

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

SONJA BORŠTNAR

**RAZŠIRJANJE ZNANJA O PREPREČEVANJU
POŠKODB**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2005

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Avtorica: Sonja Borštnar

Mentorica: redna profesorica dr. Mirjana Ule, univ. dipl. psih.

RAZŠIRJANJE ZNANJA O PREPREČEVANJU
POŠKODB

Magistrsko delo

Ljubljana, 2005

KAZALO VSEBINE

UVOD	1
DRUŽBENA KONSTRUKCIJA NESREČ	4
Kaj je nesreča?	4
Sociološka obravnava nesreč	6
Moderna in pojav nesreč	10
Družbena konstrukcija nesreč v medicini	17
Družbena konstrukcija nesreč v medicini v 19. stoletju	17
Sodobna klasifikacija smrti zaradi nesreč	18
Razvoj epidemiologije nesreč	20
Tveganje v postmoderni	23
Nesreče in postmoderna	28
Nesreče – anahronistični vzrok dogodkov	29
Nekatere predpostavke kulturne teorije tveganja	35
Nesreče v »družbi tveganja«	40
Periodizacija	43
Nesreče versus poškodbe	44
»Laična« epidemiologija in preventivni paradoks	47
Nenamerne in namerne poškodbe	53
POŠKODBE – GROŽNJA JAVNEMU ZDRAVJU	57
Poškodbe kot zdravstveni problem	57
Ekonomske posledice poškodb	60
Razširjenost in resnost problema poškodb v Sloveniji	64
Umrljivost	65
Sprejemi v bolnišnico zaradi poškodb	69
Obiski v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti zaradi poškodb	73
Povzetek	74
Poškodbe kot vzrok umrljivosti v svetu	77
Umrljivost zaradi poškodb v Sloveniji in v evropski regiji	80
Umrljivost otrok zaradi poškodb – kazalnik socialnih razlik	81
PREPREČEVANJE NESREČ	87
Javno zdravje in preprečljive poškodbe	87
Profesionalizacija preprečevanja nesreč	88
Konceptualizacija preprečevanja nesreč	91
Vzroki nesreč	91
Poškodbe versus bolezni	93
Epidemiološki model	95
Preventivne strategije	98
Uspešnost preventivnih strategij	99
Omejitve strategije »izobraževanje«	102
Sociološka razlaga neuspeha izobraževanja	103

ZAKLJUČKI 104

LITERATURA 110

PRILOGA

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Poškodbe s strelnim orožjem	56
Tabela 2:	Stopnja umrljivosti (100.000) prebivalcev zaradi poškodb, Slovenija, 1998-2002	65
Tabela 3:	Umrljivost prebivalcev zaradi poškodb po spolu, Slovenija, 1998-2002	65
Tabela 4:	Starostno specifična umrljivost zaradi poškodb (100.000), Slovenija, 1998-2002	66
Tabela 5:	Trije najpogostejši vzroki smrti pri posameznih starostnih skupinah, Slovenija, 1998-2002	67
Tabela 6:	Umrli glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002.....	68
Tabela 7:	Sprejemi v bolnišnico zaradi poškodb po spolu, Slovenija, 1998-2002	69
Tabela 8:	Starostno specifična stopnja hospitalizacije zaradi poškodb (na 1.000 preb.), Slovenija, 1998-2002	70
Tabela 9:	Sprejemi v bolnišnico glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002	72
Tabela 10:	Število obiskov (na 1.000 preb.) v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti zaradi poškodb po starosti, Slovenija, 2002	73
Tabela 11:	Stopnja umrljivosti (100.000) prebivalcev zaradi poškodb po regijah Svetovne zdravstvene organizacije, 2000	79
Tabela 12:	Stopnje umrljivosti po posameznih vzrokih poškodb v državah evropske regije in Sloveniji (100.000), 2000	80
Tabela 13.1.:	Haddonova matrica.....	95
Tabela 13.2.:	Haddonova matrica.....	96
Tabela 14:	Preprečevanje nesreč: primeri.....	98

KAZALO SLIK

Slika 1:	Pomen besede "nesreča"	49
Slika 2:	Stopnja umrljivosti zaradi poškodb po spolu, Slovenija, 1998-2002	66
Slika 3:	Delež umrlih zaradi poškodb od vseh umrlih, Slovenija, 1998-2002.....	67
Slika 4:	Umrljivost zaradi nenamernih in namernih poškodb, Slovenija, 1998-2002	69
Slika 5:	Sprejemi v bolnišnico zaradi poškodb (1.000 preb.) Slovenija, 1998-2002	70
Slika 6:	Stopnja hospitalizacije po spolu in starosti, Slovenija, 1998-2002	71
Slika 7:	Sprejemi v bolnišnico zaradi nenamernih in namernih poškodb, Slovenija, 1998-2002.....	71
Slika 8:	Število obiskov v amb. osnov. zdr. dejavnosti zaradi poškodb po spolu in starosti, Slovenija, 2002.....	74
Slika 9:	Najpogostejši vzroki smrti zaradi poškodb, Slovenija, 1998-2002	75
Slika 10:	Najpogostejši vzroki hospitalizacije zaradi poškodb, Slovenija, 1998-2002	76
Slika 11:	Obiski v ambulantah osn. zdrav. dejavnosti zaradi poškodb, Slovenija, 2002	76
Slika 12:	Posamezni zunanji vzroki smrti zaradi poškodb, evropska regija in Slovenija, 2000	81
Slika 13:	Povprečno število umrlih otrok (1-14 let) na leto zaradi poškodb v državah OECD in Sloveniji (100.000), 1991-95	82

KAZALO SKIC

Skica 1:	Spekter glede na namernost dejanja in posledic	55
Skica 2:	Piramida poškodb	60

PRILOGA

- Tabela 1: Umrljivost po skupinah poškodb in starostnih skupinah, Slovenija, 1998-2002
- Tabela 2: Stopnje umrljivosti (na 10.000 prebivalcev) zaradi nenamernih poškodb (nesreč) po spolu in starosti, Slovenija, 1998-2002
- Tabela 3: Umrljivost otrok in mladostnikov v prometu po kopnem, Slovenija, 1998-2002
- Tabela 4: Umrli glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002
- Tabela 5: Sprejemi v bolnišnico glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002
- Tabela 6: Število obiskov v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti zaradi poškodb, Slovenija, 2002
- Tabela 7: Uporaba Haddonove matrice - preprečevanje požara v stanovanju, ki ga na oblazinjenem pohištvu lahko zaneti cigareta

»Nič pod soncem ni slučajno«
(Gothold Ephraim Lessing, 1772)

UVOD

Kljub temu, da so poškodbe, ki so posledica nesreč, že vrsto let najpomembnejši vzrok smrti otrok, mladostnikov in mlajših odraslih, temu problemu strokovna javnost v Sloveniji skorajda ne posveča pozornosti (v manjši meri so izjema le nesreče v cestnem prometu in nesreče pri delu). V Sloveniji se zelo malo ljudi strokovno ukvarja s preprečevanjem nesreč, slabo so poznane in razširjene preventivne strategije, programi preprečevanje nesreč ne obstajajo. Področju je namenjenih zelo malo finančnih sredstev v primerjavi z boleznimi, kot so rak, bolezn srca in ožilja ali drugimi večjimi zdravstvenimi problemi, prav tako teme preprečevanja nesreč niso vključene v izobraževalne programe.

Magistrsko nalogo sem prijavila z namenom, da bi vsaj na teoretični ravni prispevala k zmanjševanju števila nesreč in teže poškodb v Sloveniji. Prvotno sem se želela, kar je razvidno tudi iz naslova naloge, posvetiti le obravnavi preventivnih strategij in proučiti načine za razširjanje spoznanj v javnosti. Posredno sem želela spodbuditi ključne ljudi na področju javnega zdravja v Sloveniji, da nemudoma uvrstijo nesreče med javnozdravstvene probleme, ki jih je potrebno strokovno in sistematično obravnavati.

Ko sem se na Inštitutu za varovanje zdravja nekaj let ukvarjala s preprečevanjem poškodb, ki so posledica nesreč, sem se pogosto spraševala, v kolikšni meri lahko zaupam trditvam v sodobni literaturi na področju promocije zdravja, da je mogoče poškodbe (nesreče) skoraj vedno preprečiti. Prav tako so me begale trditve uglednih strokovnjakov na področju preprečevanja poškodb, da je pojem »nesreča« neustrezen, ker zaradi svoje konotacije o usodnosti, božji volji in s tem neizogibnosti določenih dogodkov odvrča ljudi od tega, da bi upoštevali preventivne ukrepe. Po njihovem mnenju je potrebno pojem nesreča nadomestiti z bolj nevtralnimi in strokovnim terminom »poškodba«. S pomočjo sodobnih znanstvenih spoznanj o vzrokih nesreč in na njih temelječih preventivnih strategij, naj bi bil dokončno premagan mit o tem, da je »nesreče« nemogoče predvideti in preprečiti. Termin poškodba se mi je zdel ustrezen le za označevanje zdravstvenih posledic določenih dogodkov, ne pa tudi samih dogodkov in pogosto sem se znašla v kočljivi situaciji. Kadar sem razpravljala o preprečevanju nesreč v »strokovni«, zlasti medicinski javnosti, sem raje

uporabljala termin poškodba in s tem tvegala, da ne bom v zadostni meri pojasnila vseh možnosti preprečevanja nesreč. Pri bolj »laični« javnosti pa sem, da bi bila razumljivejša in manj medicinska, največkrat uporabljala termin nesreča in tvegala, da bom (v skladu s prevladujočimi pojmovanji strokovnjakov s področja preprečevanja nesreč) nehote utrjevala prepričanje »laikov« o usodnosti in neizbežnosti nekaterih dogodkov in s tem v dobršni meri izničila svoja prizadevanja pri preprečevanju nesreč.

Na predavanjih o preprečevanju poškodb sem opazila, da so bili udeleženci vedno pretreseni, ko so iz prikazanih statističnih podatkov o številu umrlih in hospitaliziranih ljudi zaradi nesreč razbrali razsežnost tega problema v Sloveniji, teže pa jih je bilo prepričati, da je z uporabo določenih ukrepov mogoče znatno zmanjšati incidenco nesreč in težo poškodb.

Znanje, ki sem ga imela, sem pridobila v glavnem iz strokovnih revij na področju preprečevanja nesreč, deklaracij Svetovne zdravstvene organizacije in raznih mednarodnih konferenc, priročnikov o oblikovanju preventivnih programov itd. Članki so največkrat obravnavali dejavnike tveganja pri nastanku določenih vrst nesreč in metode izračunavanja tveganja, evalvirali preventivne strategije itd.

Ob prebiranju sodobnih socioloških teorij sem se pričela zavedati, da nesreč, tveganja itd. nisem nikoli razumela v širšem družbenem kontekstu. Ugotovila sem, da je negotovost, ki sem jo občutila pri svojem delu, izvirala iz pomanjkanja družboslovnega znanja, ki bi mi omogočilo širše osmišljanje preventivnih aktivnosti in ukrepov. Znanje, ki sem ga pridobila ob študiranju literature za magistrsko delo, je vplivalo na mojo odločitev, da se teme lotim drugače, kot sem predvidela v prijavi naloge.

V prvem poglavju magistrskega dela, ki je namenjen družbeni konstrukciji, sem najprej opredelila delovno definicijo nesreče, ki je v bistvu »idealni tip« nesreče, in sicer: pri nastanku dogodka ni motiva, saj niti žrtev niti drugo človeško bitje ni hotelo, da se zgodi. Druga značilnost »idealnega tipa« nesreče je, da so nesreče kot posamični dogodki nepredvidljivi. Najprej sem opredelila pojav nesreč v moderni, ugotavljala, kako so bile konstruirane nesreče v medicini v 19. stoletju ter kakšna je sodobna klasifikacija smrti zaradi nesreč. Precej pozornost sem posvetila konceptom tveganja v postmoderni ter konstrukciji nesreč v sodobnosti. Zanimalo me je, kako »laična javnost« pojmuje nesreče, saj sem želela preveriti trditve »profesionalne« javnosti o slabo in napačno informirani laični javnost, ki jo je potrebno neprestano izobraževati glede predvidljivosti in preprečljivosti nesreč.

Drugo poglavje je namenjeno obravnavi poškodb kot zdravstvenega problema in ekonomskim posledicam poškodb.

Preprečevanje nesreč kot profesionalna aktivnost je tema *tretjega poglavja*. Obravnava pojav profesionalizacije preprečevanja nesreč, konceptualizacijo preprečevanja nesreč in vzroke nesreč ter opredeljuje razliko med poškodbami in boleznimi. V tem poglavju je podrobneje predstavljen epidemiološki model (Haddonova matrica) ter uveljavljene preventivne strategije. Posebna pozornost je namenjena strategiji izobraževanja in razlogom za njeno neuspešnost.

DRUŽBENA KONSTRUKCIJA NESREČ

Kaj je nesreča?

Nenamerne, slučajne dogodke, ki zmotijo naš vsakdanjik, pogosto označimo kot nesrečo (Robertson, 1998: 3). S pojmom nesreča opisujemo številne in največkrat nezdružljive dogodke, ki se dogajajo od časa do časa. Dogodki so pogosto trivialni (npr. polito mleko), včasih pa tudi tragični (npr. smrt). Dogodki so univerzalni za človeško družbo, načini njihovega klasificiranja, razumevanja in obvladovanja pa vsekakor niso (Green, 1997: 1). V vsakdanjem govoru pojem nesreča uporabljamo na dva različna načina:

- za opis določene vrste dogodka; kot sinonim za poškodbo, nesrečo pri delu ali opis avtomobilskega trčenja;
- prav tako je uporabljen v moralnem smislu – za opis pomanjkanja namena ali motiva – »zgodilo se je po nesreči« (Robertson, 1998: 3). S pojmom »nesreča« opisujemo tudi vzročno zaporedje. Podobni izidi (smrt, poškodba ali materialna škoda) so lahko posledica dogodkov, ki niso nesreča – uboj, vojna ali namerno poškodovanje.

V vsakdanji komunikaciji določene dogodke definiramo kot nesreče s pripisovanjem vzroka ali natančneje - s pomanjkanjem vzroka. Odločanje o tem, ali je dogodek nesreča, ne temelji na opazovanju, kaj se je zgodilo, temveč, kako se je zgodilo. Pri določanju, da se je zgodila nesreča, morata biti izpolnjena dva pogoja:

- Pri nastanku dogodka ni motiva, saj niti žrtev niti drugo človeško ali božje bitje ni hotelo, da se zgodi. Za nastanek nesreče zato ni mogoče nikogar kriviti. Ta karakteristika ločuje nesreče od namernih oškodovanj in zanemarjanja. Prav tako ni pomembno, kakšna je razporeditev fizičnih objektov, časovno zaporedje pa mora izgledati povsem naključno in ne sme biti namerno.
- Iz prvega izhaja, da so nesreče kot posamičen dogodek nepredvidljive. Čeprav epidemiologija poškodb¹ omogoča raziskovanje in predvidevanje nastanka nesreč na agregatni ravni, pa ni mogoče predvideti nastanka posamične nesreče. Žrtev v

¹ Beseda epidemiologija izvira iz grške besede *epidemia*; glagol pomeni »obiskati«. Hipokrat jo je uporabil v zvezi s človeškimi boleznimi približno 2400 let p.n.š.. Obstajajo številne definicije pojma epidemiologija. Za naše namene bomo uporabili definicijo Robertsona (1998: 4), po kateri je »epidemiologija znanstveno proučevanje distribucije bolezni in poškodb v populaciji, njihovih vzrokov in dejavnikov tveganja«.

»idealnih nesrečah« nima predhodnega vedenja o nastanku nesrečnega dogodka in je zato ni mogoče smatrati za odgovorno (Green, 1997: 2).

Nesreče pa so bolj problematične, kot to morda izhaja iz gornje, »delovne« definicije, ki opredeljuje »idealni tip« nesreč (Green, 1997: 2). V praksi pogosto ne pojmujeemo vseh nesreč kot nehotenih in nepredvidljivih, saj je pri številnih dogodkih, ki jih sicer označimo kot nesreče, mogoče določiti krivdo, npr. pri prometni nesreči, ki jo je povzročil pijan voznik ali padcu zaradi vzbokline na pločniku, za katerega varnost bi morala skrbeti lokalna skupnost. Sodobne žrtve pogosto ne sprejemajo nesreč kot dogodkov, ki se pač dogajajo, temveč si vse pogosteje prizadevajo določiti moralno in tudi legalno krivdo za njihov nastanek. Označitev kateregakoli dogodka za nesrečo je pogosto začasna, saj je dogodke mogoče opisati kot nesrečo le dotlej, dokler ni ugotovljena odgovornost za njihov nastanek. Pri »idealni nesreči« ni mogoče pripisati krivde in je dogodek nepredvidljiv, v praksi pa so nesreče predmet moralnega raziskovanja. Celo če krivde ni mogoče direktno pripisati (ker ni povzročitelja, ki bi bil odgovoren), obstaja bolj splošna moralna odgovornost (Green, 1997: 3). Na eni strani so nesreče neopredeljene: njihovega nastanka ni mogoče predvideti, saj se pač dogajajo in za njihov nastanek ni mogoče nikogar okriviti, na drugi strani pa so v središču moralne obravnave: povzročitelj in/ali žrtev sta odgovorna za nesrečo zaradi nemarnosti, nepazljivosti, brezbržnosti ali pa je krivda za nastanek pripisana na bolj posreden način – žrtev si je nesrečo zaslužila. Prav tako kot nesreče v vsakdanjem življenju niso nujno dogodki, pri katerih ne bi bilo mogoče ugotoviti krivde za njihov nastanek, tudi niso nepredvidljive. Prepoznane so določene potencialne situacije, ki vplivajo na neizogiben nastanek nesreče, čeprav ni mogoče predvideti natančnega trenutka nastanka dogodka. Konec dvajsetega stoletja je pričelo naraščati število poskusov ocenjevanja nastanka tovrstnih dogodkov, in sicer z merjenjem verjetnosti (tveganja) in predvidene škode.

Glede na to, da nesreče v praksi niso nujno nemotivirane in nepredvidljive, obstaja precejšen prostor za vznikanje sporov o legitimnosti njihove klasifikacije. Eden izmed potencialnih izvorov konfliktov izvira iz razlik med »profesionalnimi« in »laičnimi« opredelitvami nesreče. Številni formalni ali »profesionalni« nosilci znanja o nesrečah si prizadevajo vnesti red v na videz kaotično »laično« pojmovanje le-teh. Tako mnogi predpisi in zakoni določajo dolžnosti določenih skupin ljudi pri preprečevanju nastanka nesreč in predvidevajo kazni za njihovo neizpolnjevanje. Legalni konstrukti o vzrokih nesreč in krivdi za njihov nastanek pa se vedno ne skladajo s koncepcijami »zdravega razuma« o nastanku nesreč in s tem, kako žrtve ocenjujejo oziroma pripisujejo krivdo za

njihov nastanek (Green, 1997: 5). V medicini se profesionalni nosilci znanja o nesrečah ukvarjajo z distribucijo poškodb, ki so posledica nesreč, obravnavo poškodb in v zadnjem času tudi z njihovim preprečevanjem. Prav tako kot legalni diskurz se tudi medicinsko znanje s svojim stališčem o predvidljivosti in preprečljivosti nesreč prikazuje kot nasprotno pojmovanju zdravega razuma, po katerem naj bi bile nesreče slučajni dogodki, ki jih ni mogoče preprečiti.

Sociološka obravnava nesreč

Sociologija je vse do nedavnega zanemarjala nesreče kot legitimni predmet svojega proučevanja (Green, 1997: 7). Nesreče bi lahko predstavljale sociološki izziv zaradi skorajda neskončnega niza dogodkov, ki jih opisujemo s tem terminom, vendar ni jasne dimenzije tega pojava, ki bi omogočal razvoj klasifikacije. »Delovna« definicija nesreč kot nemotiviranih in nepredvidljivih dogodkov se je izkazala za problematično ter je pogosto v nasprotju s pojmovanjem nosilcev profesionalnega znanja. Osnovno vprašanje, ki se poraja, je, kako je »realnost« nesreč družbeno konstruirana. Šibek sociološki interes za obravnavo nesreč ni le posledica tega, da pri nesrečah ni mogoče ugotoviti jasne dimenzije tega pojava, kot je to mogoče npr. pri samomoru,² temveč izhaja tudi iz predpostavke, da so nesreče razumljene kot naravne in jasne kategorije in zato ne opravičujejo temeljitejše sociološke analize. Prav tako kot ostale kategorije so tudi nesreče družbeno konstruirane. Greenova predlaga, da je morda potrebno izhajati iz družbene konstrukcije klasifikacije nesreč. V moderni kozmologiji so določeni dogodki opredeljeni kot nesreče, drugi pa ne, vendar obstoječa (delovna) klasifikacija ni niti neproblematična niti nespremenljiva. Dogodki, ki jih imenujemo nesreče (nemotivirani in nepredvidljivi naključni dogodki), niso bili na vseh območjih sveta in v vseh zgodovinskih obdobjih označeni kot nesreče oziroma razumljeni na način, kot jih pojmujejo danes.³

² Če primerjamo umrle zaradi nesreč v Sloveniji (glej nenamerne poškodbe v poglavju Razširjenost in resnost problema poškodb v Sloveniji) s samomori, ki so osrednja tema klasičnega sociološkega dela Durkheima, ugotovimo, da je število umrlih zaradi nesreč v analiziranem obdobju presegalo število umrlih zaradi samomora.

³ Antropolog Evans-Pritchard (Green, 1997: 7) je v svojem prikazu kozmologije ugandskega plemena Azande opisal sistem verovanja, znotraj katerega se nesreče niso mogle zgoditi, ker so bili vsi »nesrečni« dogodki pripisani čarovniji. V srednjeveški Franciji je magija, ki se je prepletala s krščanstvom, služila kot sistem prepričanj, s katerim so ljudje na konceptualni in vedenjski ravni obravnavali nevarnosti (Lupton, 1999: 2).

Kljub temu, da so posamezna spoznanja kazala na spremenljivost opredeljevanja nekaterih dogodkov kot nesreč, jih je v preteklosti sociologija ignorirala kot legitimni predmet raziskovanja. Eden izmed možnih razlogov za povečanje sociološkega zanimanja za nesreče v zadnjem času je povsem pragmatičen: v zadnjih desetletjih dvajsetega stoletja se je relativno povečal pomen umrljivosti, invalidnosti in drugih posledic poškodb, ki so nastale zaradi nesreč.

V razvitih državah se je pričela zmanjševati splošna umrljivost, zlasti umrljivost otrok,⁴ s tem pa se je pričel povečevati delež umrljivosti zaradi poškodb v celotni umrljivosti. Poškodbe zaradi nesreč so postale najpomembnejši vzrok smrti otrok in mladostnikov in vse bolj očitno je postajal njihov prispevek k izgubi potencialnih let življenja. Poleg tega pa epidemiološke študije kažejo na neenakomerno socialno distribucijo nesreč: določene socialne skupine prizadenejo pogosteje kot druge (Roberts in Power, 1996; MacKay in dr., 1999: 1; Lyons in dr., 2003: 33), socialna neenakost pa je vsekakor pomembna sociološka tema.

Drugi razlog za naraščanje zanimanja sociologov pa je pogojen z družbeno transformacijo konec dvajsetega stoletja v zahodnih družbah. Živimo v »postmodernej dobi«, ali pa smo vsaj na pragu le-te, nove družbene totalitete s svojimi lastnimi principi, ki pomeni radikalen zlom »moderne«, - zgodovinskega obdobja med koncem sedemnajstega in koncem dvajsetega stoletja (Lyotard, 1986; Giddens, 1991: 14-5). S pozno moderno ali s postmoderno označujemo širše socioekonomske in politične spremembe, ki so nastale v zahodni Evropi po drugi svetovni vojni.⁵ Te spremembe vključujejo konec hladne vojne, zlom komunističnih in socialističnih držav, razširjanje komunikacijskih tehnologij, spremembe v družinskih odnosih in na delovnem mestu, slabitev gospodarstev in naraščanje sekularizma (Lupton, 1999: 11). »Postmoderna« se nanaša na tiste značilnosti materialne kulture, umetnosti, intelektualne misli in vzorcev potrošnje, ki predstavljajo

⁴ Po letu 1940 se v razvitih zahodnih državah nalezljive bolezni (tuberkuloza, nefritis, davica itd.) niso več pojavljale med prvimi desetimi vzroki smrti. Umrljivost zaradi kardiovaskularnih bolezni in raka sta postala prvi in drugi vzrok smrti, ki sta na teh mestih tudi ostala (Giddens, 1991: 119). Če upoštevamo umrljivost celotne populacije, je situacija povsem podobna tudi v Sloveniji; če pa upoštevamo umrljivost le v zgodnejšem življenjskem obdobju, so smrti zaradi nesreč (nenamerne poškodbe) in zaradi namernih poškodb (samomor, uboj oziroma umor) vodilni vzroki smrti tako v Sloveniji kot v razvitejših državah sveta.

