám, anebo těm, od kterých alespoň očekáváme, že nám naši pomoc vrátí. Zároveň se samozřejmě očekává, že lidem, kteří nám ublížili, nápomocní nebudeme. Jde tedy o zachování určité rovnosti. Dočasně je možno tuto normu porušit a například dávat víc, než bereme, ale v delším časovém horizontu se váhy musí znovu vyrovnat.

Norma sociální odpovědnosti předpokládá, že pomůžeme těm, kteří jsou na nás závislí a pomoc opravdu potřebují. V takovém případě jde o pomoc bez ohledu na opětování pomoci (Výrost, & Slaměník, 2008).

4.1.3. Empatie

Schopnost empatie je mnohými autory považována za jeden z principů vysvětlujících prosociální chování. Jde o to, že dokážeme-li se dostatečně vžít do situace člověka v tísní, můžeme daleko lépe porozumět prožívání a snadněji působit ve smyslu redukce jeho, ale vlastně i našeho vlastního nepříjemného stavu. Empatie se tímto často stává motivujícím faktorem prosociálního chování, ale paradoxně možná obsahuje i jistou egoistickou složku (Výrost, & Slaměnik, 2008). Tento paradox v různých podobách je již dlouho zdrojem četných sporů, jak uvádí i Mlčák (2010), kde popisuje paradoxy hedonistický, empatický a motivační. Tímto sporem se však nemá smysl v této práci již více zabývat. Přijmeme-li tedy pohled Batsona (1987), který je autorem empaticko-altruistické hypotézy, vede empatická emoce k altruistické motivaci pomoci druhým a zvýšit tak jeho prospěch, ne tedy náš vlastní. Berger (1962) ve svém výzkumu empatie zjistil, že osoby, které pozorovaly druhého člověka dostávat elektrický šok (nahraná situace), byly ochotny pomoci podstatně více, než ty, které domnělé oběti neviděly. Jak píše Výrost a Slaměnik (2008), nemusí ale empatie vyvolat prosociální chování vždy. Například u opravdu strašných neštěstí kvůli stavům velkého strachu bolesti a napětí. To není pro scénáře dopravních nehod příliš pozitivní závěr, jelikož mnoho z nich (ne však všechny) má značně odstrašující charakter. V případě, že je obětí někdo blízký, je pomoc značně pravděpodobnější, nicméně tohoto jevu v mnoha případech kolizí cizích lidí nevyužijeme.

I když jsou tedy teorie prosociálního chování často protichůdné a sjednocení není na obzoru, o jejich vlivu můžeme uvažovat v různých situacích a při rozmanitých okolnostech ovlivňujících poskytnutí pomoci ostatním lidem. Těm se bude věnovat další část této práce.

4.2. Efekt přihlížejících

Výzkum faktorů ovlivňujících prosociální chování, jak udávají Výrost a Slaměnik (2008), Mlčák (2010) nebo Hayesová (1993), ve velké míře započal v 60. letech minulého století, po tragické události, která se udála v New York City. Jde o vraždu Kitty Genoveseové, která byla ubodána k smrti kolem třetí hodiny ráno před svým domem v jedné z obytných částí New Yorku. Jak píše Darley a Latané (1968), i když nešlo o zcela rutinní vraždu, nebyla jí věnována příliš velká publicita, alespoň ne do doby, kdy New York Times odhalil další stránku této události. Zjistilo se, že při nejmenším 38 svědků útok zaznamenalo, ale ani jeden

z nich se ani nepokusil napadené pomoci. Dokonce ani nikdo z nich nezavolal policii. Mlčák (2010) podrobněji uvádí, že po tom, co byla žena napadena, začala volat o pomoc. Následně se rozsvítily světla okolních bytů, v oknech se objevily i tváře a útočník utekl. Jelikož však Kitty nikdo nepomohl, útočník se vrátil a napadl ji podruhé. Po opětovném zopakování scénáře, kdy žena začala křičet, lidé rozsvítily světla a útočník se vzdálil, vrátil se potřetí a ubodal ji k smrti. Celá situace trvala více jak půl hodiny. Důvody pro neposkytnutí pomoci přihlížejícími viděla americká média, kazatelé a profesori v morálním rozpadu, lhostejnosti, dehumanizaci zapříčiněnou městským prostředím, alienací či anomii.

Darley a Latané (1968) rozpoznali však ve své analýze vliv jiných faktorů. Nejprve zdůraznili, že osoba, přihlížející takto děsivé a ohrožující situaci, je v rozporu. Na jedné straně ji ovlivňuje samozřejmě humánní snaha oběti pomoci, ale na druhé straně musí bojovat s iracionálními, ale i racionálními strachy ohledně vlastní bezpečí v případě, že by se rozhodla jednat. Mezi tyto obavy patří kromě strachu z fyzické újmy také veřejné ztrapnění, nutnost procházet policejními procedurami a jiné neznámé obavy. Jako další okolnost, která by mohla mít vliv na to, že přihlížející nezasáhli, označili autoři přítomnost ostatních svědků. V tomto konkrétním případě viděli přihlížející rozsvícená okna a v nich dokonce i lidské siluety. Věděli tedy, že ostatní lidé se také dívají. Tímto mezi přihlížejícími došlo z tzv. rozptýlení odpovědnosti. Svědci události se tak cítili méně zodpovědní za pomoc napadené. Konečně je od aktivní pomoci odrazovala také domněnka, že někdo z ostatních svědků tragédie už určitě zavolal pomoc nebo se nějakým způsobem k pomoci odhodlal.

Tento efekt působení přítomností dalších lidí u situace vyžadující intervenci, je v dnešní době už velice známý jako efekt přihlížejících (ang. Bystander effect).

V jednom z prvních experimentů, ve kterém se Darley a Latané (1968) ověřovali hypotézu o vlivu přihlížejících na pravděpodobnost poskytnutí pomoci u vysokoškolských studentů. Ty pozvali k diskuzi o osobních problémech vysokoškolského života. Pod záminkou anonymity byl vždy subjekt sám v místnosti a rozhovor s ostatními studenty se měl odehrávat přes interkom. Mluvit měli všichni popořadě a vždy byl aktivován mikrofon pouze toho, kdo měl slovo. V reálu ale subjekt pouze poslouchal nahrávky o problémech ostatních. Jedna nahrávka obsahovala výpověď studenta, který se dostal během mluvení do epileptického záchvatu. Počet studentů, o kterých si subjekt myslel, že se konverzace účastní, a tím pádem slyšeli to, co on, se znovu ukázal jako značně inhibující faktor při nahlášení této krizové situace experimentátorům. V případě, že si zkoumané osoby myslely, že byly samy, nahlásily potíže v 85 % případů. Když byli ale přesvědčeni, že se diskuze

účastní další 4 studenti, učinilo tak pouze 31 %. Po delší době podobných výzkumů, realizovaných ne jenom zmiňovanými autory, provedli Latané a Nida (1981) velkou srovnávací studii, ve které potvrdili, že sociální inhibice k pomáhání zapříčiněná ostatními přítomnými osobami je pozoruhodně konzistentní ve všech zkoumaných výzkumech i přes jejich rozmanitost. Dále působení tohoto vlivu popisovali na mnoha úrovních lidského rozhodování pomoci. Těm se bude věnovat následující kapitola.

4.2.1. Decizní model intervence přihlížejících

Existuje více modelů, které popisují proces rozhodování člověka v případě nutnosti zakročit v krizové situaci. Tato kapitola se bude zaměřovat na model Lataného a Darleye, který popisuje Mlčák (2010).

Tento model popisuje pět kroků nebo procesů, kterými člověk musí projít, aby se rozhodl aktivně pomoci. Jak uvádí Latané a Nida (1981), negativní rozhodnutí v kterémkoliv z těchto pěti kroků bude mít za následek neposkytnutí pomoci.

1) Registrace události

Jak název napovídá, jde o fázi, kde je třeba určitou událost zpozorovat a všimnout si, že se nejedná o běžnou situaci. Typické pro tento proces je, že v situaci, kdy může přihlížející pozorovat příčiny i následky dané události (pád a bezvědomí), je větší šance, že poskytne pomoc, než když jsou mu prezentovány pouze následky (bezvědomí). Pozitivní efekt na ochotu pomoci má zřejmě také dobrá nálada (Mlčák, 2010).

2) Interpretace události

Pro to, abychom interpretovali situaci jako krizovou, či přesněji jako situaci, která vyžaduje pomoc, funguje jako silný rušivý element její nejednoznačnost. Ta je jak píše Výrost a Slaměník (2008), často spojena se situacemi, které vznikají rychle. Svědkové situace si totiž nejsou jistí, co se stalo, je-li pomoc nutná atd. Pokud by člověk v nejednoznačné situaci zasáhl a ta by se následně ukázala jako neohrožující, riskuje tím, že se ztrapní (Latané, & Nida, 1981). Strach ze ztrapnění popisuje jako silný inhibitor pomáhání v sociálních situacích i Zoccolová, Greenová, Karoutsos, Katonová a Sabini (2011). Při nejednoznačnosti situace se kvůli tomu pozorovatel často obrací na další přihlížející a jejich chování. Jsou-li ostatní relativně klidní a nereagují, i on sám se s větší pravděpodobností zdrží jednání. Dochází tak ke stavu, který Latané a Nida (1981) popisují jako pluralistickou ignoranci. Jak uvádí Výrost

a Slaměník (2008), dokonce ani situace, při které je jasné vidět na ostatních lidech zneklidnění, může skončit tak, že nikdo nepomůže. I když je totiž tato situace poměrně jasná, neaktivita dalších přihlížejících může vzbuzovat dojem, že zasáhnout je příliš riskantní. Zde tedy znovu pozorujeme působení efektu přihlížejících.

3) Přijetí osobní zodpovědnosti

Jak popisuje Mlčák (2010), „Je-li osoba jediným svědkem nouzové situace, má tendenci mnohem více přijímat osobní odpovědnost a pomáhat, než v situaci, kdy je přítomno více svědků“ (35). Při přítomnosti více přihlížejících můžeme pozorovat znovu efekt, který jsme již popsali u případu Kitty Genoveseové, tedy difuze neboli distribuce odpovědnosti. Poměrně značný vliv mají v této fázi i různé sociální normy, které říkají, za jakých okolností je pomoc nezbytná. Můžeme tedy připomenout například již zmíněnou normu sociální odpovědnosti. Přijetí odpovědnosti za pomoc je však ovlivněno příčinou toho, co způsobilo onu ohrožující situaci. Pokud jde o efekt živelné pohromy, nešťastné náhody atd., je tendence zachovat se prosociálně velká, avšak pokud si situaci poškozený zavinil sám svou nedbalostí nebo třeba leností, ochota poskytnout mu pomoc značně klesá.

4) Rozhodování o způsobu pomoci

Jak uvádí Výrost a Slaměník (2008), morální povinnosti pomoci druhému, může bránit strach z toho, že bychom mu svou intervencí mohli neúmyslně způsobit další zranění. Podobně může přihlížející zvažovat, jaká pomoc bude nejprospěšnější, a je-li vůbec schopný ji poskytnout. V situacích vážných zranění je toto zvažování kompetencí poměrně obvyklé a je jedním z vlivných činitelů prosociálního chování.

Výzkum týkající se podobných situací, autorů Cacioppa, Pettyho a Loshové (1986), ukázal, že mezi obavy přihlížejících lidí je možno zařadit i strach z toho, že rozhodnou-li se pomoci, budou je další postupně přicházející pozorovatelé pokládat za viníky celé situace.

5) Realizace

Přihlížející uskuteční formu pomoci, pro kterou se rozhodl (Mlčák, 2010).

4.3. Specifika poškozených

V této kapitole se chci ještě v krátkosti zaměřit na faktory, které mají vliv na rozhodování přihlížejícího pomoci a jsou spojené přímo se specifiky poškozené osoby.

Jak již bylo zmíněno, v situacích vyžadujících určité prosociální chování je pro lidi velice důležitý vztah mezi nimi a poškozenou osobou. Je jasné, že pomoc poskytneme radši někomu známému (Výrost, & Slaměník, 2008).

Dále bylo také výše uvedeno, že v případě, že vnímáme, že si člověk svou nouzi zavinil sám, ochota pomoci je daleko menší, než když je postižený obětí nešťastné náhody apod. Zde stojí za zmínku výzkum provedený Piliavinem, Rodinovou a Piliavinovou (1969). Ti v experimentálních podmínkách zkoumali, jak budou reagovat lidé na to, že se v metru najednou zhroutl (ve smyslu upadne) invalida. Osoba předstírající zhroucení při tom buď jevila známky nemoci, nebo z ní byl cítit alkohol. Ve výsledku se podstatně méně pomoci dostalo „opilé“ osobě. To může potvrzovat teorii o tom, že si opilá osoba pomoc nezasloužila, ale objevuje se zde také otázka, jaká je role samotného vzhledu nebo určité odpudivosti. Autoři potvrzují vliv obou. Větší odpudivost zvyšuje pro přihlížejícího náklady za pomoc, a fakt, že si postižený opilostí může za svůj stav více či méně sám, zase zmírňuje pocity viny a zmenšuje náklady za neposkytnutí pomoci. Podobný experiment popisují Piliavin, Piliavinová a Rodinová (1975), kdy replikovali znovu situaci s hroučícím se invalidou. Rozdíl byl však tentokrát v tom, že v jednom případě mu po upadnutí začala z úst téct krev. Myslím, že je poměrně překvapivé, že krvácejícímu přihlížející poskytli pomoc v menším počtu případů. Ale, jak vysvětlují i autoři, příčinou byla zřejmě starost o vlastní bezpečí. Poslední variací tohoto pokusu bylo rozlišení dvou situací, při kterých měl poškozený v jednom z případů na tváři velké mateřské znaménko. Tato poměrně stigmatizovaná oběť obdržela pomoc v 61 % případů. Když tuto vadu na kráse neměla, pomoci se dočkala v 86 % případů.

Další proměnná, kterou v těchto výzkumech autoři zkoumali, byla rasová odlišnost. Studie byly prováděny v USA, takže bylo testováno poskytování pomoci bělochům, nebo černochům. Studie Piliavina et al. (1969), prokázala jenom minimální efekt rasové odlišnosti. Výjimku tvořily situace s opilým postiženým. V tomto případě byla pravděpodobnější pomoc bělocha bělochovi a černochoha černochovi.

4.4. Prosociální chování a osobnostní determinanty

Jak uvádí Mlčák (2010), mnoho autorů je dosud přesvědčeno, že pomáhající chování je ovlivněno primárně situačními faktory, a jen okrajově faktory osobnostními. Výrost a Slaměník (2008) uvádějí, že od 70. let 20. stol. se řada autorů pokoušela o identifikaci vlastností osobnosti, které by ovlivňovaly prosociální chování. Jejich závěry byly ale spíše skeptické a nasvědčovaly faktu, že charakter situace hraje daleko větší roli než osobnostní vlastnosti. Podobně i Mlčák (2010) uvádí, že mnoho autorů je dosud přesvědčeno, že pomáhající chování je ovlivněno primárně situačními faktory, a jen okrajově faktory osobnostními. Z výzkumů zaměřených na vztah osobnostních vlastností a prosociálního chování stojí za zmínku studie Olinera a Olinerové (1988, citovaná ve Výrost, & Slaměník, 2008). Ti provedli studium charakteristických rysů osob, které v době druhé světové války schovávaly Židy před nacisty. Mezi vlastnosti, které byly více zastoupené u zachránců ve srovnání s kontrolní skupinou, patřily např. respekt k etickým standardům, vyšší úroveň sociální i osobní odpovědnosti, vyšší míra vnitřního místa kontroly a nižší míra egocentrismu. Podstatným rysem se ukázala také empatie. Jak uvádí Mlčák (2010), tato studie byla však kritizována, protože zachránci byli už před její realizací označeni za altruistické osobnosti a hrdiny, což jejich odpovědi mohlo ovlivnit. Přesto však došel k podobným výsledkům výzkum Bierhoffa, Kleinové a Krampa (1991). Ti zkoumali koncept prosociální osobnosti u lidí, kteří poskytli první pomoc při dopravní nehodě. Relevantními vlastnostmi, které by měly být spojeny s ochotou poskytnout první pomoc, jsou podle autorů místo kontroly sociální odpovědnost, víra ve spravedlivý svět, empatie a instrumentalita. Až na tyto a snad i pár dalších výjimek se však výzkum zaměřoval, jak již bylo řečeno, hlavně na studie situačních faktorů často spojených s efektem přihlížejících. Nicméně jak uvádí Kanacriová et al. (2014), po dekádách zaměření výzkumu na situační determinanty, se v poslední době zájem o zkoumání osobnostních vlastností a jejich vztahů k sociálnímu vývoji, a také prosociálnímu chování zvýšil. Často využívaným pro tyto účely se stal pětifaktorový osobnostní model, který rozlišuje pět základních osobnostních rysů: Neuroticismus, Extraverzi, Přívětivost, Svědomitost a Otevřenost vůči zkušenosti (McCrae, & Costa, 1997). Z těchto faktorů vykazují podle Kanacriové et al. (2014) nejsilnější vztah k prosociálnímu chování Přívětivost a Svědomitost. Přívětivost je podle Graziana a Tobinové (2002) vlastností nejvíce spojenou s interpersonálními vztahy a individuálními motivy udržet je v pozitivní rovině. Ve zkratce lze říci, že být přívětivým znamená být důvěřivým, skromným, dobrosrdečným a chtít především ostatním pomoci (McCrae, &

Costa, 1997). Graziano, Habashi, Sheese a Tobinová (2007) ve svém výzkumu potvrzují přívětivost jako dimenzi osobnosti spojenou s prosociální motivací. Dále však také popisují, jak se tato vlastnost projevuje v méně či více nebezpečných situacích. V běžných neohrožujících situacích měly osoby s vyšším skóre přívětivosti silnější tendenci pomáhat osobám blízkým, tedy kamarádům nebo sourozencům. Tato tendence však neplatila pro pomoc cizím osobám. V neobvykle ohrožujících situacích byly naopak osoby s vyšší přívětivostí ochotnější pomoci cizím osobám než ti s nižším skóre přívětivosti. V ochotě riskovat svůj život pro záchranu kamaráda nebo sourozence však nebyl žádný statisticky významný rozdíl mezi skupinou s vyšší přívětivostí a skupinou s nižší přívětivostí. Podle výzkumu Carla, Okuna, Knighta a Guzmanové (2005) je přívětivost spojena také s větší angažovaností v dobrovolnických činnostech.

Svědomitost je podle Eisenbergové, Spinardové, Duckworthové a Valienteové (2012) osobnostním rysem, jehož základní komponentou je kontrola. Svědomití lidé jsou popisováni jako spolehliví, zodpovědní a vytrvalí (McCrae, & Costa, 1997), takže jak argumentuje Kanacriová et al. (2014), lze logicky očekávat, že díky schopnosti seberegulace jako zavržení projevů nevhodného chování či tendencí jednat pouze ve vlastním zájmu, stoupne také úroveň prosociálního chování. Nicméně poměrně málo výzkumníků se tímto vztahem zabývalo. Některé z mála studií na toto téma zatím prokázaly určitý, i když nízký vztah mezi svědomitostí a prosociálním chováním u adolescentů, vysokoškolských studentů a dospělých (Kanacriová et al., 2014).

Extraverze v sobě skrývá méně konceptuálních předpokladů pro projevy prosociálního chování než svědomitost či přívětivost. Na druhou stranu vykazují extraverti většinou hodně energie, zápalu a společenskosti (McCrae, & Costa, 1997). Extraverti byli podle Kanacriové et al. (2014) většinou spojováni s především s dobrovolnickou činností. Navíc však byla také extraverze u dobrovolníků spojena s vyšší kvalitou jejich práce.

Faktor Neuroticismu nebo také emoční stability byl v minulosti s prosociálním chováním spojován jen zřídka. Autoři spíše popisují negativní vztah prosociálního chování a některých negativních emocí, které se u emočně nestabilních jedinců vyskytují. Jsou to například strach, zlost, úzkost a smutek.

Otevřenost vůči zkušenosti se jeví jako faktor nejméně související s prosociálním chováním ze všech pěti. McCrae a Costa (1997) popisují člověka, který skóruje vysoce na této škále, jako dychtivého po zkoumání a stimulaci. Ozer a Martínezová (2006) ve své studii shledali, že otevřenost vůči zkušenosti jako jediná ze zmíněných pěti vlastností nemá spojitost s interpersonální sférou. Carlo et al (2005) našli sice statisticky významný pozitivní vztah

otevřenosti vůči zkušenosti k dobrovolné činnosti, avšak tento vztah byl velice nízký. V porovnání s ostatními big five faktory s výjimkou neuroticismu byl nejnižší. Neuroticismus vykázal k dobrovolnictví mírně negativní, ale statisticky nevýznamný vztah.