⁵ Po Lyotardu (1986) se je preobrazba iz moderne v postmoderno začela približno okoli leta 1950, v Evropi jo označuje predvsem konec povojne obnove. Hitrost sprememb je variirala ne le od države do države, temveč tudi med posameznimi področji znotraj držav.

radikalen prelom s koncepti moderne o svetu. Po Baumanu je za moderno značilen predvsem poskus vzpostavitve strukture nad fizičnim in družbenim univerzumom. Moderna družba je nastala iz »spoznanja, da je človeški red ranljiv« (Bauman, 1992: xi). Odgovor na to je bila obravnava naključnosti kot sovražnika, osnovna naloga pa je bila vzpostavitev reda z eliminiranjem slučajnosti in spontanosti (Bauman, 1992: xi). Za »postmoderno« je po Baumanu značilna opustitev takih naporov in zanikanje kakršnegakoli univerzalnega vzroka ter sprejetje naključnosti. Po Giddensu (1991) je ena izmed osrednjih karakteristik »visoke ali pozne moderne«⁶ negotovost, ki jo razvoj vzbuja pri posamezniku. Z izgubo gotovosti glede znanstvenih razlag sveta, pomanjkanjem konsenza o tem, kaj je mogoče razumeti kot »resnico«, komu je mogoče zaupati, je posameznik soočen z neskončnim številom zahtev, da ocenjuje mnenja in se odloča v hitro spreminjajočem se okolju. Tako je za visoko moderno značilen široko razširjen dvom v idejo, da bo naraščajoče posvetno razumevanje narave stvari resnično vodilo k varnejšim in ugodnejšim pogojem življenja ljudi ter spoznanje o dvoreznosti znanosti in tehnologije. Dvom pa ni omejen le na pisatelje in razmišljanja filozofov ter intelektualcev (Giddens, 1991: 27-8).

Znanstvena racionalnost s svojo potencialno obljubo o zmožnosti reševanja istočasno sproža prav toliko problemov, kot jih reši, in obstaja razširjen dvom o sposobnosti »ekspertov«, da poiščejo ustrezne rešitve. Taki dvomi pa ustvarjajo negotovost, saj individualno postajamo vse bolj odgovorni za izračunavanje verjetnih posledic svojih dejanj in se pri sprejemanju odločitev v manjši meri opiramo na mnenja ekspertov. Ne samo naraščajoča hitrost, temveč tudi smeri le-teh postajajo nepredvidljive in negotove. Po Giddensu (1991: 28) je življenje v visoki moderni kot jahanje na uničevalni sili.

Greenova (1997: 10) vidi možnost za nastanek sociologije nesreč najprej v različni vlogi, ki jo ima naključnost v moderni in postmoderni. Če je projekt moderne po Baumanu težil k vzpostavitvi reda ter zavračanju slučajnosti in motenj, so imele nesreče znotraj sociologije v obdobju moderne problematičen status kot legitimen predmet proučevanja zato, ker so po definiciji slučajne in nepredvidljive. V postmoderni, katere glavni značilnosti sta negotovost in slučajnost so nesreče, kot jih je konstruirala moderna, paradigmatičen primer negotovosti, to pa spodbuja raziskovanje njihovega razumevanja in obvladovanja. V »družbi tveganja« (Beck, 2001), v kateri smo na vseh področjih življenja nenehoma vpeti v

⁶ Giddens uporablja termin »pozna« ali »visoka« moderna za označitev sodobnega razvoja institucionalnih oblik, ki v večji meri pomeni razširitev logike moderne kot pa popolno preobrazbo le-te.

ocenjevanje in upravljanje s tveganjem, so prav nesreče osnovni dokaz o neuspešnosti takega upravljanja. Drugo možnost za konstituiranje sociologije nesreč pa Greenova (1997: 11) vidi v političnih vprašanjih, ki se porajajo glede odnosa med družbenimi institucijami in posameznikom v postmodernejši družbi. Ta vprašanja omogočajo proučevanje navidezno trivialnih aktivnosti, kot je npr. preprečevanje nesreč. Foucaultova ugotovitev o nadzorovanju ali »vodenju vedenja« (Lemke, 2000: 2) kaže na to, kako so se v neoliberalizmu spremenili politični odnosi. Foucault v delu Nadzorovanje in kaznovanje (1984) ločuje dve vrsti moči. Prva je suverena moč, ki temelji na absolutni pravici monarha, da upravlja in se izraža v kaznovanju z uničevanjem fizičnega telesa. Druga oblika pa je discipliniranje, ki je bolj individualizirana strategija moči ter deluje na telesa in populacijo preko običajnih in vsakdanjih aktivnosti, kot je npr. organizacija učilnic, zaporov ali medicinska obravnava. Konec dvajsetega stoletja nadzorovanje ni odvisno od moči v smislu suverenosti, temveč od moči discipliniranja. Foucaultovo pojmovanje moči pa postavlja na glavo predpostavke o razvoju, saj prevzgoja kriminalne osebe namesto mučenja, skrb za mentalne bolnike v skupnosti, namesto da bi jih priklenili v osamo, niso nujno znamenja bolj civilizirane in humanejše družbe. So le dokaz o različnih diskurzih moči, kjer je cilj »reform« preobrazba kriminalne osebe in ne njeno uničenje, subjekti reforme pa so vključeni v proces tako, da sodelujejo pri svoji lastni preobrazbi (Green, 1997: 11). V luči take analize moči je mogoče razumeti preprečevanje nesreč ne samo kot neizogibno posledico razvoja epidemiološkega znanja, temveč kot strategijo moči, ki konstituira posameznike. Na določeni ravni se zdi preprečevanje nesreč vsakdanja in neproblematična dejavnost, s stališča Foucaultovega nadzorovanja pa proučevanje preprečevanja nesreč ponuja možnost za razumevanje, kako s pomočjo upravljanja vsakdanjega tveganja v začetku tretjega tisočletja konstruiramo sebe kot posameznike.

Moderna in pojav nesreč

Po Giddensu (1991: 14-5) je moderna opredeljena kot »institucije in načini vedenja, ki so se pojavili predvsem v post-fevdalni Evropi, ki pa so v dvajsetem stoletju vedno bolj postajali svetovno-zgodovinski v svojem vplivu«. Moderna je ekvivalent »industrializiranega sveta«, vključujoč kapitalizem, institucije nadzorovanja in nuklearno orožje, kot tudi proces industrializacije. Temelji na pojmovanju, ki se je pojavilo v razsvetljenstvu v sedemnajstem stoletju, da je za človekov razvoj in družbeni red ključno objektivno znanje o svetu, ki temelji na znanstvenem raziskovanju in racionalnem razmišljanju. Predpostavlja, da družbeni in naravni svet temelji na zakonih, ki jih je mogoče meriti, izračunati in predvideti (Lupton, 1999: 6).

Dejstvo, da je klasična sociološka teorija večinoma ignorirala nesreče kot legitimen predmet svojega proučevanja, ni zgolj naključje, temveč neizogibna posledica načina, kako so bile nesreče konstituirane. Šele v začetku dvajsetega stoletja so se nesreče oziroma prepričanje, da se le-te lahko zgodijo, pojavile v delih na področju socialne antropologije in razvojne psihologije, uporabljene pa so bile predvsem kot pokazatelj razlik med »primitivnim« in modernim v antropologiji ter razlik med pojmovanjem otroka in odrasle osebe. Možnost za pojav nesreč v diskurzu moderne Greenova (1997:15) povezuje s konsenzom glede racionalnosti in z uvedbo verjetnosti.

Leta 1923 je Levy-Bruhl (Green, 1997: 42) prikazal »primitivno« pojmovanje kot povsem iracionalno zaradi tega, ker temelji na prepričanju o nadnaravnih silah. Ta miselnost je po njegovem mnenju nelogična in s stališča zahodne (moderne) misli povsem kontradiktorna. Levy-Bruhl je kot dokaz za iracionalnost »primitivne« miselnosti uporabil dogodke, ki bi jih lahko označili kot nesreče. V »primitivni« miselnosti ni koncepta slučaja ali naključnosti, ker imajo vsi dogodki določen pomen (Green, 1997: 42). Vsi »nesrečni« dogodki, tudi bolezen, nesreče ali slabo vreme, se zgodijo zaradi določenega razloga in imajo razložljiv vzrok: neupoštevanje tabuja, delovanje čarovnic ali jezo prednikov.

Greenova nadalje navaja kozmologijo plemena Azande, ki jo je opisal Evans-Pritchard, kot »klasično« študijo primera iracionalnih prepričanj. Pripadniki plemena Azande so vse »nesrečne« dogodke pojmovali kot delovanje čarovnic, iz te razlage so bili izvzeti samo dogodki, ki so bili rezultat prekršitve tabujev. Medtem ko so upoštevali vzročnost, ki bi jo lahko opisali kot »racionalno« (npr. zlom noge zaradi tega, ker je nanjo padla veja), so pripadniki plemena Azande ob tem postavili vprašanja, na primer: »Zakaj jaz?« in »Zakaj ravno sedaj?« Poleg tega, da so si zastavljali taka vprašanja, so poskušali nanja tudi

odgovoriti. Izgleda, da je bilo nesreče in druge »nesrečne« dogodke (bolezen ali neuspešen lov) mogoče razložiti ne samo s personalnimi in moralnimi termini, temveč tudi kot naravne vzroke in posledice. Azande so spoznali pluralnost vzrokov glede na različne ravni razlage, na socialni ravni pa so kot razlago uporabili čarovništvo. Sprejemali so »naravne« vzroke »nesrečnih« dogodkov, kot je npr. neposredni vzrok poškodbe ali pa nepredvidnost, vendar ne kot popolno razlago: »To so posebni in spremenljivi pogoji dogodka, ne pa tudi generalni in univerzalni pogoji, ki jih je mogoče razložiti s čarovništvom« (Evans-Pritchard, 1937, citirano v Green, 1997: 44). Pripadniki plemena Azande so ob »nesrečnih« dogodkih poskušali ugotoviti, zakaj so se zgodili, kdo je kriv in se zanje tudi maščevati. Za Evansa-Pritcharda je bila odsotnost prepričanja v naključje, ki je vzrok nesreč, znamenje iracionalne miselnosti pripadnikov plemena Azande v primerjavi s pojmovanjem v modernih družbah.

Poleg socialnih antropologov (v letih 1920 in 1930) so tudi razvojni psihologi razumevanje nesreč kot naključnih dogodkov uporabljali kot dokaz o superiornosti človekovih mentalnih sposobnosti. Piaget je v delu iz leta 1930 o razvoju vzročne logike pri otroku opisal njegovo razumevanje fizične vzročnosti na podoben način kot Levy-Bruhl pri »primitivnih« ljudstvih: »Otrok občuti svet kot spontano gibanje in žive sile: če želijo, božanska telesa lahko mirujejo ali pa se gibljejo... drevo spontano upogiba veje, da naredi veter, voda teče zaradi sile, ki je v njej« (Piaget, 1930, citirano v Green, 1997:44). Majhen otrok pripisuje animistične motive fizičnim objektom ali dogodkom in celo na kasnejši stopnji razvoja, ko že razume mehanični vzrok in posledico, čuti velik odpor do ideje o fizikalni sili in slučajnosti. Do sedmega ali osmega leta starosti otrok meni, da na svetu ni slučajnih dogodkov: vse ima nek razlog, je hoteno in popolnoma moralno. Otroci šele kasneje spoznajo, da »so stvari, ki ne služijo nobenemu koristnemu namenu in da se nekateri dogodki zgodijo po naključju« (Piaget, 1930, citirano v Green, 1997:45). Kljub temu, da so se nekatere ugotovitve Piageta iz tridesetih let dvajsetega stoletja izkazale za sporne, je ideja o tem, da je razvoj mogoče meriti s sposobnostjo sprejetja nesreč kot naključnih dogodkov, v precejšnji meri še vedno prisotna v psiholoških raziskavah (Green, 1997: 45).

Na začetku dvajsetega stoletja so bile nesreče neproblematične: nekateri »nesrečni« dogodki se pač zgodijo in prav nobenega razloga ni, da bi jih proučevali. Samo »primitivna« ljudstva in otroci poskušajo najti razlage za naključne dogodke. V razumevanje nesreč kot jasnih in naravnih dogodkov, kakršno je bilo leta 1930, sta vstopila povezana razlagalna modela. Prvi je racionalnost kot niz prepričanj o vzroku in posledici,

po katerem so nekateri učinki neizogibne in naravne posledice določenih vzrokov, drugi pa je verjetnost kot niz prepričanj o predvidljivosti dogodkov.

Termin »racionalnost« je bil v zadnjem stoletju uporabljen v mnogih kontekstih in zaradi različnih pomenov, ki jih koncept ima, je morda uporabnejši kot ideološka oznaka in manj kot natančen opis dejanj ali prepričanj (Green, 1997: 50). Tako je racionalnost npr. po Webru »odčaranje« sveta, kar pomeni »opuščanje religioznih, mitično-magičnih, organsko-celostnih, kvalitativnih pogledov na svet in na človeka« (Ule, 2003: 19). »Klasičen« pogled na racionalnost je morda najbolje izražen v delu Karla Popperja, ki je bilo prvič objavljeno v tridesetih letih prejšnjega stoletja (Green, 1997: 50). Po njegovem mnenju je mogoče sprejeti stališča kot znanstvena, če so le-ta empirično preverjena in so bila predmet kritične presoje. Osnova za presojo pa je preverljivost: teorije so sprejemljive le, če jih je mogoče preveriti. Popper je sicer dopuščal, da ima naključje lahko pomembno vlogo pri nastanku dogodka, vendar je poudaril, da je primerna raven analize regularna temeljna struktura. Znanost pa je usmerjena na proučevanje regularne temeljne strukture, ne pa na naključno in tisto, kar se ne da spoznati. »Lahko rečemo, da so nekatere naše odločitve trenutne, sprejete brez razmišljanja, ker pogosto nimamo časa, da bi o njih razmislili... Vendar, ali so trenutne odločitve zares zanimive? Ali so res značilne za človekovo vedenje – za *racionalno* človekovo vedenje?« (Popper, 1974, citirano v Green, 1997: 50).

V začetku dvajsetega stoletja racionalnost v moderni misli ni bila univerzalno sprejeta kot edina razlaga človekovega vedenja ali naravnih dogodkov, saj so v znanstveni skupnosti obstajali tudi alternativni razlagalni sistemi, v katerih je bila vloga »nesrečnih« dogodkov drugačna. Racionalnost pa je bila v tem času dominantna in legitimna v tolikšni meri, da je lahko potisnila na obrobje ideje in poskuse tistih, ki so predlagali alternativne paradigme znanstvenega raziskovanja. Od sredine dvajsetega stoletja dalje pa so iz različnih virov prihajale vse ostrejšje kritike racionalnega razlagalnega sistema (Green, 1997: 46-8):

- nekateri so se sicer strinjali, da je zahodna racionalnost dosegla nadvlado kot normativni ideal, vendar je bila to bolj posledica družbenega procesa kot pa dejanske superiornosti samega racionalnega argumenta. Zgodovinarji se niso strinjali s predpostavko, da ima racionalnost naravno ali logično prednost kot sistem pojasnjevanja, čeprav je naraščajoča racionalnost običajno razumljena kot pokazatelj razvoja;
- antropologi so opozarjali na nesposobnost oziroma neopremljenost modela zahodne racionalnosti, da bi nudil »tolažbo« ob »nesrečnem« dogodku ali pa ga na spiritualni

način razložil. »Čeravno je z modelom moderne racionalnosti mogoče razložiti splošno in posebno, pa po mnenju Evansa-Pritcharda (Green, 1997: 52) ne zajame tudi posebnih in spreminjajočih pogojev »nesrečnih« dogodkov. V racionalnem diskurzu ni razlag za posamične vzroke »nesrečnih« dogodkov v določenem trenutku;

- model racionalnosti je bil deležen kritike tudi s stališča relativnosti, in sicer: v kolikšni meri je mogoče pri presoji racionalnosti neke kulture uporabljati kriterije neke druge kulture. Tovrstne kritike so se pričele v šestdesetih letih dvajsetega stoletja. Tako je Wintch v svojem delu iz leta 1964 (Green, 1997: 54) zavrnil Evans-Pritchardovo trditev, da so prepričanja pripadnikov plemena Azande nelogična, saj njegovi argumenti temeljijo na definiciji racionalnosti, ki je družbeno konstruirana in je zato ni mogoče uporabiti izven zahodnoevropske kulturne tradicije;
- najnovejši napad pa je iz vrst teoretikov postmoderne in temelji na predpostavki, da racionalnost zahodnoevropske znanosti ni neizogibno vseobsegajoča, temveč je v svojem bistvu negotova in nagnjena k razkroju. Lyotard ugotavlja, da »postmoderna znanost s tem, da se ukvarja s stvarmi, ki so nerešljive, mejami natančnosti nadzora, konflikti, ki nastajajo zaradi nepopolnih informacij, katastrofami in pragmatičnimi paradoksi – teoretizira svojo lastno evolucijo kot diskontinuirano, katastrofično, nepopravljivo in paradoksalno (Lyotard, 1986: 60). Eden od primerov »nerešljivosti« v znanosti je usmerjenost teorij kaosa na »naključne« rezultate naravnih zakonov. Teorija kaosa po eni strani razširja možnosti racionalne znanosti (npr. z integracijo determinističnih in verjetnostnih zakonov), po drugi strani pa spodkopava njeno osnovo.

V prvi polovici dvajsetega stoletja so v primerjavi z modelom racionalnosti drugi sistemi pojasnjevanja in razlage izgledali anahronistično. Njegova nadvlada je bila nesporna v primerjavi s sistemi, ki so nastali v drugih obdobjih ali na drugih območjih. Ena od značilnosti racionalnega pogleda je bila sprejetje meja racionalne razlage: obstajajo »nesreče«, dogodki, katerih vzročnost je naključna in jih zato ni mogoče predvideti. Tako npr. Websterjev slovar (Webster's New Encyclopedic Dictionary, 1993) definira nesrečo kot dogodek, ki se je zgodil po naključju ali zaradi neznanih vzrokov. Definicija nesreče

(nezgode) v Slovarju slovenskega knjižnega jezika (2000: 678) je nekoliko manj »moderna«.⁷

Kako je postalo mogoče, da nekatere »nesrečne« dogodke opišemo kot naključne oziroma nepredvidljive? Pogoji za nastanek nesreč so:

- pojav racionalističnega pojmovanja vzročnosti, po katerem se zdi, da so dogodki določljivi ter preprečljivi in
- ustrezno zaupanje v verjetnost pri pojasnjevanju določene distribucije dogodkov.

Nesreče se pojavijo v vrzelih racionalistične kozmologije, ob mejah determinističnih zakonov in tam, kjer je verovanje v nadnaravne sile izgubilo svojo moč. Vrzeli v racionalistični razlagi nastanejo med tem, kar je znanega, ker je predmet determinističnih zakonov (npr. gibanje planetov okoli Zemlje) in med tistim, kar je znanega statistično, ker je predmet zakonov verjetnosti (npr. verjetnost, da bomo dosegli določeno starost ali umrli zaradi določene bolezni) (Green, 1997: 58).

Pomembna za razumevanje nesreč je torej tudi verjetnost. Delo Johna Graunta *Natural and political observations on the Bills of Mortality* iz leta 1662 je po mnenju Hackinga (1975) prva obsežnejša statistična raziskava na zahodu. Grauntovo proučevanje vzrokov umrljivosti je bil poskus definiranja tveganja za umrljivost zaradi različnih vzrokov in predstavlja temelj moderne znanosti o populacijski statistiki. Hacking je Grauntovo delo uvrstil v kontekst porajajočih se idej o verjetnosti. Pojav znanosti o verjetnosti sredi sedemnajstega stoletja na zahodu je bil možen zaradi dvojne narave nastajajočega koncepta verjetnosti, ki se je nanašal na stabilne frekvence (dogodek je »verjeten«, če je mogoče izračunati statistično možnost za njegov nastanek) ter na stopnjo zaupanja (dogodek je možen, ker vemo, da se tovrstni dogodki lahko zgodijo). Pojav novega koncepta verjetnosti⁸ v evropskem diskurzu konec sedemnajstega stoletja, ki je omogočil nastanek statistične znanosti, je Hacking utemeljil s preobratom v znanstveni misli, predvsem s

⁷ Slovar slovenskega knjižnega jezika (2000: 669) opredeljuje nesrečo kot stanje, ki povzroča duševne bolečine; kot dogodek, pri katerem je človek poškodovan ali mrtev; kot dogodek, ki povzroča človeku zadrego, neprijeten občutek; v prislovni uporabi - po nesreči - pa, da se dejanje zgodi brez določenega namena. V slovenskem jeziku se pogosto kot sinonim za nesrečo porablja termin nezgoda, ki je opredeljena kot dogodek, pri katerem je človek poškodovan; kot dogodek, ki človeka zelo prizadene, navadno materialno, nesreča; kot dogodek, ki povzroča človeku zadrego, neprijeten občutek (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2000: 678).

⁸ »Verjetnost« je bila v 16. stoletju razumljena kot »priporočljivost« mnenja eminentnih in spoštovanih avtoritet.

pojavit se je dokaz, kot ga pojmujemo sedaj, pojavil šele konec sedemnajstega stoletja. Prejšnji »dokazi« so temeljili na avtoriteti pričanja učenih in uglednih posameznikov. Leta 1662 je Port Royal Logic opisal razliko med zunanjimi dokazi (pričanje avtoritet) in notranjimi dokazi, ki izhajajo iz same stvari (Green, 1997: 60). Ideja o notranjem (empiričnem) dokazu je bila nova, temeljila pa je vzročnem sklepanju. Razlikovala se je od »znakov«, uporabljenih v renesansi, ki so bile stvari in ne pisno pričanje. »Znaki« so bili sprejeti kot dokaz zaradi podobnosti ali skladnosti s tistim, kar so označevali. Odnos med telesnim(i) »znakom(ki)« in ustrezno boleznijo niso bili konceptualizirani kot vzročni, saj bolezen ni povzročila določenega »znaka«, temveč je bila z njim označena. Pojmovanje znakov je vključevalo idejo, da jim je potrebno verjeti, ker jim je mogoče zaupati. Pojav žab in krastač je tako npr. napovedoval prihod epidemije kuge, ker se je nekaj podobnega v naravi zgodilo že prej. Verjetnost je po Hackingu postala možna tedaj, ko so bili »znaki« konceptualizirani kot notranji dokazi, saj je bilo s tem omogočeno vzročno sklepanje. Sedaj je postalo mogoče dokazovati na deduktivni način: iz opazovanih učinkov na hipotetične vzroke. Notranji dokazi, ki so bili osnova razmišljanja o verjetnosti, so postali pomembnejši, ko so bili konvencionalni znaki (t.j. arbitrarni znaki, npr. ime zvezde ali substance, za katere so nekoč mislili, da imajo notranji pomen itd.) končno ločeni od naravnih znakov.

Moderno pojmovanje verjetnosti je omogočilo nastanek statistične znanosti za proučevanje kvantitativnih dejstev o državi in njenih prebivalcih. Šele z razumevanjem podatkov kot podatkov in ne kot znakov (npr. za kugo) je bilo mogoče sklepati o določenih pojavih. Med 18. in 19. stoletjem so si zgodnje moderne države prizadevale produktivno vključevati svoje prebivalstvo in se spoprijeti s socialnimi spremembami, ki sta jih povzročila urbanizacija in industrializacija (Lupton, 1999: 6). Znanost o verjetnosti in statistika, ki sta bili razviti kot sredstvo za izračunavanje norm in identificiranje odklonov od norm, sta temeljili na prepričanju, da bo štetje prispevalo k nadzoru nereda oziroma k vzpostavitvi reda.

Graunt je v svojem delu o vzrokih umrljivosti (druga polovica sedemnajstega stoletja) proučeval vzročnost na način, ki bi ga lahko označili za povsem »racionalnega«:

»... pri nekaterih vzrokih smrti je mogoče ugotoviti konstanten delež glede na celotno število umrlih; take so kronične bolezni in bolezni, ki so v Londonu najpogostejše: npr. jetika, vodenica, zlatenica, ledvični in žolčni kamni, paraliza, rahitis, starost, mrzlica, bolezen krvnega obtoka, ne pa pri umrlih zaradi nesreč, kot so žalost, utopitve, samomori, in umrlih zaradi drugih nesreč ter podobno, medtem ko pojav epidemičnih in malignih

bolezni, kot so kuga, rdečke, meningitis, ni enakomeren: v posameznih letih ali mesecih ljudje umirajo desetkrat pogosteje« (Graunt, 1662; citirano v Green, 1997:64).

Graunt je z uporabo verjetnosti izločil določeno skupino bolezni (npr. jetiko), ki so morda nepredvidljive na individualni ravni, vendar predvidljive v svojih učinkih na celotno prebivalstvo Londona. Pri malignih in epidemičnih boleznih ni ugotovil tako očitnega vzorca. Nesreče so v skupini, ki se od drugih razlikuje po nenadnosti učinkov in zunanjih vzrokih dogodkov. S tem da je Graunt nesreče vključil v vzorec, čeprav le-te ne predstavljajo konstantnega deleža umrlih v Londonu, je omogočil njihovo predvidljivost na agregatni ravni. Kasneje je Graunt za nekaj dogodkov, ki bi jih lahko označili za nesreče, izjavil, da jih ni vredno podrobneje raziskovati, ker pri njih ni mogoče ugotoviti pravih vzorcev: »Nič ne bomo rekli o številu tistih, ki so se utopili, umrli zaradi padcev z gradbenih odrov ali pa so jih pregazili vozovi, ker je to odvisno od skrbnosti v poslu in zaposlitve moških ter od stvari, ki zavisijo od letnih časov in območij, na katerih živimo, saj premorejo le malo znanosti in gotovosti, h katerim težimo« (Graunt, 1662; citirano v Green, 1997: 64). Prav tako je Graunt pozival k uporabi empiričnih podatkov, da bi lahko izračunali natančno verjetnost smrti zaradi različnih vzrokov: »...medtem ko mnogi ljudje živijo v velikem strahu in zaskrbljenosti zaradi nekaterih strašnih in razvpitih bolezni, ki sledijo. Zapisal bom, koliko jih umre zaradi vsake od njih in število vsake izmed njih primerjal s celotnim številom 229.250, da bodo ljudje morda bolje razumeli tveganje, v katerem so...« (Graunt, 1662, citirano v Green, 1997: 65). Grauntov »hazard« ni bil več nepredvidljiva nevarnost, temveč izračunljivo tveganje, ki ga je mogoče razumeti in ustrezno locirati, ne pa tudi že ravnati z njim ali ga obvladovati (Green, 1997: 65). Na tej točki so nesreče postale možne, saj je bil odprt prostor za konceptualizacijo meja tistega, kar je mogoče izračunati in razložiti.