5. Systém autoškoly v ČR

Úkolem této kapitoly je zmínit základní právní předpisy spojené s výukou a výcvikem v autoškolách ČR, se zaměřením na zdravotní výchovu. Měla by tedy sloužit k nabytí alespoň letmé představy o tom, do jaké míry zákon tuto problematiku popisuje, a jak by to tedy v autoškolách mělo vypadat.

5.1. Podmínky pro přijetí do autoškoly

Zákon 247/2000 Sb. § 13 určuje pro osobu žádající o přijetí k výuce a výcviku k získání řidičského oprávnění řadu podmínek. Zmíním však pouze tu, týkající se věku. Žadatel musí dosáhnout předepsaného věku pro udělení řidičského oprávnění příslušné skupiny nejpozději ke dni ukončení výuky a výcviku.

Věk, ve kterém je možno udělit osobě řidičské oprávnění pro dané skupiny motorových vozidel, upravuje zákon 361/2000 Sb., § 83:

Řidičské oprávnění lze udělit jen osobě, která dosáhla věku

- 15 let, jedná-li se o skupiny AM
- 16 let, jedná-li se o skupinu A1
- 17 let, jedná-li se o skupinu B1 a T
- 18 let, jedná-li se o skupiny A2, B, B+E, C1 a C1+E
- 21 let, jedná-li se o skupiny C, C+E, D1, D1+E
- 24 let, jedná-li se o skupiny A, D, D+E

Toto je jakési základní ustanovení, pro které ve zmíněném zákoně existuje řada výjimek. Například řidičské oprávnění skupiny A lze udělit rovněž osobě, které dosáhla věku 20 let, pokud je tato osoba nejméně 2 roky držitelem řidičského oprávnění pro skupinu A2.

5.2. Forma a obsah výuky

Co se týče obsahu výuky, jsou zákonem ustanoveny osnovy pro výuku a výcvik poměrně obecné. Zákon 247/2000 Sb. § 14 Odst. 2, udává jako jednu z 6 hlavních oblastí výuky a výcviku také poskytování účinné první pomoci při dopravní nehodě. Tu rozděluje také na výuku zdravotnické přípravy, jako teoretickou část a praktický výcvik zdravotnické přípravy,

Konkrétnější osnovy pro výuku a výcvik poskytuje vyhláška č. 167/2002 Sb., kterou se provádí zmiňovaný zákon 247/2000 Sb. Znovu jsou uvedeny pouze osnovy týkající se výuky zdravotnické přípravy.

Výuka (teoretická část) zdravotní přípravy by měla obsahovat tyto tematické celky:

- Prevence dopravních nehod ze zdravotních příčin
- Obecné zásady jednání při dopravních nehodách
- Zásady první pomoci a poskytování první pomoci při jednotlivých poraněních
- Stavby bezprostředně ohrožující život
- Možnosti a způsoby použití jednotlivých zdravotních pomůcek, které jsou ve výbavě lékárničky vozidla

Praktický výcvik by měl být zaměřen na:

- nácvik poskytování první pomoci při různých poraněních a stavech
- nácvik zástavy krvácení
- nácvik použití jednotlivých prostředků z výbavy lékárničky
- nácvik a zvládnutí vyprošťovacího manévru zraněné osoby z vozidla
- nácvik zvládnutí úkonů neodkladné resuscitace

Vyučovat zdravotnickou přípravu a provádět praktický výcvik v poskytování první pomoci jsou oprávněni podle 247/2000 Sb. § 22 lékaři, vyšší, střední a nižší zdravotničtí pracovníci, absolventi rekvalifikačních kurzů „Člen první pomoci“ s délkou 80h, instruktoři Českého červeného kříže a absolventi zdravotnické přípravy zaměřené na výuku v autoškolách. Kromě této kvalifikace určuje zákon také hodinové dotace, které by měly být věnovány daným součástem výuky a výcviku. Podle přílohy č. 3 k zákonu 247/2000 Sb., by výuce u osob žádajících o řidičské oprávnění skupiny B mělo být věnováno celkem 36 hodin. Pro

výuku zdravotnické přípravy jsou zákonem vyhrazeny 2 hodiny. Výcviková neboli praktická část by měla celkově trvat 36 hodin, přitom 4 hodiny by měly být věnovány praktickému výcviku zdravotnické přípravy. Podle zákona by tak měl uchazeč o řidičské oprávnění skupiny B absolvovat 6 hodin zaměřených problematice první pomoci. V reálu může situace v autoškolách vypadat různě. Už jenom rozdělení na 2 hodiny teorie a 4 hodiny praxe lze těžko dodržet, a zřejmě by i striktní oddělování praktických ukázek a nácviků od teorie nebylo ani prospěšné. Jak uvádí Hasík et al. (2012), je pro účastníky výcviku účelné aby poznatky byly co nejvíce spojovány s praktickými ukázkami, nácviky, simulacemi apod. Většina autoškol, se kterými jsem přišel do kontaktu, zvala na více méně povinnou dvouhodinovou výuku zdravotní člena rychlé zdravotnické pomoci, který následně snažil využít tento čas co nejefektivněji. I když tento model zcela nenaplnuje požadavky plynoucí ze zákona, jak bude zmíněno i ve výzkumné části této práce, může být hůř. Některé autoškoly se zřejmě s výukou zdravotní člena rychlé zdravotnické pomoci neobtěžují vůbec.

5.3. Závěrečné zkoušky

Po skončení výuky a výcviku je povinen provozovatel autoškoly přihlásit žadatele o řidičské oprávnění ke zkoušce nejpozději do 15 dní. Zkouška odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel se skládá ze dvou nebo tří částí.

První z nich je **zkouška z předpisů o provozu na pozemních komunikacích a zdravotnické přípravy**. Jde o test složený z 25 otázek, ve kterém lze získat maximálně 50 bodů. Pro to, aby uchazeč testem prošel, musí získat bodů alespoň 43. Časový limit pro vyplnění testu je 30 minut. Přesné složení otázek popisuje vyhláška 167/2002 Sb. Mezi 25 testových otázek vždy patří 10 otázek z pravidel provozu na pozemních komunikacích, 4 otázky ze znalosti zásad bezpečné jízdy a ovládní vozidla, 3 otázky týkající se znalosti dopravních značek, světelných a akustických signálů, 3 otázky zkoumající schopnost řešení dopravních situací, 2 otázky zaměřené na znalost předpisů o podmínkách provozu na pozemních komunikacích, 2 otázky na znalost předpisů souvisejících s provozem na pozemních komunikacích, a konečně jedna otázka ověřující znalosti zdravotní přípravy. Při tom podle zákona č. 247/2000 Sb. § 40 odst. 1: „Znění všech zkušebních otázek z předpisů o provozu na pozemních komunikacích a zdravotnické přípravy vydává ministerstvo ve Věstníku dopravy.“

Momentálně je v tomto věstníku 856 zkušebních otázek, které si kdokoli může na stránkách ministerstva dopravy projít postupně nebo absolvovat zkušební test, který vybere náhodných 25 otázek. Z 856 otázek, týkajících se všech 6 zkuškových okruhů, se zdravotní výuky týká 36 z nich (MD, 2014).

Druhou část tvoří **zkouška znalostí ovládání a údržby vozidla**. Tato část zkoušky platí však pouze pro žadatele o řidičské oprávnění C1, C1+E, C, C+E, D1, D1+E, D nebo D+E.

Třetí část tvoří **praktická zkouška jízdy z výcvikovým vozidlem**.

5.4. Dosavadní výzkum efektivity výuky

Výše byl uveden základní obsah kurzu zdravotní přípravy, jak jej ustanovuje zákon. V praxi je forma a provedení této výuky však vesměs na provozovatelích autoškol. Následující kapitola by měla poskytnout alespoň letmý náhled na to, jak efektivní se tento systém zatím jeví.

Bohužel oblast znalostí postupů první pomoci u frekventantů autoškol je zatím v ČR poměrně neprozkoumaná a to stejné se týká i psychologických aspektů s nimi spojených. Myslím, že je to škoda, jelikož autoškola je jaksi posledním bodem, kde ještě jde globálně situaci připravenosti poskytnout první pomoc ovlivnit. Pevně věřím, že se tomuto tématu má smysl více věnovat. Na úvod bych však chtěl ještě zmínit výzkum zabývající se připraveností poskytnout první pomoc obecně v civilní populaci ČR. Ten provedla v rámci své diplomové práce Ulbrichová (2011). 250 občanů ČR se ptala na záležitosti spojené se znalostmi, zkušenostmi ale i motivací spojenou s poskytováním první pomoci. Chtěl bych zmínit zejména překážky při poskytování pomoci, které popisovali lidé, kteří v minulosti již pomoc poskytli. Jednalo se především o strach ze smrti postiženého nebo nedostatečnou důvěru ve své schopnosti. Strach z nákazy se ukázal důležitým faktorem, ovšem pouze u věkové skupiny starších 60 let. Výlučně u této skupiny se také vyskytla obava z následných problémů s policií.

V otázce efektivity výuky první pomoci v autoškolách v ČR je zatím jediným mnou známým zdrojem výzkum Zámečnicka, Kurečkové, Böhmové a Šuchy (2014). Ti pracovali se vzorkem 370 frekventantů autoškol, kteří byli ještě ve výcviku, a absolvovali již výuku první pomoci. Pro sběr dat byl v této studii použit upravený dotazník první pomoci (Spørgeskema om færdselsrelateret førstehjælp og genoplivning), použitý ve studii Adelborga, Thima, Sechera,

Grofého a Løfgrena (2011).

Adelborg et al. (2011) se ve svém výzkumu zaměřil zejména na faktografické znalosti týkající se první pomoci. Jelikož frekventanti autoškol v této studii vyplňovali dotazník před i po ukončení kurzu, bylo pozorováno značné zlepšení vědomostí v řadě oblastí, i když některé z nich přesto nebyly uspokojivé. Například pouhých 23 % absolventů kurzu bylo schopno říci kdy aktivovat záchrannou službu. Přestože zmíněná studie prokázala zlepšení znalostí první pomoci, nelze z toho vyvozovat také větší ochotu poskytnout první pomoc v reálném životě. Jak udává Van de Velde et al. (2008), pouhý výcvik první pomoci v reálných situacích nezvětšuje ochotu poskytnout první pomoc, není-li spojen s výcvikem zaměřeným na překonání psychických bariér poskytování první pomoci. Vzhledem k tomu, že cílem výzkumu Zámečnicka et al. (2014) nebylo testování znalostí pro řešení složitých a specifických případů poskytování první pomoci, a také z dalších důvodů, ve své verzi dotazníku použili autoři 4 otázky na základní aspekty poskytování první pomoci. Dále také přidali otázky týkající se výuky první pomoci v autoškolách. Zbytek dotazníku, tedy část zaměřující se na subjektivní hodnocení vlastních schopností, byl do češtiny přeložen profesionální agenturou a jazykově upraven tak, aby odpovídal českému prostředí. Podrobnější popis dotazníku bude následovat ve výzkumné části, jelikož jej využívám i pro svou práci.

Co se týče výsledků studie Zámečnicka et al. (2014), na otázku, zda se frekventanti cítí schopni poskytnout první pomoc při dopravní nehodě, odpovědělo kladně 58 % z nich. Dalších 40 % dotázaných zvolilo odpověď nevím. Co se týče ochoty poskytnout první pomoc, 92 % respondentů by byli ochotni, 6 % nevědělo a 2 % uvedly, že by pomoc neposkytly. Ochotu poskytovat první pomoc dále značně ovlivnila příslušnost poškozeného k jiné etnické skupině. V tom případě by 27% respondentů pomoc neposkytlo. V případě že by zraněný vykazoval známky infekce, 64% respondentů by pomoc neposkytlo. Kvůli strachu ze způsobení dalšího zranění postiženému by pomoc neposkytlo 46 % frekventantů.

Při hodnocení kurzu první pomoci v autoškole, 64 % dotázaných uvedlo, že byli s výcvikem spokojeni, 28 % že neví, a 10 % respondentů spokojených nebylo.

V poslední části, věnované reálným znalostem frekventantů, na otázku jaké telefonní číslo má tísňová linka, odpovědělo správně 76 % respondentů a částečně správně 17 %. Rozdíl je v tom, že zcela správná odpověď obsahuje číslo 155 jako jediné nebo jako první. Částečné odpovědi obsahovaly číslo 155 na jakémkoli místě. Řada respondentů totiž jako první uvedla číslo 112, což jak bylo zmíněno v kapitole o první pomoci, je sice legitimní číslo, avšak nese

se z ním také nežádoucí prodleva v komunikaci. Nesprávné odpovědi byly ty, které vůbec číslo 155 neobsahovaly. Těch bylo 7 %. Na otázku, jaký je postup při poskytování první pomoci v případě dopravní nehody odpovědělo správně 15% respondentů. Ti tedy popsali správné postupy, a navíc ve správném pořadí. 8% dotázaných podalo základní body postupu ale ve špatném pořadí, a celých 77% odpovědělo špatně. Mezi nejčastější chyby zde patřilo odkládání volání záchranné služby a nezajištění bezpečnosti.

Zvláštní důraz je ve výzkumu kladen na otázky: „Jak poznáte, že má člověk vnitřní krvácení při dopravní nehodě?“ a „Jak poznáte, že má člověk poranění páteře při dopravní nehodě?“. U obou z nich téměř všichni respondenti selhali. U první odpovědělo špatně 99,5 % frekventantů a u druhé otázky, zaměřené na poranění páteře, odpovědělo špatně 99,9 %. Tyto až hrůzostrašná čísla jsou daná faktem, že pro správnou odpověď na tyto otázky museli zmínit respondenti faktor mechanismu úrazu, který je, jak bylo v předešlých kapitolách uvedeno, velmi důležitý pro podezření pro úraz páteře. Autoři uvádí, že důsledky této neznalosti mohou být obrovské. Při podcenění možnosti poranění páteře by tak mohlo při zbytečné manipulaci dojít k sekundárním zraněním poškozeného. Kurzy první pomoci v autoškolách se tak, jak uvádí, jeví ne jenom zcela nevyhovující, ale dokonce také jako kontraproduktivní. Za nutnost tak považují změny v systému výuky v autoškolách, nebo větší zastoupení výuky první pomoci v rámci povinné školní docházky.

6. Výzkumný problém, cíle, hypotézy

6.1. Výzkumný problém

Poskytování laické první pomoci je jedna ze zbraní naší společnosti, která může ročně na českých silnicích zachránit desítky životů. Jak bylo již popsáno, přes mnohé snahy národních i mezinárodních organizací jsou dopravní nehody stále mezi hlavními příčinami úmrtí v motorizovaných zemích světa. Ještě přísnější jsou statistiky vůči mladým řidičům ve věku 15 - 29 let, pro které je riziko nehody díky působení mnoha faktorů spojených s mládím a nezkušeností, ještě daleko větší než pro zbytek populace. Při tom jsou to hlavně mladí lidé, kteří zaplňují autoškoly a s nedočkavostí vyhlíží svůj vlastní řidičský průkaz. Oblastí zájmu této práce je právě toto klíčové období jejich výcviku a připravenost frekventantů poskytnout první pomoc v situaci dopravní nehody.

6.2. Výzkumné cíle

Výzkum se nejprve zaměří na popis ochoty pomoci v situaci dopravní nehody a také na vnímání vlastní schopnosti poskytnout první pomoc obecně, i u konkrétních druhů poranění. Okrajově bude zkoumána i souvislost mezi vnímanou schopností poskytnout první pomoc a ochotou k pomoci.

Dalším cílem bude popis reálných faktických znalostí spojených s poskytnutím první pomoci na místě dopravní nehody, a také náhled na to, jak frekventanti jejich výuku první pomoci v autoškole hodnotí. Jelikož byli v rámci sběru dat respondenti osloveni jak skrze autoškoly, tak prostřednictvím internetu, jedním z cílů práce bylo také ustanovení prozkoumání rozdílu v hodnocení autoškol mezi těmito dvěma skupinami.

Dále si studie klade za cíl prozkoumat také psychologické faktory ovlivňující proces rozhodování pomoci poskytnout. Mezi ně budou patřit situační faktory spojené s decizním modelem intervence Darleye a Lataného, popsaném v teoretické části, ale dále také, ve světle zvýšeného zájmu posledních let o zkoumání osobnostních vlastností a jejich vlivu na prosociální chování, jak jej popisuje Kanacriová et al. (2014), bude cílem zkoumat spojitost mezi ochotou poskytnout první pomoc a osobnostními vlastnostmi pětifaktorového modelu osobnosti podle Costy a McCrae (1997).

Jelikož kromě výzkumu Zámečnicka et al. (2014) se u nás podobný výzkum v rámci autoškol ještě nekonal, nelze očekávat velice podrobnou či všeobšáhlu studii problematiky. Tato studie je však prováděna s nadějí, že alespoň o něco více zkoumanou tematiku osvětlí a bude alespoň částečně nápomocna k prozkoumání efektivity výuky první pomoci v autoškolách, a snad i k identifikaci oblastí, které jsou pro frekventanty nejproblémovější.

6.3. Hypotézy

Na základě poznatků popsanych v teoretické části a výzkumných cílů zmíněných výše byly pro analýzu dat zvoleny tyto hypotézy:

H1: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc a vnímanou schopností poskytnout první pomoc, měřenými dotazníkem první pomoci v autoškolách.

H2: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení výuky první pomoci v autoškole u výběru frekventantů oslovených skrze samotné autoškoly a u výběru frekventantů oslovených skrze internet.

H3: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem přívětivosti, měřeným inventářem NEO-FFI.

H4: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem svědomitosti, měřeným inventářem NEO-FFI.

H5: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná negativní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem neuroticismu, měřeným inventářem NEO-FFI.

H6: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem extravertze, měřeným inventářem NEO-FFI.

H7: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem otevřenosti vůči zkušenosti, měřeným inventářem NEO-FFI.

7. Aplikovaná metodika

Tato studie pracuje se smíšeným výzkumným designem. Z použitých dotazníků, kromě kvantitativních dat, bylo získáno také množství kvalitativních odpovědí, zejména při zkoumání reálných znalostí první pomoci a hodnocení výcviku v autoškole. Tímto způsobem tak ve zmíněných oblastech byla získána možnost poněkud hlubšího popisu.

7.1. Použité metody

Pro výzkum byla použita baterie zahrnující dva níže zmíněné dotazníky.

7.1.1. Dotazník první pomoci v autoškolách

Jak bylo uvedeno v části teoretické, jedná se o upravenou verzi dotazníku Adelborga et al. (2011). Dotazník je anonymní. S demografických dat respondent v první části zaměřené právě na tyto informace vyplňuje pouze pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, obor, ve kterém studuje a skupinu řidičského osvědčení, pro které je ve výcviku. První část se ještě také týká údaje o tom, jestli již dotyčný má z minulosti nějakou zkušenost s poskytováním první pomoci, jestli kromě autoškoly absolvoval jiný výcvik první pomoci a pokud již zažil dopravní nehodu. Druhá část je zaměřená na vnímání vlastních kompetencí při poskytování první pomoci. Nejprve obecně: např. „V případě že by to bylo potřeba, cítím se schopen/schopna poskytnout první pomoc při dopravní nehodě“, a poté následuje série 7 otázek tázajících se na schopnost respondenta poskytnout první pomoc u konkrétních typů poškození či zranění. Příklad: „Do jaké míry umíte zprůchodnit dýchací cesty“, nebo „Do jaké míry umíte ošetřit popáleninu“. Respondent má možnost vybrat si ze škály odpovědí: určitě ano, spíše ano, nevím, spíše ne, určitě ne. Další součástí tohoto bloku jsou otázky na různé jevy, které by pro respondenta mohly stanovit určitou psychickou bariéru při rozhodování se o poskytnutí první pomoci. Příklad: Které z následujících výčtů by vám bránilo v poskytnutí první pomoci: „Bojím se, že zraněnému ublížím“, nebo „Nelze zajistit vlastní bezpečí“. Část třetí dotazníku je zaměřena na hodnocení výuky první pomoci v autoškole. Poslední, čtvrtá část, je zaměřena na reálné znalosti týkající se poskytování první pomoci, a to v podobě čtyř otevřených otázek:

- Jaké telefonní číslo má tísňová linka při zranění?

- Jaký bude váš postup, když přijedete na místo čerstvé dopravní nehody, kde ještě nebyla poskytnuta žádná pomoc?
- Jak poznáte, že má člověk vnitřní krvácení při dopravní nehodě?
- Jak poznáte, že má člověk poranění páteře při dopravní nehodě?