Ugotovimo lahko, da so na zahodu nesreče postale možne v drugi polovici sedemnajstega stoletja z nastankom modernega racionalnega modela, ki je zaradi svojih omejitev pri pojasnjevanju omogočil, da so bili nekateri »nesrečni« dogodki opredeljeni kot naključni, torej kot nemotivirani in nepredvidljivi. Nesreče so se pojavile kot tisti ostanek »nesrečnih« dogodkov, ki jih ni mogoče pojasniti, prav tako pa niso vredni temeljitejšega raziskovanja.

Družbena konstrukcija nesreč v medicini

Čeprav s pojmom nesreča v vsakdanjem življenju opisujemo številne in raznovrstne dogodke, je največ pozornosti namenjene nesrečam, katerih posledica so smrti in poškodbe. Razumljivo je, da so zato nesreče že zelo zgodaj vzbudile interes medicine, ki je poskušala razložiti in vnesti red v raznolikost dogodkov, ki so bili označeni kot »nesreča«, najprej pri klasifikaciji različnih vzrokov smrti in njihovih posledic.

Družbena konstrukcija nesreč v medicini v 19. stoletju

Prvo poročilo Registrar General iz leta 1839 v Angliji navaja naslednje vzroke smrti, ki so bile klasificirane kot nasilne: zadušitev z robidnicami, strela, pitje vrele vode, ugrizi belega dihurja, leva in osla, eksplozija trebušne votline, emfizema pa padcu, vnetje po vbodu s trnjem (Registrar General, 1839, citirano v Green, 1999: 26). William Farr, prvi statistik v Registrar General, je pri očitovanju klasifikacije, ki bi jo bilo mogoče uporabljati pri urejanju smrti glede na vzrok, najprej razlikoval med zunanjimi in notranjimi vzroki: »...skupini se razlikujeta kot dan in noč: prva skupina obsega vse, kar se nanaša na zunanja nasilna dejanja: zadušitev, zastrupitev, strela in ogenj; v drugi pa so vzroki, ki se sprožijo v organizmu v določenih okoliščinah in se kažejo kot vnetja, rak ali revmatizem« (Registrar General, 1839; citirano v Green, 1997: 72). V drugem poročilu je Farr razdelil zunanje vzroke smrti v tri skupine: nezmernost, stradanje in nasilne smrti. Problem so predstavljale nasilne smrti: bile so ostanek od drugih, bolj homogenih vzrokov smrti, ki so jih povzročili biološki procesi. Čeprav je menil, da je »medicina tako kot druge naravoslovne znanosti pričela opuščati nejasne domneve, kjer dejstev ni mogoče natančno določiti s pomočjo opazovanja in jih nadomeščati s številčnimi prikazi, so nasilne smrti, ki so »zelo številne in bodo morda spodbudile raziskovanje vzrokov« (Registrar General, 1840, citirano v Green, 1999: 26) ter so vključevale nesreče, ostale v agregiranem stanju, ker ni bilo mogoče najti nobenega načina za njihovo klasifikacijo. Leta 1854 je bila ideja o naključnem uporabljen kot delna rešitev in motivacija je postala primarna os klasifikacije. Po Farru je imelo v Angliji najdaljšo tradicijo razmišljanje o nasilnih smrtih, ki so »verjetno povzročene namerno, zaradi zanemarjanja ali slučajnega nasilja«. Glede na to, da nasilne smrti niso omogočale nobenega jasnega anatomskega ali patološkega vzorca, je le moralna vsebina skupine »nasilne smrti« nudila možno organizacijsko načelo. Nesreč tako ni bilo mogoče vključiti v tedanjo znanost o proučevanju klasifikacije in porazdelitve bolezni, ki je temeljila na anatomiji telesa in njegovih funkcijah, saj jih prvotno ni bilo mogoče

razvrščati glede na prizadeti del telesa ali obsežnost okrnjenosti fizičnih funkcij, temveč samo na podlagi moralne sodbe. Po prvi mednarodno sprejeti klasifikaciji⁹ so bili vzroki smrti razdeljeni v pet skupin, in sicer: a) epidemične, endemične in nalezljive bolezni; b) prirojene bolezni; c) krajevne bolezni; d) razvojne bolezni in e) nasilni vzroki smrti (Green, 1997: 75). V poročilu iz leta 1862, ki je temeljilo na prvi mednarodno dogovorjeni klasifikaciji bolezni, je Farr opredelil uporabnost motivacije pri razvrščanju nasilnih vzrokov smrti: »Človekovo delovanje ima velik pomen pri tej skupini, tako da ga je mogoče vzeti za osnovo pri razvrščanju. Človek lahko umre 1. slavne smrti v bitki (pro patria mori); 2. zaradi uboja (umora); 3. sramotno na morišču (eksekucija); ali 4. tako, da zapusti mesto, ki mu ga je namenil bog in si vzame življenje (samomor); 5. umre lahko zaradi kirurške operacije; 6. umre lahko zaradi nesreče« (Registrar General, 1862, citirano v Green, 1999: 27). Gornje razlikovanje nasilnih smrti temelji samo na moralnem pomenu smrti, ki je slavna ali sramotna, kjer je za smrt kriva žrtev ali pa drugi. Ostanek - smrti brez jasne moralne vsebine, torej smrti, pri katerih ni mogoče določiti krivde - pa so nesreče. Nesreča je bila tako dogodek, kjer ni motiva in leži na meji med potrebo po ugotovitvi vzroka in pomanjkanjem »dejanskega« vzroka, kot so ga opredeljevala nova znanstvena načela statistike, po katerih postanejo »neregularnosti« nesreč regularni in predvidljivi dogodki na agregatni ravni. Od neprečiščene kategorije zunanjih vzrokov smrti, kot so bile v Registrar General predstavljene v letu 1839, so nesreče postale poslednja skupina v medicinski klasifikaciji vzrokov smrti. Zgodile so se brez znanega medicinskega vzroka in se zaradi tega niso prilegale racionalnemu sistemu medicinskega znanja ter niso imele znanega motiva (Green, 1997: 75-6). Analiza vzrokov smrti je postajala vse bolj podrobna, nesreče pa so bile ločene od ostalih oblik nasilnih smrti. Skupina, ki je vključevala nesreče, je v statističnem smislu postajala notranje vse bolj diferencirana, saj so spreminjajoče družbene razmere vplivale na vrsto in pogostost nesreč ter zahtevo po njihovem preprečevanju.

Sodobna klasifikacija smrti zaradi nesreč

V večini držav sveta zdravstvena statistika zbira podatke o boleznih in poškodbah na osnovi mednarodne klasifikacije kategorij bolezni Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization – WHO). V veljavi je deseta revizija klasifikacije –

⁹ Prva mednarodna standardizacija je bila sprejeta na statističnem kongresu v Bruslju 1856. Namen konference je bil vzpostaviti diagnostične kriterije in oznake, kot tudi osnovati klasifikacijo bolezni.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene – MKB 10 (WHO, 1994). Vse do devete revizije - Mednarodna klasifikacija bolezni, povreda i uzroka smrti prema devetoj reviziji (WHO, 1977) sta obstajali dve alternativni seriji kod pri klasificiranju skupine »nesreče«, ki je bila poslednja kategorija. Tako so bile pri predhodni, osmi reviziji (WHO, 1967) serije kod označene s predpono »N« in »E«. Serija kod, označenih z »N«, je služila za opis smrti glede na naravo poškodbe (poškodba vratu, prsnega koša, ozeblina itd.). Serija kod, označenih s predpono »E«, pa je bila namenjena za opisovanje nesreč glede na njihov zunanji vzrok (padec, prometna nesreča, strela itd.). Do devete revizije je bila primarna os klasifikacije glede na zunanji vzrok smrti zaradi nesreče, z deveto revizijo pa je postala glavna os klasifikacije razvrščanje glede na naravo poškodbe, klasifikacija glede na zunanji vzrok pa dodatna. Dejstvo, da je potrebna dodatna klasifikacija, je dokaz, da nesreč ni mogoče opredeliti le glede na njihov medicinski izid, temveč da je potrebno upoštevati način, kako so nastale. Tako primarna klasifikacija opisuje poškodbe, dodatna klasifikacija pa nesreče. Sedanja (deseta) revizija klasifikacije ohranja dva niza kodiranja.¹⁰ Znotraj dodatne »E« klasifikacije obstajajo tri podskupine kod, ki kažejo na moralno osnovo opredeljevanja nesreč (Green, 1997: 78). Tako npr. smrt zaradi utopitve ali potopitve ni najprej opredeljena glede na okolje in kako se je zgodila, temveč glede na motiv (namen) akterja. Če je bila žrtev motivirani akter, je utopitev opredeljena kot samomor (namerno samopoškodovanje z utopitvijo in s potopitvijo). Če je bila motivirani akter druga oseba, je utopitev ali potopitev opredeljena kot napad z utopitvijo in s potopitvijo. Če je krivdo ali moralno odgovornost morda mogoče pripisati, je utopitev ali potopitev opredeljena kot nesreča (naključna utopitev in potopitev). Prav tako obstajajo določene kode za razvrščanje v primerih, ko motiva (namena) ni mogoče povsem jasno ugotoviti oziroma kadar so »razpoložljive informacije nezadostne, da bi lahko razlikovali med nezgodo, samopoškodovanjem in napadom« (WHO, 1992: 1095), je dogodek uvrščen v skupino: utopitev in potopitev, namen nedoločen.

V deseti reviziji je serija kod (X60-X84) uporabljena za opis samomora in samopoškodb, s kodami od X85-Y09 je mogoče opredeliti uboje (umore) in poškodbe, ki so posledica namernega dejanja druge osebe. Tretja serija kod (Y35-Y36) pa je uporabljena za opis

¹⁰ Poglavje XIX: Poškodbe, zastrupitve in nekatere druge posledice zunanjih vzrokov (S00-T98) se nanaša na naravo poškodbe, poglavje XX: Zunanji vzroki obolenosti in poškodb (V01-Y98) pa je namenjeno opredeljevanju poškodb glede na način njihovega nastanka.

smrti in poškodb, ki so nastale zaradi motiviranih (namernih) dejanj zaradi zakonitega vojnega posredovanja in vojnih operacij.¹¹

Celo v začetku tretjega tisočletja za medicino nesreče predstavljajo poseben izziv, saj jih ni mogoče uvrstiti v obstoječo klasifikacijo, ki temelji na prikazu bolezni glede na del telesa ali naravo specifičnega patogenega elementa (virus, parazit, bakterija, rak). Kot dogodkov jih ni mogoče opredeliti z biomedicinskimi spremenljivkami, prav tako pa so zelo različne njihove medicinske posledice. Obstoj alternativne klasifikacije (po zunanjem vzroku), čeprav je le-ta dodatna, kaže na problematično naravo nesreč (Green, 1997: 80).

»Nasilne«¹² smrti je mogoče registrirati šele po proučitvi moralnega konteksta in odločitvi o tem, ali je bila smrt namerna in ali je zanjo odgovorno človeško bitje. Nesreče tako še vedno predstavljajo rezidualno kategorijo pri klasifikaciji bolezni, saj njihovo opredeljevanje ne temelji na anatomiji ali analizi patogenih elementov, temveč na »ostanku«. Nesreč ni mogoče opredeliti le z njihovim medicinskim izidom, poškodbami, temveč njihova klasifikacija temelji tudi na socialnih okoliščinah in ugotavljanju krivde.

Razvoj epidemiologije nesreč

Ko so podatki o nesrečah združeni, ne izgledajo več kot posamični »nesrečni« slučaji, temveč kot statistično predvidljivi dogodki, pri katerih je mogoče ugotoviti socialne, okoljske, psihološke in biološke dejavnike tveganja.¹³ Proučevanje stopnje umrljivosti

¹¹ V delu Poškodbe kot zdravstveni problem smo prav tako uporabili delitev poškodb glede na namen (motiv) njihovega nastanka: nenamerne poškodbe (posledica nesreč), namerne poškodbe (poškodbe po drugi osebi, samopoškodbe, zakonito posredovanje, vojne, civilni upori ter kršitve miru) ter poškodbe, pri katerih ni mogoče določiti namena (Holder in dr., 2001: 6).

¹² Termin »nasilne« smrti, ki je bil pogosteje uporabljen v preteklosti, počasi izginja iz strokovne literature. V Sloveniji se termin še vedno uporablja, npr. v zvezi z mrliško pregledno službo. Tako Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliške pregledne službe, Uradni list RS, št. 56/1993 (8. 10. 1993) ločuje med naravno in nenaravno ali nasilno smrtjo (samomor, nezgode, uboj in elementarne nesreče).

¹³ Koncept tveganja v javnem zdravju temelji na povezavi med boleznijo (poškodbami) in nekaterimi atributi ali dejavniki tveganja. V skupini ljudi, pri kateri je prisoten določen dejavnik tveganja, je višja incidenca bolezni (poškodb), kot bi bila brez njegove prisotnosti. Tveganje kaže le na povezanost, ne pa na vzročnost, čeprav so nekateri dejavniki tveganja, npr. radiacija, azbest ali cigarete tudi vzročni dejavniki. Dejavniki tveganja v nasprotju z vzrokom bolezni ne razlagajo, zakaj je bolezen (poškodba) nastala ali zakaj nekateri posamezniki, ki so izpostavljeni tveganju, ne zbolijo ali se poškodujejo (Egger in dr., 1999: 19). Na drugi strani pa je po mnenju Leonarda Evansa (2004: 7) potrebno termin vzrok uporabljati zelo previdno, saj lahko vzbudi neprimerno pojmovanje, da pri nastanku določenega dogodka obstaja le en vzrok. Cilj analize na

zaradi nesreč (to je »zunanjih vzrokov«, ki niso samomori, napadi ali dogodki, pri katerih ni mogoče določiti namena) kaže, da so v Sloveniji poškodbe, ki so posledica nesreč, najpomembnejši vzrok smrti otrok od prvega leta starosti dalje, mladostnikov in tudi mlajših odraslih v starostni skupini 20-39 let. V Sloveniji je v obdobju 1998-2002 umrljivost zaradi nesreč predstavljala 32,3% vse umrljivosti otrok, starih 1-14 let, 47,7% umrljivosti mladostnikov (15-19 let) in 21,6% umrlih v starostni skupini 30-39 let (priloga, tabela 1). Poleg tega v Sloveniji zaradi nesreč v vseh starostnih skupinah pogosteje umirajo moški (priloga, tabela 2). Proučevanje in izračunavanje številnih in različnih dejavnikov tveganja je omogočilo vse natančnejše določanje nevarnosti. Tako je tveganje za smrt otrok in mladostnikov v prometu po kopnem odvisno od starosti in načina udeležbe v prometu. V Sloveniji so v opazovanem obdobju (1998-2002) predšolski otroci v prometu najpogosteje umrli kot pešci, šolski otroci kot sopotniki v avtomobilu, nato kot kolesarji in potniki v avtobusu, pri mladostnikih pa je bila najusodnejša udeležba kot sopotniki in vozniki osebnega avtomobila, motoristi in pešci (priloga, tabela 3).

Medicinsko znanje o nesrečah temelji na populacijski statistiki, iz nje pa so izračunani dejavniki tveganja. Tako znanje je običajno prikazano kot nesporna »resnica« o vzrokih poškodb in umrljivosti zaradi nesreč (Green, 1997: 83). Postavlja pa se vprašanje, ali statistika o smrtih in poškodbah zaradi nesreč odseva kakršnokoli zunanjo »realnost« nesreč, četudi ob tem zanemarimo vprašanja glede same družbene konstrukcije nesreč. Glede na to, kar je znanega o (ne)zanesljivosti in veljavnosti beleženja drugih vzrokov smrti, kot je to npr. pri samomoru ali namernih poškodbah (t.j. poškodbah, ki niso posledica nesreč) npr. pri otrocih, lahko sklepamo, da podobno velja tudi za zanesljivost in veljavnost stopenj umrljivosti zaradi nesreč.

Zaradi različnih kriterijev, uporabljenih pri beleženju umrlih zaradi samomora, razlik v moralnem in legalnem pojmovanju samomora, je zanesljivost uradnih podatkov o umrljivosti zaradi samomora večkrat prepoznana kot problem. Pri podatkih o samomoru je prisotna tendenca prikrivanja resnosti problema (Brockington, 2001: 87; Overpeck in McLoughlin, 1999: 11). Ker so smrti zaradi nesreč v dobršni meri definirane kot tiste, ki niso samomor, je s tem prav tako vprašljiva zanesljivost stopenj umrljivosti zaradi nesreč. O zanesljivosti statistike nesreč je mogoče sklepati tudi na podlagi namernih poškodb. Pogosteje kot v preteklosti se poškodbe pri otrocih opredeljujejo kot poškodbe, ki niso

področju zagotavljanja varnosti pa je proučevanje dejavnikov, povezanih z določenim dogodkom, saj je mogoče identificirati tiste, ki jih je z ukrepi mogoče spremeniti in s tem zagotoviti večjo varnost.

posledica nesreč, s tem pa se pojavi problem interpretacije preteklih trendov. Pri ocenjevanju in opredeljevanju poškodb otrok kot namernih se pogosto uporabljajo socialne, okoljske in klinične indicije (Green, 1997: 85). Kjer ne obstajajo jasni klinični znaki, je mogoče sklepati, da pravila pri identifikaciji poškodb in smrti otrok niso konsistentna. Smrti dojenčkov, ki jih poznamo kot sindrom nenadne smrti otroka,¹⁴ so bile pred 9. revizijo mednarodne klasifikacije bolezni (WHO, 1977) uvrščene med nesreče (naključne zadušitve) ali pa med smrti zaradi neznanega vzroka. Z deveto in tudi z deseto revizijo pa so uvrščene med bolezni, in sicer v skupino »slabo opredeljeni in neznani vzroki smrti« (WHO, 1994: 890). Glede na to, da je pri interpretaciji stopenj umrljivosti zaradi nesreč potrebno upoštevati spremembe, ki so nastale pri opredeljevanju smrti zaradi poškodb, ter dejstva, da so diagnoze pogosto nezanesljive, lahko ugotovimo, da je uporaba stopenj umrljivosti zaradi nesreč kot osnove znanja o incidenci¹⁵ nesreč precej problematična.

Epidemiološko znanje o nesrečah večinoma temelji na proučevanju stopenj umrljivosti zaradi nesreč. V obdobju 1998-2002 je v Sloveniji zaradi nesreč (nenamernih poškodb) umrlo 4426 ljudi.¹⁶ Kot nesreče so jih v večini primerov opredelili mrliški pregledniki, to je zdravniki, ki opravljajo pregled umrlega.¹⁷ Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliške pregledne službe (Uradni list RS, št. 56/1993, 8.10. 1993) navaja: »... po nedvomni ugotovitvi, da je nastopila smrt, preglednik ugotavlja vzrok smrti, predvsem ali gre za naravno ali nasilno smrt. Če ugotovi slednje, preneha s pregledom, zagotovi, da ostane mesto in truplo nespremenjeno in o svojih ugotovitvah takoj obvesti organe pregona«. Med uradnim mrliškim pregledom zdravniki, strokovnjaki s področja kazenskega prava ter priče opredelijo nesrečo tako, da jo ločijo od smrti, pri katerih je mogoče jasneje ugotoviti krivdo (samomor, umor). Mrliški preglednik ima tako osrednjo

¹⁴ Sindrom nenadne smrti otroka je diagnoza za nenadno smrt otroka, starega manj kot leto dni (dojenčka), ki ostane nepojasnjena po avtopsiji, proučitvi okoliščin smrti in pregledu simptomov ali bolezni pri dojenčku pred njegovo smrtjo ter njegove medicinske dokumentacije. Zaradi tega, ker se večina tovrstnih smrti zgodi, medtem ko otrok spi, je sindrom nenadne smrti znan tudi kot »smrt v zibki« (Hunt, 2001: 347).

¹⁵ Incidenca bolezni (poškodb) je število novih primerov pri specifični populaciji v določenem obdobju (Baeglehole, Bonita in Kjellström, 1993: 15).

¹⁶ Tabela 6: Umrlji glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002, v delu Razširjenost in resnost problema poškodb v Sloveniji.

¹⁷ Mrliško pregledno službo v Sloveniji urejata Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliške pregledne službe in Strokovna navodila za opravljanje mrliškega pregleda, Uradni list RS, št. 56/1993 (8. 10. 1993).

vlogo pri produkciji znanja o nesrečah v sodobni Sloveniji, saj ne obstajajo formalna pravila (nasveti) za mrliške preglednike, ki bi določali, kaj nesreča je, oziroma način, kako jo identificirati.¹⁸ Po mnenju Greenove (1997: 88) dokaz o smrti zaradi nesreče ne izhaja iz katerekoli notranje značilnosti ali načina smrti, temveč temelji na moralni presoji dejstev, ki jo obkrožajo. Nesreče so kot take definirane v okviru socialnega konteksta, v katerem je nastopila smrt. Umeščene so v vrzeli, ki so nastale po klasificiranju skupin z jasnejšimi definicijami. Opredeljene so povsem negativno: dogodki niso motivirani (namerni) in zanje ni nihče kriv, prav tako pa (še) ni razkrita nobena zakonska odgovornost. V javnosti se nesreče pojavljajo tako kot negacije odgovornosti same umrle osebe za smrt kot katerekoli druge osebe. Take negacije pa so pogosto predmet »pogajanja« in odločitev mrliškega preglednika ne pomeni nujno konec razprave v javnosti o tem, ali je bila smrt posledica nesreče ali ne. Različno kot pri smrtih zaradi samomora in celo uboja (umora) ali nekaterih boleznih nesreče niso opredeljene s tistim, kar so, temveč bolj s tistim, kar niso: smrti in poškodbe brez jasnega moralnega pomena (Green, 1999: 26).

Tveganje v postmoderni

Niklas Luhmann v uvodu k delu *Risk: a sociological theory* (1993, vii) kot bistveno značilnost kritične sociologije opredeljuje njeno nezadovoljstvo le z opisom očitnih družbenih zakonitosti. Med osnovnimi nalogami kritične sociologije je poleg odkrivanja latentnih družbenih struktur tudi vprašanje, kako družba sama pojasnjuje in ravna z odstopanji od norm, »nesrečnimi dogodki« in nepredvidljivimi pojavi. Tako formulirano vprašanje pa vsebuje pomemben kritični potencial, ki ni kritičen v smislu poziva k zavračanju družbe, izpostavljene takim »nesrečnim dogodkom«, temveč kritičen v smislu razvoja možnosti razlikovanja med normalno obliko in njeno drugo stranjo. Luhmann se sprašuje, kaj se lahko »naučimo o normalnih procesih v naši družbi na osnovi dejstva, da si le-ta prizadeva zaobseči nesrečne dogodke v obliko tveganja. In nič več npr. v obliko magije ter čarovništva in komajda še v obliko religije...« (1993, viii).

¹⁸ Strokovna navodila za opravljanje mrliškega pregleda navajajo le znake, iz katerih je mogoče posumiti, da je oseba umrla nenaravne ali nasilne smrti (npr. nenadna smrt povsem zdrave osebe, določene spremembe na truplu, sumljive zunanje okoliščine, četudi na truplu ni sumljivih sledov, govornice, da je smrt v zvezi oziroma posledica kaznivih dejanj itd.).

Ker je morda mogoče razumeti spremenjeno vlogo nesreč pri opredeljevanju »nesrečnih dogodkov« s pomočjo tveganja (Green, 1997: 119), bomo v nadaljevanju poskušali opredeliti koncept (koncepte) tveganja.

V znanstveni literaturi je pojem tveganja, zlasti kar zadeva njegovo zaznavo, obravnavan na različne načine. Glede na epistemološko osnovo njegove obravnave Deborah Lupton (1999: 17) najprej razlikuje med realistično perspektivo in perspektivo družbenega konstruktivizma, ki poudarja družbeni in kulturni vidik tveganja.

Realistična perspektiva obravnave tveganja je značilna predvsem za področja inženiringa, statistike, zavarovalništva, psihologije, epidemiologije in ekonomije, kjer je tveganje opredeljeno na osnovi izračunavanja verjetnosti. Ta perspektiva je prevladujoča tudi v kognitivni znanosti, ki temelji na psihologiji. Tveganje je definirano kot rezultat verjetnosti in posledic (obsežnosti in resnosti) neugodnega dogodka. Razprave o tveganju na teh področjih zadevajo predvsem vprašanja o tem, ali je bilo tveganje ustrezno identificirano oziroma izračunano, kako resno je tveganje glede na njegove možne posledice, o ustreznosti znanosti, uporabljene pri merjenju in izračunavanju tveganja, v kolikšni meri je mogoče s posameznimi modeli napovedati in pojasniti, zakaj je tveganje nastalo, ter zakaj se ljudje nanj odzivajo na določene načine. Omenjene discipline si običajno ne zastavljajo vprašanj o družbeni konstrukciji tveganja, saj predpostavljajo njegovo objektivno naravo, izračuni posameznih tveganj pa so razumljeni kot objektivna dejstva in absolutne resnice (Lupton, 1999: 18). Avtorji na omenjenih področjih se večinoma strinjajo, da je napredek pri ugotavljanju tveganja možen z izboljševanjem metod merjenja in z zbiranjem čim večjega števila podatkov o verjetnosti in obsegu neugodnih dogodkov ter z nadzorovano uporabo pridobljenega znanja (Adams, 1995: 8). V večini literature, ki se ukvarja s tveganjem in varnostjo, je opaziti ločevanje med objektivnim in subjektivnim tveganjem (Adams, 1995: 9, Lupton, 1999: 19). Laični javnosti se pogosto pripisuje pomanjkanje »primerne« ali »pravilne« znanja o tveganju (npr. Polič, 1998: 45-8). Laiki naj bi se na tveganje odzivali »neznansstveno«, saj uporabljajo manjvredne in »naivne« vire znanja (Lupton, 1999: 19). Zagovorniki kognitivnega znanstvenega pristopa poskušajo z različnimi psihološkimi modeli identificirati načine, kako se ljudje kognitivno in vedenjsko odzivajo na tveganje. V tej literaturi je »tveganje predpostavljeno kot neodvisna spremenljivka, človekov odziv nanj pa kot odvisna spremenljivka« (Douglas, 1985: 25, citirano v Lupton, 1999: 19). »Objektivna« dejstva, ki jih izračunavajo »eksperti«, so razumljena kot nevtralna in nepristranska. S pomočjo različnih metod »eksperti« ocenjujejo ustreznost in »pravilnost« subjektivnega razumevanja tveganja laikov ter ga

primerjajo z »objektivnimi« dejstvi. Pogoste so psihometrične analize tveganja, ki temeljijo na teoriji racionalnega vedenja ter ideji o idealnem racionalnem raziskovalcu na eni strani in racionalni zaznavi tveganja posameznikov na drugi strani. V teh analizah je posameznik pogosto predstavljen kot informacijsko-predelovalna enota, ki sprejema informacije o tveganju in ravna z njimi na določen način. Način ravnanja posameznika z informacijami o tveganju je vedno predstavljen kot pristranski ali neustrezen (Lupton, 1999: 21).

Kognitivno-znanstveni pristop tako konstruira posameznike kot preudarne oziroma preračunljive (Adams, 1993: 16, Lupton, 1999: 22). Po Adamsu (1993: 16) pa bi moralo biti izhodišče katerekoli teorije o tveganju spoznanje, da vsakdo prostovoljno sprejema tveganje, saj ni dokazano, da bi si kdorkoli želel življenje brez tveganja (angl. zero-risk life), za katerega meni, da bi bilo zelo dolgočasno in dvomi, da je tako življenje sploh možno. Kot poglavitna vzroka nesreč se najpogosteje navaja človeško zmotljivost in nagnjenost k tveganju. Kot vzrok nesreč je v literaturi o varnosti največkrat pripisan napaki človeka. Ker si nihče ne želi, da bi se mu zgodila nesreča, je le-ta lahko le posledica napake, napačnega izračuna ali pa zanemarjanja dejstev o nevarni situaciji. V skladu s takim pojmovanjem je človeško bitje poseobljena preudarnost, racionalnost in odgovornost. Človek naj bi si nenehno prizadeval, čeravno ne vedno uspešno, izogniti nesreči. Če se mu zgodi nesreča, je to napaka. Če nesrečo preživi, se počuti osramočenega ter se s pomočjo strokovnjakov poskuša iz svoje napake kar največ naučiti. Ker pa ljudje tvegajo prostovoljno, je človek brez tveganja (zero-risk men) le plod domišljije profesionalcev na področju varnosti. Preudarnost, racionalnost in odgovornost je le ena stran človekovega značaja, v vsakem od nas pa tiči tudi človek tveganja, človek kockar (angl. dice man, risk-taking man, gambling man) (Adams, 1993:16).

Poleg tega omenjeni pristopi reducirajo pomene in vedenje, povezano z zaznavo in ocenjevanjem tveganja, na individualno raven. Kognitivna znanost tako ne upošteva simbolnih pomenov, ustvarjenih v socialnem svetu, ki jih posamezniki dajejo stvarem in dogodkom. Posameznike obravnava izven kulturnih in političnih okvirov, odnosov in institucij, znotraj katerih dejansko konstruirajo svoja prepričanja in jih izražajo v vedenju. Prikazani so kot atomizirani in sebični posamezniki, ki vedno ravnaajo v skladu s skrbno preišljenimi izračuni tveganja; kot svobodni akterji, ki jih omejuje le njihova lastna

nevednost glede ogroženosti, kateri bodo morda izpostavljeni ali nesposobnost, da bi glede tveganja nekaj ukrenili (Lupton, 1999: 23).¹⁹

Sociokulturni pogled na tveganje poudarja družbeni in kulturni kontekst, v katerem je tveganje razumljeno in se o njem razpravlja. Nastal je v disciplinah, kot so kulturna antropologija, filozofija, sociologija, kulturna geografija itd. Teoretike, ki poudarjajo sociokulturno dimenzijo tveganja, Lupton (1999: 24) razvršča v tri skupine:

- teoretiki kulturno-simbolne perspektive, ki jo je razvila Mary Douglas s somišljeniki. Ukvarjajo se predvsem z načini, kako je pojem tveganja uporabljen, da bi se vzpostavile in ohranile konceptualne meje med seboj in drugimi, ter kako je človekovo telo simbolno in metaforično uporabljeno v diskurzih in praksah glede tveganja;
- teoretiki družbe tveganja, predvsem Ulrich Beck in Anthony Giddens, ki se ukvarjajo z makrodružbenimi procesi, značilnimi za pozno moderno (zlasti reflektivno modernizacijo) in z njihovim odnosom do konceptov tveganja oziroma s kritiko rezultatov moderne, individualizacije ali zloma tradicionalnih norm in vrednot.
- teoretike, zagovornike koncepta upravna racionalnost (angl. governmentality),²⁰ ki pri raziskovanju tveganja izhajajo iz Foucaultovega pogleda na upravno racionalnost in samooblikovanja v kontekstu nadzora, discipliniranja in usmerjanja populacije. Ukvarjajo se z vprašanjem, kako koncepti tveganja konstruirajo norme vedenja, ki vzpodbujajo posameznike, da prostovoljno razvijajo samo-regulacijo kot odziv na te norme.

Čeprav so med njihovimi pogledi velike razlike, se teoretiki strinjajo, da je v sodobnih zahodnih družbah mogoče opaziti številne nove značilnosti pri pojmovanju tveganja. Tveganje je postalo osrednji kulturni in politični koncept, ki vpliva na organiziranje, reguliranje in nadzorovanje posameznikov, družbenih skupin in institucij. Naslednja spoznanja so skupna vsem trem pogledom:

- v sodobnih zahodnih družbah tveganje postaja vse bolj prevladujoč koncept človekove eksistence;
- tveganje je osrednji vidik človekove subjektivitete;

¹⁹ V zadnjih dveh desetletjih so na področju kognitivnih znanosti pri raziskovanju odziva na tveganje pričeli v večji meri upoštevati socialno in kulturno pripadnost posameznikov.

²⁰ Angleški pojem »governmentality«, ki je neologizem za »governmental rationality« (Deflem, 1997: 149), smo prevedli kot »upravna racionalnost«.

- s pomočjo intervencij človek lahko upravlja s tveganjem;
- tveganje je povezano s pojmi izbira, odgovornost in krivda (Lupton, 1999: 25).²¹

V literaturi, ki obravnava tveganje s sociokulturne perspektive, obstajajo številne pozicije: nekatere med njimi so bliže relativističnemu, druge realističnemu pristopu, nekatere pa so nekje vmes. Včasih je tveganje obravnavano, kot da temelji na objektivnih dejstvih o nevarnosti, ki jih je mogoče odkrivati s pomočjo racionalistične kalkulacije. Objektivna dejstva je mogoče posredovati, zaznati in se preko socialnih, kulturnih in političnih procesov nanje odzivati na določen način. Tako obravnavo tveganja je mogoče opisati kot »šibek« družbeni konstruktivizem. Na drugi strani pa s stališča bolj relativistične perspektive ali »močnega« družbenega konstruktivizma v realnosti ne obstaja tveganje ali tveganje samo po sebi, čeprav je hkrati vse lahko tveganje (Lupton, 1999: 28).²² Tveganje po mnenju »močnih« družbenih konstruktivistov ni nikoli popolnoma objektivno ter ga ni mogoče spoznati izven sistema prepričanj in moralnih stališč. Vse, kar identificiramo, merimo in upravljamo kot tveganje, je vedno konstruirano na osnovi obstoječega znanja in diskurzov. Ljudje in njihov socialni svet obstajajo v dialektičnem odnosu, vsak izmed njiju ustvarja drugega. Čeprav večina posameznikov materialni in socialni svet dojema kot objektivne realnosti, so te realnosti reprodukcija pomenov in znanj skozi socialne interakcije in socializacijo. Zaradi nenehne konstrukcije so pomeni realnosti nestalni in spreminjajoči. S pozicije konstruktivizma je vse znanje o tveganju ujeto v sociokulturni kontekst, v katerem se generira ne glede na to, ali je to znanje »ekspertov« ali znanje »laikov«. Znanje o tveganju tako ni nikoli vrednostno nevtralnno in objektivno. Kulturni vzorci določajo načine, po katerih so posamezni pojavi opredeljeni kot tveganje, vzorci pa se spreminjajo v času in prostoru. Zaznava in doživljanje tveganja je vedno vpeta v specifično lokacijo v določenem sociokulturnem kontekstu.

Medtem ko »šibka« konstruktivistična smer opredeljuje tveganje kot kulturno posredovanje in zaznavanje dejanske, obstoječe nevarnosti, pa je za »močno« smer tudi sama nevarnost družbeno konstruirana, ki pridobi svojo družbeno eksistenco s tem, da jo ljudje prepoznajo in označijo kot tako. Kar je razumljeno kot nevarnost (tveganje) v enem

²¹ Po Lupton je mogoče znotraj sociokulturne obravnave tveganja glede na epistemološke in metodološke značilnosti razlikovati nadalje med strukturalističnim, poststrukturalističnim, fenomenološkim in psihoanalitičnim pristopom k tveganju (1999: 25).

²² Pristop »družbe tveganja« omahuje med realistično in »šibko« konstruktivistično pozicijo, »kulturno-simbolni« pristop je bliže »močnemu« konstruktivizmu, predstavniki smeri, poimenovane »governmentality«, pa so zavzeli »močnejšo« relativistično pozicijo (Lupton, 1999: 28-9).

zgodovinskem obdobju ali kulturnem kontekstu, v drugem obdobju ali kulturnem kontekstu morda ni opredeljeno na enak način (Lupton, 1999: 30).

Da nekaj postane »objekt tveganja« (stvari, aktivnosti ali situacije, katerim so pripisane škodljive posledice), mora biti najprej konstruirano kot »objekt« in potem kot »tvegano« ali prepoznano kot vzrok škode ali nevarnosti; proces označevanja škode ali nevarnosti pa je tretja konstrukcija v tej povezavi. Konstrukcija objekta tveganja je retorični proces, ki se dogaja v specializiranih tekstih ali v javnih arenah ter običajno vključuje oblikovanje mreže različnih objektov tveganja (Lupton, 1999: 31). Ključno vlogo pri konstrukciji objekta tveganja ima »ekspertno« znanje, zlasti naravoslovje, medicina, psihologija, psihiatrija, ekonomija, pravo itd., pri njegovem komuniciranju pa množični mediji. Če tveganje razumemo kot rezultat zaznave in njegove umestitve v kulturni kontekst, se izkaže kot nepomembno razlikovanje med »resničnim« tveganjem, ki so ga izračunali in opredelili »eksperti« ter »napačnim« tveganjem, ki ga zaznava »laična« javnost. Pomembnejša so naslednja vprašanja: katere ugotovitve so uporabljene pri konstrukciji določenih vrst znanja o tveganju v določenem zgodovinskem obdobju in sociokulturnem okolju? Katera pravila predpisujejo določene načine razprave o tveganju in izključujejo druge? Kakšne vrste subjektov so konstruirane na osnovi diskurza o tveganju? Kako znanje o tveganju pridobi tako moč, da pooseblja »resnico« o njem? Katere prakse uporabljajo institucije in posamezniki pri obravnavi subjektov diskurza tveganja? Kako nastajajo novi diskurzi o tveganju, ki izpodrinejo druge diskurze? Kako novi diskurzi učinkujejo na znanje o tveganju in subjekte tveganja? (Lupton, 1999: 33).

Nesreče in postmoderna

Od povsem marginalnih »nesrečnih dogodkov« na obrobju racionalističnega klasifikacijskega sistema so nesreče postale paradigmatični rezultat tveganja, s tem pa v središču zanimanja v poznem dvajsetem in na začetku enaindvajsetega stoletja. To, da se je nesreča zgodila, je dokaz, da človek ni ustrezno upravljal s tveganjem. Epidemiološki podatki o nesrečah predstavljajo ključno področje za manifestiranje učinkovitosti tehnik za upravljanje s tveganjem. Osrednje prizorišče, kjer so nesreče postale vidne, pa je javno zdravje (Green, 1997: 119).

Nesreče – anahronistični vzrok dogodkov

Prvi pokazatelj, da imajo nesreče od poznega dvajsetega stoletja dalje v sodobnih zahodnih družbah nekoliko drugačno mesto v klasifikaciji »nesrečnih dogodkov«, je, da je pojasnjevanje nekaterih dogodkov in njihovih posledic kot nesreč postalo anahronistično. »Posamezniki, ki pojasnjujejo dogodke z usodo, srečo ali slučajem (»slučajni vzroki«), niso označeni kot nemoderni, temveč nasprotno, kot nekoliko iracionalni« (Green, 1997: 121).

Julian Rotter je v petdesetih letih preteklega stoletja razvil teorijo socialnega učenja ([www.http://psych.fullerton.edu/jmearns/rotter.htm](http://psych.fullerton.edu/jmearns/rotter.htm), 20.10. 2004), v kateri je združil teorijo učenja s teorijo osebnosti.²³ Na osnovi teorije socialnega učenja je oblikoval model predvidevanja vedenja (angl.: model predicting behaviour). Največkrat uporabljeni del njegove teorije pa je koncept o generaliziranih pričakovanjih glede kontrole vedenja, bolj znan kot lokus kontrole. Koncept lokusa kontrole se nanaša na posameznikovo splošno pričakovanje ob dogodkih, ki so lahko notranje ali zunanje kontrolirani (Rotter, 1975, v Zabukovec, 1998: 148). O notranji kontroli govorimo, kadar posamezniki verjamejo, da so dogodki in rezultati odvisni od njihovega vedenja in osebnostnih značilnosti. Uspehe in neuspehe pripisujejo sebi: prepričani so, da sami odločajo in nadzorujejo svojo usodo. Pri ljudeh z močno zunanjo kontrolo pa prevladuje prepričanje, da so dogodki v njihovem življenju odvisni od sreče, slučaja ali pomembnih drugih. Rotterjev koncept²⁴ je bil v praksi pogosto uporabljen (izrabljen) za definiranje posameznikov z močnim notranjim lokusom kontrole kot »pozitivnim« delom vzorca (Green, 1997: 122). Tako npr. Zabukovec navaja: »Manj uspešni posamezniki vzroke za svoje neuspehe ponavadi iščejo v zunanjih dejavnikih: neustrezni pogoji dela, nepravično ocenjevanje, nezanimive vsebine ipd. Tudi svoje redke uspehe pripisujejo zunanjim vzrokom: dobri pogoji dela, učitelj je bil dobre volje, lahka snov ipd.« (Zabukovec, 1998: 148).

Na področju promocije zdravja je v številnih raziskavah o prepričanjih laikov glede zdravja mogoče zaznati implicitno uporabo ideje o »notranjem lokusu kontrole«. Uporaba

²³ Poglavitna ideja Rotterjeve teorije socialnega učenja je, da osebnost predstavlja interakcijo posameznika z njegovim okoljem. Za razumevanje vedenja je potrebno upoštevati posameznika (to je njegovo ali njeno zgodovino učenja in izkušnje) ter okolje (to je tiste stimulanse, ki se jih posameznik zaveda in se nanje odziva).

²⁴ Rotter je leta 1966 na osnovi svoje teorije konstruiral dvodimenzionalno skalo za merjenje notranjega oziroma zunanjega lokusa kontrole (http://www.med.usf.edu/~kmbrown/Locus_of_Control_Construct.htm, 10. 2. 2005).

koncepta naj bi omogočala identifikacijo tistih posameznikov, pri katerih se z večjo verjetnostjo lahko pričakuje »racionalno« vedenje v zvezi z zdravjem. Ti posamezniki so bolj sprejemljivi za zdravstveno-vzgojne nasvete, kako spremeniti vedenje, da bi izboljšali svoje zdravje. Nasprotno pa ljudje, ki menijo, da je njihovo zdravje odvisno od sreče ali slučajja, manj pogosto upoštevajo tovrstne informacije in nasvete. Na področju promocije zdravja je najpogosteje uporabljena multidimenzionalna lestvica za merjenje lokusa kontrole, ki jo je v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja razvil Wallston s sodelavci.²⁵ Dimenzija lokusa notranje kontrole zdravja²⁶ meri stopnjo prepričanja, v kolikšni meri je zdravstveno stanje posameznika odvisno od njegovega vedenja; za ljudi, pri katerih je izmerjena visoka stopnja notranje kontrole, lahko rečemo, da imajo občutek odgovornosti do svojega zdravja. Z dimenzijo zunanje kontrole zdravja se meri prepričanje, v kolikšni meri pomembni drugi (npr.: družina, prijatelji, zdravstveni delavci itd.) kontrolirajo zdravje posameznika²⁷ oziroma ocenjuje, ali so posamezniki prepričani, da je njihovo zdravstveno stanje odvisno od usode, sreče in slučajnosti.²⁸ Ena izmed trditev vprašalnika je: »večina stvari, ki vplivajo na moje zdravje, se zgodi slučajno« (http://www.med.usf.edu/~kmbrown/MHLC_scale.htm, 10. 2. 2005). Posamezniki, ki dosežejo večje število točk v lestvici, ki zadeva usodo, srečo in slučajnost ter manjše v drugih dveh, so hipotetično opredeljeni kot »fatalisti«, pri katerih je mogoče pričakovati, da bodo redkeje uporabljali zdravstvene servise, pozneje poiskali zdravniško pomoč in pogosteje zavrnili oziroma opustili zdravljenje. Iz raziskav, kjer je uporabljena Rotterjeva lestvica in njene številne aplikacije pri merjenju lokusa kontrole na področju zdravja (Mackey, <http://www.units.muohio.edu/psybersite/control/health.shtml>, 10. 2. 2005), bi morda lahko zaključili, da sta usoda in »slučajnost« kot vzroka nastanka bolezni obravnavana kot iracionalno laično prepričanje, anahronistično in disfunkcionalno znotraj modernega racionalnega niza prepričanj. Greenova (1997: 123) meni, da pripisovanje »slučajnih« vzrokov »neslučajnim« »nesrečnim dogodkom« (npr. bolehnosti), ki je konstruirano kot

²⁵ Lestvico sestavljata dva alternativna obrazca (A in B) z osemnajstimi trditvami. Vsak obrazec vsebuje po tri Likertove lestvice s šestimi trditvami (http://www.med.usf.edu/~kmbrown/MHLC_Scale.htm, 10. 2005), ki v »normalni zdravstveni populaciji« med seboj niso ali pa so le šibko povezane druga z drugo (Wallston in Wallston, 1981).

²⁶ V izvorniku: Internal Health Locus of Control (IHLC).

²⁷ Powerful Others Health Locus of Control (PHLC)

²⁸ Chance Health Locus of Control (CHLC)

anahronistično, ni isto kot trditev, da ne obstajajo dogodki, ki izgledajo kot »čiste« nesreče, pri katerih ni mogoče legitimno pripisati krivde ali odgovornosti.

S povzetkom raziskave o poškodbah otrok v dveh ljubljanskih vrtcih v letu 1999 (Rok-Simon, 2002) bomo poskušali ilustrirati, kako je konstruiran specifičen niz »nesrečnih« dogodkov, ki jih označujemo kot nesreče, v tem primeru poškodb otrok v vrtcu. V raziskavo so bili vključeni vsi vpisani predšolski otroci dveh ljubljanskih vrtcev (2.967 otrok).

Zbrani so bili podatki²⁹ o poškodbah in zastrupitvah, ki so se zgodile v času organiziranega varstva v letu 1999. V tem obdobju je bilo zabeleženih 117 poškodb, od katerih je 50 poškodb zahtevalo zdravljenje pri zdravniku. Največ poškodb je bilo zabeleženih v igralnici (47,9%), na igrišču (19,7%), na hodniku, stopnicah in garderobi (skupaj 9,4%) ter v umivalnici in na stranišču (skupaj 8,5%), 10,3% pa v drugih prostorih (na terasi, v telovadnici, na dvorišču, pred vrtcem, v večnamenskem prostoru in v pedagoški sobi). Največ poškodb se je zgodilo, ko je otroku spodrsnilo, se je spotaknil ali zaletel v nek objekt (51,3%), ko ga je vrstnik porinil ali spotaknil (17,1%), zaradi neprimerne uporabe opreme (11,1%), ko ga je vrstnik ugriznil, udaril, opraskal (6,8%) in zaradi neprimerne uporabe igral (5,1%). Otroci so se poškodovali predvsem zaradi udarca ob oster rob pohištva ali opreme v vrtcu, zaradi udarca ob igrala ali objekte ob igrišču, zaradi ovir na tleh ali drsečih tal. V času poškodb so bili otroci v 71% primerov nadzorovani, le v 3% primerov pa je bilo zabeleženo, da je bilo okolje hkrati primerno urejeno in otroci nadzorovani. V poročilu o poškodbi je pedagoško osebje tudi opisalo, kakšne preventivne ukrepe bi morali izvajati, da bi preprečili poškodbo. »V tretjini primerov so bili predlagani ustrezni ukrepi, v 21% primerov pa nepopolni ukrepi. V skoraj polovici primerov je pedagoško osebje predlagalo neustrezne ukrepe« (Rok-Simon, 2002: 312).

Najprej lahko ugotovimo, da so vzroki poškodb otrok konstruirani tako, da izključujejo kakršnokoli prepričanje v usodo ali zlo srečo. Kot neposredni vzroki nastanka poškodb otrok so navedeni padci, ker je otrokom spodrsnilo, so se spotaknili ali pa so jih sovrstniki porinili ali spotaknili. Važnejši pa so pogoji, ki vplivajo oziroma omogočijo, da se ti

²⁹ O vsaki poškodbi otroka je bil izpolnjen poseben obrazec, v katerega so strokovni delavci v vrtcih vpisali podatke o poškodovanem delu telesa in naravi poškodbe, ravnanju po nastanku poškodbe, prvi pomoči in ugotovitvah glede nadaljnega zdravljenja, podatke o nastanku poškodbe (čas, mesto nastanka, okoliščine in vzroki nastanka poškodbe, izdelek, ki je neposredno povzročil poškodbo) ter predlog(e) za preprečitev tovrstne poškodbe. Zabeleženi so bili vsi podatki o poškodbah, od najmanjših, kot so npr. odrgnine, udarnine, buške, modrice, tujek v površinski rani, pa vse do najtežjih, ki so zahtevali strokovno medicinsko oskrbo.

neposredni vzroki z večjo verjetnostjo zgodijo: okoljski in drugi dejavniki, predvsem nadzorovanje otrok, ki jih lahko uporabimo za napoved, da »nesreče čakajo, da se zgodijo« (Green, 1997: 125). »Zaradi padca se otroci ne bi poškodovali, če se pri tem ne bi udarili ob pohištvo ali drugo opremo v vrtcu« (Rok-Simon, 2002).³⁰ Avtorica raziskave zato predlaga, da bi bilo smiselno oceniti vpliv talne površine igralnice, ureditve po kotičkih in števila otrok na tveganje za nastanek poškodb. Podatki kažejo, da je na igrišču večje tveganje za nastanek težkih poškodb kot v igralnici. Vzroki za poškodbe na igrišču so najpogosteje udarci ob in padci z igral, neprimerno urejeno igrišče z betonskimi robniki ali betonskimi ploščami, drog javne razsvetljave in koš za smeti sredi igrišča. Čeprav so igrala v vrtcih dobro vzdrževana, pa je vprašljiva njihova varnost glede na obstoječe tehnične standarde za konstrukcijo in oblikovanje ter vrsto in debelino podlag. Avtorica ugotavlja, da bi bilo zato potrebno narediti posnetek stanja varnosti igral glede na obstoječe standarde, pogostost in težo poškodb. Poleg tega bi bilo potrebno odstraniti tudi vse druge potencialne nevarnosti na igrišču, npr. betonske robnike. Po podatkih, pridobljenih na osnovi poročil pedagoškega osebja vrtcev, so bili v času nastanka poškodbe otroci v 71% primerov nadzorovani. Avtorica ugotavlja, da nadzor verjetno vedno ni bil aktiven³¹ in zaključuje, da bi bilo potrebno nadzor predvsem na igrišču organizirati tako, da bi vsaka od vzgojiteljic ali pomočnic nadzorovala del površine igrišča, večjo pozornost pa bi morali usmeriti na tiste dele igrišča ali igrala, kjer se pojavlja največ poškodb (Rok-Simon, 2002). Iz raziskave sledi, da so vzgojiteljice in drugo pedagoško osebje ter vodstvo vrtca³² napačno izračunali (predvideli) tveganja za nastanek poškodb pri otrocih zaradi podcenjevanja oziroma nepoznavanja dejavnikov tveganja v okolju. Ugotovimo lahko, da gre za razmišljanje, ki temelji na epidemiološkem modelu ugotavljanja (izračunavanja)

³⁰ Najpogosteje so bili vzrok za poškodbo ostri robovi na stoli, mizah, omarah, policah, tudi radiatorji niso bili povsod ustrezno zavarovani.