7.1.2. NEO pětifaktorový osobnostní inventář

(podle NEO – FFI P. T. Costy a R. R. McCrae)

Pro měření osobnostních vlastností byla pro tuto práci zvolena Česká verze NEO-FFI inventáře, zkonstruována Hřebíčkovou a Urbánkem (2001). Metodu řadíme podle Svobody (2013) k vícerozměrným dotazníkům osobnosti. Mezi faktory, které popisuje, patří neuroticismus, extraverte, otevřenost vůči zkušenosti, přívětivost a svědomitost. Pro porovnání české verze inventáře s tou původní, byla tato verze dotazníku použita u několika výzkumů, jehož výběrový soubor čítal 1108 respondentů. Jak autoři uvádí, vnitřní konzistence škál je uspokojivá a srovnatelná s hodnotami původní americké verze. Uspokojivé byly taktéž údaje o konvergentní a diskriminační validitě dotazníku. Normy pro českou populaci jsou stanoveny pro věkové kategorie 15 - 21 let, 22 - 75 let, pro každé pohlaví zvláště, pro celkový soubor daného pohlaví, a také pro celkový soubor všech mužů i žen. Inventář obsahuje 60 výpovědí, u kterých respondent hodnotí, do jaké míry jej vystihují na škále 0 - 4 (0 = Vůbec nevystihuje; 4 = úplně vystihuje). Vyplnění si žádá přibližně 10 - 15 minut (Hřebíčková, & Urbánek, 2001).

Popis jednotlivých škál

Neuroticismus (N)

Tato škála se soustřeďuje na rozdíly v emocionální stabilitě nebo naopak labilitě. Lidé, skórující vysoce na této škále, mají tendenci k psychické nestabilitě a jejich psychická vyrovnanost může být snadno narušena. V porovnání s emočně stabilními jedinci, tedy těmi, kteří na této škále dosahují nižších skóre, uvádějí častěji negativní prožitky jako strach, rozpaky, obavy, či sklíčenost. Jsou také více nervózní a nejistí, a proto mají i omezenou možnost zvládat stresové situace. Emočně stabilní lidé jsou tedy spíše vyrovnaní, bezstarostní, a i ve stresových situacích je těžké je vyvést z míry.

Extraverze (E)

Extraverti mají rádi společnost druhých lidí, vzrušení a udržují si veselou mysl. Popisují se jako hovorní, energičtí, aktivní či optimističtí. Introverty, tedy ty, kteří na této škále dosahují nižších skóre, charakterizuje zdrženlivost, nezávislost a samostatnost. I když nemají takovou úroveň energie jako extraverti, neznamená to, že jsou nešťastní nebo pesimističtí. Důležité je poznamenat, že se model extraverze podle Costy a McCrae liší od extraverze popisované Jungem. Schopnosti jako introspekce a reflexe zahrnuje faktor otevřenosti vůči zkušenosti.

Otevřenost vůči zkušenosti (O)

Osoby s vysokým skórem na této škále mají bohatou fantazii a jsou vnímavější k vnitřním prožitkům (pozitivním i negativním) než uzavřenější jedinci. Popisují se jako intelektuální a vědyčtí, jsou ochotni experimentovat a projevují větší zájem o umění. Jejich vztah k normám a hodnotám je spíše nekonvenční a svědčí tak také o jejich nezávislém úsudku. Nebojí se převzít nové hodnoty jak sociální, politické, tak etické. Dávají přednost změně a rozmanitosti. Naopak jedinci s nízkým skórem otevřenosti vůči zkušenosti dají spíše přednost známému a osvědčenému před novostmi. V oblasti prožívání vnitřních prožitků pak reagují spíše utlumeně.

Přívětivost (P)

Hlavní charakteristikou lidí s vysokým skóre přívětivosti je altruismus. V rámci mezilidských kontaktů se tak k druhým lidem chovají laskavě, vlídně a s porozuměním. Před soutěživostí volí spolupráci, snaží se ostatním pomáhat a jsou důvěřiví. Osoby, které dosahují na škále přívětivosti nízkého skóre, jsou naopak nepřátelské a egocentrické, s tendencí znevažovat záměry druhých. Je tedy pochopitelné, že se budou také těšit značně menší oblíbenosti.

Svědomitost (S)

Faktor svědomitosti měřený touto škálou se zaměřuje na určitý druh sebekontroly, který je vyjádřen schopností plánovat, organizovat a realizovat úkoly. Lidi s vysokým skóre svědomitosti charakterizuje cílevědomost, ctižádostivost, píle, pevná vůle, vytrvalost přesnost a spolehlivost. Vesměs jsou tyto vlastnosti sociálně žádoucí, avšak pouze do jisté míry než přerostou v pedantičnost či workoholismus. Osoby dosahující nízkých skóre na této škále jsou spíše nedbalé, lhostejné, nestálé a své cíle naplňují s malým zaujetím.

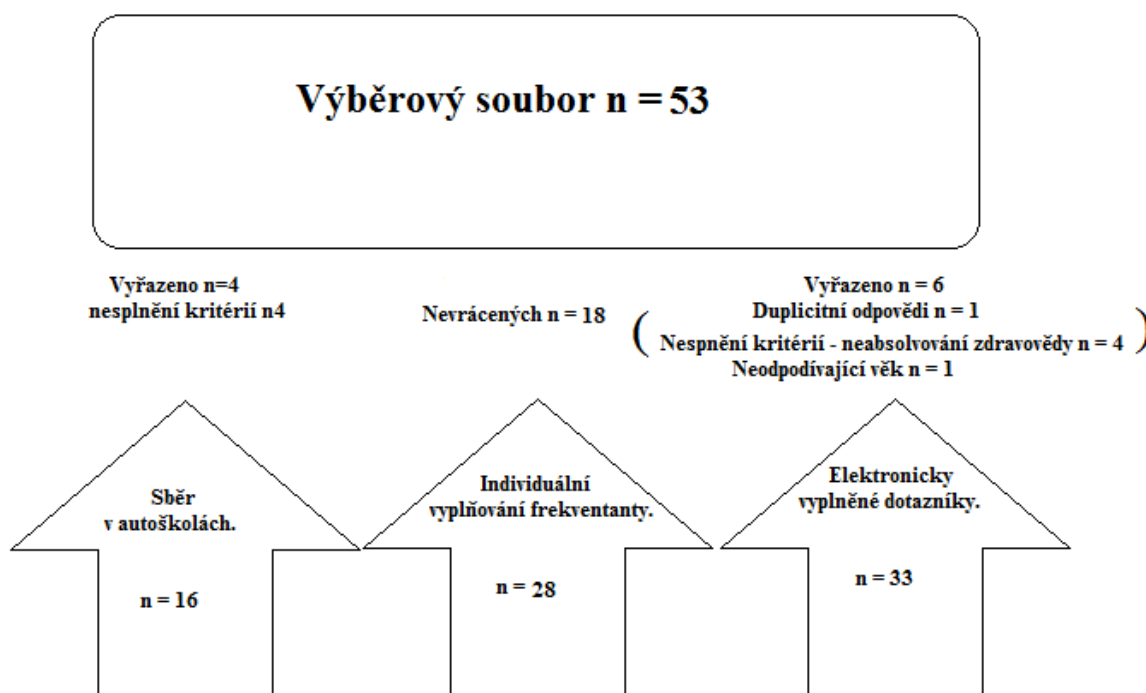
7.2. Metoda sběru dat

Dotazníkové šetření bylo provedeno dvěma způsoby. Nejprve probíhal sběr dat ve spolupráci s autoškoly v Olomouci a Třinci. Následně navázalo dotazníkové šetření v elektronické podobě, z důvodu mále efektivity první uvedené metody.

Prvotní metodou sběru dat bylo tedy navštěvování autoškol a administrace dotazníků v průběhu výuky teorie. Tuto metodu jsem zvolil proto, že umožňovala hromadnou administraci při relativně stejných podmínkách po všechny respondenty. Mohl jsem být také účasten a zodpovídat na případné dotazy, i když nakonec žádné nepadly. Sběr dat trval od 1. února do 13. března 2015. Nejprve byly autoškoly osloveny prostřednictvím e-mailu, ve kterém jsem stručně popsal cíle a způsob provedení výzkumu a požádal autoškolu o spolupráci. Hlavním kritériem bylo, aby měli frekventanti již absolvovanou zdravotní výuku. Dalším požadavkem bylo, aby bylo v kurzu co nejvíce mladých ve věku 18 - 25 let. Autoškoly byly vybírány metodou příležitostného výběru, jak ji popisuje Ferjenčík (2000), především s ohledem na fyzickou dostupnost. Při výběru jsem využil webových stránek www.vsechny-autoskoly.cz, které slouží k sebeprezentaci autoškol. Ty mne odkázaly dále na webové stránky samotných autoškol. Jelikož se mi nikdy nedostalo na e-mail odpovědi, po třech dnech jsem provozovatele autoškol kontaktoval na telefonní číslo uvedené na jejich stránkách. Výjimku tvořila jedna autoškola, která e-mailovou adresu na stránkách uvedenou neměla, takže jsem ji rovnou kontaktoval telefonicky. Takto bylo osloveno 15 autoškol: 12 z nich olomouckých a 3 z třinecké. Některé autoškoly odmítly jakoukoli spolupráci, aniž by uvedly důvod, někdy byla důvodem přílišná délka dotazníku nebo celková nedůvěra ve výzkum tohoto druhu. U menších autoškol byl někdy také problém v tom, že neměly v té době kurz, který již absolvoval, nebo by měl brzo mít výuku zdravotní. Dá se říci, že celkově bylo v tomto období méně uchazečů o řidičský průkaz. V tomto směru by bylo lepší výzkum provádět v létě. U jedné autoškoly nešlo dotazníkové šetření provést, jelikož měla výuku zdravotní zařazenou až na poslední hodinu, poté již šli studenti ke zkouškám. S určitou spolupráci souhlasilo tedy 5 autoškol. K administraci v hodině teorie jsem však dostal svolení pouze u dvou. V těchto dvou hodinách vyplnilo dotazník 16 respondentů. Další 4 přítomní dotazník nedostali, jelikož nebyli přítomni na minulé hodině zdravotní. Ostatní autoškoly uznaly dotazník za příliš dlouhý, než aby zabírali čas z výuky svým studentům. Kromě toho však nevedly výuku teorie ve velkých skupinách, ale po domluvě s frekventanty plánovaly výuku, jak se to žákům hodilo během týdne po dvojicích, trojicích, nebo i zcela individuálně. Souhlasili však s tím, že studentům rozdám dotazník a oni jej po

vyplnění u nich doma odevzdají při další výuce. Když nebylo fyzicky možné, abych rozdal dotazníky já (např. paralelní výuka Olomouc i Třinec), souhlasili majitelé těchto autoškol, že je i s instrukcemi předají žákům oni. Mortalita u tohoto typu sběru byla 64 %. Z rozdaných 28 dotazníků se vrátilo 10.

Jak již bylo zmíněno výše, z důvodu neefektivity a s tím spojené velké časové i finanční náročnosti prvotního způsobu sběru dat, byla vytvořena elektronická verze téhož dotazníku při použití serveru www.survio.com. Do ní byla přidána otázka rozlišující, jestli respondent již absolvoval zdravotní výuku. Ta nebyla předtím potřeba, jelikož někdo, kdo neměl za sebou zdravotní výuku, by dotazník ani neobdržel. Dotazník byl posléze šířen prostřednictvím webového odkazu na sociální síti, a to znovu metodou příležitostného výběru, v kombinaci s metodou sněhové koule, kdy oslovené osoby přeposílaly odkaz dále svým známým z výcviku nebo ze školy. V období mezi 02. 03. 2015 a 14. 03. 2015. dotazník vyplnilo 28 respondentů. Z nich byly 4 dotazníky odebrány, protože dotyční ještě neabsolvovali zdravotní výuku, 1 byl odebrán z důvodu duplicitity a jeden dotazník nebyl do výzkumu zařazen z důvodu vysokého věku respondenta.



Obr. 1 Schéma vzniku výběrového souboru

7.3. Výzkumný soubor

Populaci, na kterou je tento výzkum zaměřen, tvoří všichni frekventanti autoškol České Republiky, podstupující základní výuku a výcvik, tedy podle zákona č. 247/2000 Sb. § 15, žadatelé na získání řidičského oprávnění pro skupiny AM, A1, A2, A, B1 nebo T. Účelem této studie je totiž zaměřit se na to, jak vnímají svou připravenost poskytnout první pomoc a další s ní spojené aspekty, „novopečení“ řidiči. Žadatelé o ostatní skupiny řidičských oprávnění již mají základní výcvik za sebou a jejich rozšiřující výuka a výcvik má již jinou šíři nebo také formu, než výuka základní. Další důležitou podmínkou, jak již bylo uvedeno, bylo absolvování zdravotnické výuky.

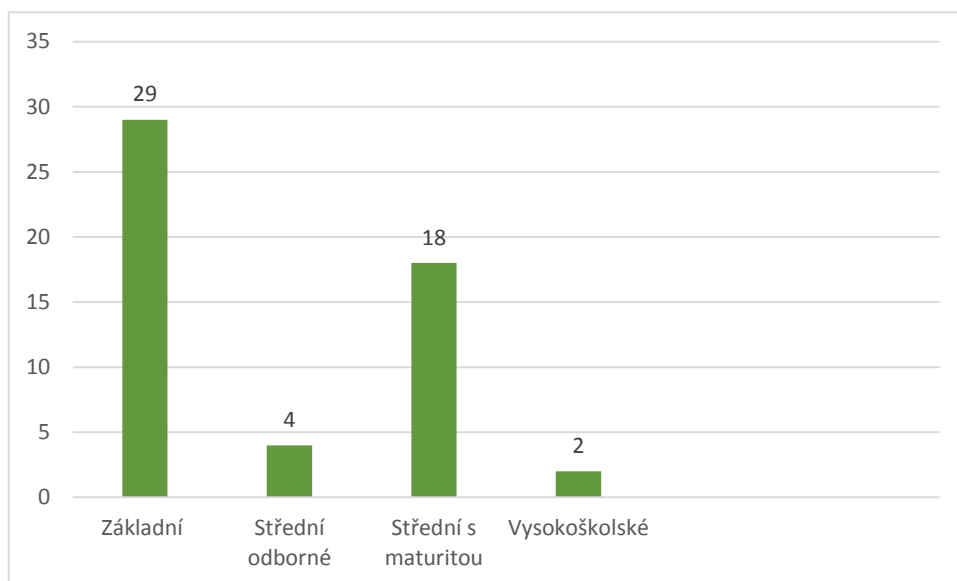
Výběrový soubor pro tuto studii se skládá z 53 respondentů. Jak je vidno i na Obr. 1, ze získaných 59 dotazníků byly 4 vyřazeny pro nesplnění podmínky absolvování kurzu první pomoci, 1 z důvodu duplicity, a jeden řádně vyplněný dotazník nebyl do souboru pro analýzu zahrnut z důvodu věku respondenta (40). Tím se věk výzkumného vzorku zúžil na skupinu ve věku mezi 17-26 lety, na kterou je studie zaměřena. Průměrný věk vzorku je 19,47 (SD = 2,28). Soubor zahrnuje 25 mužů a 28 žen. Věkové rozložení ve skupinách podle pohlaví i v celém vzorku zobrazuje Tab. 5.

Tab. 5 Věkové rozložení výzkumného vzorku

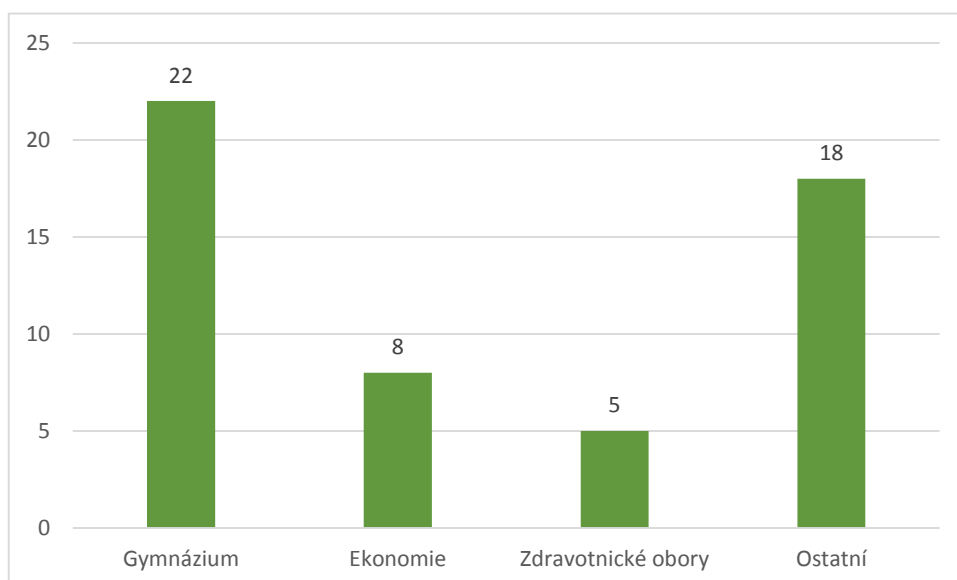
	Ženy (n= 28)	Muži (n = 25)	Celý vzorek
Průměrný věk	19,36	19,6	19,47
SD	1,99	2,6	2,28

První část dotazníku, zjišťující údaje o respondentech, obsahovala také otázky na nejvyšší dosažené vzdělání a oblast, ve které studují, nebo studium, jež absolvovali. Tato otázka je důležitá, abychom kontrolovali, kolik respondentů studuje obory spojené se zdravotnictvím. Kvůli přehlednosti byly vytvořeny 4 hlavní kategorie. Těmi jsou Gymnázium, Ekonomie (zahrnuje obchodní akademii), kategorie Zdravotnické obory (zahrnuje obory fyzioterapeut, všeobecná sestra a diplomovaný zdravotnický záchranář), a kategorie „Ostatní“ do které byly zařazeny všechny obory, které se vyskytly jednou nebo dvakrát. Údaje o nejvyšším dosaženém vzdělání ukazuje Graf 4., a údaje o oborech vzdělávání zahrnuje Graf 5.

Graf 4. Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



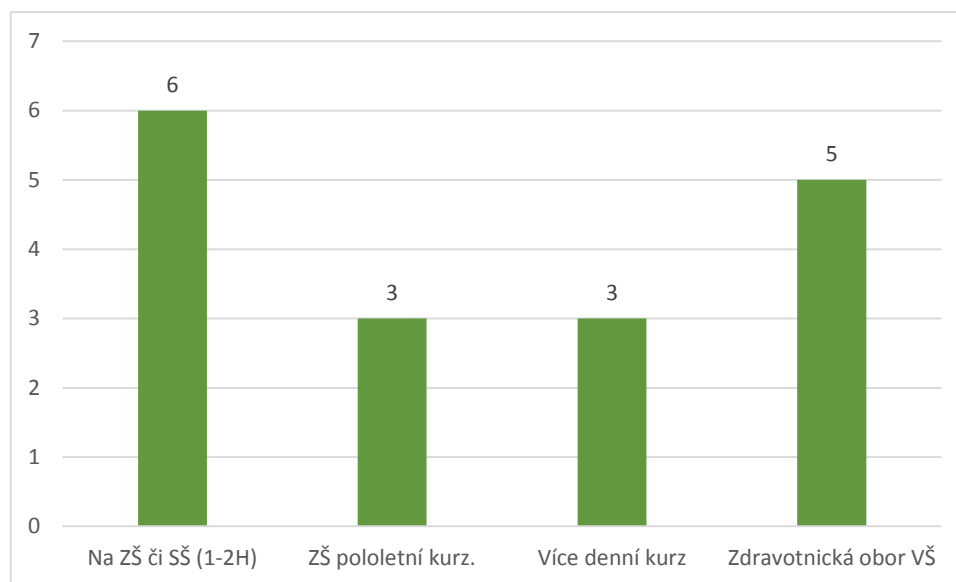
Graf 5. Obory vzdělávání respondentů



Další část dotazníku zjišťovala, zda mají respondenti zkušenost s nějakým jiným výcvikem první pomoci mimo autoškolu. V případě, že ano, měli uvést ten nejobsáhlejší. 25 respondentů odpovědělo na tuto otázku ano. 8 z nich uvedlo však výcik z autoškoly. Tento druh odpovědi nebereme v potaz, jelikož zdravotnickou přípravou v autoškole proši všichni respondenti. Dalších 9 uvedlo, že výuku první pomoci zažili na základní nebo střední škole. Přitom její rozsah v 6 případech odpovídal 1-2 hodinám a ve třech případech se jednalo o kurz konající se průběžně přes jedno pololetí. Pouze 3 respondenti uvedli absolvování obsáhlejšího kurzu. Jednalo se o šedesátihodinový kurz absolvovaný u červeného kříže a

školení na vedoucího a zdravotníka zotavovacích akcí. 5 respondentů absolvovalo výuku první pomoci v rámci studia na vysoké škole. Názorně toto rozdělení ukazuje Graf 6.