³¹ Opisane so namreč tudi poškodbe, ko je otrok lezel po drsni površini tobogana navzgor, se spustil po toboganu z glavo naprej, ko je otrok urezal sovrstnika z otroškimi škarjami, ko je prišlo do metanja kamnov v »skritem« delu igrišča.

³² Avtorica raziskave ugotavlja, da vodstvo včasih pozna nevarnosti za nastanek poškodb pri otrocih, vendar daje prednost reševanju drugih problemov, še posebno če ima omejena finančna sredstva. Pogosto zavirajo izvajanje sprememb in varnostnih ukrepov tudi številni miti o tem, da se nezgode dogajajo in jih ni mogoče preprečiti, da so igrišča in igrala privlačna za otroke samo, če izzivajo tudi nevarnosti. Včasih pa vrtci niso urejeni v skladu s predpisi in varnostnimi standardi, ker jih vodstvo ne pozna in ne zato, ker bi to področje zanemarjalo, poleg tega osebje tudi nima znanja o možnostih za preprečevanje poškodb (Rok-Simon, 2002).

tveganja, pri katerem pripisovanje odgovornosti za posamezno nesrečo ne temelji na kakršnikoli direktni vzročni povezanosti med dejanskim tveganjem, ki je bilo očitno napačno izračunano, in poškodbo, nastalo v individualnem dogodku (Green, 1997: 125). »Vzroki«, v tem primeru okolje vrtca in nadzorovanje otrok, so le v soodvisnosti do nastalih poškodb, njihovo identificiranje in navajanje pa konstruira področje odgovornosti za preprečevanje nesreč. Čeprav so morda v vsakdanjem življenju tovrstne nesreče konstruirane kot slučajni dogodki oziroma posledica smole, pa iz poročila o raziskavi izhaja, da so poškodbe otrok v vrtcih statistično predvidljivi rezultati niza dejavnikov tveganja. Nesreče so v strokovnem diskurzu konstruirane kot dogodki, ki se skorajda ne bi smeli zgoditi.³³ Zgodijo se le tedaj, kadar posamezniki ne upoštevajo (izračunajo) poznanih tveganj oziroma tveganj, ki jih je mogoče spoznati. Za ilustracijo navedenega, zlasti pa načina, kako je konstruirana odgovornost, lahko navedemo zdravstveno-vzgojno brošuro Preprečujmo poškodbe pri otrocih (Borštnar, Rok-Simon, Žlender, 1994), namenjeno staršem otrok, starih do 12 let. Na osnovi epidemioloških podatkov so bile kot najpogostejši vzroki smrti in hospitalizacije otrok zaradi poškodb identificirane poškodbe v cestnem prometu, utopitve, padci, zadušitve, opekline, oparine in zastrupitve. V uvodnem delu brošure je zapisano: »Preprečevanje poškodb ni težko in ne vzame veliko časa, zahteva pa veliko vaše pozornosti in nekaj truda. Potrudite se za vaše otroke in zase. Verjetno ne boste uspeli preprečiti vsake buške, ureznine ali praske. Nekaj varnostnih ukrepov³⁴ pa bo zmanjšalo možnosti za hude poškodbe otrok in tudi vašo zaskrbljenost« (Borštnar, Rok-Simon, Žlender, 1994: 2).

³³ V svojem poročilu o poškodbah v svetu Svetovna zdravstvena organizacija (Peden, McGee in Sharma, 2002: 2) ugotavlja, da so bile »poškodbe tradicionalno obravnavane kot slučajne, neizogibne »nesreče« ... danes pa se na nenamerne in namerne poškodbe gleda kot na pretežno preprečljive dogodke«.

³⁴ Varnostni nasveti (Borštnar, Rok-Simon, Žlender, 1994: 16):

1. Vedno uporabljajte varnostne pasove in varnostne sedeže za otroke!
2. Raje stokrat prečkajte cesto skupaj s svojimi otroki, preden jim enkrat dovolite, da jo prečkajo sami!
3. Prepričajte in navadite svojega otroka, da bo pri vožnji s kolesom vedno nosil čelado!
4. Nadzorujte svoje otroke v vodi in blizu nje!
5. Namestite varnostne pregraje na vrhu in dnu stopnišča ter kovinske zaščitne mehanizme na okna!
6. Drobne predmete hranite zunaj dosega majhnih otrok!
7. Poskrbite za varnost v svojem domu, da ne bo prišlo do požara!
8. Vžigalice in vžigalnike shranjujte na mestih, ki jih otroci ne morejo doseči!
9. Znižajte temperaturo grelca vode na 50 stopinj Celzija!

Prepričanje, da so nekateri dogodki »le« nesreče, v sodobnih zahodnih družbah izgleda povsem iracionalno. Racionalnost, ki se je pojavila v poznem 17. stoletju, je vključevala deterministično pojmovanje direktnega vzroka in posledice. Nesreče so bile tisto, kar je ostalo, ko so take razlage dosegle svoj limit: slučajni »nesrečni« dogodki, distribuirani po zakonu verjetnosti (Green, 1997: 128-9). Podatki o poškodbah v dveh ljubljanskih vrtcih kažejo, da se nesreče ne dogajajo zaradi neustreznosti (neprimernosti) determinističnih zakonov, temveč tedaj, ko se posamezniki (v tem primeru osebje vrtca) ne podredijo zakonom statistične verjetnosti. V primeru vrtcev okoljski dejavniki in pomanjkanje nadzora konstituirajo območje znanega ali spoznatnega in izračunljivega tveganja. Nesreče se zgodijo, kadar posamezniki te dejavnike napačno izračunajo ali pa jih zanemarijo. Prepričanje v slučajnost ali usodo pri nastanku nesreč postaja v postmodernem diskurzu vse bolj dokaz za anahronističnost »laičnega« pojmovanja nesreč v primerjavi s pojmovanjem »profesionalcev« na področju preprečevanja nesreč in ocenjevanja tveganja. Izgleda, da danes samo »primitivni« ljudje vztrajajo pri prepričanju o slučajnosti nesreč ter da je od sredine dvajsetega stoletja dalje mogoče preostanek univerzuma izračunati, če že ne spoznati. Zdi se, da nesreče niso več ostanek klasifikacijskega sistema, temveč so se preobrazile oziroma se preobražajo v rezultate predvidljivih (vsaj v teoriji) dejavnikov tveganja (Green, 1997: 130). Naj za primer navedemo priporočila Evropske zveze za varnost otrok (European Child Safety Alliance, 2004), ki je glede varnosti otrok v cestnem prometu zapisala: »Podatki kažejo, da je mogoče ohraniti več življenj na evropskih cestah, če bodo uporabljene naslednje strategije ...omejitev hitrosti (v Veliki Britaniji se je z uvedbo območij, kjer je dovoljena hitrost le 20/mph ³⁵ za 48% zmanjšalo število nesreč kolesarjev in za 70% število umrlih otrok, ki so bili v nesrečah udeleženi kot pešci; *umirjanje prometa*: na območjih 30 km/h se je število nesreč zmanjšalo za 60%; *varnejši prednji deli avtomobilske karoserije*:³⁶ ocenjuje se, da bi z varnejšo konstrukcijo avtomobilov lahko na leto preprečili 2.100 smrti ter težje poškodbe pri 18.000 pešcih in

10. Mnoge zastrupitve lahko preprečite z varnim ravnanjem in shranjevanjem nevarnih snovi zunaj dosega otrok!

11. Telefonske številke za nujne primere imejte ob telefonu!

12. Udeležite se tečajev Rdečega križa, saj s tem lahko rešite življenje svojemu otroku!

³⁵ približno 32 km/uro

³⁶ Konstruktorji pri nekaterih avtomobilskih proizvajalcih poskušajo tako oblikovati prednji del avtomobilske karoserije, da se v primeru trčenja pešec ali kolesar ne bi poškodoval, oziroma da bi bile poškodbe čim lažje (European Transport Safety Council, 2001).

kolesarjih vseh starosti na evropskih cestah; *otroški avtomobilski varnostni sedeži in pripomočki*,³⁷ ki omogočajo uporabo običajnih varnostnih pasov: podatki kažejo, da je pri pravilni uporabi teh sistemov mogoče zmanjšati poškodbo za 90-95% z otroškimi varnostnimi avtomobilskimi sedeži, ki so obrnjeni nazaj, ter za 60% pri sistemih, ki so obrnjeni naprej (v smeri vožnje); *daljša uporaba otroških avtomobilskih varnostnih sedežev* (sistemov), ki so obrnjeni nazaj (otrok je tako s hrbtom obrnjen v smer vožnje): podatki kažejo, da so otroci med vožnjo v avtomobilu, ki so do tretjega leta starosti nameščeni v take otroške avtomobilske varnostne sedeže, skoraj petkrat bolje zaščiteni kot otroci, ki so nameščeni v sisteme, ki so obrnjeni v smeri vožnje; *kolesarska čelada*: ustreza in pravilno nameščena kolesarska čelada zmanjša tveganje za poškodbo glave in možganov od 63 do 88%; *izobraževalne kampanje*: usmerjeno komuniciranje sporočil glede uporabe otroških avtomobilskih varnostnih sedežev in pripomočkov in kolesarske čelade je vplivalo na pozitivno spremembo vedenja« (European Child Safety Alliance, 2004: 14).

Nekatere predpostavke kulturne teorije tveganja

V zadnjih letih narašča število raziskav, v katerih je zaznava tveganja umeščena v konkretne kulturne okvire. Douglas (Lupton, 1999; Green, 1997; Adams, 1995) je utemeljila antropološki pristop pri ocenjevanju tveganja, pri katerem je pozornost usmerjena na to, kako organizacija družbe konstruira zaznavo posameznika o tem, kje so poglobitvene nevarnosti. Njene analize temelje na relativni moči dveh organizacijskih principov, imenovanih omrežje in skupina (angl. grid/group). Omrežje se nanaša na področje in povezanost artikulacije sistema. Močno omrežje tako kaže na sistem, kjer obstaja visoka stopnja strinjanja glede klasifikacije in pomena. Skupina pa zadeva količino kontrole, ki jo posameznik lahko uporablja znotraj sistema: močne skupine so tiste, kjer obstaja visoka stopnja kontrole nad aktivnostjo. Artikulacija omrežja in skupine znotraj družbe ali subkulture določa, kako kulturni sistem zaznava dogodke, kot so npr. nesreče.

³⁷ V Sloveniji se priporoča uporaba avtomobilskih varnostnih sedežev in drugih pripomočkov glede na težo in starost otroka, in sicer: varnostni sedeži za otroke, stare do 9 mesecev oziroma težke največ 10 kg. Sedež mora biti obrnjen tako, da je otrok s hrbtom obrnjen v smer vožnje. Sedež je lahko na zadnjem ali sprednjem sedežu; varnostni sedeži za otroke, stare 9 mesecev do 4 let oziroma za težke od 9 do 18 kg. Varnostni sedež je nameščen na zadnjem sedežu, tako da je otrok obrnjen v smer vožnje; posebni podstavki – jahači za otroke, ko tehtajo več kot 18 kg. Jahač omogoča, da otroka pripnemo z običajnim varnostnim pasom. Uporabljamo ga, dokler otrok ne zraste do višine 150 cm (Borštner, Rok-Simon, Žlender, 1994: 3).

Močno omrežje in močna skupina sta značilni za kulturni sistem z ostrimi zunanjimi mejami, ki so jih ljudje postavili med seboj in zunanjim svetom ter visoko soglasje glede notranjih norm. V takih primerih so bolezni ali poškodbe pripisane moralnemu neuspehu ali pa so s prizanesljivostjo umeščene v obstoječo metafizično shemo, ki vključuje trpljenje kot del življenja (Green, 1997: 135). Nasprotno pa so v sistemih z ostrimi zunanjimi mejami in šibko notranjo klasifikacijo dogodki, kot so nesreče, pogosto pripisane čarovništvu oziroma usodi. Stopnja individualne svobode pri delovanju ter moč konsenza glede kulturnih norm strukturirajo način pripisovanja pri »nesrečnih« dogodkih in njihovo klasificiranje.

Raziskave, ki so proučevale konstrukcijo tveganja na različnih področjih vsakdanjega življenja (npr. Davison in dr., 1991) tako, da so pri analizi posameznikovih prepričanj upoštevale pretežno kulturne dejavnike, so se pričele pogosteje pojavljati v zadnjih dveh desetletjih prejšnjega stoletja. Zaznava tveganja v kontekstu konkretne kulture je predpostavljena kot racionalna, ne pa kot iracionalna ali patološka. V teh raziskavah je tvegano vedenje v povezavi z notranjo logiko kulturnega sistema prikazano kot racionalno vedenje. Tveganja tako niso zgolj zunanje ali objektivne nevarnosti, temveč so ustvarjena in upravljana znotraj socialnih interakcij (Green, 1997: 137).

Kulturna teorija o tveganju in tveganem vedenju problematizira vsako direktno povezanost med znanjem in vedenjem. Poznavanje tveganja in znanje o njegovem upravljanju ne pomeni nujno, da bodo ljudje ravnali tako, da bodo tveganje zmanjšali. Posameznikova odločitev za tvegano vedenje, ki se bo morda končalo z nesrečo, lahko temelji na racionalnem izračunu možnih koristi zaradi določene aktivnosti (Lupton, 1999; Adams, 1995). Greenova (1997: 139) ugotavlja, da je v določenih situacijah prostovoljno tveganje znotraj določenih subkultur družbeno sprejemljivo (npr. tvegano vedenje v adolescenci), poleg tega so nekatere vrste tveganega vedenja lahko pomembne pri oblikovanju določenih družbenih identitet. Ob dominantnem diskurzu v sodobnih zahodnih družbah, ki obravnava tveganje kot negativno in nekaj, čemur se je potrebno izogniti, obstaja pojmovanje, po katerem je tveganje predstavljeno veliko bolj pozitivno. Nasproti idealu o strogo nadzorovanem »civiliziranem« telesu se pojavlja diskurz, ki visoko vrednoti pobeg(e) od nadzorovanja in družbenih pravil (Lupton 1999: 148-9).

Kulturna teorija tveganja, v nasprotju s psihološko teorijo, razdvaja vzročno povezanost med znanjem, merjenim s stopnjo strinjanja posameznika (ki bo potencialno tvegano ravnal) z »ekspertom« ter vedenjem, s tem pa (med drugim) spodkopava tudi temelje

modela prepričanj o zdravju (angl.: health belief model),³⁸ ki glede zaznave tveganja prevladuje na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje. Model predpostavlja, da je človekovo delovanje povsem racionalno in voljno: izogibanje tveganju je vedno predstavljeno kot racionalno, tvegano vedenje pa kot iracionalno (Lupton, 1999: 21). Po tem modelu so potrebne številne zaznave tveganja, preden se posameznik odloči za varovanje pred zaznano grožnjo svojemu zdravju. Model temelji na predpostavki o linearni povezanosti med človekovim znanjem o tveganju, razvojem stališč glede določenega tveganja in uporabo določenih praks pri njegovem obvladovanju.

Ker je po kulturni teoriji tveganja znanje »ekspertov« o tveganju prav tako družbeno konstruirano kot znanje »laikov«, bi bilo potrebno pojasnjevati notranjo logiko njunih prepričanj ter interakcijo med njima, ne pa »laičnih« prepričanj obravnavati kot iracionalna (Lupton, 1999: 33; Green, 1997: 139).

Glede na to, da je po kulturni teoriji tveganje družbeno konstruirano, so potencialna tveganja neskončna. Kljub naraščajočemu znanju o dejavnikih tveganja ter o soodvisnosti med njimi ni mogoče obravnavati vseh tveganj, s katerimi se soočamo, in oblikovati splošno sprejemljivih kriterijev za ocenjevanje prepoznanih tveganj. Ocenjevanje tveganj kot sprejemljivih ali nesprejemljivih je politično dejanje, ki poteka na osnovi določenih vrednot in prepričanj. Tako lahko določene družbene skupine obravnavajo nesreče kot posledico napačnega izračuna tveganja, druge pa kot posledico racionalnega tveganja. Po kulturni teoriji tveganja je tudi očitno nespametna dejanja potrebno presojeti kot možno racionalno izbiro, četudi kot problematično v družbi, ki se zaveda tveganja (Green, 1997: 139).

Douglasova je v svojih zgodnejših delih opozarjala na sistematično zanemarjanje oziroma neupoštevanje determinant kulture pri proučevanju posameznikove zaznave tveganja (Green, 1997: 140; Lupton, 1999: 39). Ugotovimo lahko, da je prišlo do precejšnjih sprememb, saj so v zadnjih desetletjih preteklega stoletja v sociologiji zdravja in tudi na

³⁸ Model prepričanj o zdravju (health belief model) so v petdesetih letih prejšnjega stoletja oblikovali psihologi Hochbaum, Rosenstock, Leventhal in Kegeles (Egger in dr., 1999: 30; Mikhail in Petro-Nustas, 2001: 160). Model temelji na predpostavki, da se ljudje bojijo bolezni ter da so posameznikove aktivnosti v zvezi z zdravjem motivirane s stopnjo strahu (zaznana grožnja zdravju) ter s pričakovanim zmanjšanjem strahu s pomočjo potencialne aktivnosti. Posamezniki pa so pripravljene na določene aktivnosti le tedaj, kadar potencialne koristi prevladujejo nad praktičnimi in psihološkimi ovirami, ki bi nastale zaradi aktivnosti. Leta 1988 je bil model dopolnjen s konceptom samoučinkovitosti (angl.: self-efficacy), ki temelji na predpostavki, da je vsakdo zmožen uspešno spremeniti svoje vedenje, kadar je njegovo zdravje ogroženo.

drugih področjih analize tveganja,³⁹ ki upoštevajo determinante kulture, postajale ne le vse pogostejše, temveč tudi vse pomembnejše. Svetovna zdravstvena organizacija v svojem poročilu iz leta 2002 ugotavlja, »da ima tveganje različne pomene za različne skupine ljudi in vsa tveganja je potrebno razumeti znotraj širšega družbenega, kulturnega in ekonomskega konteksta« (WHO, 2002: 31).

Po mnenju Douglasove (Green, 1997: 140; Lupton, 1999: 8) se pojem tveganja v sodobnem svetu uporablja za označevanje negativnih in nezaželenih, ne pa tudi pozitivnih izidov.⁴⁰ V pozni moderni tveganje označuje predvsem nevarnost.

Greenova (1993: 140) meni, da so zgornjo trditev, da tveganje pomeni predvsem nevarnost, v precejšnji meri omajala sodobna sociološka dela. Adams (1995: 2-3) ugotavlja, da je razprave o ocenjevanju tveganja mogoče zaslediti na vseh področjih človekovega delovanja. Že pregled časopisov v naključno izbranem dnevu (28. 2. 1994) je pokazal, da so poročila o športu, politiki, zdravju in avtomobilizmu prežeta z ocenjevanjem in upravljanjem tveganja. Tveganje je tisto, kar definira novice in »celo na straneh, namenjenih vrtnarjenju, so prevladovali problemi v zvezi z odločitvami, kako se spoprijeti z negotovostjo: kombinacija zemlje, podnebja, lege, sredstev proti plesni in gobam ter insektom je lahko ugodna za določeno rastlino, za drugo pa ne« (Adams, 1999: 2).

V pozni moderni je tveganje postalo ključen pojem ne le pri obravnavi nesreč, temveč tudi življenja nasploh (Green, 1997: 140). Po Becku, ki je vpeljal termine »družba tveganja«, »refleksivna modernizacija«, pozne industrijske družbe prehajajo iz industrijskih družb v

³⁹ V literaturi, ki govori o zdravju sta izraz »analiza tveganja« zamenjala termina »ocenjevanje tveganja« (angl. risk assessment) in »upravljanje s tveganjem« (angl. risk management) (WHO, 2002: 29).

⁴⁰ Luhmann (1993: 9) trdi, da se je pojem tveganja pojavil v Nemčiji sredi 16. stoletja, v Angliji pa v drugi polovici 17. stoletja. Mnogi avtorji pojav besede in koncepta tveganja povezujejo s pomorskimi pustolovščinami v srednjem veku (Lupton, 1999: 5). Tveganje pa je v srednjem veku označevalo možnost objektivne nevarnosti, božje dejanje; koncept tveganja je izključeval idejo o človekovi napaki in odgovornosti. Spremembe v pomenu tveganja so se pojavile z moderno, v kateri je razvoj znanosti o verjetnosti in statistike vplival na tehnični pojem tveganja. V 18. stoletju je pojem tveganja postajal vse bolj znanstven, v 19. stoletju pa se je njegovo pojmovanje razširilo, saj ni bil več izključno usmerjen na naravo, temveč tudi na človeka in njegovo vedenje. V povsem tehničnem smislu je v moderni tveganje označevalo verjetnost za nastanek dogodka, ki je znan oziroma ga je mogoče spoznati. Na drugi strani pa je bil za označevanje možnosti, ki je ni mogoče oceniti ali pa je bila neznana, uporabljen termin negotovost (Lupton, 1999: 7). Poleg tega je pojmovanje tveganja v moderni vključevalo idejo, da je tveganje lahko »dobro« ali »slabo«. Ob koncu dvajsetega stoletja se je izgubilo razlikovanje med tveganjem in negotovostjo ter »dobrim« in »slabim« tveganjem.

»družbe tveganja«, kar je del procesa reflektivne modernizacije (Tulloch in Lupton, 2003: 2). Beck (2001: 23) trdi, da je v razvitejši moderni družbena proizvodnja bogastva sistematično povezana z družbeno proizvodnjo tveganj, vendar se vrsta, vzorec in mediji porazdelitve tveganj sistematsko razlikujejo od tistih pri porazdelitvi bogastev. Ker se zdi, da tveganja razredno družbo krepijo in ne odpravljajo, saj si bogatejši sloji laže kot revnejši zagotavljajo (kupijo) varnost in svobodo od tveganja,⁴¹ bi iz tega sicer »... lahko izpeljali splošno oceno, da se ravno s tem reflektiranim in finančno močnim ravnanjem s tveganji stare družbene neenakosti utrdijo na novi ravni«, (Beck, 2001: 43), vendar se z razširitvijo modernizacijskih tveganj - z ogrožanjem narave, zdravja, prehrane itd., relativizirajo socialne razlike in meje.

Po Beckovem mnenju (2001: 106-7) se v pozni moderni v procesu individualizacije ljudje osvobajajo iz družbenih form industrijske družbe – razreda, sloja, družine, spolnih položajev moških in žensk. Pri oblikovanju identite posameznikova biografija postaja pomembnejša od njegove pripadnosti razredu. Ob tem pa sistematične neenakosti še vedno obstajajo.

Beck ne obravnava tveganja v smislu koristi in nevarnosti, temveč ga razume v smislu konkretnih »nesrečnih« dogodkov z vsakodnevnimi posledicami za vse človeštvo: onesnaževanje okolja, radioaktivnost, kontaminacija hrane s pesticidi in drugimi nevarnimi kemičnimi snovmi, kronične težave otrok pri dihanju zaradi onesnaženosti zraka (npr. psevdokrup). Zaradi globalizacije, ki je povezana s pozno moderno, tveganja, ki jih je vse težje izračunati in nadzorovati, prizadenejo tudi tiste, ki jih ustvarjajo in imajo zaradi njih dobiček, oziroma, kot pravi Beck, »smog je demokratičen« (2001: 43): odstranjujejo socialne in geografske meje, ki so bile očitne v modernih družbah.

Kar po Becku ločuje tveganje v pozni moderni od predhodnega obdobja, je globalnost implikacij tveganja ter reflektivna vloga znanosti in tehnologije pri njihovem ustvarjanju. Avtoriteta znanosti je omajana, saj ni več mogoče pričakovati, da bo racionalnost znanstvenega razvoja odgovorila in ponudila rešitve za tehnične probleme, saj so prav ti problemi rezultat razvoja znanosti. Znanstveniki so izgubili avtoriteto glede ocenjevanja

⁴¹ Npr. zagotovijo varnejša delovna mesta, stanovanja v varnejših in bolj »zdravih« predelih. Poleg tega so med različnimi dohodkovnimi in izobrazbenimi sloji možnosti in sposobnosti za ravnanje s položaja tveganja, za izogibanje, verjetno različno porazdeljeni. To so tako imenovana razredno specifična tveganja (Beck, 2001: 42).

tveganja: znanost in njena kritika se spopadata za uveljavitev in priznanje svoje racionalnosti.

Nesreče v »družbi tveganja«

Porajajoče se nesoglasje o tem, kako je tveganja mogoče upravljati, je morda prav tako značilno za družbeno konstrukcijo tveganja od sredine dvajsetega stoletja dalje. Če znanost in nova družbena gibanja ne soglašajo glede tega, kako upravljati tveganje, se javnost sooča s številnimi tekmujočimi trditvami o »rešitvah« in odsotnostjo jasne metode za njihovo evalvacijo (Green, 1997: 141).