Graf 6. Kurzy absolvované mimo autoškolu.



Konečně byly součástí dotazníku také otázky týkající se toho, zda respondent někdy zažil dopravní nehodu, a dále, jestli má nějakou předchozí zkušenost s poskytováním první pomoci. Tyto zkušenosti by mohly mít psychologický vliv na to, jak ochoten bude respondent poskytnout první pomoc. Co se však týče tohoto výběrového souboru, zkušenost s reálným poskytnutím první pomoci měli pouze tři lidé. Zkušenost s dopravní nehodou uvedlo 10 respondentů. 4 z nich podle odpovědi však nevyžadovaly pomoc (např. „tuknutí auta“) a ostatní nebyly k určení dostatečně popsány.

7.4. Zpracování dat

Data získaná ze všech dotazníků byla nejdříve převedena do programu Microsoft Excel 2013, a následně opakovaně zkontrolována. Pro provádění statistických analýz byl využit program IBM SPSS Statistics 22. Z testových metod byly použity pouze neparametrické metody: Man-Whitneův U-test a Spearmanův korelační koeficient. Důvodem byl ordinální charakter dat získaných dotazníkem první pomoci v autoškolách. Posuzování a kategorizace

kvalitativních dat spojených s reálnými znalostmi první pomoci proběhlo na základě konzultace se dvěma odborníky v oboru poskytování a výuky první pomoci. Konkrétní postupy hodnocení jsou popsány v kapitole zabývající se výsledky.

7.5. Etika výzkumu

Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná, anonymní a bylo možno od ní kdykoliv odstoupit. Co se týče povahy výzkumu a jeho cílů, ty byly stručně sděleny nejprve e-mailovou cestou osloveným autoškolám, a v případě zájmu dále objasněny telefonicky nebo osobně. Stručné informace o povaze výzkumu a anonymitě byly také popsány na úvodní stránce dotazníků, jak papírových tak elektronických. Respondenti tak nemuseli udávat žádné osobní informace, které by je mohly identifikovat. Všechna data spojená s výzkumem, od samotných dotazníků po obsah přetvořen do počítačové podoby byla bezpečně uschována. Nejsem si vědom žádné situace, kde by v průběhu výzkumu došlo k jakékoliv újmě či poškození jeho účastníků, a to jak u frekventantů autoškol, tak u samotných provozovatelů autoškol. Pro případné dotazy a připomínky k výzkumu ze strany respondentů byl také vytvořen speciální e-mail, uvedený na každém dotazníku. Žádné zprávy jsem však neobdržel.

8. Výsledky

V následující části budou představeny data získána z dotazníků a jejich zpracování postupně v rámci stanovených výzkumných cílů a hypotéz.

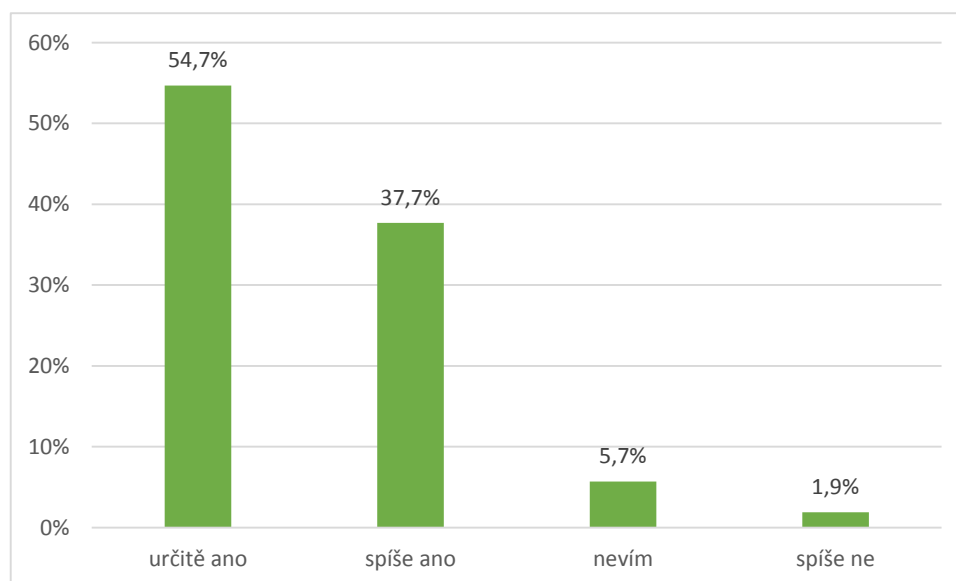
8.1. Ochota a vnímaná schopnost poskytnout první pomoc

Ochotu poskytnout první pomoc v případě dopravní nehody zjišťovala položka:

„V případě dopravní nehody bych poskytl/a první pomoc.“

Jak níže znázorňuje Graf 6, 55 % (29) respondentů uvedlo, že by v případě nehody určitě poskytli první pomoc. Dalších 37,7 % (20) by spíše poskytlo, 3 z nich nevěděli, a pouze jeden označil možnost „spíše ne“.

Graf 6. Ochota poskytnout první pomoc

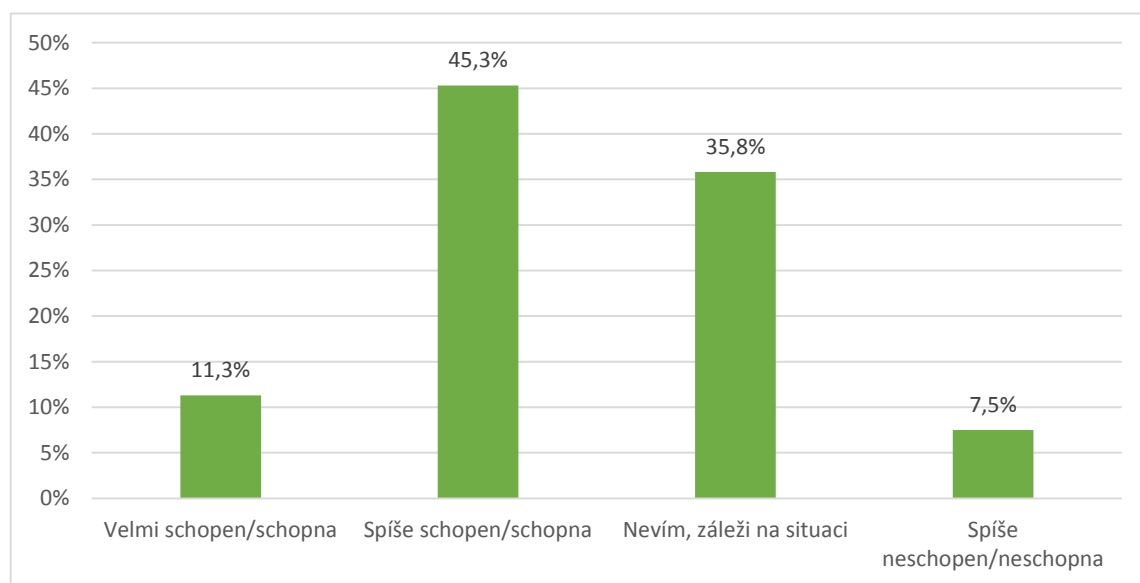


Dále přejdeme k otázce zachycující vnímání vlastní schopnosti poskytnout první pomoc:

„V případě, že by bylo potřeba, cítím se schopen/schopna poskytnout první pomoc při dopravní nehodě (např. ošetřit krvácení, poranění hlavy, zvolit správný postup při ošetření mnohačetných zranění, atd.)“

V porovnání s předchozí otázkou, byli zde respondenti méně sebejistí. Pouze 11,3 % (6) uvedlo možnost „velmi schopen“, 45,3 % (24) odpovědělo „spíše schopen/schopna“, 35,8 % (19) odpovědělo „nevím, záleží na situaci“ a možnost „spíše neschopen/neschopna“ zvolilo 7,5 % (4) dotázaných. Tyto údaje znázorňuje Graf 7.

Graf 7. Vnímání vlastní schopnosti poskytnout první pomoc



Předmětem zkoumání byl také vztah těchto dvou proměnných. **Zde testovaná hypotéza H1 zní: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc a vnímanou schopností poskytnout první pomoc, měřenými dotazníkem první pomoci v autoškolách.**

Pro ověření tohoto vztahu byl použit Spearmanův korelační koeficient. Ve výsledku se mezi ochotou poskytnout první pomoc a vnímanou schopností poskytnout první pomoc ukázala statisticky významná pozitivní korelace ($r_{sp} = 0,524$; $p > 0,01$). **Hypotéza H1 byla tedy přijata.**

Otázkou, která vlastní vnímané schopnosti zkoumala více do hloubky, byla otázka:

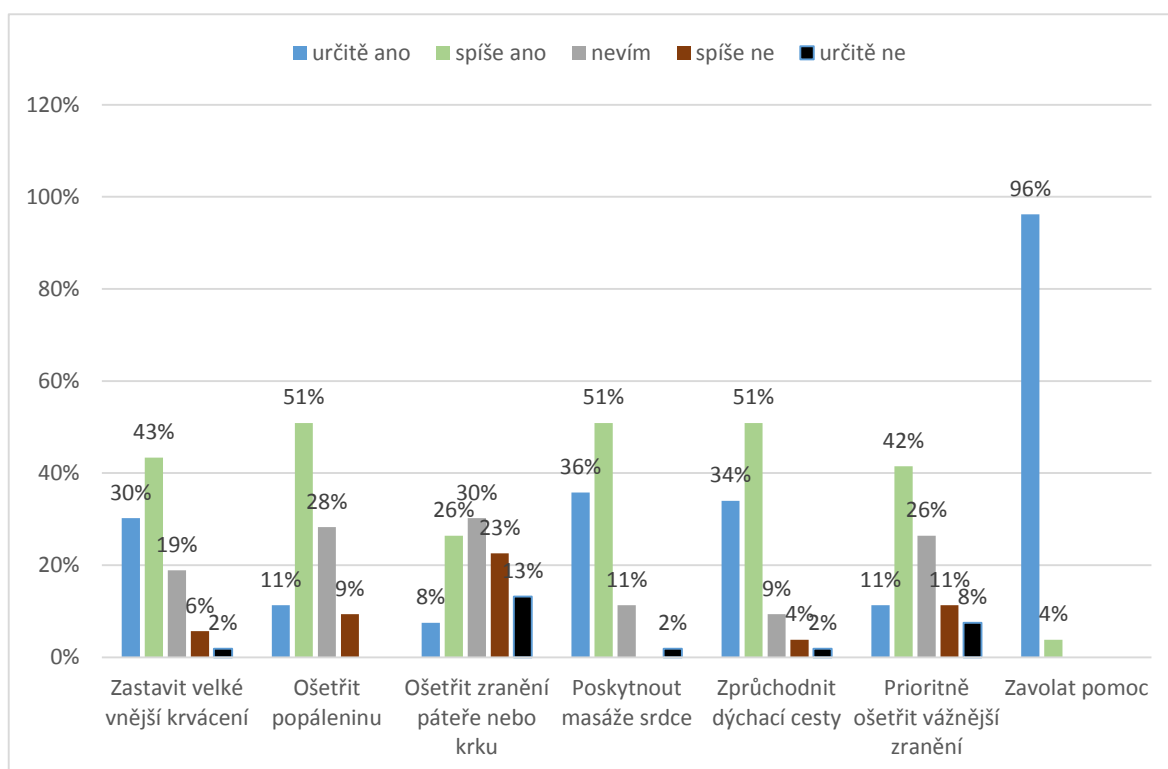
„Do jaké míry umíte poskytnout tyto druhy první pomoci při dopravní nehodě“

Respondenti posuzovali své schopnosti u sedmi druhů pomoci: Zastavení velkého vnějšího krvácení, ošetření popáleniny, ošetření zranění páteře nebo krku, poskytnutí masáže srdce, zprůchodnění dýchacích cest, prioritního ošetření vážnějších zranění a zavolání pomoci. Daleko nejistější si respondenti jsou ve schopnosti zavolat pomoc. Možnost určitě ano zde zvolilo 96 % (52) respondentů a zbylý jeden uvedl možnost spíše ano. Dále byla u dotázaných relativně vysoká důvěra ve schopnosti poskytnout masáž srdce a zprůchodnění dýchacích cest. U poskytnutí masáže srdce uvedlo 36 % (19) dotázaných možnost určitě ano a 51 % (27) možnost spíše ano. Obdobně u schopnosti zprůchodnění dýchacích cest zvolilo možnost určitě ano 34 % (18) dotázaných a možnost spíše ano 51 % (27). U schopnosti zastavit velké vnější krvácení si byli respondenti jen trochu méně jistí. 30 % (16) z nich zvolilo možnost určitě ano, a 43 % (23) zvolilo možnost spíše ano. 19 % (10) z nich odpovědělo nevíم a 8 % zvolilo možnosti spíše ne nebo určitě ne. U ošetření popáleniny možnost určitě ano zvolilo 11,3 % (6) dotázaných, možnost spíše ano 50,9 % (27), možnost nevíم 28,3 % (15) a spíše ne odpovědělo 9,4 % (4) respondentů. U schopnosti prioritně ošetřit vážnější zranění možnost „určitě ano“ zvolilo pouze 11,3 % (6) dotázaných a možnost spíše ano 42 % (22). Nevíم odpovědělo 26,4 % (14), spíše ne 11,3 % (6) a určitě ne 7,5 % (4). Nejhůře hodnotili své schopnosti respondenti v oblasti ošetření zranění páteře nebo krku. Zatímco možnost „určitě ano“ zvolilo 7,5 % (4) a možnost „spíše ano“ 26,4 % (14), odpověď „nevíم“ uvedlo 30,2 % (6) respondentů, odpověď „spíše ne“ 22,6 % (12), a odpověď „určitě ne“ zvolilo 13,2 % (7) lidí. Přehled všech četností, průměrů a standardních odchylek nabízí Tab. 6. Názorné zobrazení poskytuje Graf 8.

Tab. 6. Vnímaná schopnost poskytnout dané druhy první pomoci

Druh pomoci	Určitě ano		Spíše ano		Nevíم		Spíše ne		Určitě ne		Průměr	SD
	f	f/n	f	f/n	f	f/n	f	f/n	f	f/n		
Zastavení velkého vnějšího krvácení	16	30,2	23	43,4	10	18,9	3	5,7	1	1,9	2,08	0,95
Ošetření popáleniny	6	11,3	27	50,9	15	28,9	5	9,4	-	-	2,37	0,82
Ošetření zranění páteře nebo krku	4	7,5	14	26,4	16	30,2	12	22,6	7	13,2	3,1	1,16
Poskytnutí masáže srdce	19	35,8	27	50,9	6	11,3	-	-	1	1,9	1,89	0,88
Zprůchodnění dýchacích cest	18	34	27	50,9	5	9,4	2	3,8	1	1,9	1,81	0,79
Prioritní ošetření vážnějších zranění	6	11,3	22	41,5	14	26,4	6	11,3	4	7,5	2,6	1,12
Zavolání pomoci	52	96,2	1	1,9	-	-	-	-	-	-	1,06	0,24

Graf 8. Vnímaná schopnost poskytnout dané druhy první pomoci



8.2. Reálné znalosti první pomoci

V této části budou prezentovány odpovědi respondentů na otázky spojené s reálnými znalostmi týkajícími se první pomoci. Postupy hodnocení a kategorizace odpovědí získaných z čtyřech otevřených otázek této části dotazníku byly ustáleny po konzultaci se dvěma odborníky vzdělanými v poskytování a vyučování první pomoci. Oblasti zahrnuté v této části jsou: znalost čísla tísňové linky, postup při dopravní nehodě, rozpoznání vnitřního krvácení a rozpoznání poranění páteře.

8.2.1. Číslo tísňové linky

Tu nejzákladnější znalost první pomoci, ve které si, jak ukazují výše uvedené výsledky, jsou respondenti zcela jisti, zjišťovala otázka:

„Jaké telefonní číslo má tísňová linka?“

Zde byl zvolen stejný způsob hodnocení, jak u výzkumu Zámečnicka et al. (2014). Správná odpověď musela obsahovat číslo 155 a zároveň muselo být uvedeno na prvním místě nebo označeno jako prioritní. Jako částečně správné byly hodnoceny odpovědi, které číslo 155

zahrnovaly, ale nevyskytovalo se na první místě. Jako Nedostačující byly hodnoceny ty odpovědi, které číslo 155 postrádaly. Ve všech těchto případech šlo o pouhé uvedení linky 112, což je sice číslo na tísňovou linku, ale kvůli prodlevě, která při volání na 112 vzniká, bylo neuvedení linky 155 hodnoceno jako Nedostačující. Správně odpovědělo 86,8 % (46) respondentů, částečně správně pouze 2 a nedostačující odpověď zahrnující pouze linku 112 uvedlo 9,4 % (5).

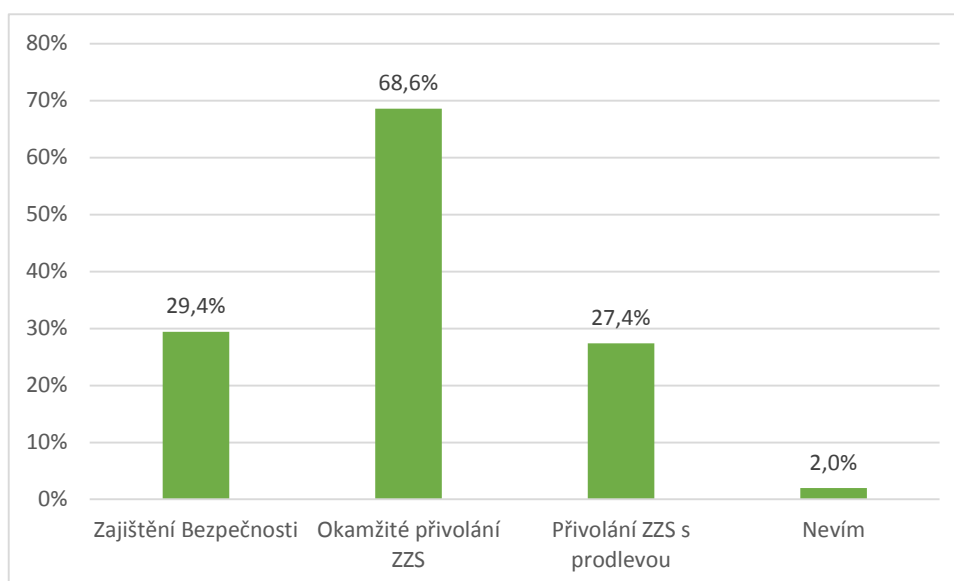
8.2.2. Postup při dopravní nehodě

„Jaký bude váš postup, když přijedete na místo čerstvé dopravní nehody, kde ještě nebyla poskytnuta žádná pomoc?“

U této otázky jsme jako dvě základní kritéria při hodnocení správnosti postupu zvolili zajištění vlastní bezpečnosti na místě nehody a přivolání rychlé záchranné služby. Odpovědi obsahující zajištění vlastní bezpečnosti měly dvojí charakter. Buď respondent přímo popsal postup zabezpečení dopravní nehody (např. *„zastavím 50 m od nehody, vytáhnu a připravím trojúhelník, zavolám...“*), nebo je aslepoň z popisu jasné, že dbá na zajištění bezpečí (např. *„zajistím, aby nedošlo k další nehodě“*, *„...nesmíme sami sebe ohrozit...“*, *„zhodnotím nebezpečí pro mě“*). Oba tyto druhy odpovědi byly posouzeny stejně jako „Zajištění bezpečí“. Kategorie přivolání rychlé záchranné služby je rozdělena na odpovědi správné a částečně správné. Jelikož je co nejrychlejší aktivování ZZS velmi důležité, správné odpovědi jsou ty, které zahrnují okamžité volání (např. *„ihned zavolám pomoc, a jdu zjišťovat, jak na tom jsou oběti...“*) nebo ty, které před voláním na tísňovou linku zmiňují pouze letmé zhodnocení situace (např. *„zjistím počty, zavolám...“*). Pokud respondent uvedl nejdříve zahájení úkonů první pomoci a zároveň pověřil někoho z příližejících voláním ZZS je tato odpověď hodnocena jako správná. Částečně správná odpověď obsahuje před voláním určitou prodlevu ve formě obsáhlejšího zjišťování závažnosti poranění poškozených, jejich ošetřování nebo dokonce vyprošťování z vozidla (např. *„Zhodnotím stav situace, zdali jsou nějakí zranění, pokud ano, zhodnotím jejich stav, je-li to nutné zahájím první pomoc, zavolám záchrannou službu...“*, *„...Zjistím jestli je v bezvědomí a jestli reaguje. Jakmile to zjistím zavolám sanitku...“*).

Z 51 respondentů, kteří na tuto otázku odpovídali, 15 z nich myslelo na zajištění vlastní bezpečí. Postup okamžitého přivolání ZZS popsal 35 respondentů a 14 z nich by volalo s lehkou prodlevou. Jediný z dotázaných v popisu nezmínil přivolání ZZS a jeden odpověděl „nevím“. Odpovědi podle těchto kategorií představuje Graf 11.

Graf 11. Popis postupu u dopravní nehody



Hodnocení správnosti postupu následně záleželo od toho, jestli ve své odpovědi respondent uvedl jak zajištění bezpečí tak neodkladné přivolání ZZS. V tom případě byl postup hodnocen jako správný. Jako částečně správný byl hodnocen, když bylo přivolání ZZS mírně odloženo, nebo když bylo odloženo zajištění vlastní bezpečnosti (např. „Zjistím zdravotní stav účastníků dopravní nehody. Pokusím se zajistit místo dopravní nehody. „Zavolám pomoc, ...“). V jednom případě uvedl respondent zcela správný postup avšak jako tísňovou linku uvedl číslo 112. Kvůli prodlevě v reakci ZZS tímto vytvořené, byl postup ohodnocen jako částečně správný. Jako nesprávný byl postup hodnocen, pokud vůbec neobsahoval zmínku o zajištění bezpečí nebo volání ZZS.

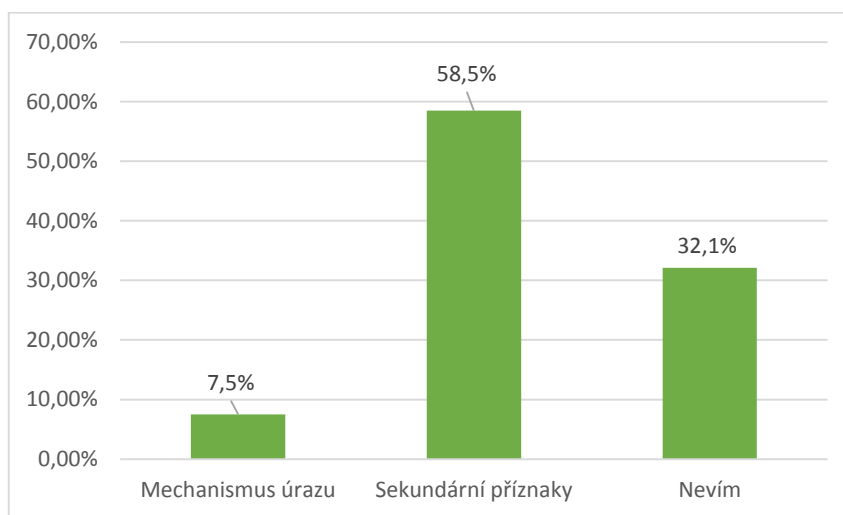
Jakp správný se nakonec dal hodnotit postup u 17,6 % (9) respondentů, jako částečně správný u 9,8 % (5) z nich a jako nesprávný u 72,5 % (37) dotázaných.

8.2.3. Rozpoznání poranění páteře

„Jak poznáte, že má člověk poranění páteře při dopravní nehodě?“

Odpovědi na tuto otázku byly rozděleny do třech kategorie. Kategorie „Nevím“ podle očekávání zahrnuje odpovědi jako: „nevím“, „nepoznám“ nebo odpovědi neobsahující žádná směrodatná vodítka, která by odpověď zařadila jinam. Další kategorie byla nazvána „Sekundární příznaky“. Ta sdružovala odpovědi, které popisovaly příznaky jako velké bolesti zad, necitlivost končetin, ztráta motoriky apod., uvedené také v teoretické části. Kategorie „Mechanismus úrazu“, zahrnovala odpovědi, při kterých respondenti brali v

úvahu při posuzování možnosti poranění páteře právě mechanismus úrazu nebo uvedli, že u dopravní nehody předpokládají poranění páteře i když jej třeba neumí poznat. (např.: „nepoznám to, ale u dopravních nehod se to předpokládá“ nebo „S tímto rizikem je třeba vždy počítat a nikdy nejednat unáhleně“). Jak znázorňuje také Graf 9, 58,5 % (31) respondentů, do kategorie „Nevím“ bylo zařazeno 32,1 % (17) odpovědí, a pouze 4 z dotázaných splnilo kritéria kategorie „Mechanismus úrazu“.

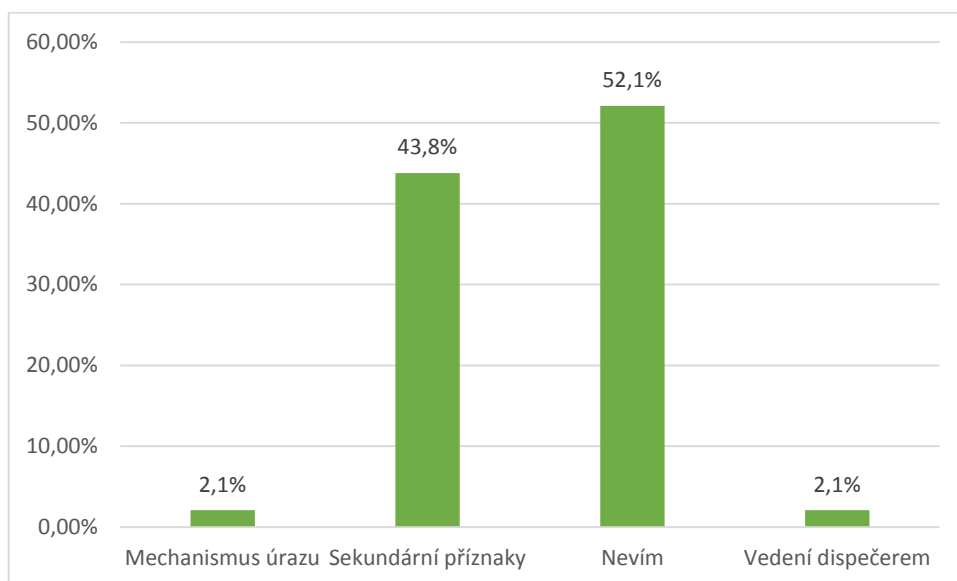


8.2.4. Rozpoznání vnitřního krvácení

„Jak poznáte, že má člověk vnitřní krvácení při dopravní nehodě?“

Hodnocení této otázky je obdobné s hodnocením otázky na poranění páteře. Odpovědi byly rozděleny do stejných kategorií, tedy „Nevím“, „Sekundární příznaky“ a „Mechanismus úrazu“. Do kategorie „sekundární příznaky“ byly zařazeny odpovědi popisující: bolest v postižené krajině, rychlý a slabý pulz, zrychlené a mělké dýchání, bledá chladná pokožka se studeným potem, pocit žízně, otoky, modřiny, příznaky šoku až mldoby a ztráta vědomí, jak jsou popisovány také v teoretické části (Bydžovský, 2004; Lejsek, 2013; ZDrSEM, 2015). U zbylých kategorií jsou podmínky stejné jako u otázky na poranění páteře. Na tuto otázku odpovědělo 48 respondentů. Do kategorie „nevím“ spadá 52,1 % (25) z nich. Ti tedy většinou odpověděli, že vnitřní krvácení nepoznají, nebo nebyli schopni ani částečně popsat příznaky. 43,8 % (21) popisovalo sekundární příznaky vnitřního krvácení a pouze jeden respondent uvedl, že je třeba z tímto zraněním prostě počítat. Jeden také uvedl, že by popsal stav oběti dispečerovi a nechal se vést. Názorně výsledky představuje Graf 10.

Graf 10 Popis identifikace vnitřního krvácení



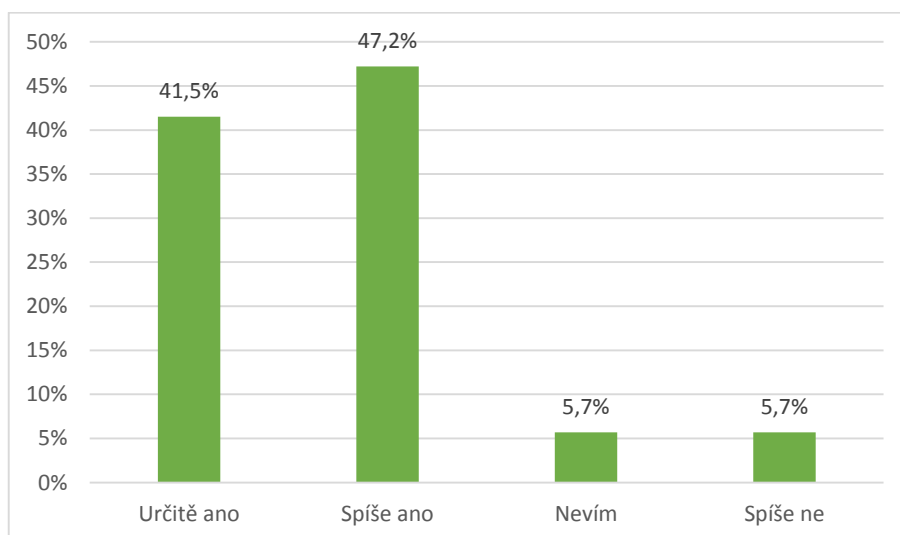
8.2.5. Hodnocení výuky první pomoci v autoškole

V třetí části dotazníku měli respondenti možnost hodnotit svou spokojenost s výukou první pomoci v autoškole. První otázkou bylo:

„Jak jste spokojen/á s výukou první pomoci v autoškole?“

Na tuto otázku odpovědělo všech 53 respondentů. 41,5 % (22) odpovědělo „určitě ano“ a 47,2% (27) odpovědělo „spíše ano“. „Nevím“ odpovědělo 5,7 % (3) respondentů, a taktéž 5,7 % (3) zvolilo odpověď „spíše ne“.

Graf 12. Spokojenost s výukou první pomoci v autoškole



Respondenti byli také dotázáni:

„V jakém období by podle vás měl proběhnout kurz první pomoci?“

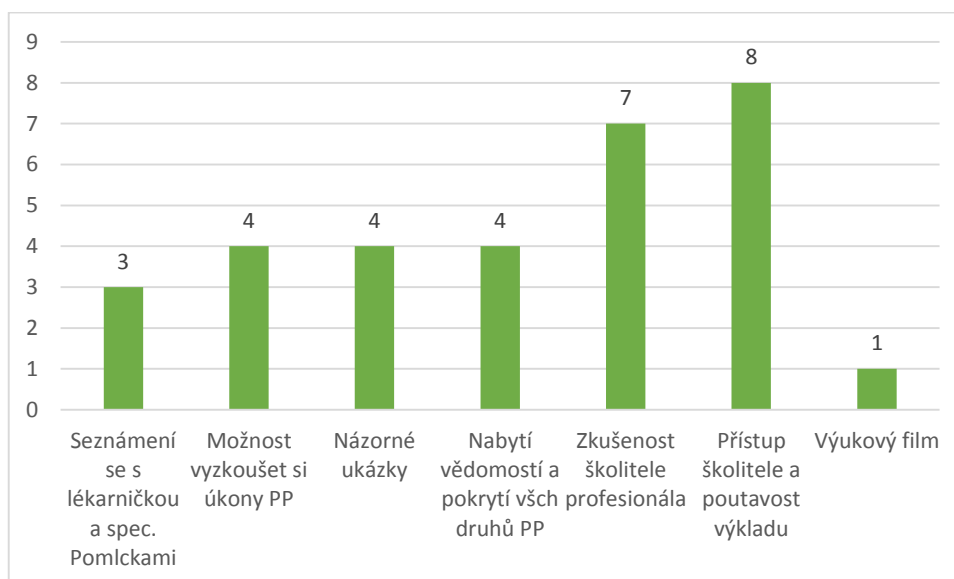
Většina, tedy 81,1 % (43) odpověděla, že by měl zůstat součástí autoškoly. 13,2 % (7) uvedlo, že by bylo na místě, aby se kurz konal již před autoškolou. Odpovědi, že by se měl kurz konat po autokole nebo vůbec, zvolil vždy jeden respondent. Jedna osoba zvolila možnost „jiné“, ve které uvedla, že by měl být kurz jak na základní, tak na střední škole.

V odpovědi na otázku

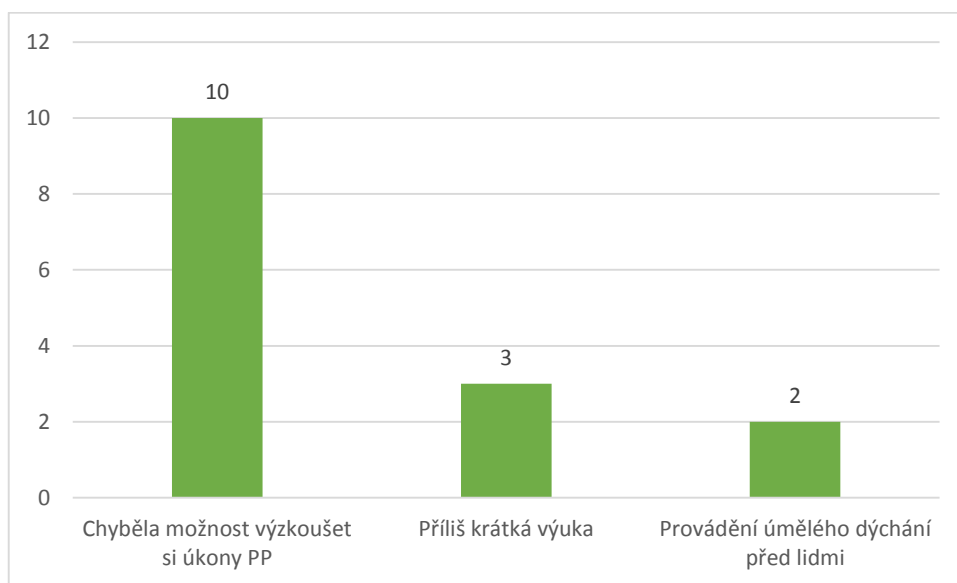
„Co se Vám na výuce první pomoci v rámci autoškoly nejvíce líbilo či nelíbilo?“

zmínilo pozitiva nebo negativa výuky 43 respondentů. Nejčastěji byl pozitivně hodnocen přístup a profesionální zkušenost školitele. Nejčastějším negativem byla příliš teoreticky zaměřená výuka bez možnosti prakticky si vyzkoušet úkony PP. Odpovědi pro oba póly uvádějí Grafy 13 a 14.

Graf 13. Vnímaná pozitiva výuky PP v autoškolách



Graf 14. Vnímaná negativa výuky PP v autoškolách



Jako doplnění tohoto hodnocení mohli respondenti také v otázce

„Napadají vás nějaké konkrétní změny ve výuce?“

navrhnout konkrétní změny ve výuce. Komentáře na toto téma prakticky kopírovaly výše zmíněná negativa, kdy 15 respondentů by výuku zaměřilo více na praktické ukázky a možnost vyzkoušet si úkony PP (především kardiopulmonální resuscitaci). Tři z těchto patnácti odpovědí zahrnovaly také rozšíření výuky o více hodin.

Z důvodu použití různých metod pro oslovení respondentů bylo cílem ověřit, zda je hodnocení výuky první pomoci v autoškole u vybraných vzorků taktéž rozdílné.

Testovaná byla hypotéza H2: Existuje statisticky významný rozdíl v hodnocení výuky první pomoci v autoškole u výběru frekventantů oslovených skrze samotné autoškoly a u výběru frekventantů oslovených skrze internet.

Pro ověření tohoto rozdílu byl použit Mann-Whitneyův U-test. Mezi zmíněnými soubory byl nalezen statisticky signifikantní rozdíl na hladině významnosti $\alpha < 0,05$ ($Z = 2,194$; $p = 0,028$). **Hypotéza H2 byla tedy přijata.**

8.3. Psychické zábrany při poskytování první pomoci

Na jevy, které by mohly ovlivnit respondenty při rozhodování se poskytnout první pomoc, se zaměřila otázka:

„Které z následujících výčtů by Vám bránilo v poskytnutí první pomoci?“

Otázka zahrnovala 11 položek, u kterých respondenti své hodnocení vyjadřovali na škále: „určitě ano, spíše ano, spíše ne, určitě ne.“

Tři položky se zaměřovaly na situace často spojené s efektem přihlížejících. Těmi jsou: „Někdo jiný pomůže/pomáhá“, „Někdo jiný mě vidí, je to trapné“ a „Když nikdo jiný nepomáhá, není potřeba poskytnout pomoc“.

Dvě položky se týkaly přítomnosti a schopnosti využít pomůcek první pomoci: „Nemám s sebou žádné vhodné pomůcky“, „Mám vybavení, ale neumím ho použít“. Mezi ostatní položky patří: „Netroufl bych si organizovat ostatní při poskytování pomoci“, „Nelze zajistit vlastní bezpečnost“, „Člověk vypadá odpudivě“, „Zraněný je z jiné etnické skupiny“, „Zraněný může trpět nějakou infekční nemocí“, „Bojím se, že zraněnému ublížím“

Na tyto otázky odpovídalo všech 53 respondentů, avšak položky „Někdo jiný pomůže/pomáhá“ a „Někdo jiný mě vidí, je to trapné“, byly obě jednou vynechány.

Nejsilnějšími zábranami se podle výpovědí ukázaly: obava z toho, že zraněný trpí infekční nemocí, nemožnost zajištění vlastní bezpečnosti a obava, že by záchránce postiženému ještě více ublížil. U první z nich, tedy u položky „Zraněný může trpět nějakou infekční nemocí“ zvolilo 13,2 % (7) dotázaných možnost „určitě ano“ a 43,4 % (23) možnost „spíše ano“. „spíše ne“ odpovědělo 39,6 % (21) respondentů a „určitě ne“ pouze dva z nich. U položky „Nelze zajistit vlastní bezpečnost“ odpovědělo 17 % (9) dotázaných „určitě ano“, 39,6 % (21) „spíše ano“, 30,2 % (16) „spíše ne“ a možnost „určitě ne“ označilo 13,2 % (7). Při hodnocení položky „Bojím se, že zraněnému ublížím“ zvolilo 15,1 % (8) respondentů možnost „určitě ano“ a 34 % (18) možnost „spíše ano“. Odpověď „spíše ne“ uvedlo 28,3 % (15) dotázaných a 22,6 % (12). Za zmínku stojí také položka „Netroufl bych si sám organizovat ostatní“. Určitě by bránila v poskytnutí pomoci u 9,4 % (5) lidí a 26,4 % (14) lidí při hodnocení zvolilo možnost „spíše ano“. Slabší vliv při rozhodování poskytnout první pomoc by měla také situace, kdy profesionální záchránce má potřebné vybavení (např. lékárničku), ale neumí jej použít. Možnost „spíše ano“ zvolilo u této položky 18,9 % (10)

respondentů. Položku „někdo jiný pomůže/pomáhá“ a odpovědi na ní jsem se rozhodl neinterpretovat, jelikož povaha samotné otázky je nejasná a je veliký rozdíl mezi situací, když nikdo nepomáhá (a možná pomůže), nebo když už někdo pomáhá. Položky „Někdo jiný mě vidí, je to trapné“ a „Když nikdo jiný nepomáhá, není potřeba pomoci“, spojené s efektem přihlížejícího se v odpovědích respondentů ukázaly bez účinku. U první z nich tedy 67,3 % (35) uvedlo, že by určitě pomoci nebránila, a 28,3% (15) z nich odpovědělo, že by spíše nebránila. Podobně u druhé z nich, 69,8 % (37) zvolilo odpověď „určitě ne“ a 22,6 (12) odpověď „spíše ne“. Kompletní přehled četností nabízí Tab. 7.