Giddens opozarja na vsakodnevne implikacije te (raz)drobitve: »Živeti v svetu visoke moderne je živeti v okolju slučajnosti in tveganja... Usoda ne igra nobene formalne vloge več...« (Giddens, 1991: 109)⁴² Ker »usoda« po Giddensu nima več nobene vloge v zadnjih dveh stoletjih, je tisto, kar pozno moderno ločuje od predhodnega obdobja dejstvo, da je bila »slučajnost ukročena« (Green, 1997: 141). Tako kot drugi »nesrečni« dogodki se nesreče nič več ne »kar zgodijo«, temveč so postale predvidljive s pomočjo verjetnosti, slučaja in tveganja. Nesreče so paradigmatično znamenje pomanjkljivega upravljanja s tveganjem in v sodobnih družbah pozne moderne, če parafraziramo Giddensa, nimajo več svojega mesta. V svetu, ki ga je mogoče spoznati s pomočjo verjetnostnih izračunov in kjer več ne zadoščajo deterministični zakoni, je prav tako mogoče izračunati slučajnost. Nesreče, kot so bile razumljene v racionalnosti modernistične kozmologije, so (ali bodo) izginile (Green, 1997: 142).

Poleg koncepta »družbe tveganja« je tudi s pomočjo Foucaultove ideje o upravni racionalnosti,⁴³ ki so jo uporabili nekateri teoretiki pri analizi tveganja kot sociokulturnega

⁴² V angleškem izvirniku sta uporabljena termina »fate« in »destiny«. Veliki angleško-slovenski slovar (Grad, Škerlj in Vitorovič, 1995) oba pojma sloveni kot usoda. Angleški jezik pa izraz »fate« uporablja za »nekaj, kar se je zgodilo osebi ali stvari, nekaj dokončnega ali negativnega, kot sta smrt ali poraz«, izraz »destiny« pa za stvari, ki se bodo zgodile v prihodnosti in na katere ni mogoče vplivati (Cambridge Advanced Learner's Dictionary, 2004).

⁴³ Upravna racionalnost je pristop k družbeni regulaciji in nadzoru, ki je pričel nastajati v 16. stoletju v Evropi, povezan pa je bil z zlomom fevdalnega sistema in nastankom administrativnih držav. Od 18. stoletja dalje so moderne evropske države pričele razmišljati o svojih državljanih kot o populaciji ali »družbi«, o družbenem telesu, ki zahteva intervencijo, upravljanje in zaščito, zato da bi maksimirale bogastvo, blaginjo in produktivnost. Ugotovile so, da sta moč in bogastvo države odvisna od stanja populacije (Deflem, 1997: 151). Ocene populacije glede porok, rodnosti, življenjske dobe, stopnje umrljivosti, so postajale vse

pojava v pozni moderni (Lupton, 1999: 85), mogoče osvetliti mesto nesreč v sodobnem svetu.

Upravna racionalnost kot strategija in osnovni princip je dominantna politična moč v zahodnih družbah od 18. stoletja dalje; v svoji sodobni obliki je prevladujoča v neoliberalizmu, ki poudarja osebno svobodo in pravice posameznika ter nasprotuje pretirani intervenciji države (Lupton, 1999: 86).

Za upravno racionalnost je bistvenega pomena ekspertno znanje: strokovna navodila in nasveti služijo za proučevanje prebivalstva, primerjanje z normami ter usposabljanje ljudi, da bi dosegli postavljene norme. Osrednja tehnika je normalizacija oziroma metoda, s katero se oblikuje in določi splošno pravilo (norma) glede vedenja ali zdravstvenega stanja prebivalstva oziroma skupin prebivalstva (Lupton, 1999: 87; O'Malley, 1992: 252). Znotraj mreže instrumentov in tehnik moči je v procesu normalizacije v pozni moderni »ustvarjen« posameznik (Lupton, 1999: 87).

O'Malley (1992) je tveganje opredelil kot novo strategijo moči, v kateri je posameznik deležen le malo pozornosti, saj so zanj značilne tehnike spremljanja, opazovanja in merjenja množic. Tehnike tveganja se ne ukvarjajo z odklonom določenega posameznika od norme (norm) in z njegovo »normalizacijo« na način, da bi spremenili njegovo vedenje, temveč s statistično manipulacijo dejstev o agregiranih posameznikih (O'Malley, 1992: 253). To je tehnika prilagoditve s pomočjo naraščajočega znanja o tveganjih določenih družbenih skupin in se v precejšnji meri razlikuje od tehnik discipliniranja, nastalih v zgodnejšem obdobju moderne, ko so bile za upravljanje z »nevarnimi sloji« in »nevarnimi posamezniki« uporabljene bolj obrambne strategije: nasilje, izključevanje in kaznovanje. Čeprav so bile tehnike, ki temeljijo na tveganju, razvite že prej (npr. zavarovalništvo se je pojavilo že v modernem kapitalizmu), so se pričele pretežno uporabljati šele v dvajsetem stoletju, ko je bilo prebivalstvo »umirjeno« s tehnikami discipliniranja in v katerem so bili izboljšani delovni in življenjski pogoji. V takih pogojih je bilo delovanje na tveganju temelječih tehnik, ki so veliko bolj tolerantne do individualnih odstopanj, manj očitne in manj nasilne v intervencijah, lahko učinkovito. Eden izmed razlogov za razvoj na tveganju temelječih tehnik je tudi v tem, da zmanjšujejo možnosti za odpor. Statistične kategorije

pomembnejše; telo posameznika in telo populacije sta postala nosilca novih spremenljivk (Lupton, 1999: 85).

tveganja opredeljujejo prebivalstvo na način, ki se ne ujema s predstavami, ki jih imajo posamezniki o sebi, s tem pa ne postajajo možni izvori mobilizacije določene skupine ljudi. (O'Malley, 1992: 253-4). Za ponazoritev razvoja tehnologije tveganja je O'Malley uporabil preprečevanje kriminala. Po njegovem mnenju preprečevanje kriminala postaja vse bolj individualizirano: državne institucije spodbujajo državljane, da zmanjšajo tveganje za nastanek kriminalnega dejanja z različnimi preventivnimi ukrepi (npr. zaklepanje avtomobilov in hiš, opozarjanje na to, da je hoja ponoči nevarna, zlasti če je človek sam). Za preventivo tako vse bolj postaja odgovorna žrtev (O'Malley, 1992: 266). Tak pristop je situacijski, saj konstruira kriminal predvsem kot posledico posameznikove malomarnosti oziroma neupoštevanja preventivnih ukrepov, ne pa kriminalne biografije.

Castel (1991) je pri proučevanju sodobnih preventivnih strategij, ki jih na socialnem področju uporabljata administraciji v ZDA in Franciji, upošteval koncept tveganja in koncept upravne racionalnosti. Ugotovil je, da so te strategije inovativne predvsem v tem, da odpravljajo pojem subjekta ali konkretnega posameznika, na njegovo mesto pa postavljajo kombinacijo dejavnikov tveganja (Castel, 1991: 281). Sodobne preventivne strategije, ki so postale možne šele z razvojem tehnik za izračunavanje statistične soodvisnosti med dejavniki tveganja, so spremenile način izvajanja intervencije (nadzorovanja): strategije, namenjene individualni obravnavi (npr. odnos zdravnik – pacient) so postale sekundarne glede na konstrukcijo pacienta kot konstelacijo tveganj. Diskurz tveganja predstavlja novo obliko nadzorovanja, pri kateri je celotna populacija predmet nenehnega ocenjevanja dejavnikov tveganja. Možnosti za intervencijo so potencialno neomejene, ker nikoli ne poznamo vseh dejavnikov tveganja. Za Castela nova oblika nadzorovanja predstavlja »veličastne tehnokratsko-racionalistične sanje o absolutni kontroli slučajnega« (Castel, 1991: 289).

Pomen argumentov glede tveganja in njegovega upravljanja kot strategije moči je predvsem v tem, da producirajo nesrečo kot paradigmatični rezultat napake (Green, 1997: 143). Castel meni, da je logičen rezultat izračunavanja tveganj v tem, da producirajo preprečljive nesreče.

Gornja trditev je mit, saj tehnike izračunavanja, ki temeljijo na statistični verjetnosti, ne morejo predvideti specifičnih individualnih dogodkov. Nesreče nič več ne predstavljajo pravih meja racionalističnega sistema pojasnjevanja, temveč so pripisane napakam posameznikov. Z identificiranjem in izračunavanjem dejavnikov tveganja za nastanek nesreč lahko ugotovimo le stopnjo (oceno), npr. za prometne nesreče, ki pa velja za populacijo. Stopnje pa ne moremo legitimno uporabiti za opis individualnega tveganja za

nastanek nesreče, opredeljeno je le tveganje določenih skupin prebivalstva (npr. žensk, otrok) za nastanek npr. prometne nesreče. V dejanskem življenju pa se nesreče ne dogajajo statističnim skupinam prebivalstva, temveč posameznikom, ki si morajo razložiti svoje osebne »nesrečne« dogodke. »Nastaja napetost med mitom o preprečljivosti nesreč in njihovimi pojavi, ki bi jih morali preprečiti« (Green, 1997: 143). Nesreče kot dogodki še vedno zavzemajo pomembno mesto v klasifikaciji »nesrečnih dogodkov«, vendar se je v »družbi tveganja« v pozni moderni njihov položaj bistveno spremenil. Spremembo je povzročila »izračunljivost« - nova dimenzija, ki se pojavlja kot ključni dejavnik pri analizi »nesrečnih« dogodkov.

Pri razlagi dogodkov je slučajnost opuščena, narašča pa vrzel, ki zahteva razlago osebnih (posamičnih) »nesrečnih« dogodkov (Green, 1997: 144).

Implikacije za žrtev v diskurzu, kjer se nesreče ne bi smele dogajati, so drugačne kot v obdobju moderne: racionalizem žrtvi sicer ni priskrbel tolažbe ali možnosti za maščevanje zaradi »nesrečnih« dogodkov, vendar ji (vsaj v idealni obliki) ni naprtil krivde. Žrtve napak pri upravljanju tveganja pa morajo prevzeti krivdo zaradi svoje nevednosti ali pa opustitve določenih preventivnih ukrepov.

Periodizacija

Pojmovanje nesreč v evropski misli obsega tri dominantne diskurze, ki jih je mogoče opredeliti kot »usoda«, »determinizem« in »tveganje« (Green, 1997: 144).

Pred drugo polovico 17. stoletja so bili vsi dogodki v človekovem življenju del njegove osebne usode. Nesreče kot naključni in nezaželeni dogodki niso bile izvzete iz tega splošnega vzorca.

Od druge polovice 17. stoletja dalje je diskurz determinizma nadomestil usodo. Nesreče so se pričele pojavljati kot ostanek tega sistema pojasnjevanja. Postale so bistvena kategorija »nesrečnih« dogodkov in prepričanje o njihovem obstoju je definiralo moderno vse do leta 1930, ko je mogoče »racionalnost« še neproblematično uporabiti za opis zahodnoevropske kozmologije. Nesreče so bile pojmovane kot neizogibni pojavi, ki jih je mogoče pričakovati od časa do časa, kljub vsemu pa niso bile vredne resnejšega znanstvenega proučevanja.

Soglasje glede racionalnosti je pričelo plahneti v drugi polovici 20. stoletja, v obdobju, ki ga nekateri avtorji označujejo kot postmoderno dobo, v kateri ni več mogoče predpostaviti hegemonije znanosti, razuma in racionalnosti. Ena izmed temeljnih značilnosti tega

obdobja je diskurz o tveganju in njegovem upravljanju. Če »nesrečni« dogodki, kakršni so nesreče, izhajajo iz znanega in izračunljivega tveganja, so pretvorjeni v potencialno preprečljive dogodke. Če pa tveganja niso docela razumljena, je mogoče preprečiti vsaj njihove posledice (Green, 1997: 144).

Nesreče versus poškodbe

V osemdesetih letih prejšnjega stoletja se je zlasti med severnoameriškimi in avstralskimi strokovnjaki na področju javnega zdravja pričela močna kampanja za prepoved termina nesreča (accident) in za uveljavitev bolj »znanstvenega« koncepta poškodba (injury). Njihov poglavitni argument je bil, da ima termin nesreča konotacijo nepredvidljivosti ter da zaradi tega dogodka naj ne bi bilo mogoče preprečiti. Poleg tega naj bi uporaba termina nesreča (accident) utrjevala prepričanje ljudi o nadnaravnih vzrokih za nastanek poškodb, s tem pa zavirala uvajanje in uporabo preventivnih ukrepov in strategij (Andersson, 1998: 17). Kljub številnim kritikam uporabe termina nesreča zaradi njegovih zavajajočih implikacij ter ozke usmerjenosti na preprečevanje dogodkov brez upoštevanja resnosti (teže) poškodb se je tradicija nadaljevala. Mednarodna konferenca o poškodbah leta 1989, imenovana »First Conference on Accident and Injury Prevention« je v svojem zaključnem dokumentu Manifesto for Safe Communities (WHO, 1989: 4-5) sicer opozorila na neustreznost termina nesreča, nadaljnja uporaba tega termina pa je bila bolj kompromis s tradicionalisti kot pa odločitev, ki bi upoštevala znanstvena spoznanja o poškodbah (Robertson, 1998: 3-4).⁴⁴ Že nekaj let se severnoameriški strokovnjaki na področju javnega zdravja izogibajo uporabi termina nesreča v zvezi z nenamernimi poškodbami oziroma dogodki, ki povzročajo poškodbe. Tako je npr. Ameriška uprava za varnost v cestnem prometu (National Highway Traffic Safety Administration, 1997: 1) leta 1997 svojim zaposlenim v uradni komunikaciji prepovedala uporabo termina nesreča. Po mnenju uprave naj bi se z uporabo tega termina utrjevalo prepričanje ljudi, da je nemogoče vplivati na dogodke, ki vodijo k poškodbi, ali pa jih kontrolirati. Kampanji proti uporabi termina nesreča v zvezi z nenamernimi poškodbami so se v ZDA kasneje priključile številne organizacije na področju preprečevanja poškodb (Girasek, 1999: 19).

⁴⁴ V nazivih naslednjih svetovnih konferenc o preprečevanju poškodb: 1993 (Atlanta), 1996 (Melbourne), 1998 (Amsterdam), 2000 (New Delhi) in 2002 (Montreal) je bil uporabljen termin preprečevanje in kontrola poškodb (Injury Prevention and Control); svetovna konferenca, ki je bila leta 2004 na Dunaju, pa je imela v nazivu preprečevanje poškodb in promocija varnosti (Injury Prevention and Safety Promotion).

Urednika British Medical Journal in Injury Prevention, pomembnih strokovnih publikaciji na področju preprečevanja poškodb, sta leta 2001 v uvodniku objavila namero o prepovedi uporabe termina nesreča v teh revijah (Davis in Pless, 2001; Kamerow, 2004: 266). Prepoved termina nesreča, kadar se ta nanaša na poškodbe ali dogodke, katerih posledica so poškodbe, sta utemeljila z razlago, da so nesreče pogosto razumljene kot nepredvidljive (posledica naključja ali božje dejanje) in se jim zaradi tega ni mogoče izogniti. Večino poškodb in dogodkov, katerih posledica so poškodbe, pa je mogoče predvideti in preprečiti. Pri nekaterih poškodbah se zdi, da je mogoče vzrok pripisati le nesreči: to velja zlasti za naravne katastrofe, kot so potres, strela, plaz, neurje na morju, vendar je mogoče do določene mere tudi te dogodke predvideti in se jim izogniti. Predlagala sta, da se v strokovni literaturi pri poimenovanju vzrokov poškodb uporablja dvodimenzionalna kategorizacija okoliščin njihovega nastanka. Prvo dimenzijo predstavlja delitev poškodb po namenu na nenamerne poškodbe, namerne samopoškodbe in namerne poškodbe po drugi osebi ter poškodbe, pri katerih ni mogoče določiti namena. Druga dimenzija pa pojasnjuje mehanizem poškodbe – vektor ali pa specifično aktivnost, pri kateri je nastala poškodba (npr. motorno vozilo, padec, strelno orožje, zastrupitev itd.).

Mnenja 62 strokovnjakov na področju javnega zdravja oziroma preprečevanja poškodb, ki so se odzvali na namero o prepovedi termina nesreča, so bila deljena. Davis in Pless (British Medical Journal, 2001, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/322/7298/1320>, 11. 8. 2004) sta argumente strokovnjakov, ki se niso strinjali s prepovedjo in so se zavzeli za ohranitev termina nesreča, strnila v naslednje skupine:

- *»Nesreča« je ustrezen termin, njegov pomen pa je povsem jasen in nedvoumen.*

Davis in Pless (2001) sta v odgovoru poudarila, da je termin nesreča nejasen, saj se lahko nanaša na dogodek, poškodbo ali pa znanilce dogodka. Termin nesreča se uporablja tako v primeru politega mleka kot smrti.

- *Nekatere »nesreče« se zgodijo, ne da bi bil kdorkoli kriv. »Nesreče« se dogajajo.*

Urednika menita, da nekaterih dogodkov sicer ni mogoče povsem predvideti (naravne nesreče),⁴⁵ vendar so pri večini poškodb dejavniki tveganja prisotni pred nastankom poškodbe. Dejavnike tveganja je mogoče odstraniti ali pa zmanjšati njihov vpliv. V primerih, ko ni mogoče predvideti dogodkov, ki bi lahko povzročili poškodbo (npr.

⁴⁵ Nastanek naravnih nesreč (poplave, suša, potresi, hurikani, izbruhi vulkanov in cunamiji) je skorajda nemogoče preprečiti. Z ustreznimi ukrepi pa je mogoče zmanjšati njihove posledice, zlasti človeške žrtve in ekonomsko škodo (Pararas-Carayannis, 1986: 158).

prometne nesreče, ki jo povzroči pijani voznik), pa je mogoče zmanjšati tveganje za nastanek poškodbe oziroma teže poškodbe z uporabo varnostnega pasu, avtomobilskimi zračnimi blazinami, primerno hitrostjo avtomobila itd.

- *Na ravni populacije je večino poškodb mogoče predvideti in preprečiti. Na individualni ravni pa so poškodbe nepredvidljive in bi jih bilo mogoče preprečiti samo retrospektivno.*

Urednika sta argument zavrnila z ugotovitvijo, da strokovnjaki za preprečevanje poškodb predvidevajo in pričakujejo nastanek poškodb v nevarnem okolju. Podobno občutljivost je potrebno doseči pri vseh, ki lahko vplivajo na varnost v domačem okolju, šolah, na delovnih mestih, v prometu, zdravstvenih ustanovah in drugih okoljih, kjer so poškodbe pogoste.

- *Večina ljudi meni, da je »nesreče« mogoče preprečiti.*

Urednika navajata rezultate raziskave Deborah Girasek (1999), izvedene med 943 odraslimi osebami v ZDA, ki je pokazala, da je 83% ljudi prepričanih, da je običajno »nesreče« mogoče preprečiti. Precej manj vprašanih (25%) pa je menilo, da je »nesreče« mogoče predvideti; 26% ljudi je odgovorilo, da so odvisne od usode. Slabše izobraženi ljudje so pogosteje odgovorili, da »nesreč« ni mogoče predvideti. Prav tako so pogosteje kot bolj izobraženi respondenti »nesreče« povezovali z usodo. Po mnenju urednikov je že nepreciznost termina nesreča zadosten razlog za opuščanje njegove uporabe v znanstvenem diskurzu, rezultati omenjene raziskave pa le potrjujejo pravilnost njune odločitve.

- *Odločitev pomeni cenzuriranje angleškega jezika. Podobni poskusi spreminjanja angleškega jezika v preteklosti so bili neuspešni. Ni mogoče dokazati, da bo prepoved pojma »nesreča« vplivala na zmanjšanje bremena poškodb.*

Urednika pojasnjujeta, da ne gre za prepoved termina »nesreča«, temveč le za prepoved nepravilne uporabe tega pojma. Pričakujeta, da se bo v British Medical Journal in Injury Prevention občutno zmanjšala pogostost uporabe termina nesreča, vendar iz teh revij ne bo povsem izginila. Po njunem mnenju bo pravilna in konsistentna terminologija prispevala k boljšemu razumevanju poškodb vseh vrst. Razumevanje nastanka poškodb in uporaba preventivnih strategij pa bo vplivala na zmanjšanje incidence in resnosti poškodb.

- *Prepoved »nesreč« bo prispevala k kulturi krivde.*

Trditev po mnenju urednikov izraža nerazumevanje bistva problema. Beseda »nesreča« učinkuje na pripisovanje krivde, medtem ko je termin »poškodba« glede krivde nevtralen. Zaradi svoje konotacije nepredvidljivosti in neizogibnosti »nesreča« varuje pred krivdo, saj

razbremenjuje poškodovano osebo, starše, delodajalca, podjetje ali sistem, s tem pa zavira raziskovanje vzrokov poškodb in njihovo preprečevanje. Nasprotno pa je termin poškodba bolj usmerjen na fizično oškodovanje, ki ga utрпи oseba ter na možne načine preprečevanja le-tega.

»Laična« epidemiologija in preventivni paradoks

Od sredine dvajsetega stoletja dalje profesionalci na področju javnega zdravja pripisujejo laični javnosti fatalistično prepričanje o nepredvidljivosti nesreč (Green, 1999: 29; Green, 2001). Po oceni profesionalcev je prav »laično« pojmovanje poglavitna ovira za načrtovanje, racionalno in učinkovito preprečevanje poškodb. Teza o iracionalnosti laične javnosti, ki jo je potrebno informirati in izobraževati o dejstvih epidemiologije poškodb, je sicer mamljiva, vendar ne temelji na dokazih. Kvalitativne študije (Green, 1997: 157: 93) so pokazale, da »laična« javnost, podobno kot profesionalci na področju javnega zdravja, pojmuje nesreče kot predvidljive, ki jih je mogoče, vsaj na teoretični ravni, preprečiti. Sreča pa nekoliko vpliva na distribucijo poškodb. »Laična« javnost prav tako razume preventivni paradoks: poznavanje dejavnikov tveganja pri nastanku nenamernih poškodb na ravni populacije lahko le malo prispeva pri pojasnjevanju vsakega specifičnega dogodka, razen morda retrospektivno. Greenova (2001) poudarja, da se je pomen termina »nesreča« ves čas spreminjal in odraža spremembe v medicinskem in družbenem razumevanju tveganja in predvidljivosti.

Girasek (1999: 19) ugotavlja, da je bilo v preteklosti izvedenih nekaj raziskav⁴⁶ o stališčih glede preprečljivosti poškodb oziroma nesreč, nobena pa ni bila usmerjena na proučevanje pomena termina »nesreča«. V telefonski raziskavi, izvedeni ZDA leta 1996 (Girasek, 1999: 19-25), pa je bil sklop vprašanj namenjen prav razumevanju besede »nesreča«, ki se je

⁴⁶ V telefonski raziskavi v ZDA (n = 404 staršev) se je 87% staršev strinjalo s trditvijo, da je večino poškodb mogoče preprečiti. Odgovori se niso razlikovali glede na to, ali je bil uporabljen termin poškodba ali »nesreča«. Študija v Veliki Britaniji, izvedena med materami (n = 80) v urbanih predelih: 89% vprašanih mater je menila, da je večino poškodb mogoče preprečiti. Študija v eni izmed revnejših četrti Glasgowa je pokazala, da se 61% staršev ni strinjalo s trditvijo: »Nesreč ni mogoče zaustaviti. Nesreče se dogajajo«. V telefonski raziskavi v Kanadi (n=1516 oseb) se je 82% ljudi iz urbanih predelov in 91% ljudi iz delno ruralnih predelov strinjalo s trditvijo: »Večini nesreč se je mogoče izogniti; starši lahko preprečijo večino poškodb svojih otrok, ki so posledica nesreč.« Kvalitativni študiji v Veliki Britaniji nista našli dokazov o specifičnih stališčih »laične« javnosti glede slučajnosti pri nastanku »nesreč« ali stališča, da jih ni mogoče preprečiti (Girasek, 1999: 19-20).

pričel z uvodom: »Pri naslednjih vprašanjih bi želel-a pojasniti, da tedaj, ko rečem »nesreča«, ne mislim samo na prometne nesreče. Poleg prometnih nesreč upoštevajte še padce, utopitve, opekline in nenamerne zastrupitve.« Respondentom so bila v nadaljevanju zastavljena naslednja vprašanja:

»Kadar slišite besedo »nesreča«, ali običajno pomislite na to, da bi bilo mogoče dogodek preprečiti ali ne?

Kadar slišite besedo »nesreča«, ali običajno pomislite na to, da bi bilo mogoče dogodek predvideti ali ne?