Tab. 7. Zábrany při poskytování první pomoci

	Určitě ano (1)		Spíše ano (2)		Spíše ne (3)		Určitě ne (4)		Průměr	SD
	<i>f</i>	<i>f/n</i>	<i>f</i>	<i>f/n</i>	<i>f</i>	<i>f/n</i>	<i>f</i>	<i>f/n</i>		
Někdo jiný pomůže/pomáhá	3	5,7	12	22,6	21	39,6	16	30,2	2,96	0,88
Někdo jiný mě vidí, je to trapné	-	-	1	1,9	15	28,3	35	67,3	3,69	0,54
Netroufl bych si sám organizovat ostatní	5	9,4	14	26,4	25	47,2	9	17	2,71	0,86
Když nikdo jiný nepomáhá, není potřeba pomoc	-	-	4	7,5	12	22,6	37	69,8	3,62	0,62
Nemám s sebou žádné vhodné pomůcky	-	-	5	9,4	27	50,9	21	39,6	3,3	0,64
Mám vybavení, ale neumím ho použít	-	-	10	18,9	23	43,4	20	37,7	3,19	0,74
Nelze zajistit vlastní bezpečnost	9	17	21	39,6	16	30,2	7	13,2	2,4	0,92
Člověk vypadá odpudivě	1	1,9	17	32,1	15	28,3	20	37,7	3,01	0,89
Zraněný je z jiné etnické skupiny	1	1,9	2	3,8	20	37,7	30	56,6	3,49	0,67
Zraněný může trpět nějakou infekční nemocí	7	13,2	23	43,4	21	39,6	2	3,8	2,34	0,76
Bojím se, že zraněnému ublížím	8	15,1	18	34	15	28,3	12	22,6	2,59	1

8.4. Osobnostní vlastnosti a poskytování první pomoci

V této části se dostáváme ke zkoumání vztahů mezi pěti faktory dotazníku NEO-FFI a ochotou poskytnout první pomoc, tedy odpověďmi u položky „V případě dopravní nehody bych poskytnul/a první pomoc“.

Testovanými hypotézami jsou:

H3: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem přívětivosti, měřeným inventářem NEO-FFI.

H4: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná pozitivní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem svědomitosti, měřeným inventářem NEO-FFI.

H5: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná negativní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem neuroticismu, měřeným inventářem NEO-FFI.

H6: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem extravertze, měřeným inventářem NEO-FFI.

H7: U výběrového souboru frekventantů autoškol existuje statisticky významná korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc, měřenou dotazníkem první pomoci v autoškolách, a skórem otevřenosti vůči zkušenosti, měřeným inventářem NEO-FFI.

K posouzení souvislosti mezi zmiňovanými proměnnými byl použit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky korelace znázorňuje Tab. 8.

Tab. 8. Korelace faktorů NEO-FFI a ochoty poskytnout první pomoc

	Faktory NEO-FFI				
	N	E	O	P	S
V případě dopravní nehody bych poskytnul první pomoc	0,296*	-0,359**	-0,087	-0,259	0,015

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Mezi ochotou poskytnout první pomoc a skórem na škále přívětivosti nebyla nalezena statisticky významná korelace. **Hypotéza H1 byla tedy zamítnuta.**

Mezi ochotou poskytnout první pomoc a skórem na škále svědomitosti také nebyla nalezena statisticky významná korelace. **Hypotéza H2 byla tedy zamítnuta.**

Mezi ochotou poskytnout první pomoc a skórem na škále neuroticismu byla nalezena statisticky významná pozitivní korelace ($r_{sp} = 0,296$; $p < 0,05$). **Hypotéza H3 byla tedy přijata.**

Mezi ochotou poskytnout první pomoc a skórem na škále extraverze byla nalezena statisticky významná negativní korelace ($r_{sp} = -0,359$; $p < 0,01$). **Hypotéza H4 byla tedy přijata.**

Mezi ochotou poskytnout první pomoc a skórem na škále otevřenosti vůči zkušenosti nebyla nalezena žádná statisticky významná korelace. **Hypotéza H5 byla tedy zamítnuta.**

9. Diskuze

Dříve než se budu zabývat výsledky a jejich souvislostmi, je nutné poukázat na nedostatky a omezení tohoto výzkumu, které musí být při interpretaci výsledků jednoznačně brány v potaz. Pro tento výzkum byl využit nestandardizovaný dotazník, který tedy nemá normy, a nejsou zmapovány jeho psychometrické vlastnosti, což snižuje validitu některých zkoumaných fenoménů (K zamyšlení nad některými konkrétními položkami se ještě dostaneme v pozdější části diskuse). Tato metoda byla však zvolena jednak kvůli tomu, že v podmínkách ČR žádný standardizovaný dotazník tohoto typu není, a jednak kvůli tomu, že byla již využita ve výzkumu Zámečnicka et al. (2014). Tímto je tedy možnost jakéhosi pokračování ve výzkumu a porovnání výsledků. Mezi hlavní nedostatky této práce patří způsob, jakým byl formován výběrový soubor. Jedná se vlastně o kombinaci tří druhů sběru dat, kde každý má svá určitá specifika. Oslovování frekventantů skrze autoškoly, tedy způsob, který použil ve své studii také Zámečnick et al. (2014), se jevil jako nejlogičtější. I on má však poměrně podstatnou nevýhodu, a tou je samovýběr autoškol. Dá se předpokládat, že při zkoumání znalosti první pomoci budou chtít spolupracovat pouze autoškoly, které považují svojí výuku za kvalitní, a podobně je možné uvažovat také o tom, že s účastí na výzkumu budou souhlasit spíše frekventanti, kteří jsou si v oblasti první pomoci jistější. Data tedy mohou tímto podléhat pozitivnímu zkreslení. Administrace dotazníků přímo v hodinách je dále také většinou možná pouze u velkých autoškol, jelikož ty menší často preferují individuální a flexibilní plány výuky. Podstatným se ukázalo také množství času, které výzkum z hodiny zabere. V této práci to bylo přibližně dvacet minut, což mnoho autoškol považovalo za příliš dlouho. Pro lepší spolupráci autoškol u potencionálních příštích studií bych doporučoval, aby nevyžadovaly časovou dotaci větší než 10 - 15 minut. U sběru dat prostřednictvím internetu se eliminuje pozitivní zkreslení dat samovýběrem autoškol. Určité pozitivní zkreslení na základě samovýběru jednotlivých respondentů však vyloučit nelze. Znatelný rozdíl mezi sběrem dat skrze autoškoly a skrze internet se očekával v části hodnotící zdravotní přípravu dané autoškoly. Tento rozdíl se ukázal jako signifikantní, a proto by měly budoucí studie, zaměřující se ve větší míře na hodnocení autoškol, při tvorbě výzkumného designu brát tento rozdíl v úvahu. Pro celý výzkumný vzorek platí fakt, že při popisování znalostí a vnímané připravenosti měli respondenti informace z výuky první pomoci ještě poměrně čerstvě v hlavě, jelikož je zdravotní věda v autoškolách vesměs vždy zařazována do poslední části výcviku. Efekt na výsledky může také mít to, že někteří

z respondentů absolvovali také jiné kurzy první pomoci. Pět z nich studovalo zdravotnické obory a měli tak průpravu, která by měla být na vyšší úrovni než výuka v autoškole. Při takto malém počtu nelze však tyto rozdíly statisticky testovat. Podobně je tomu i u respondentů, kteří uvedli absolvování výuky první pomoci na základní nebo střední škole. Jelikož však šlo především o jedno- až dvou hodinové kurzy, nedomnívám se, že by měly mít pro tento výzkum výrazný efekt. Dále považuju také za důležité upozornit na to, že se tato studie zabývala pouze frekventanty, kteří absolvovali výuku zdravotní péče. Tu by měli podle zákona absolvovat před ukončením výcviku všichni, avšak při distribuci elektronického dotazníku jsem se setkal také s případy, kdy pro absolvování výcviku nebylo nutné se zdravotní péče zúčastnit, nebo dokonce nebyla zdravotní péče ani součástí výuky. To považuju za podstatný problém, který není zmapovaný a v oblasti připravenosti mladých řidičů poskytnout první pomoc představuje podle toho, jaký má rozsah, potenciálně značnou hrozbu. Nakonec je nutné také zmínit fakt, že konečný vzorek 53 respondentů, společně s výše pospanými nedostatky v metodologii sběru dat, je přeci jen velmi malý a nelze jej považovat za reprezentativní vzhledem k populaci.

9.1. Ochota a schopnost poskytnout první pomoc

Ochotu poskytnout první pomoc při dopravní nehodě prokázala drtivá většina lidí, tedy 92,5 % (odpovědi „určitě ano“ a „spíše ano“). Když však vezmeme v úvahu fakta nabízená Lejskem (2013) a Štětinou (2000), kteří uvádějí, že reálný počet poskytnutí první pomoci se pohybuje někde mezi 10 a 39 %, můžeme předpokládat, že popisovaná ochota pomoci není nutně známkou toho, že by daný jedinec v případě nouze pomoc opravdu poskytl. Tuto domněnku potvrzuje řada fenoménů popsanych v kapitole věnované psychologickým aspektům první pomoci. Mezi jeden z nich patří, jak uvádí Výrost a Slaměník (2008), zvažování vlastní kompetence poskytnout adekvátní pomoc, což může být také spojeno ze strachem z dalšího ublížení poškozenému. Vnímaná schopnost poskytnout první pomoc v této studii dosahovala o poznání nižší úrovně než zmíněná ochota. Jako velmi schopné či spíše schopné sebe posoudilo 56,6 % respondentů. Mezi těmito položkami byla také nalezena statisticky významná korelace ($r_{sp} = 0,524$; $p < 0,01$). Lze se tedy domnívat, že při menší vnímané kompetenci je také snížena ochota pomoci. Je třeba však mít na paměti, že pouhá korelace nesevčí o směru vztahu, a tak je možné, že například ti s menší motivací poskytnout pomoc udávají menší míru schopnosti jako určitý typ výmluvy a ti, kteří jsou

velice motivováni a ochotni pomoci, své schopnosti přeceňují. Mezi cíle práce patřilo také prozkoumání toho, v jakých oblastech první pomoci se frekventanti cítí nejvíce jisti a v jakých naopak nejméně. Ukázalo se, že zcela bezproblémové je pro respondenty přivolání záchranné služby. Mezi úkony první pomoci, ve kterých si byli respondenti nejjistější, patřilo zprůchodnění dýchacích cest a masáž srdce. U prvního z této dvojice uvedlo 87 % respondentů, že jsou určitě schopni nebo spíše schopni. U masáže srdce to bylo 85 % dotázaných. O něco slabší byla vnímaná schopnost ošetřit velké vnější krvácení (73,6 %) a popáleninu (62,1 %). Jako nejproblémovější se ukázalo prioritní ošetření vážnějších zranění a především ošetření poranění páteře či krku. Prioritně ošetřit vážnější zranění by podle odpovědí bylo určitě schopno nebo spíše schopno 52,8 % respondentů. U poranění páteře nebo krku věřilo svým schopnostem pouze 33,9 % dotázaných. Rozdíly mezi jednotlivými druhy nebo oblastmi první pomoci mohou být zapříčiněny různou vahou, která jim je v rámci výuky zdravotní péče přikládána, ale pravděpodobně především náročností a komplikovaností dané oblasti. Na základě těchto výsledků se domnívám, že v rámci výcviku první pomoci v autoškolách, by se měla větší pozornost věnovat především poraněním páteře a okolnostem s nimi spojenými. Jak je popsáno v teoretické části, je to oblast velice problematická a spojená s obrovskými riziky. Domnívám se, že jelikož si v ní byli respondenti nejméně jisti, kvalitnější výuka a výcvik v této problematice by mohl mít poměrně výrazný pozitivní efekt na celkovou vnímanou schopnost poskytnout první pomoc a potažmo v rámci decizního modelu intervence a již zmíněného fenoménu hodnocení vlastních kompetencí, pozitivní vliv na reálné poskytování první pomoci.

9.2. Reálné znalosti první pomoci

Jistota ve vlastní schopnost přivolat pomoc v případě nehody byla podpořena velmi dobrou znalostí správného čísla na tísňovou linku. Správně uvedlo číslo 155 86,8 % respondentů. Částečně správně odpověděli 2 a nedostatečnou odpověď uvedlo 5 respondentů. V porovnání z výzkumem Zámečnicka et al. (2014) se v této studii se objevilo daleko méně částečně správných odpovědí ve prospěch odpovědí správných. Poměr odpovědí, které jsou v této práci označovány jako nedostačující, byl podobný. Podobně jako u výzkumu Zámečnicka et al. (2014), při hodnocení postupu u dopravní nehody byl nejčastějším nedostatkem nezajištění vlastní bezpečí, což je nesmírně důležité pro zabránění dalším úrazům až úmrtím. Právě kvůli tomuto nedostatku bylo možno hodnotit jako správné nebo alespoň částečně správné pouze 29,4 % odpovědí.

Otázky zaměřené na rozpoznání vnitřního krvácení a poranění páteře poskytly poměrně

zásadní zjištění. Třetina respondentů vůbec nevěděla jak poznat poranění páteře. U vnitřního krvácení to byla dokonce více než polovina respondentů. U obou případů se pak v drtivé většině odpovědí snažili respondenti popisovat sekundární příznaky těchto poranění, jako například necitlivost nebo nehybnost končetin u poranění páteře, či bledost, zrychlený pulz, bolesti břicha v případě vnitřního krvácení. I když se nedá říci, že jsou tyto odpovědi nesprávné, domnívám se, že pro kvalitní poskytnutí první pomoci budou v mnoha případech pravděpodobně nedostačující. Jak popisuje Bydžovský (2004) nebo ZDrSEM (2015), je velmi náročné tato poranění rozpoznat a v případě vnitřního krvácení může být poškození po dlouhou dobu zcela skryto. Navíc je třeba mít na paměti, že všechny zmíněné příznaky poranění páteře vyžadují, aby oběť byla při vědomí a sama nám sdělila, že např. necítí nohy. Tato podmínka samozřejmě často nemusí být splněna a záchránce se tak těmito vodítky nemůže řídit. Navíc, jak udává ZDrSEM (2015), může se dokonce vyskytnout situace, kdy je poraněna páteř, ale její úlomky ještě neporanily míchu. V tom případě se oběť může třeba i pokusit postavit, a tím si právě poškození míchy způsobit. Na základě těchto poznatků se domnívám, že by se měl ve výcviku první pomoci přístup k těmto poraněním zásadně změnit. Jak popisuje Štěpánek (2009), Bydžovský (2004) či ZDrSEM (2015), nesmírně důležitým vodítkem pro podezření na úraz páteře nebo vnitřní krvácení je charakter a mechanismus úrazu. Jedním z vodítek pro důvodné podezření na tento typ úrazu je náraz v rychlosti větší než 40 km/h a více. U nehody chodec - vozidlo to může být ještě méně (ZDrSEM, 2015). Podezření na poranění páteře či na vnitřní krvácení je pak na místě u většiny dopravních nehod. Tento způsob hodnocení, který je základem metodiky ZDrSEM (2015) pro tato nebezpečná zranění, se zdá nejen jako bezpečnější ale také jako jednodušší, což je také u laické první pomoci velmi důležité. Nejistota respondentů v oblasti poranění páteře a krku popsaná o něco výše se tak na základě výsledků reálných znalostí potvrzuje jako oprávněná. Jelikož k prakticky stejným výsledkům došel také výzkum Zámečnicka et al. (2014), který byl proveden na značně větším vzorku než tato práce, jeví se změna ve výuce této problematiky jako velice žádoucí.

9.3. Hodnocení výuky první pomoci v autoškolách.

Obecně hodnotili frekventanti výuku velice pozitivně. 88,7 % z nich bylo určitě spokojeno nebo spíše spokojeno. Zbýlých 11,4 % nevědělo nebo bylo spíše nespokojeno. Jak již bylo zmíněno, statisticky významný rozdíl však byl nalezen mezi odpověďmi respondentů

z autoškol a odpověďmi na elektronickou formu dotazníku. Tato problematika byla už dostatečně popsána. Kromě zmíněného hodnocení popisovali respondenti také to, co se jim ve výuce líbilo či nelíbilo, a jak by případně výuku změnili. Jakýmsi hlavním nedostatkem bylo podle odpovědí příliš teoretické zaměření hodiny a nedostatek prostoru k praktickému vyzkoušení úkonů první pomoci. Naopak v případě, že tento praktický nácvik byl do výuky zařazen, byl hodnocen pozitivně. Dále se nejvíce respondentům líbil vstřícný přístup školitele spojený s poutavostí výkladu a oceňovali také, když byl vyučujícím odborník (např. záchranář) ochotný podělit se o své zkušenosti. Tyto poznatky však nelze příliš zobecňovat, jelikož ne všichni z už tak malého výzkumného souboru své slovní hodnocení poskytli. Můžeme je však brát jako náhled na to, jak zdravotní příprava může v dnešní době vypadat.

9.4. Psychické zábrany při poskytování první pomoci

Mezi nejsilnější zábrany pro poskytnutí první pomoci patřil strach z toho, že oběť trpí infekční nemocí, nemožnost zajistit vlastní bezpečí a strach z dalšího ublížení poškozenému. První zmíněné jako zábranu uvedlo 56,6 % dotázaných, nemožnost zajistit bezpečí také 56,6 % a strach z ublížení 49,1 %. Strach z infekčního onemocnění nebo nemožnost zajištění vlastního bezpečí jsou zábrany zcela pochopitelné. Navíc, jak uvádí Lejsek (2013), nevystavení se nebezpečí patří dokonce k hlavním principům poskytování první pomoci. V tomto směru fakt, že 43,4 % respondentů by nemožnost zajištění vlastního nebezpečí určitě nebo spíše neodradila, může být spíše důvod k obavám. Značná část dotázaných jako zábranu uvedla strach z dalšího ublížení poškozenému. Domnívám se, že sílu této zábrany lze podstatně snížit kvalitním výcvikem v první pomoci. Tento strach je obvyklý při již zmíněném zvažování svých kompetencí Výrostem a Slaměním (2008). Dle mého názoru jako typický příklad může sloužit opět poranění páteře, kde je možnost způsobit vážná sekundární zranění, jak uvádí i Zámečník et al. (2014), velmi reálná a v případě, že záchránce nemá jasno v tom, jestli má do činění s poraněním páteře nebo ne, a také v tom, jak v případě poranění páteře postupovat, bude pravděpodobně strach z ublížení velmi velký. Je však nutno si uvědomit, že i v případě podezření na poranění páteře jsou úkony, které je třeba provést, a které je legitimní provést i s rizikem sekundárního ublížení. Příkladem může být například kardiopulmonální resuscitace v případě zástavy dechu (Lejsek, 2013). Záchránce dobře obeznámený z těmito principy se pravděpodobně sice strachu z ublížení nezabývá, ale

jelikož ví, že pokud neudělá nic, poškozený zaručeně zemře, by nemusel tento strach až tak bránit samotné pomoci. Na druhou stranu nelze s jistotou říci, že ti respondenti, kteří uvedli, že by jim tento faktor v poskytnutí pomoci nebránil, mají dostatečné znalosti první pomoci. Může také platit, že si riziko sekundárního ublížení neuvědomují. Což je samozřejmě také nebezpečné. Pro tuto práci je tato nejasnost tedy určitým omezením. V případných výzkumech zabývajících se tímto tématem by bylo třeba tento strach více diferencovat. Tři položky této otázky byly zaměřeny na působení efektu přihlížejícího. Asi čtvrtina respondentů jako bariéru uvedla položku „Někdo jiný pomůže/pomáhá“. Nakonec, jak již bylo zmíněno i ve výsledcích, považují tuto otázku za špatně formulovanou a jakákoliv interpretace by tady nebyla vhodná. U žádné z dalších dvou položek týkajících se efektu přihlížejících („*Když nikdo jiný nepomáhá, není potřeba poskytnout pomoc*“, „*Někdo jiný mě vidí, je to trapné*“) se působení tohoto fenoménu nepotvrdilo. Ve světle zmíněné literatury a výzkumů na toto téma, příkladem může být srovnávací studie Lataného Nidy (1981), lze těžko předpokládat, že by u poskytování první pomoci tento fenomén nehrál roli. Spíše se domnívám, že kvůli sociální povaze tohoto fenoménu není dotazníkové šetření pro toto téma zcela vhodným nástrojem. S tím může být spojen fakt, že otázka „*Které z následujících výčtů by Vám bránilo v poskytnutí první pomoci*“ a také celý charakter dotazníku poměrně jasně imaginární situaci popisuje jako takovou, která pomoc vyžaduje. Jak však uvádí Výrost a Slaměník (2008) či Latané a Nida (1981), je to nejednoznačnost situace, která má veliký vliv na to, že se efekt přihlížejících projeví. Jinými slovy, na reakce okolních lidí se spíše díváme, pokud si nejsme jisti, jak je třeba jednat.

Podobně tomu je i v případě možného ztrapnění. To hrozí spíše v situaci, kdy by se člověk rozhodl pomoci a následně by se ukázalo, že to situace nevyžadovala (Latané, & Nida 1981). Nakonec odpovědi na otázku, jestli by respondentům v poskytnutí první pomoci bránil fakt, že je poškozený z jiného etnika ukázaly značně odlišné výsledky v porovnání z výzkumem Zámečnicka et al. (2014). V této práci nebylo odlišné etnikum uvedeno jako zábrana pro poskytnutí pomoci. Ve studii Zámečnicka et al. (2014), by až 27 % respondentů toto jako zábranu vnímalo.

9.5. Osobnostní vlastnosti a poskytování první pomoci

Při testování souvislostí mezi ochotou poskytnout první pomoc a osobnostními vlastnostmi se jako nesilnější projevil negativní vztah ochoty pomoci a extraverze ($r_{sp} = -0,359$; $p < 0,01$). Jak popisuje Costa a McCrae (1997), extraverze nemá mnoho konceptuálních předpokladů pro projevy prosociálního chování. Tento negativní vztah je však trochu překvapivý. Možná by jej mohl částečně vysvětlit fakt, že jak uvádí Hřebíčková s Urbánkem (2001), jsou extraverti především rádi ve společnosti lidí a součástí společenských skupin. Mohli bychom tedy vyslovit předpoklad, že v případě, že se ocitnou v krizové situaci sami, nebudou si vědět rady. Zároveň jsou introvertům přiřazovány vlastnosti jako nezávislost, samostatnost a vyrovnanost, které by svědčily o tom, že si člověk s nízkým skóre extraverze spíše poradí, když se ocitne v situaci, kdy je třeba poskytnout pomoc. Tato oblast by však potřebovala ještě daleko větší výzkumnou pozornost, aby bylo možné dospět k podloženějším závěrům. Podobně neočekávaná je také pozitivní korelace mezi ochotou poskytnout první pomoc a neuroticismem ($r_{sp} = 0,296$, $p < 0,05$), i když není nijak silná. Na základě prostudované literatury se zde dal očekávat, jak píše Kanacriová et al. (2014) spíše negativní vztah. Hřebíčková s Urbánkem (2001) však popisuje osoby skórující vysoko na šále neuroticismu (kromě vlastností, které již byly popsány), také jako náchylné k nereálným ideálům, a dále uvádí také, že jejich představy nekorespondují s realitou. Je tedy možné, že jejich ochota poskytnout pomoc je spíše jakýmsi ideálem, který je však v praxi těžké naplnit. Pro porozumění této problematiky, a také faktu, že přívětivost ani svědomitost neprokázaly k ochotě poskytnout první pomoc žádný vztah, je třeba dalšího výzkumu. Namísto by bylo použito pro zkoumání ochoty poskytnout pomoc jinou metodu a zjistit, jaký se ukáže rozdíl.

10. Závěry

Mezi cíle této práce patřilo prozkoumání připravenosti frekventantů autoškol poskytnout první pomoc. Pozornost byla věnována jak obecné ochotě pomoci, tak různým psychologickým faktorům, které by tuto ochotu mohly ovlivňovat. Dále se také práce věnovala vnímané schopnosti poskytnout první pomoc obecně i při různých druzích poranění. Okrajově byly zkoumány také reálné znalosti z oblasti první pomoci.

Mezi hlavní výstupy této práce patří:

- Popisovaná ochota pomoci v situaci první nehody je velmi vysoká.
- Vnímaná schopnost pomoci je však o poznání menší.
- Mezi ochotou pomoci a vnímanou schopností byl nalezen silný pozitivní vztah.
- Oblasti, ve kterých se respondenti cítili nejméně kompetentní, jsou především poranění páteře a krku, a dále prioritní ošetření vážnějších zranění.
- Při hodnocení postupu u dopravní nehody, bylo velmi opomíjené zabezpečení vlastního bezpečí.
- Znalosti týkající se rozpoznání vnitřního krvácení a poranění páteře se ukázaly být zcela nedostatečné.
- Mezi nejsilnější psychické zábrany při poskytování první pomoci se podle respondentů řadí strach z infekčního onemocnění, nemožnost zajištění vlastního bezpečí a strach ze sekundárního ublížení poškozenému.
- Sporným zůstává vztah osobnostních vlastností pětifaktorového modelu a ochoty poskytnout první pomoc. Signifikantní, i když nízká se prokázala pozitivní korelace mezi ochotou pomoci a skórem neuroticismu. O něco silnější negativní vztah byl nalezen mezi ochotou pomoci a skórem extravertze. Nepotvrdil se očekávaný pozitivní vztah mezi ochotou poskytnout první pomoc a skóry přívětivosti či svědomitosti.

Souhrn

Oblastí zájmu tohoto výzkumu je připravenost mladých frekventantů autoškol poskytnout první pomoc v případě dopravní nehody. Zacielen je však především na psychologické faktory, které mohou mít vliv na to, zda potencionální zachránce pomoc poskytne nebo ne. Reálným znalostem v oblasti poskytování první pomoci se práce věnuje také, avšak spíše okrajově. Důvodu pro zkoumání této problematiky je více. Podle Světové zdravotnické organizace je dopravní bezpečnost globálním zdravotním problémem, zahrnujícím celosvětově 26 % všech úmrtí způsobených zraněním (WHO, 2004). Smysl toho, zaměřit se na mladé řidiče je také podložen hroživou statistikou dopravní úmrtnosti. Na konci minulé dekády zahrnovalo ve 27 zemích EU včetně ČR, 37% všech smrtelných nehod na silnici mladého řidiče. V porovnání s řidiči ostatních věkových skupin je mortalita mladých řidičů o 69 % vyšší. Kdybychom brali v úvahu pouze mladé muže, navýší se tento ukazatel až na 168% (ETSC, 2012). Další zpráva WHO (2013), tak označuje úrazy v silniční dopravě za hlavní příčinu smrti u lidí ve věku 15 až 29 let. Svůj podíl na této zranitelnosti hraje více příčin. Mezi nejčastěji zmiňované a nejvíce prozkoumané patří podle Portera (2011) například rozdíly ve vnímání rizika, v náchylnosti k rizikovému chování, zvýšená úroveň sensation seekingu, specifické dopady řízení pod vlivem alkoholu či náchylnost k vlivům pasažérů. Důležitou roli v mnohých z těchto aspektů hrají také vývojové aspekty mozku (Steinberg, 2008; Dahl, 2008; Bjork et al., 2004; Ersnt et al., 2006). Ve výzkumné části jsem tedy zaměřil právě na tuto věkovou kategorii, jelikož pravděpodobnost toho, že se dostanou do situace, kde bude třeba poskytnout první pomoc, je značně zvýšená. Jediným výzkumem, zabývajícím se tímto tématem v našich podmínkách, je výzkum Zámečnicka et al. (2014). Pokusil jsem se tedy na něj navázat, a dále výzkum také o něco rozšířit. Standardizované metody pro tento typ výzkumu u nás neexistují, a tak jsem použil dotazník první pomoci v autoškolách, který byl vytvořen a použit také ve zmíněném výzkumu Zámečnicka et al. (2014). Dále byl do baterie také přidána česká verze osobnostního dotazníku NEO-FFI Hřebíčkové a Urbánka (2001), pro účely zkoumání vlivu osobnostních vlastností na ochotu poskytnout první pomoc. Výzkumný vzorek tvořilo 53 respondentů, z nichž bylo 25 mužů a 28 žen ve věku 17 - 26 let. Ti byli osloveni jak skrze návštěvu autoškol, tak skrze šetření realizované po internetu. Druhý způsob sběru dat byl přidán kvůli nedostatečné efektivitě předchozího. Z odpovědí vyniklo, že na pětibodové škále (určitě ano - určitě ne) 92,5 % respondentů by při dopravní nehodě bylo ochotno pomoc poskytnout. Za schopné pomoci

se také na pětibodové škále (Velmi schopen – velmi neschopen) však označilo pouze 56,6 % respondentů. Jak uvádí Výrost a Slaměník (2008), vnímané kompetence mají důležitou roli při rozhodování se pomoci v případě vážných zranění. Při použití Spearmanova korelačního koeficientu byl tedy zkoumán vztah ochoty a vnímané schopnosti poskytnout první pomoc. Ve výsledku byla zjištěna mezi těmito položkami silná pozitivní korelace ($r_{sp} = 0,524$; $p < 0,01$). Dále byly vnímané kompetence zkoumány napříč 7 druhy první pomoci (např. ošetření krvácení, popáleniny atd.). Nejméně si byli respondenti jisti v situaci poranění páteře a krku. Ve své schopnosti věřilo v tomto případě pouze 33,9 % dotázaných. Druhou problémovou oblastí bylo prioritní ošetření vážnějších zranění. Za schopné se v této oblasti považovalo 52,8 % respondentů. Nejkompetentnější se považovali respondenti, kromě přivolání záchranné služby (96 %), u zprůchodnění dýchacích cest (87 %) a masáže srdce (85 %). Některé z těchto výsledků se měly možnost promítnout i v části zabývající se reálnými znalostmi z oblasti první pomoci. Kupříkladu drtivá většina správně uvedla číslo tísňové linky (86,8 %). V této znalostní části se také potvrdila nejistota v oblasti poranění páteře, kde uspokojivou odpověď uvedli pouze 4 respondenti. Tento výsledek je téměř shodný z výzkumem Zámečnicka et al. (2014). Tato práce však popisuje také, jak charakter měly odpovědi, které nelze hodnotit jako dostatečné. Šlo vždy o pokusy popisovat sekundární příznaky (např. necitlivost nohou), které se mohou, ale nemusí hned objevit a navíc jsou například při bezvědomí postiženého celkem neúčinné. Velmi podobně tomu bylo také u otázky na vnitřní krvácení, kde je rozpoznání tohoto stavu také náročné a jak píše Hasík et al. (2012), může být také dlouho skryto. Tato zjištění, především v oblasti poranění páteře, ale také vnitřního krvácení, by mohla být podnětem ke změně v jejich vyučování v autoškolách, a přispět tak také k větší kompetenci a jistotě budoucích řidičů v případě dopravní nehody. Ve znalostní části jsme také hodnotili popisovaný postup u dopravní nehody. Podobně jak u Zámečnicka et al. (2014), největším nedostatkem se ukázalo nedbání na zajištění místa dopravní nehody, a tedy svou bezpečnost. Zájem této práce spočíval také v hodnocení výuky první pomoci v autoškolách samotnými frekventanty. Celkově byla výuka hodnocena velice pozitivně. 41,5 % respondentů bylo určitě spokojeno a 47,2 % bylo spíše spokojeno. Kvůli využití dvou odlišných metod sběru dat byla však formulována hypotéza o rozdílu v hodnocení mezi respondenty oslovenými skrze autoškoly a těmi oslovenými přes internet. Pro testování této hypotézy bylo využito Mann-Whitneyova U-testu. Ve výsledku byla tato hypotéza přijata, jelikož se mezi těmito skupinami potvrdil statisticky signifikantní rozdíl v hodnocení na hladině $\alpha < 0,05$ ($Z = 2,194$; $p = 0,028$). Dále tato práce také zkoumala možné psychické zábrany či bariéry, které by respondenty mohly

ovlivnit při rozhodování se poskytnout první pomoc. Jako nejzávažnější se z odpovědí respondentů ukázaly především strach z infekční nemoci, nemožnost zajistit vlastní bezpečí a strach z dalšího ublížení postiženému. Hrozbu infekce jako zábranu uvedlo 56,6 % respondentů, stejný počet jako zábranu identifikoval také nemožnost zajištění vlastní bezpečnosti, a obavu ze sekundárního poranění oběti uvedlo 49,1 % dotázaných. Díky zařazení dotazníku NEO-FFI do baterie, zkoumala tato studie také vliv osobnostních vlastností pětifaktorového modelu osobnosti na ochotu poskytnout první pomoc. Pro analýzu byl využit znovu Spearmanův korelační koeficient. Ve výsledku nebyl potvrzen žádný vztah mezi ochotou poskytnout první pomoc a faktory přívětivosti, svědomitosti, či otevřenosti vůči zkušenosti. Nízká pozitivní korelace byla nalezena u faktoru neuroticismu ($r_{sp} = 0,296$; $p < 0,05$) a střední negativní korelace se prokázala u faktoru extraverte ($r_{sp} = -0,359$; $p < 0,01$). Tento druh výzkumu je podle mých informací v ČR zatím jediným a snad může sloužit jako podnět pro další explorační vztahů mezi poskytováním první pomoci a osobnostními vlastnostmi. Mezi nedostatky tohoto výzkumu patří zejména malý vzorek a nejednotný způsob sběru dat, což brání přenesení poznatků na zkoumanou populaci. Nevýhodou je také užití nestandardizovaného nástroje, a tedy nejasné psychometrické vlastnosti testu a jednotlivých položek.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Adelborg, K., Thim, T., Secher, N., Grove, E. L., & Løfgren, B. (2011). Benefits and shortcomings of mandatory first aid and basic life support courses for learner drivers. *Resuscitation*, 82(5), 614-617. Získáno z Scopus databáze.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.12.018>
- Arnet, J., & Balle-Jensen, L. (1993). Cultural Bases of Risk Behavior: Danish Adolescents. *Child development*, 64, 1842-1855. Získáno z EBSCO databáze.
- Barjonet, P. (Ed.). (2001) *Traffic Psychology Today*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Bates, L., Watson, B., & King, M. (2009). Factors influencing learner driver experiences. Získáno z http://eprints.qut.edu.au/19498/2/Grant_report.pdf
- Batson, D. C., (1987). Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, 55(1), 19-39. Získáno z <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED250627.pdf>
- Berger, S. M., (1962). Conditioning through vicarious intigation. *Psychosocial Review*, 69(5), 450-466. Získáno z PsycARTICLES databáze.
- BESIP. (2012). Domluvme se! Získáno z <http://www.ibesip.cz/cz/aktivita/archiv-kampani/domluvme-se>
- Bierhoff, H. W., Klein, R., & Kramp, P. (1991). Evidence for the Altruistic Personality from Data on Accident Research. *Journal of Personality*, 52(2), 263-280. Získáno z SocINDEX databáze.
- Bjork, J. M., Knutson, B., Fong, G. W., Caggiano, D. M., Bennet, S. M., & Hommer, D. W. (2004). Incentive-Elicited Brain Activation in Adolescents: Similarities and Differences from Young Adults. *The Journal of Neuroscience*, 24(8), 1793-1802.
Získáno z Scopus databáze. <http://dx.doi.org/10.1523/JNEUROSCI.4862-03.2004>
- Borowsky, A., Oron-Gilad, T., & Parmet, Y. (2009). Age and skill differences in classifying hazardous traffic scenes. *Transportation Research Part F*, 12(4), 277-287. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.trf.2009.02.001>

- Borowsky, A., Shinar, D., & Oron-Gilad, T. (2010). Age, skill, and hazard perception in driving. *Accident Analysis and Prevention*, 42(4), 1240-1249. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2010.02.001>
- Bydžovský, J. (2004). *První pomoc*. Praha: Grada Publishing.
- Cacioppo, J. T., Petty, R. E., & Losh, M. E. (1986). Attributions of Responsibility for Helping and Doing Harm: Evidence for Confusion of Responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(1), 100-105. Získáno z PsycARTICLES databáze.
- Carlo, G., Okun, M. A., Knight, G. P., & Guzman, M. R. (2005). The interplay of traits and motives on volunteering: agreeableness, extraversion and prosocial value motivation. *Personality and Individual Differences*, 38(6), 1293-1305. získáno z databáze ScienceDirect.
- Carskadon, M. A., Acebo, Ch., Richardson, G., Tate, B. A., & Seifer, R. (1997). An Approach to Studying Circadian Rhythms of Adolescent Humans. *Journal of Biological Rhythms*, 12(3), 278-289. Získáno z PubMed databáze.
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *National Institute of Health*, 28(1), 62-77. Získáno z Wiley Online Library. <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1440.010>
- Cestac, J., Paran, F., & Delhomme, P. (2011). Young drivers' sensation seeking, subjective norms, and perceived behavioral control and their roles in predicting speeding intention: How risk-taking motivations evolve with gender and driving experience. *Safety science*, 49, 424-432. Získáno z databáze ScienceDirect. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2010.10.007>
- Český statistický úřad. (2015). Evidovaná vozidla v krajích a okresech k 31. 12. Získáno z http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=DOP0090UU_KR&&kapitola_id=40
- Dahl, R. E. (2008). Biological, Developmental, and Neurobehavioral Factors Relevant to Adolescent Driving Risks. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 278-284. Získáno z databáze ScienceDirect. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2008.06.013>

- Darley, J. H., & Latané, B. (1968). Bystander intervention in emergencies: Diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4), 377-383. Získáno z SocINDEX.
- Doherty, S. T., Andrey, J. C., & MacGregor, C. (1998). The situational risks of young drivers: The influence of passengers, time of day and day of week on accident rates. *Accident Analysis and Prevention*, 30(1), 45-52. Získáno z ScienceDirect databáze.
- Eisenberg, N., Duckworth, A. L., Spinard, T. L., & Laviente, C. (2014). Conscientiousness: Origins in Childhood? *Developmental Psychology*, 50(5), 1331-1349. Získáno z PsycARTICLES databáze. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030977>
- Elvik, R., & Mysen, A. B. (1999) Incomplete Accident Reporting Meta-Analysis of Studies Made in 13 countries. *Transportation research record*. 1665, 133-140. <http://dx.doi.org/10.3141/1665-18>
- Ernst, M., Pine, D. S., & Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *PSN*, 7(3-4), 127-139. Získáno z Scopus databáze. <http://dx.doi.org/10.1007/s11836-009-0094-2>
- European Transport Safety Council (2012) A challenging start towards the EU 2020 Road Safety Target 6th Road Safety PIN Report. Získáno z <http://etsc.eu/>
- Fiander, S. (2001). Anyone can save a life Road Accidents and First Aid. Získáno z http://clicktosave.com.au/wp-content/uploads/2013/06/British_Red_Cross_Road_Accidents_First_Aid1.pdf
- Ginsburg, K., Winston, F., Senseerick, T., Garcia-Espana, F., Kinsman, S., Quistberg, A., ... Elliott, M., (2008) National Young-Driver Survey: Teen Perspective and Experience With Factors That Affect Driving Safety. *Pediatrics*, 121(5), 1391-1403. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2595>
- Graziano, W. G., & Tobin, R. M. (2002). Agreeableness: Dimension of Personality or Social Desirability Artifact? *Journal of Personality*, 70(5), 695-728. Získáno z SocINDEX databáze.

- Graziano, W. G., Habashi, M. M., Sheese, B. E., & Tobin, R. M. (2007). Agreeableness, Empathy, and Helping: A person \times Situation Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(4), 583-599. Získáno z PsycINFO databáze. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.93.4.583>
- Groeger, J. A., & Chapman, P. R. (1996). Judgement of Traffic Scenes: The Role of Danger and Difficulty. *Applied Cognitive Psychology*, 10(4), 349-364. Získáno z EBSCO databáze.
- Hasík, J. (2003). Nebojte se první pomoci. Získáno z http://www.kralovice.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=7264&id_dokumenty=146262
- Hasík, J., Srnský, P., Škola, J., & Štěpánek, K. (2012). Standardy první pomoci. Získáno z <http://www.cervenkykriz.eu/cz/standardy.aspx>
- Hayesová, N. (2013). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- Houwing, S., & Twisk, D. (2015). Nothing good ever happens after midnight: Observed exposure and alcohol use during weekend nights among young male drivers carrying passengers in a late licensing country. *Accident Analysis and Prevention*, 75, 61-68. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2014.11.014>
- Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). *NEO pětifaktorový osobnostní inventář*. Praha: Testcentrum.
- Hu, P., Jones, D., Reuscher, T., & Schmoyer R. S. Jr. (2000). Projecting Fatalities in Crashes Involving Older Drivers, 2000–2025. Získáno z <http://cta.ornl.gov/cta/Publications/Reports/ORNL-6963.pdf>
- Hussain, L. M., & Redmont, A. D., (1994). Are pre-hospital deaths from accidental injury preventable? *British Medical Journal*, 308(6936), 1077-1080. Získáno z JSTOR Journals databáze.
- Christoforou, Z., Karlaftis, M. G., & Yannis, G. (2013). Reaction times of young alcohol-impaired drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 61, 54-62. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2012.12.030>
- International Traffic Safety Data and Analysis Group (2012). *Road Safety Annual Report 2011*. Získáno z <http://www.internationaltransportforum.org/home.html>

- Jonah, B. A. (1997). Sensation seeking and risky driving a review and synthesis of the literature. *Accident Analysis and Prevention*, 29(5), 651-665. Získáno z ScienceDirect databáze.
- Jonah, B. A., Thiessen, R., & Au-Yeung, E. (2001). Sensation seeking, risky driving and behavioral adaptation. *Accident Analysis and Prevention*, 33(5), 679-684. Získáno z ScienceDirect databáze. [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575\(00\)00085-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575(00)00085-3)
- Kanacri, B. P., Pastorelli, C., Eisenberg, N., Zuffianò, A, Castellani, V., & Caprara, G. V. (2014). Trajectories of prosocial behavior from adolescence to early adulthood: Associations with personality change. *Journal of Adolescence* 37(5), 701-713. Získáno z Scopus databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.03.013>
- Keall, M. D., Frith, W. J., & Patterson, T. L. (2004). The influence of alcohol, age and number of passengers on the night-time risk of driver fatal injury in New Zealand. *Accident Analysis and Prevention*, 36(1), 49-61. Získáno z ScienceDirect databáze. [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575\(02\)00114-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-4575(02)00114-8)
- Kořán, M. (2013). Doprava v současném světě. In *Dopravní psychologie pro praxi* (pp. 10-19). Praha: Grada Publishing.
- Kröyer, H. (2015) The relation between speed environment, age and injury outcome for bicyclists struck by a motorized vehicle – a comparison with pedestrians. *Accident Analysis and Prevention*, 76, 57-63. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2014.12.023>
- Latané, B., & Nida, S. (1981). Ten Years of Research on Group Size and Helping. *Psychological Bulletin*, 89(2), 308-324. Získáno z <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.334.5664&rep=rep1&type=pdf>
- Lee, Brian., & Schofer, J. (2003) Restraint Use and Age and Sex Characteristics of Persons Involved in Fatal Motor Vehicle Crashes. Získáno z http://www.ltrc.lsu.edu/TRB_82/TRB2003-001014.pdf
- Lejsek, J. (2013). První pomoc. Praha: Karolinum.