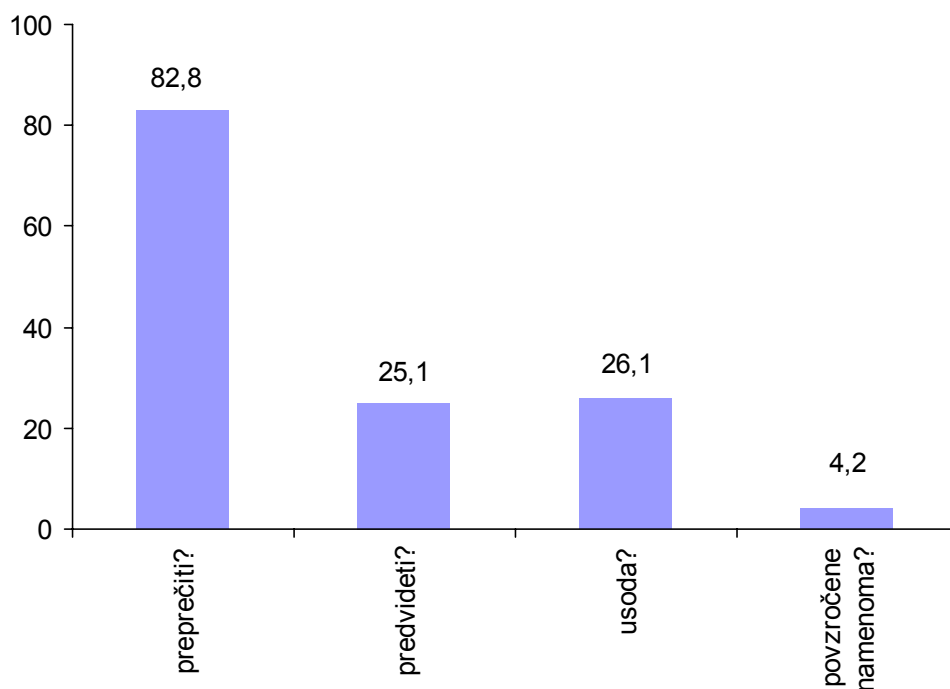
Kadar slišite besedo »nesreča«, ali običajno pomislite na to, da je dogodek odvisen od usode ali ne?

Kadar slišite besedo »nesreča«, ali običajno pomislite na to, da se je dogodek zgodil namenoma ali ne?« (Girasek, 1999: 20).

V raziskavi so bile upoštevane naslednje demografske spremenljivke: starost, spol, dohodek gospodinjstva, izobrazba, rasa in špansko poreklo, poleg tega pa še religioznost, nagnjenost k tveganju in »osebna zgodovina glede poškodb« vprašanih.⁴⁷ Približno 83% respondentov je termin »nesreča« povežalo s preprečljivostjo, 26% z usodo, četrtnina s predvidljivostjo, 4% pa z namernostjo (slika 1). Pri odgovorih tistih, ki so termin »nesreča« povežali s preprečljivostjo, ni bilo statistično pomembnih razlik glede na opazovane spremenljivke. Bolj izobraženi respondenti so termin »nesreča« pogosteje povežovali s predvidljivostjo. Največje razlike glede na opazovane spremenljivke so bile izražene pri povezovanju termina nesreča z usodo: respondenti, mlajši od 40 let, afro-ameriškega porekla, osebe z nižjim dohodkom gospodinjstva so pogosteje kot ostali odgovorili, da ob besedi »nesreča« pomislijo na usodo. Prepričanje, da se nesreče zgodijo namenoma, se je statistično pomembno razlikovalo glede na raso in dohodek: nebelci in tisti z nižjim dohodkom gospodinjstva so pogosteje kot ostali izrazili, da se nesreče dogajajo namenoma.

⁴⁷ Nagnjenost k tveganju je bila ocenjena s pomočjo vprašanja: »Kako pogosto bi lahko rekli, da počnete stvari, ki jih drugi ljudje smatrajo za nevarne?« Osebna zgodovina glede poškodb pa je bila merjena s pomočjo vprašanja: »Ali ste morali kdaj v svojem življenju prenočiti v bolnišnici zaradi poškodb v cestnem prometu, padca, zato, ker ste skoraj utonili, ognja in opeklin ali nenamerne zastrupitve?«

Slika 1: Pomen besede "nesreča"



Vir: prirejeno po Girasek (1999: 21).

Zdi se, da je relativno visok delež anketiranih oseb (83%), ki so termin »nesreča« povezali s preprečljivostjo, v nasprotju z nizkim deležem (25%) tistih, ki so pojem povezali s predvidljivostjo. To neskladje je verjetno posledica različnega zornih kotov obravnavanja in razumevanja poškodb, na eni strani predstavnikov javnega zdravja in na drugi strani »laične« javnosti. Gre za vprašanje skale: agregat proti posamezniku (Girasek, 1999: 22). Epidemiološka sposobnost predvidevanja redkih dogodkov usiha z zmanjševanjem populacije, ki je predmet proučevanja. S pomočjo dejavnikov tveganja je mogoče predvideti, katera in kakšna medsebojna povezanost osebnostnih karakteristik in značilnosti okolja vpliva na večjo verjetnost za nastanek fatalne poškodbe. Kot posamezniki pa še zdaleč ne moremo predvideti, kdo bo umrl, na kakšen način in kdaj. Poleg tega je mogoče v vsakdanjem življenju pogosto opaziti, da mnogo ljudi, ki ne upoštevajo varnostnih pravil, ne umre zaradi poškodb, temveč zaradi drugih vzrokov. Rezultatov študije, ki je reprezentativna za ZDA, prav gotovo ni mogoče uporabiti v drugih kulturah, še zlasti ne v deželah v razvoju (Girasek, 1999: 24). »Laična« javnost v teh deželah poškodbe še vedno pojmuje kot slučajne dogodke ali celo kot božjo voljo (Forjuoh, 1996: 90). Kot primer lahko navedemo pojmovanje Šrilančanov o vzrokih za nastanek cunamija, ki je konec leta 2004 prizadel to državo: »Po prvem šoku po cunamiju

so se začeli ljudje na Šrilanki spraševati, ali je bil morilski val božje delo, in če je tako, kateri bog je ljudem poslal to grozeče sporočilo« (Bakovič, 2005: 28).⁴⁸

8.1.2. Rose je že leta 1981 opisal razlike, ki nastanejo pri usmerjanju pozornosti na bolnega posameznika ali na »bolno« populacijo ter poudaril potrebo po razlikovanju dveh vrst etioloških vprašanj, od katerih eno poskuša ugotoviti vzroke primerov (to je pojava specifične bolezni pri določenem posamezniku v določenem trenutku), drugo pa se ukvarja z vzroki incidence (Rose, 1981).

V socialni antropologiji je že dolgo znana ugotovitev, da kulturni sistemi pri pojasnjevanju ali določanju odgovornosti za nastanek »nesrečnega« dogodka potrebujejo odgovor na dve različni vprašanji. Prvo zadeva splošno naravo »nesrečnega« dogodka: kako in zakaj se je (»nesrečni« dogodek) zgodil? nadalje pa na kraj in čas nastanka posamičnega »nesrečnega« dogodka zahteva odgovor na vprašanje: kako in zakaj se je zgodil prav določeni osebi v določenem trenutku? V sodobnih družbah je pogosto spregledana oziroma zanemarjena potreba po ločevanju teh dveh vrst vprašanj, ki ju je uveljavila klasična socialna antropologija,⁴⁹ saj je zahodnoevropska tradicija pojasnjevalna tokova združila (Davison, Frankel in Smith, 1991: 4). Na osnovi opazovanja velikega števila individualnih podatkov znanstveni sistem opredeljuje hipoteze glede vzročne povezanosti »nesrečnih« dogodkov s spremljajočimi okoliščinami. V vsakdanjem življenju pa večina ljudi prav tako »raziskuje« in postavlja hipoteze o »nesrečnih« dogodkih, ki so prizadeli njih ali druge. Pri razlagi dogodkov pa »laiki« niso povsem inventivni: uporabljajo informacije in znanje, ki so si ga pridobili v družbi, v kateri so se izoblikovali kot osebnosti. Kljub obstoječi dihotomiji profesionalno/laično pri razlagi »nesrečnih« dogodkov pa je le težko ločiti pojasnjevalna sistema, saj oba istočasno obstajata v družbi, v kateri je nastajala in se razvijala znanost, v kateri javna občila sporočajo najnovejše znanstvene informacije in v kateri mnogi posamezniki v vsakdanjem življenju upoštevajo ugotovitve ter napotke znanstvenikov. Laična epidemiologija je »sistem, v katerem posamezniki interpretirajo

⁴⁸ »Islamski duhovniki v Colombu so pri pregledovanju satelitskih posnetkov morja po potresu prepoznali Alahov podpis, izpisan s peno in vrtinci podivjane vode, in katastrofa je po njihovem mnenju kazen, ker ljudje ne ravnajo po njegovih zakonih. Budisti so kazali na templje, ki stojijo na otočkih tik ob obali oceana in ki so v cunamiju čudežno ostali celi, in pri tem trdili, da je bil bes morda namenjen kristjanom, ker so pred božičem za praznične gostije poklali preveč živali.« (Bakovič, 2005: 28).

⁴⁹ V mnogih študijah klasične antropologije so bile razlage na prvi niz vprašanj povezane s fizičnimi ali materialnimi procesi, pri drugem nizu vprašanj, ki je bolj personalne narave, pa so razlage vsebovale metafizične ali nadnaravne procese (Davison, Smith in Frankel, 1991: 3).

dejavnike tveganja na podlagi rutinskega opazovanja in razpravljanja o primerih bolezni in smrti v svojem osebnem socialnem omrežju in javnosti.« (Davison, Frankel in Smith, 1991a, citirano v Hunt in Emslie, 2001: 442).⁵⁰

Ugotovitev, da se determinante bolezni lahko razlikujejo glede na to, ali je pozornost usmerjena na posameznika ali populacijo, lahko pomembno vpliva na izbor preventivne strategije. Rose (1981: 35) ugotavlja, da je uporaba strategij »velikega tveganja« smiselna tedaj, ko posameznik že ima zdravstvene probleme, saj omogočajo intervencije, ki se prilegajo določenim posameznikom. Poleg prednosti (motiviranost pacienta in zdravnika, stroškovna učinkovitost itd.), pa imajo strategije »velikega tveganja« tudi vrsto pomanjkljivosti: težave in stroški, povezani z identificiranjem posameznikov z »velikim tveganjem« s pomočjo pregledov, učinki intervencij pa so pogosto le začasni in blažilni. Potencial takega pristopa je omejen, saj je zmožnost napovedovanja bodoče bolezni zelo majhna. Večina posameznikov, pri katerih so bili ugotovljeni določeni dejavniki tveganja, bo ostala zdrava vsaj nekaj let, zbolijo pa lahko posamezniki, pri katerih pregledi niso pokazali nobenih posebnosti (Rose, 1981: 36-7). Na drugi strani pa »populacijske« strategije poskušajo nadzorovati determinante incidence, znižati povprečno raven dejavnikov tveganja in spremeniti izpostavljenost ljudi dejavnikom tveganja. V svoji moderni obliki »populacijske« strategije poskušajo spremeniti nekatere družbene norme vedenja (življenjski stil). Pri »populacijskih« strategijah, ki so po mnenju Rosa (1981: 37) radikalne, »vedenjsko primerne« in vsebujejo velikanski potencial za populacijo, pa je mogoče ugotoviti tudi nekatere šibke točke, med katerimi je pomemben zlasti t.i. preventivni paradoks: preventivni ukrepi, ki populaciji prinašajo velike koristi, nudijo le malo vsakemu izmed udeleženih posameznikov in zato le šibko motivirajo posameznika (Rose, 1981: 38).

Z raziskavo o prepričanjih ljudi glede bolezni srca in ožilja (Davison, Smith in Frankel, 1991), ki je v obdobju 1988-1989 potekala na območju Južnega Walesa, so avtorji želeli ugotoviti, kako »laična« javnost ocenjuje možnost in verjetnost, da posameznik postane žrtev koronarne bolezni. V raziskavi je bil uporabljen koncept »kandidat za bolezni srca«.⁵¹

⁵⁰ Hunt in Emslie (2001: 442) opozarjata, da je zgornje pojmovanje laične epidemiologije potrebno ločiti od poljudne epidemiologije, ki predstavlja udeležbo javnosti pri »tradicionalni« (ali formalni) epidemiologiji in pogosto temelji na posredovanju laikov pri osvetljevanju doslej spregledanih tveganj v okolju (npr. toksični odpadki).

⁵¹ Raziskovalci so identificirali štiri različne uporabe pojma »kandidat«:

- za ratrospektivno razlago bolezni in smrti drugih ljudi zaradi težav s srcem,

Ugotovili so, da so mnogi dejavniki, ki so jih anketirane osebe uporabile pri opredeljevanju »kandidatov«, dokaj identični z dejavniki tveganja, ki so bili poudarjeni v sodobnih kampanjah na področju promocije zdravja. Anketirane osebe so menile, da je večino bolezni srca mogoče preprečiti oziroma odložiti. Presenetljivo spoznanje glede koncepta »kandidat za bolezni srca« pa je bilo v tem, da so ga anketirane osebe spoznale za varljivega, saj so identificirale nekaj bolnikov in oseb, umrlih zaradi koronarne bolezni, ki se niso prilegale v opredeljeni koncept »kandidata«, prav tako z njim ni bilo mogoče pojasniti dolgo in zdravo življenje nekaterih posameznikov, ki bi jih glede na dejavnike tveganja morali označiti kot »kandidate«. Z opredeljevanjem »kandidatov« je mogoče pokazati le na povečano tveganje, smrt zaradi srčnega napada pa v očeh »laikov« ostaja v določeni meri slučajna oziroma odvisna od usode.

V pozni moderni, v kateri prevladuje vsesplošna težnja po izračunljivosti dogodkov tudi tedaj, ko nekateri med njimi še niso povsem jasni, je slučajnost razumljena kot anahronistična razlaga za napačno izračunano tveganje, ne pa kot neobstoječa razlaga (Green, 1997: 150). Tistim, ki pojmujejo »nesrečne« dogodke kot slučajne, se pripisuje nepoznavanje dejavnikov tveganja in nepravilno upravljanje s tveganjem, razlage dogodkov kot nesreč pa so opredeljene kot fatalistična prepričanja.

Podobno kot pri koronarnih boleznih bi lahko tudi pri nesrečah ugotovili, da je na agregatni (populacijski) ravni dejavnike tveganja za nastanek nesreč mogoče spoznati in predvideti določene dogodke. Z dejavniki tveganja pa ni mogoče povsem pojasniti dejanske distribucije nesreč. Pri pripisovanju odgovornosti za »nesrečen« dogodek zaradi napačno izračunanega tveganja žrtve pogosto ugotavljajo, da se nekatere nesreče zgodijo ne glede na to, kako pazljiv je posameznik, nekateri posamezniki pa kljub izrazito tveganem vedenju ostanejo nepoškodovani. Ugotovitev je mogoče potrditi tudi z rezultati študije, ki je služila za odločanje o vrsti oziroma usmerjenosti preventivnih programov za preprečevanje poškodb pri otrocih v primarnem zdravstvenem varstvu v Veliki Britaniji (Kendrick in Marsh, 1997: 170). Študija naj bi odgovorila na vprašanje, ali naj bi v preventivni intervenciji zajeli vse otroke (»populacijska« strategija) ali pa samo otroke, pri katerih je bilo ugotovljeno visoko tveganje za nastanek poškodbe (strategija »velikega tveganja«). V raziskavi, v kateri so bili uporabljeni nekateri ugotovljeni dejavniki tveganja

-
- za napoved bolezni in smrti drugih ljudi zaradi težav s srcem,
 - za retrospektivno razlago lastne koronarne bolezni,
 - za ocenitev lastnega tveganja zaradi bolezni in smrti zaradi težav s srcem.

za nastanek nenamerne poškodbe (nesreče) pri otrocih (moški spol, velikost in struktura družine, otrok je bil že zdravljen zaradi poškodbe, nizka starost matere ob rojstvu prvega otroka) in številni indikatorji socio-ekonomskega položaja družine, sta avtorici proučevali odnos med dejavniki tveganja in poškodbami ter poskušali oceniti »moč« dejavnikov tveganja pri identificiranju otrok z velikim tveganjem za nastanek poškodbe. Študija je pokazala, da med dejavniki tveganja in dejansko poškodovanimi otroki v opazovanem obdobju ni bilo pomembne povezanosti. Ugotovili sta, da zaradi nizke občutljivosti in vrednosti glede predvidljivosti nastanka poškodbe (izjema sta bila moški spol otroka in prejšnje zdravljenje otroka zaradi poškodb) z večino identificiranih dejavnikov tveganja ni bilo mogoče napovedati, kateri otroci se bodo poškodovali v opazovanem obdobju. Istočasno pa so ostali nepoškodovani številni otroci, pri katerih je bilo identificirano veliko tveganje za nastanek poškodbe (Kendrick in Marsh, 1997: 174).

Čeprav diskurz tveganja pozne moderne producira nesreče kot napačno izračunano tveganje, ostaja vrzel v modelu pojasnjevanja. Z revolucijo na področju verjetnosti so bile postavljene osnove za opredelitev tveganj in njihovega izračunavanja, s tem pa tudi razumevanja, da drugi ljudje nimajo nesreč, temveč da so napačno izračunali tveganje (Green, 1997: 151). Ker se za opredeljevanje individualnega tveganja za nastanek nesreče uporabljajo stopnje, izračunane iz populacijskih podatkov, z njimi ni mogoče povsem zadovoljivo pojasniti dogodkov na subjektivnem nivoju. Pri odgovorih na stari vprašanji: »Zakaj jaz?« in »Zakaj sedaj?« diskurz pozne moderne nudi prav malo, saj pojasnjuje splošno, ne pa tudi posebno.

Nenamerne in namerne poškodbe

Evolucija razumevanja poškodb se odraža tudi v njihovi klasifikaciji. Glede na namen dejanja so poškodbe najpogosteje razvrščene kot nenamerne in namerne poškodbe.⁵² Pred letom 1960 je bilo preprečevanje poškodb usmerjeno na preprečevanje »nesreč«, preprečevanje poškodb, ki so bile posledica nasilnih dejanj po drugi osebi in samopoškodb, pa so bile večinoma prepuščene kazenskemu pravu, psihiatriji, socialnim delavcem, duhovščini itd. (Robertson, 1998: 3). Opredelitve poškodb kot namernih in nenamernih, zlasti pa razmerje med njima, se ves čas spreminja zaradi novih znanj o vzrokih poškodb in

⁵² V MKB-9 so bile poškodbe klasificirane kot namerne in nenamerne; poškodbe, pri katerih namen ni bil znan, so bile uvrščene med nenamerne. MKB-10 je uvedla posebno kategorijo »nedoločen namen« za razvrščanje poškodb, pri katerih je vzrok vprašljiv, verjeten ali dvomljiv (Cheng in dr., 1999: 59).

razvoja preventivnih strategij ter spoznanj na področju etike, psihologije itd. (Wilson in dr., 1991: 6). Telesno kaznovanje otrok, ki je bilo včasih pogosto uporabljeno in opravičeno, sedaj razumemo kot napad. Spreminja se tudi opredelitev zanemarjanja otrok, ki ima za posledico poškodbe. Poškodbe potnikov v avtomobilu so nekoč veljale za poškodbe, ki jih ni mogoče preprečiti. Spoznanja o učinkovitosti varnostnih pasov, otroških avtomobilskih varnostnih sedežev itd. pa so vplivala na spremembo stališča. Poškodbo otroka, ki ga odrasla oseba med trčenjem avtomobila drži v naročju, lahko razumemo kot zanemarjanje otroka (Wilson in dr., 1991: 6).⁵³

Pri opredelitvi poškodb po namenu pogosto naletimo na težave, saj je včasih težko spoznati vzgibe lastnega ravnanja, še težje pa je ugotoviti motive drugih. Številne aktivnosti, ki vodijo k poškodbi, se pogosto zgodijo v trenutkih raztresenosti, razburjenja ali pod vplivom alkohola in drog. Opredelitev poškodb kot namernih ali nenamernih je pogosto subjektivna (Overpack in McLoughlin, 1999: 11).⁵⁴ Študija o vzrokih smrti otrok in mladostnikov je s pomočjo uporabe različnih virov podatkov poskušala ugotoviti verodostojnost klasificiranja po posameznih vzrokih smrti zaradi poškodb. Rezultati študije so pokazali, da je bil pri 7 do 27% primerov smrti zaradi poškodb, ki so bile predhodno klasificirane kot nenamerne, vzrok smrti zloraba ali zanemarjanje otrok in mladostnikov, zaradi česar bi morale biti te smrti razvrščene med namerne (Overpack in McLoughlin, 1999: 11). Zaradi togosti, zlasti pa nejasnosti pri klasificiranju namernih poškodb (samopoškodbe in poškodbe, ki so nastale po drugi osebi), je skupina raziskovalcev (Cheng in dr., 1999: 61) predlagala spremembo obstoječe paradigme. Predlagani model najprej ločuje med poškodbami, ki niso bile zadane po fizični osebi (samem sebi ali drugi osebi)⁵⁵ in poškodbami, ki so bile povzročene po drugi osebi in samopoškodbe. Med samopoškodbe so uvrščene vse poškodbe, ki si jih človek zada sam, nenamerno (ureznina

⁵³ Pri trčenju avtomobila, ki vozi 32 km/uro, se teža 11 kg težkega otroka poveča na približno 227 kg (National Safe Kids Campaign, 1993). Otroka je nemogoče zadržati v naročju. Pravilna uporaba otroškega avtomobilskega varnostnega sedeža in drugih pripomočkov, namenjenih varnosti otroka v avtomobilu (ustreznost glede na velikost in starost otroka ter pravilna namestitve), zmanjša tveganje za nastanek poškodbe od 90-95% pri sistemih, kjer je otrok s hrbtom obrnjen v smer vožnje ter za 60% pri sistemih, kjer je otrok obrnjen v smer vožnje (European Safety Alliance, 2004: 14; Vincenten in Michalsen, 2002: 3).

⁵⁴ V nekaterih državah zaradi kulturnih in religioznih razlogov prikrivajo število umrlih zaradi samomora. (Overpeck in McLoughlin, 1999: 11)

⁵⁵ Npr.: poškodba, ki je nastala zaradi padca opeke s strehe na glavo mimoidočega, padca osebe, ki se je spotaknila na neravnih tleh itd.

pri lupljenju krompirja) ali namerno (poskus samomora). Poškodbe po drugi osebi pa vključujejo vse poškodbe, ki so posledica dejanja druge osebe: nenamernih dogodkov, (npr. ko ena oseba nenamerno spotakne drugo) ali namernega poškodovanja (napad). Model nadalje ločuje med motivi, ki vodijo k dejanju in motivi glede izida oziroma povzročitve poškodbe. Različne kombinacije teh karakteristik definirajo spekter po namenu, in sicer: (1) nenamerno dejanje in nenameren rezultat; (2) namerno dejanje in nenameren rezultat in (3) namerno dejanje in nameren rezultat.

Skica 1: Spekter glede na namernost dejanja in posledic

Poškodbe, ki

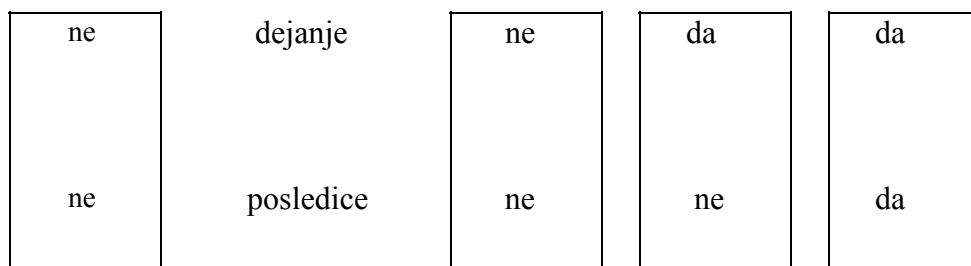
niso povzročene

po drugi osebi ali

samopoškodbe

Namen

Poškodbe po drugi osebi in samopoškodbe



Vir: prirejeno po Cheng in dr.(1999: 60).

Če za primer uporabe predlagane paradigme navedemo poškodbe s strelnim orožjem, lahko ugotovimo, da obstaja kar nekaj možnih okoliščin nastanka poškodbe.

Tabela 1: Poškodbe s strelnim orožjem

	NAMERNOST	
	<i>Dejanje</i>	<i>Rezultat</i>
<i>Dve osebi:</i>		
napad z orožjem	da	da
zgrešen cilj (npr. samo prestrašiti drugega)	da	ne
strel po »nesreči« (npr. čiščenje orožja)	ne	ne
<i>Ena oseba:</i>		
samomor	da	da
suicidalna gesta	da	ne
strel po »nesreči«	ne	ne

Vir: prirejeno po Cheng in dr.(1999: 61).

Predlagana paradigma prispeva k boljšemu razumevanju vzročnega zaporedja pri nastanku poškodb, saj razširja definicijo namernosti, s tem pa lahko vpliva na razvoj in uporabo učinkovitih preventivnih strategij (Cheng, 1999: 61).

Overpeck in McLoughlin (1999: 11) pa se sprašujeta, kaj sploh pridobimo in kaj izgubimo z obravnavanjem nenamernih poškodb, samopoškodb in poškodb zaradi nasilja po drugi osebi kot treh popolnoma različnih entitet, ki zahtevajo različne preventivne strategije. Čeprav delitev poškodb morda olajšuje interdisciplinarno sodelovanje⁵⁶ pri njihovem preprečevanju, pa z ločeno obravnavo posameznih kategorij poškodb lahko izgubimo mnogo več. Novejše raziskave dejavnikov tveganja pri najpogostejših vzrokih smrti dojenčkov zaradi poškodb (uboj, zadušitev, poškodbe v cestnem prometu, ogenj in utopitev) v ZDA so pokazale, da se določeni dejavniki tveganja (zlasti mladoletnost matere, pomanjkljiva prenatalna oskrba, slabša izobraženost mater, zakonski stan, število otrok v družini), ki povečujejo verjetnost za umrljivost dojenčkov, med posameznimi kategorijami poškodb pogosto prekrivajo (Overpeck in McLoughlin, 1999: 11).

Greenova (2001) meni, da še vedno obstajajo moralne in legalne potrebe po ločevanju motiviranih od nemotiviranih dogodkov in ugotavljanju krivde pri incidentih, ki so povzročili poškodbo.

⁵⁶ Tako strokovnjaki s področja kazenskega prava in nekatere nevladne organizacije kažejo večji interes za sodelovanje pri preprečevanju poškodb zaradi nasilnih dejanj, strokovnjaki s področja mentalnega zdravja pa pri preprečevanju samomora.

POŠKODBE – GROŽNJA JAVNEMU ZDRAVJU

Poškodbe kot zdravstveni problem

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO - World Health Organization) pri opredelitvi pojma poškodb uporablja definicijo, po kateri je poškodba oškodovanje telesa na organski ravni posledica nenadne izpostavljenosti energiji (mehanski, termalni, električni, kemični ali radiacijski) ter v interakciji s telesom v količini ali stopnji presega prag človekove fiziološke vzdržljivosti. V nekaterih primerih (pri utopitvah, zadužitvah in zmrznitvah) so poškodbe posledica pomanjkanja enega od vitalnih elementov (Peden, McGee in Sharma, 2002:6). Gornja definicija poškodbe vključuje utopitev (pomanjkanje kisika), hipotermijo (podhladitev), zadušitev (pomanjkanje kisika), zastrupitev, ne vključuje pa stanj, ki so posledica nenehnega stresa, kroničnih bolečin v hrbtu ali zastrupitev zaradi infekcij. Prav tako definicija ne vključuje duševnih motenj ali kroničnih invalidnosti, čeprav so le-te lahko posledica fizičnih poškodb (Holder et al., 2001: 5).

V večini držav sveta zdravstvena statistika zbira podatke o poškodbah na osnovi mednarodne klasifikacije bolezni Svetovne zdravstvene organizacije. V veljavi je 10. revizija te klasifikacije z naslovom Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene- MKB-10 (1994).

V klasifikaciji so poškodbe razdeljene po sklopih narave poškodbe (poglavje XIX), npr. poškodbe glave, poškodbe vratu, prsnega koša, ozeblina itd. ter po sklopih glede na zunanji vzrok nastanka poškodbe (poglavje XX), kjer so poškodbe razdeljene glede na to, kje in kako so nastale, in sicer: med prevozom po kopnem, zraku, vodi, zaradi izpostavljenosti neživim in živim mehaničnim silam, padcev, utopitev, izpostavljenosti električnemu toku, sevanju in skrajni temperaturi in tlaku v okolju, dimu, ognju in plamenom, stika s strupenimi živalmi in rastlinami, izpostavljenosti naravnim silam ter naključni izpostavljenosti škodljivim snovem in zastrupitvam z njimi, čezmernega napora, potovanja in pomanjkanja itd. Med sklope zunanjega vzroka so vključene tudi poškodbe, ki so posledica namernega samopoškodovanja in poškodbe, ki so posledica nasilja po drugi osebi ter poškodbe, ki so posledica dogodkov nedoločenega namena.⁵⁷

Poškodbe je mogoče po zunanjem vzroku nastanka razvrstiti na več načinov. Najpogostejša je naslednja delitev poškodb (Holder in dr., 2001: 6):

- nenamerne poškodbe (posledica nezgod),

⁵⁷ V nalogi smo uporabljali pretežno razvrstitev glede na zunanji vzrok nastanka poškodbe.

- namerne poškodbe:
 - poškodbe po drugi osebi (napad, umor, uboj),
 - samopoškodbe (npr. zloraba drog in alkohola, samomor),
 - zakonito posredovanje (npr. policije),
 - vojna, civilni upori, kršitve miru (npr. demonstracije, izgrede);
- poškodbe, pri katerih namena ni mogoče določiti.

Splošni problem pri zbiranju in spremljanju podatkov o poškodbah je neskladje med medicinskimi informacijami o poškodbah in informacijami o okoliščinah nastanka poškodb, kjer prevladujejo prve. Za preventivne namene so pomembne informacije o tem, kje, kdaj in kako je poškodba nastala, manj pomembne pa so podrobnosti o medicinskem izidu le-te (Andersson, 1998: 21). Da bi pridobili ustrežnejše podatke o nastanku poškodb, kot jih omogoča MKB, so nekatere države (skupine držav) v zadnjih desetletjih uvedle dodatne sisteme beleženja podatkov o poškodbah.⁵⁸

Poškodbe so eden največjih javnozdravstvenih problemov v svetu. Skoraj v vseh državah sveta so najpogostejši vzrok smrti otrok in mlajših odraslih (WHO, 1989: 2). Poškodbe so javnozdravstveni problem, ki je enakovreden problemu bolezni obtočil in neoplazem skupaj, če upoštevamo njihov vpliv na izgubo potencialnih let življenja pred 65. letom starosti (Waxweiller, Rosenberg, Fenley, 1993:12). Poškodbe povzročijo izgubo večjega števila delovnih let kot vse oblike bolezni srca in raka skupaj (Robertson, 1998:2).

Umrljivost je zelo pomemben indikator razširjenosti in resnosti poškodb, vendar predstavlja le vrh ledene gore tega zdravstvenega problema (Peden, McGee in Krug, 2000: 2). Na vsakega umrlega je veliko večje število oseb, ki so zaradi poškodb sprejete na zdravljenje v bolnišnico, obravnavane v službah nujne medicinske pomoči, iščejo pomoč pri zdravniku splošne medicine ali pa so oskrbljene zunaj institucionalnega zdravstvenega varstva. Gornjo ugotovitev je mogoče ponazoriti s piramido poškodb (skica 2).

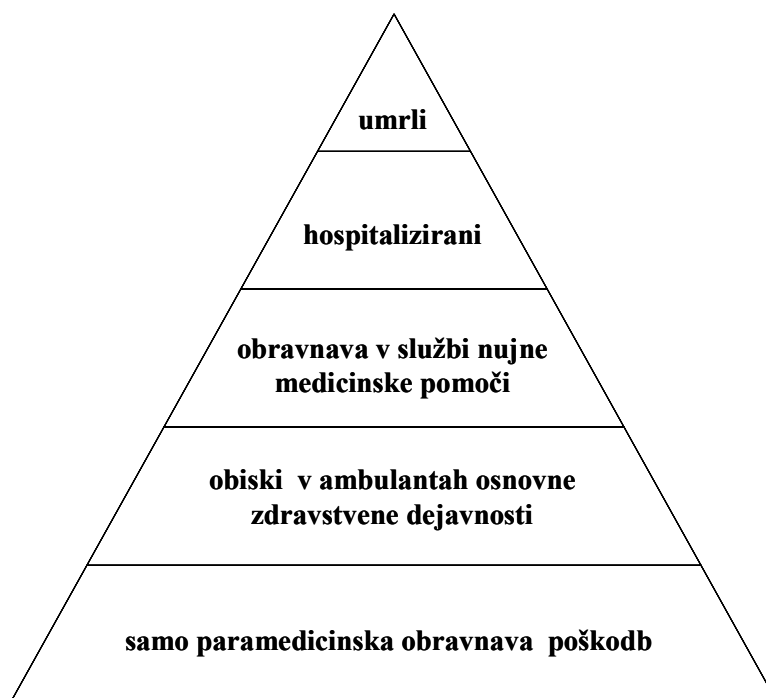
Statistika o vzrokih smrti je nedvomno pomembna in koristna za spremljanje zdravstvenega stanja, vendar ne ponazarja najbolj ustrezno ravni zdravja populacije, saj ne

⁵⁸ Eden izmed prvih takih poskusov v Evropi je švedski ISA-sistem, ki je bil oblikovan za zbiranje podatkov o poškodbah pri delu (Andersson, 1998:21). V skandinavskih državah za namene preprečevanja poškodb - nenamernih in namernih - pogosto uporabljajo klasifikacijo NOMESCO (Nordic Medico-Statistic Committee). Nekatere članice Evropske skupnosti za dodatno beleženje podatkov o poškodbah, ki nastanejo v domačem okolju in prostem času, uporabljajo sistem EHLASS (European Home and Leisure Accident Surveillance) (Laflamme, Petersson, Schelp, 1998:71).

upošteva zelo pogostih in razširjenih stanj, ki povzročajo manjzmožnost.⁵⁹ To so bolezni in poškodbe, ki se ne končajo s smrtjo, imajo pa za posledico manjzmožnost, ki je lahko trajna ali začasna (Šešok, 2003: 52). Da bi lahko natančneje ocenili breme bolezni in poškodb, je potrebno upoštevati tudi bolezni in poškodbe, ki se ne končajo s smrtjo (Peden, McGee in Krug, 2000: 2). Breme bolezni (poškodb) pomeni odstopanje trenutnega zdravstvenega stanja od idealnega zdravstvenega stanja, ki omogoča osebam doseganje visoke starosti brez bolezni (poškodb) in manjzmožnosti zaradi njih (Peden, McGee in Krug, 2000:2; Šešok, 2003: 56). Z merilom manjzmožnosti prilagojena leta življenja (disability -adjusted life years – DALY) je mogoče kvantificirati breme bolezni in poškodb, saj združuje informacije o vplivu prezgodnje smrti in manjzmožnosti. Eno manjzmožnosti prilagojeno leto (DALY) je definirano kot izgubljeno leto »zdravega« življenja in je tako merilo razkoraka med trenutnim in idealnim zdravstvenim stanjem.

⁵⁹ V zadnjem desetletju je bilo razvitih nekaj zbirnih meril za ocenjevanje zdravja populacije, ki jih lahko razdelimo v dve veliki skupini, in sicer: merila pričakovanega zdravja in merila razkorakov v zdravju. Med merila pričakovanega zdravja sodita zlasti merilo pričakovano trajanje življenja brez manjzmožnosti (DFLE) in pričakovano trajanje življenja, prilagojeno manjzmožnosti (DALE); med merila razkoraka v zdravju pa manjzmožnosti prilagojena leta življenja (DALY) in leta življenja, preživeta v optimalnem zdravju (HLY) (Peden, McGee in Krug, 2000; Mathers in dr., 2001; Šešok, 2003).

Skica 2: Piramida poškodb



Vir: prirejeno po WHO (http://who.int/violence_injury_prevention/injury/pyramid/injpyr/en/, 21. 3. 2005)

Rezultati študije, ki jo je izvedla Svetovna zdravstvena organizacija (Peden, McGee in Krug, 2000:3)⁶⁰ in kjer je bilo uporabljeno omenjeno merilo, so pokazali, da so poškodbe najpomembnejši vzrok smrti in manjzmožnosti v vseh starostnih kategorijah, razen pri ljudeh, starih 60 in več let.

Ekonomske posledice poškodb

Eden izmed najbolj kontroverznih načinov uporabe epidemioloških podatkov je izračunavanje stroškov iz distribucije poškodb ter bolezni in iskanje ravnotežja med izračunanimi stroški in stroški za zmanjšanje tveganja (Robertson, 1998: 215). Nasprotovanje izračunavanju ekonomskih posledic poškodb izvira iz odpora, ki ga nekateri ljudje čutijo ob pojmovanju, da je mogoče tudi poškodbe in smrti izraziti v denarnih enotah, na drugi strani pa iz vedno prisotnega nesoglasja glede uporabljenih metod, kadar

⁶⁰ V študiji Svetovne zdravstvene organizacije, v katero je bilo vključenih 191 držav članic, so bili uporabljeni podatki o umrljivosti iz nacionalnih zdravstvenih statistik, podatki, pridobljeni iz raziskav, popisov, epidemioloških študij in podatki zdravstvenih institucij posameznih držav. V študiji je bilo ovrednoteno breme prezgodnje smrti in manjzmožnosti po starosti in spolu za 135 vzrokov bolezni in poškodb na posameznih geografskih regijah sveta.

so posledice izračunane (Robertson, 1998: 215). V zadnjem času pa se pojavlja dvom v koristnost in upravičenost analiz stroškov boleznim in poškodb (npr. Currie in dr., 2000: 175).

Analize stroškov boleznim in poškodb⁶¹ pretvarjajo posledice boleznim in poškodb v denarne enote, to je v univerzalen jezik politične arene (Rice, 2000: 178). Ocene stroškov boleznim in poškodb se uporabljajo za definiranje obsežnosti problema poškodb in boleznim v denarnih enotah, za dokazovanje upravičenosti uvajanja določenih preventivnih programov, kot pomoč pri alokaciji sredstev za raziskovanje določenih boleznim (vrst poškodb), pri načrtovanju preventivnih programov, služijo pa tudi kot ekonomski okvir za evalvacije programov, vključno z analizo stroškov in koristi (angl. cost-benefit analysis) (Rice, 2000: 178; Laur in dr., 1998: 161).⁶²

Raziskave stroškov poškodb običajno vključujejo direktne in indirektne stroške. Direktni stroški predstavljajo vrednost vseh dobrin, uslug in drugih sredstev, uporabljenih za preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje boleznim ali poškodb, vključno s ponovno vzpostavitvijo prizadete človekove funkcije (Laur in dr., 1998: 159; Currie in dr., 2000: 175). Indirektni stroški pa predstavljajo vrednost izgubljene produkcije zaradi izgube ali zmanjšanja produktivnosti, povezane z obolevnostjo ali umrljivostjo. Tovrstni stroški se ocenijo s pomočjo »človeškega kapitala«,⁶³ pristopa, ki vrednoti človekovo življenje kot ekvivalent njegovega (zmanjšanega ali odsotnega) pričakovanega prihodnjega dohodka.⁶⁴ Drugi, manj izračunljivi »stroški«, pa vključujejo psihosocialne posledice poškodb, npr. bolečino in trpljenje.

⁶¹ Analiza stroškov boleznim ali poškodb se ukvarja edino s stroški. Če z analizo proučujemo samo stroške boleznim in poškodb, ne primerjamo pa med alternativami (stroški dveh ali več vrst boleznim ali poškodb), je to deskripcija stroškov. Če pa proučujemo stroške dveh ali več vrst boleznim ali poškodb, je to analiza stroškov. Niti deskripcija stroškov niti analiza stroškov ne izpolnjujeta pogojev za celovito ekonomsko evalvacijo (Laur, 1998: 161).

⁶² Z analizo stroškov in koristi se finančno ovrednoti učinke preventivnega programa, da bi jih bilo mogoče primerjati z vloženimi sredstvi za zmanjšanje določenega zdravstvenega problema (Laur in dr., 1998: 159).

⁶³ Metoda »človeškega kapitala« obravnava človekovo življenje kot investicijo, ki se bo v prihodnosti povrnila; večja je investicija, večja so pričakovana potencialna povračila. Osrednje mesto v tovrstnih analizah zavzema posameznik. Pri vseh trgih, vključno s trgom delovne sile, pa se predpostavlja, da so popolnoma kompetitivni (ni nezaposlenih oseb). Pristop torej predpostavlja, da ni mogoče nadomestiti posameznega delavca (Laur in dr., 1998: 170).

⁶⁴ Za ocenjevanje izgubljene produkcije se pogosto uporablja povprečen dohodek, ki je standardiziran glede na spol in starost (Currie in dr., 2000: 175).

Leta 1990 so celotni stroški (direktni in indirektni) poškodb na Švedskem znašali 8.369 milijonov ameriških dolarjev, kar je predstavlja približno 4% bruto nacionalnega proizvoda Švedske v tem letu. Indirektni stroški (t. i. stroški trga delovne sile) so predstavljali skoraj dve tretjini (65%) vseh stroškov (Laur in dr., 1998: 162).⁶⁵

Po mnenju Curriejeve in soavtorjev (Currie in dr., 2000: 175) naj bi bil osnovni namen analize stroškov oziroma izražanja posledic poškodb v denarnih enotah, prikazati pomen oziroma obseg problema poškodb, izračuni pa naj bi služili tudi kot izhodišče za določanje prioritet pri raziskovanju in financiranju zdravstvenih servisov. Študije pa po njihovem mnenju le malo prispevajo k tistemu, kar je že znanega. Tako npr. podatki o številu umrlih in poškodovanih osebah v prometnih nesrečah, hospitalizaciji in obiskih v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti zaradi poškodb, že kažejo na obseg problema, v tem primeru poškodb v cestnem prometu. Ne samo, da so ti podatki ves čas dosegljivi (njihovo zbiranje je kontinuirano), temveč že sami podatki predstavljajo pomembne informacije o obsegu problema. Trošenje dodatnih sredstev in časa, da bi opisali npr. breme prometnih nesreč, ne prispeva k boljši opredelitvi in prikazu problema. Poleg tega je pogosto težko interpretirati ocenjene »stroške« (Currie in dr., 2000: 175).⁶⁶

Iz tovrstnih izračunov izhaja, da je pri dodeljevanju sredstev potrebno dati prioriteto tistim problemom, ki so najdražji. Tako razumevanje pa je problematično iz treh razlogov (Currie in dr., 2000):

(1) študije stroškov poškodb uporabljajo napačen koncept »stroška«;

V procesu, ko se določajo prioritete, odločitev o dodelitvi sredstev določeni aktivnosti povzroči »izgubo koristi«, ki bi bile lahko pridobljene, če bila sredstva investirana v drugo aktivnost. To so t.i. oportunitetni stroški, ki so povezani z neuresničenimi priložnostmi.

⁶⁵ V zadnjih letih smo v Sloveniji zasledili le izračune stroškov poškodb v cestnem prometu (Šešok, 2004; Kristl in Bensa, 2004). Po ocenah Kristla in Bense so bili skupni stroški prometnih nesreč v letu 1998 v Sloveniji približno 71 milijard tolarjev (2004: 147). Po oceni Šešokove so direktni in indirektni stroški prometnih nesreč v Sloveniji v letu 2002 znašali 15,4 milijarde tolarjev (Šešok, 2004). Menimo, da skoraj petkratna razlika v izračunih v največji meri izvira iz različne metodologije, ki so jo uporabili avtorji v svojih analizah.

⁶⁶ V Kanadi so ekonomski stroški koronarnih bolezni ocenjeni na 7,4 milijard \$, stroški poškodb v cestnem prometu pa na 1,9 milijarde \$. Ali ti podatki kažejo, da so koronarne bolezni štirikrat večji problem kot poškodbe v cestnem prometu ali razmerje kaže, da je potrebno za koronarne bolezni nameniti štirikrat več sredstev in časa kot za poškodbe v cestnem prometu?

Oportunitetne stroške lahko opredelimo kot stroške, povezane z virom, ki bi nastali, če bi bil vir angažiran v nekem drugem okolju oziroma okviru neke druge možnosti (Prah, 2004). Da bi z omejenimi viri maksimirali družbene koristi, je potrebno ugotoviti, koliko virov določena aktivnost potrebuje (t. j. stroške aktivnosti) in kakšne koristi je mogoče pridobiti s to aktivnostjo. Le na osnovi podatkov o stroških in koristih je mogoče izbrati kombinacijo aktivnosti, ki bodo največ prispevale skupnosti. V kontekstu zdravstvenega varstva »aktivnosti« predstavljajo intervencije (npr. preventiva, zdravljenje, rehabilitacija), »stroški« so potrebni viri za izvedbo intervencije, »koristi« pa so izboljšanje zdravja (Currie, 2000: 176). Pri odločanju glede prioritet pri preprečevanju poškodb je potrebno poznati stroške intervencije, s katero želimo preprečiti poškodbe in koristi, ki bodo nastale glede zdravja prebivalstva. Meriti je torej potrebno tako stroške kot koristi aktivnosti, ki so namenjene preprečevanju poškodb, ne pa samo stroškov poškodb.

(2) načelo ekonomske učinkovitosti

Ocena stroškov poškodb bi bila uporabno merilo glede potencialnega zmanjšanja stroškov družbe le v primeru, kadar bi znane preventivne strategije lahko v celoti preprečile nastanek poškodb. Pri preprečevanju poškodb in pri večini drugih bolezni pa še vedno ne razpolagamo s tako učinkovitimi strategijami, da bi lahko to dosegli. Pri izboru preventivnih strategij je zato potrebno upoštevati načelo ekonomske učinkovitosti, po katerem ni mogoče izvesti nobenega programa, če njegove koristi ne presegajo njegovih stroškov. V primeru, kadar je potrebno izbrati med dvema programoma, bi moral imeti prednost program z največjimi čistimi koristmi. Le na ta način bi bilo mogoče zagotoviti učinkovito uporabo razpoložljivih sredstev.

(3) ali je logika analiz stroškov pravilna?

Uporaba analize stroškov za določanje prioritet pri alokaciji virov za raziskovanje in zdravstvene servise vsebuje razmišljanje, ki (v teoriji) lahko negativno vpliva na doseganje učinkovitosti. Osnovno izhodišče pri uporabi analize stroškov je pričakovanje, da višji stroški zahtevajo večjo družbeno pozornost, s tem pa naj bi bilo tudi več sredstev namenjenih preprečevanju oziroma zmanjševanju posledic poškodb. Predpostavimo lahko, da za izvedbo programov na enaki ravni učinkovitosti, vendar z manjšimi stroški, ne bi bilo potrebne zavzetosti: nižji stroški bi namreč lahko vzbudili občutek, da so poškodbe manjši zdravstveni in družbeni problem, s tem pa bi se pomaknile nižje na lestvici prioritet.

Zdravstvena ekonomika lahko v največji meri prispeva k preprečevanju poškodb z ocenjevanjem stroškov in koristi posameznih preventivnih strategij, ne pa le z izračunavanjem stroškov poškodb (Currie in dr., 2000: 176).⁶⁷

Razširjenost in resnost problema poškodb v Sloveniji

Razširjenosti in resnosti problema poškodb v Sloveniji bomo prikazali s pomočjo podatkov o umrljivosti, hospitalizaciji in obiskih ambulant osnovne zdravstvene dejavnosti. Zavedamo se, da bomo na ta način osvetlili le del problema, saj ne razpolagamo tudi s podatki o dolgoročnih posledicah, ki jih občuti poškodovana oseba, npr. o paraplegiji, tetraplegiji po poškodbi hrbtenjače, o disfunkciji možganov, izgubi spomina, ponavljajočih se glavobolih po poškodbi glave, o brazgotinah, kontrakturah po opeklinah ter drugih posledicah (emocionalne, vedenjske motnje, razpad družine, zakona, izguba kariere) itd. (Micik, Yuwiler in Walker, 1987: 18)

V analizi smo obdelali podatke nacionalne zdravstvene statistike (zbrane na osnovi MKB-10), ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, o umrljivosti zaradi poškodb in hospitalizacij v letih 1998-2002 ter ugotovljenih stanjih v osnovni zdravstveni dejavnosti v letu 2002. Vir podatkov o umrlih je baza podatkov o umrlih, vir podatkov o hospitalizaciji je evidenca poškodb, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici, podatki o ugotovljenih stanjih v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti pa izvirajo iz poročila primarne ravni zunajbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT), ki jo prav tako vodi Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije. Vir podatkov o stalnih prebivalcih Slovenije je Centralni register prebivalstva Republike Slovenije.

⁶⁷ V Sloveniji »nezgodna možganska poškodba glave predstavlja problem enakih razsežnosti kakor kap, ki s približno 4000 primeri na leto prizadene predvsem starejšo populacijo, za razliko od poškodbe glave, ki s 3850 primeri na leto glavni vzrok smrti in prizadetosti mladih v najbolj aktivnem obdobju med 15. in 40. letom. Statistični podatki o številu poškodovancev niso zanesljivi, manjkajo *cost-benefit* študije, ki bi ovrednotile rehabilitacijsko obravnavo v ekonomskem smislu. V zdravljenje poškodovanca s hudo poškodbo možganov so vložena ogromna sredstva, v rehabilitacijo pogosto niti tolar. Če bi več vložili v rehabilitacijske programe, bi lahko vrnili v produktivno življenje tri četrtine poškodovancev in tako bi sredstva zdravljenja vsaj delno povrnili« (Košorok, 2004: 19).

Umrljivost

V Sloveniji je v obdobju 1998-2002 zaradi poškodb vsako leto umrlo povprečno 1.580 ljudi (79,5/100.000 prebivalcev na leto). Stopnja umrljivosti zaradi poškodb se je v obdobju 1998-2002 nekoliko znižala glede na predhodno obdobje.

Tabela 2: Stopnja umrljivosti (100.000) prebivalcev zaradi poškodb, Slovenija, 1998-2002

Leto smrti	Umrljivost (100.000) prebivalcev
1988	97,0
1989	87,2
1990	86,6
1991	92,3
1992	91,1
1993	94,9
1994	98,6
1995	87,3
1996	90,4
1997	88,7
1998	83,4
1999	83,4
2000	77,6
2001	78,4
2002	74,5

V analiziranem obdobju so zaradi poškodb moški umirali več kot dvakrat pogosteje kot ženske. Povprečna specifična umrljivost glede na spol je bila v tem obdobju pri moških 113,5 (100.000), pri ženskah pa 46,9 (100.000).

Tabela 3: Umrljivost prebivalcev zaradi poškodb po spolu, Slovenija, 1998-2002

leto smrti	Moški		Ženske		Skupaj	
	število	v %	število	v %	število	v %
1998	1136	68,9	513	31,1	1649	100,0
1999	1153	69,5	505	30,5	1658	100,0
2000	1049	67,9	495	32,1	1544	100,0
2001	1108	70,8	456	29,2	1564	100,0
2002	1069	71,9	417	28,1	1486	100,0
1998-2002	5515	69,8	2386	30,2	7901	100,0

Delež umrlih moških zaradi poškodb se je v analiziranem obdobju nekoliko povečeval.

Slika 2: Stopnja umrljivosti zaradi poškodb po spolu, Slovenija, 1998-2002