- Luna, B., Garver, K. E., Urban, T. A., Lazar, N. A., & Sweeney, J. A. (2004). Maturation of Cognitive Processes From Late Childhood to Adulthood. *Child development*, 75(5), 1357-1372. Získáno z JSTOR Journals databáze.
- Mahew, D. R., Smimson H. M., & Pak, A. (2003) Changes in collision rates among novice drivers during the first months of driving. *Accident Analysis and Prevention*, 35(5), 683-691. Získáno z ScienceDirect databáze.
- McCammon, K. (2001). Alcohol-Related Motor Vehicle Crashes: Deterrence and Intervention. *Annals of Emergency Medicine*, 38(4), 415-422. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1067/mem.2001.116597>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997). Personality Trait Structure as a Human Universal. *American Psychologist*, 52(5), 509-516. Získáno z PsycARTICLES databáze.
- Ministerstvo Dopravy. (2014). Elektronický věstník. Získáno z <http://etesty2.mdcr.cz/Vestnik>
- Ministerstvo dopravy. (2015). Ročenky dopravy. Získáno z <https://www.sydos.cz/cs/rocenky.htm>
- Mlčák, Z. (2010). *Prosociální chování v kontextu dispozičních aspektů osobnosti*. Ostrava: Ostravská univerzita.
- National Highway Traffic Safety Administration. (2008). Traffic safety facts research note. Získáno z <http://www.nhtsa.gov/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2001) Ageing and transport MOBILITY NEEDS AND SAFETY ISSUES. Získáno z <http://www.oecd-ilibrary.org/>
- Ozer, D. J., & Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the Prediction of Consequential Outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421. Získáno z Scopus databáze. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190127>
- Peck, C. R., Gebeers, M. A., Voas, R. B., & Romano, E. (2008). The relationship between blood alcohol concentration (BAC), age, and crash risk. *Journal of Safety Research*, 39(3), 311-319. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsr.2008.02.030>

- Piliavin, I. M., Piliavin, J. P., & Rodin, J. (1975). Costs, Diffusion, and the Stigmatized Victim. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(3), 429-438. Získáno z SocINDEX databáze.
- Piliavin, I. M., Rodin, J., & Piliavin, J. A. (1969). Good Samaritanism: An Underground Phenomenon? *Journal of Personality and Social Psychology*, 13(4), 289-299. Získáno z Scopus databáze.
- Piliavin, J. A., Callero, & Evans, D. E. (1982). Addiction to Altruism? Opponent-Process Theory and Habitual Blood Donation.
- Plháková, A. (2010). učebnice obecné psychologie. Praha: Academia.
- Policie České Republiky. (2015). Statistika nehodovosti. Získáno z <http://www.policie.cz/clanek/statistika-nehodovosti-900835.aspx?q=Y2hudW09Mw%3d%3d>
- Pollatsek, A., Narayanaan, V., Pradhan, A., & Fisher, D. L. (2006). Using Eye Movements to Evaluate a PC-Based Risk Awareness and Perception Training Program on a Driving imulator. *Human Factors*, 48(3), 447-464. Získáno z databáze Scopus. <http://dx.doi.org/10.1518/001872006778606787>
- Porter, B. E. (Ed.). (2011). *Handbook of traffic psychology*. London: Academic Press.
- Prato, C. G., Toledo, T., Lotan, T., & Taubman-Ben-Ari, O. (2010). Modeling the behavior of novice young drivers during the first year after licensure. *Accident Analysis and Prevention*, 42(2), 480-486. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2009.09.011>
- Resenbloom, T. (2003). Risk evaluation and risky behavior of high and low sensation seekers. *Social Behavior and Personality*, 31(4), 375-386. Získáno z EBSCO databáze. <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2003.31.4.375>
- Reyna, V. F., & Farley, F. (2006). Risk and Rationality in Adolescent Decision Making Implications for Theory, Practice, and Public Policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 7(1), 1-44. Získáno z PsycARTICLES databáze. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1529-1006.2006.00026.x>

- Sagberg, F., & Björnskaug, T. (2006). Hazard perception and driving experience among novice drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 38(2), 407-414. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2005.10.014>
- Scott-Parker, B., Watson, B., King, M. J., & Hyde, M. (2014). "I drove after drinking alcohol" and other risky driving behaviours reported by young novice drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 70, 65-73. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2014.03.002>
- Scheinarová, A. (2004). *První pomoc*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Smith, S. S., Horswill, M. S., Chambers, B., & Wetton, M. (2009). Hazard perception in novice and experienced drivers: The effects of sleepiness. *Accident Analysis and Prevention*, 41(4), 729-733. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2009.03.016>
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Srnský, P. (2002). *Standardy první pomoci*. Praha: Český červený kříž.
- Steinberg, L., & Monahan, K. (2007). Age Differences in Resistance to Peer Influence. *Developmental Psychology*, 43(6), 1531-1543. Získáno z PsycARTICLES databáze.
- Steinberg, L., (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental review*, 28, 78-106. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Štěpánek, K. (Ed.). (2009). *První pomoc zážitkem*. Praha: Computer press.
- Štětina, J. (2000). *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. Praha: Grada Publishing.
- Šucha, M. (2013). *Dopravní psychologie pro praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Svoboda M. (ED.). (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Ulbrichová, D. (2011). *Připravenost civilního obyvatelstva poskytnout první pomoc při vzniku mimořádné události*. Diplomová práce, Jihočeská Univerzita, České Budějovice.

- Underwood, G., Phelps, N., Wright, C., Van Loon, E., & Galpin, A. (2005). Eye fixation scanpaths of younger and older drivers in a hazard perception task. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 25(4), 346-356. Získáno z Scopus databáze. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-1313.2005.00290.x>
- Van de Velde, S., Heselmans, A., Roex, A., Vadekerckhove, P., Ramaekers, D., & Aertgeerts, B. (2008). Effectiveness of Nonresuscitative First Aid Training in Laypersons: A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine*, 54(3), 447-457. Získáno z Science Citation Index databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.11.005>
- Vlakoveld, W. P. (2014). A comparative study of two desktop hazard perception tasks suitable for mass testing in which scores are not based on response latencies. *Transportation Research Part F*, 22, 218-231. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.trf.2013.12.013>
- Vlakoveld, W., Romoser, M. R. E., Mehranian, H., Diete, F., Pollatsek, A., & Fisher, D. (2011). Do Crashes and Near Crashes in Simulator-Based Training Enhance Novice Drivers' Visual Search for Latent Hazards? *Transportation Research Record*, 2265, 153-160. Získáno z databáze Scopus. <http://dx.doi.org/10.3141/2265-17>
- Výrost, J., & Slaměnik, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Wallis, T., & Horswill, M. S. (2007). Using fuzzy signal detection theory to determine why experienced and trained drivers respond faster than novices in a hazard perception test. *Accident Analysis and Prevention*, 39(6), 1177-1185. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2007.03.003>
- Watson, B., Watson, A., Siskind, V., Fleiter, J., & Soole, D. (2015). Profiling high-range speeding offenders: Investigating criminal history, personal characteristics, traffic offences, and crash history. *Accident Analysis and Prevention*, 74, 87-96. Získáno z databáze ScienceDirect. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2014.10.013>
- Welsh, R., Morris, A., Hassan, A., & Charlton, J. (2006) Crash characteristics and injury outcomes for older passenger car occupants. *Transportation Research Part F*, 9(5), 322-334. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.trf.2006.03.007>

- Williams, A. F. (2003). Teenage drivers: patterns of risk. *Journal of Safety Research*, 34(1), 5-15. Získáno z ScienceDirect databáze.
- Williams, A. F., & Ferguson, S. A. (2002). Rationale for graduated licensing and the risks it should address. *Injury Prevention*, 8, 9-16. Získáno z EBSCO databáze.
- World Health Organisation. (2004). World report in traffic injury prevention. Získáno z <http://www.who.int/en/>
- World Health Organisation. (2013). Global status report on road safety 2013 supporting a decade of action. Získáno z <http://www.who.int/en/>
- Zámečník, P., Kurečková, V., Böhmová, K., & Šucha, M. (2014). Výuka první pomoci v autoškolách – zbytečnost nebo relevantní opatření s velkým potenciálem. *Psychologie a její kontexty*, 5(Suppl.), 107-115. Získáno z <http://psychkont.osu.cz/index.htm>
- Zoccola, P. M., Green, M. C., Karoutsos, E., Katona, S. M., & Sabini, J. (2011). The embarrassed bystander: Embarrassability and the inhibition of helping. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 925-929. Získáno z ScienceDirect databáze. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.026>
- ZDrSEM. (2015). Co učit v kurzech první pomoci? Získáno z http://metodika.zdrsem.cz/index.php?title=Hlavn%C3%AD_strana
- Vyhláška č. 167/2002 Sb. ze dne 19. dubna 2002, kterou se provádí zákon č. 247/2000 Sb., o získávání a zdokonalování odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel a o změnách některých zákonů, ve znění zákona č. 478/2001 Sb. In *Sbírka zákonů*. 3. května 2002, částka 70.
- Zákon č. 40/2009 Sb. ze dne 8. ledna 2009, trestní zákoník. In *Sbírka zákonů*. 9. února 2009, částka 11.
- Zákon č. 247/2000 Sb. ze dne 30. června 2000, o získávání a zdokonalování odborné způsobilosti k řízení motorových vozidel a o změnách některých zákonů. In *Sbírka zákonů*. 9. srpna 2000, částka 73.
- Zákon č. 361/2000 Sb. ze dne 14. září, o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů. In *Sbírka zákonů*. 19. října 2000. částka 98.

Přílohy diplomové práce:

Příloha 1: Formulář zadání MgDP

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

Příloha 3: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

Příloha 4: Dotazník první pomoci v autoškolách

Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt diplomové práce v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Psychologické aspekty a připravenost frekventantů autoškol poskytnout první pomoc při dopravní nehodě.

Autor práce: Janusz Sikora

Vedoucí práce: PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Počet stran a znaků: 97 (165 637)

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 101

Abstrakt:

Studie zkoumá ochotu a také vlastní vnímané schopnosti poskytnout první pomoc obecně i u různých druhů poranění. Okrajově zjišťuje rovněž reálné znalosti první pomoci. Předmětem zkoumání jsou také psychické zábrany, které by mohly potencionální záchránce odradit od poskytnutí pomoci. Pro zkoumání těchto oblastí je použit nestandardizovaný dotazník první pomoci v autoškolách. Konečně je také zkoumán vztah mezi osobnostními vlastnostmi big five a ochotou poskytnout první pomoc při použití NEO-FFI inventáře. Výzkumný soubor 53 frekventantů autoškol ve věku 17 - 26 byl osloven skrze návštěvu autoškol a také skrze internet. Výsledky ukazují, že 92,5 % respondentů je ochotno poskytnout první pomoc v případě dopravní nehody, ale 56,6 % se považuje za schopné. Dotázaní byli nejjistější ve zprůchodnění dýchacích cest a poskytnutí masáže srdce. Nejméně kompetentní se cítili v případě poranění páteře či krku, a také u prioritního ošetření vážnějších zranění. Nedostačující se také ukázaly reálné znalosti v oblasti poranění páteře a vnitřního krvácení. Jako hlavní bariéry pro poskytnutí první pomoci se ukázaly: strach z infekčního onemocnění, nemožnost zajistit vlastní bezpečí a strach z dalšího ublížení poškozenému. Při zkoumání vztahu osobnostních vlastností a ochoty poskytnout první pomoc byla nalezena střední negativní korelace mezi ochotou pomoci a faktorem extraverze a slabá pozitivní korelace mezi ochotou pomoci a faktorem neuroticismu

Klíčová slova: autoškola, výcvik první pomoci, efektivita výcviku první pomoci, poskytování první pomoci, psychologické aspekty poskytování první pomoci

Příloha 3: Abstrakt diplomové práce v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Psychological factors and readiness of driving school attenders to give first aid in a traffic accident.

Author: Janusz Sikora

Supervisor: PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Number of pages and characters: 97 (165 637)

Number of appendices: 4

Number of references: 101

Abstract:

This study explores willingness and also perceived ability to provide first aid in general and for different types of injury. Another goal is also to examine psychological barriers, which could dissuade potential rescuer from providing first aid. To investigate introduced goals, non-standardised questionnaire of first aid in driving schools is used. Finally relationship between big five personality traits and willingness to provide first aid is investigated using NEO-FFI inventory. Sample of 53 driving school attenders aged between 17 - 26 was reached by visiting driving schools and through internet. Results show that 92,5 % of respondents are willing to provide first aid in case of traffic accident but 56,6 % consider themselves able to do that. Subjects were most confident in their ability to relieve an airway obstruction, and to provide cardiac massage. They felt least competent in case of spinal or neck injury, and in ability to prioritize the most serious injuries. Actual knowledge in areas of spinal injury and internal bleeding proved to be insufficient. The strongest barriers for providing first aid were found to be: fear of infection, inability to guarantee safety and fear of further injuring the victim. While investigating relationship between willingness to help and big five personality traits, medium negative correlation was found between willingness to help and extraversion. Weak positive correlation was also found between willingness to help and neuroticism.

Key words: driving school, first aid providing, first aid training, effectiveness of first aid training, psychological aspects of first aid providing

Příloha 4: Dotazník první pomoci v autoškolách

První pomoc v autoškolách

Dobrý den,

Před vámi je dotazník, který se skládá s části týkajících se vašich postojů, zkušeností a znalostí v oblasti první pomoci a krátkého osobnostního inventáře.

Tato studie je zaměřena na psychologické aspekty a připravenost frekventantů autoškol poskytnout první pomoc. Pro výzkum bylo v ČR vybráno několik autoškol, mezi které patří i ta vaše.

Dotazník je anonymní, a nebude obsahovat vaše jméno ani jiné údaje, které by vás mohly identifikovat

U vyplňování se vždy prosím řiďte instrukcemi pro danou část dotazníku.

Vyplnění celého dotazníku trvá přibližně 20 minut.

Instrukce pro první část:

První část obsahuje 4 bloky otázek. Prosím vás o poctivé vyplnění všech položek.

Odpovědi na otázky, které nejsou vypisovací, vyplňte tak, že zakroužkujete možnost, kterou chcete zvolit.

Pokud budete chtít svou odpověď změnit, stačí odpověď přeškrtnout a čitelně označit odpověď novou.

Moc si vážím vašeho času stráveného nad tímto dotazníkem. Děkuji!

Pokud budete mít jakékoliv dotazy nebo vás budou zajímat výsledky studie, můžete mi napsat na mail uvedený na konci dotazníku.

Obecné informace

Pohlaví:

- Muž
- Žena

Věk: _____

Nejvyšší dosažené vzdělání (prosím zatrhněte jednu odpověď):

- Základní
- Střední odborné (bez maturity)
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

V jakém oboru studujete nebo v jakém oboru jste vzdělání absolvoval/a?:

Vepište: _____

Řidičské oprávnění:

- Již mám (vepište skupinu/y): _____
- Jsem ve výcviku v autoškole pro skupinu/y: (vepište pro jakou

Část I.

1. Máte nějakou předchozí zkušenost s poskytováním první pomoci (při jakékoliv příležitosti)?

- Ano
- Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď ANO, popište, o jaký druh zranění se jednalo:

2. Absolvoval/a jste někdy kurz první pomoci? (V případě, že jste absolvoval/a kurzů více, uveďte ten nejobsáhlejší):

- Ano
- Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď ANO, níže specifikujte: Kdy se kurz konal?: _____

Kde jste kurz absolvoval/a (např. ve škole či u Červeného kříže)?:

Na co byl zaměřen?: _____

Jak dlouho trval (1 hodinu, 2 hodiny, 1den, 2dny...)?: _____

3. Zažil/a jste někdy dopravní nehodu (jako účastník nebo svědek)?

- Ano
- Ne

Pokud jste zvolil/a odpověď ANO, specifikujte, o jakou situaci se jednalo, jaká byla vaše role (např. oběť, viník, účastník, svědek, atp.) a jak jste v tu chvíli zareagoval/a:

Část II.

1. V případě, že by to bylo potřeba, cítím se schopen/schopna poskytnout první pomoc při dopravní nehodě (např. ošetřit krvácení, poranění hlavy, zvolit správný postup pro ošetření mnohačetných zranění, atd.)

- velmi schopen/schopna
- spíše schopen/schopna
- nevím, záleží na situaci
- spíše neschopen/neschopna
- velmi neschopen/neschopna

2. V případě dopravní nehody bych poskytnul/a první pomoc.

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

3. Do jaké míry umíte poskytnout tyto druhy pomoci při dopravní nehodě?

Zastavit velké vnější krvácení:	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
Ošetřit popáleninu:	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
Ošetřit zranění páteře nebo krku:	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
Poskytnout masáž srdce:	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
Zprůchodnit dýchací cesty:	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
Prioritně ošetřit vážnější zranění:	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne
Zavolat pomoc:	určitě ano	spíše ano	nevím	spíše ne	určitě ne

4. Které z následujících výřků by Vám bránilo v poskytnutí první pomoci: (odpovídající možnost zakroužkujte, v případě vaší změny přeškrtněte a zakroužkujte viditelně jinou odpověď):

Někdo jiný pomůže/pomáhá:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Někdo jiný mě vidí, je to trapné:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Netroufl bych si sám organizovat ostatní při poskytování pomoci:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Když nikdo jiný nepomáhá, není potřeba poskytnout pomoc:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Nemám s sebou žádné vhodné pomůcky:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Mám vybavení, ale neumím ho použít:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Nelze zajistit vlastní bezpečnost:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Člověk vypadá odpudivě:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Zraněný je z jiné etnické skupiny:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Zraněný může trpět nějakou infekční nemocí:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
Bojím se, že zraněnému ublížím:	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne

Část III.

1. Jak jste spokojen/á s výukou první pomoci v autoškole?

- určitě ano
- spíše ano
- nevím
- spíše ne
- určitě ne

Co se Vám na výuce první pomoci v rámci autoškoly nejvíce líbilo či nelíbilo?

2. V jakém období by podle Vás měl proběhnout kurz první pomoci?

- Před autoškolou
- Během výcviku v autoškole
- Po výcviku v autoškole
- Kurz první pomoci není nutné absolvovat
- Jiné

Pokud jste zvolili odpověď Jiné, specifikujte:

3. Napadají Vás nějaké konkrétní změny ve výuce?

Část IV. Znalosti první pomoci:

1. Jaké telefonní číslo má tísňová linka při zranění?

Prosím vepište: _____

2. Jaký bude Váš postup, když přijedete na místo čerstvé dopravní nehody, kde ještě nebyla poskytnuta žádná pomoc?

Prosím vepište:

3. Jak poznáte, že má člověk vnitřní krvácení při dopravní nehodě?

Prosím vepište:

4. Jak poznáte, že má člověk poranění páteře při dopravní nehodě?

Prosím vepište:
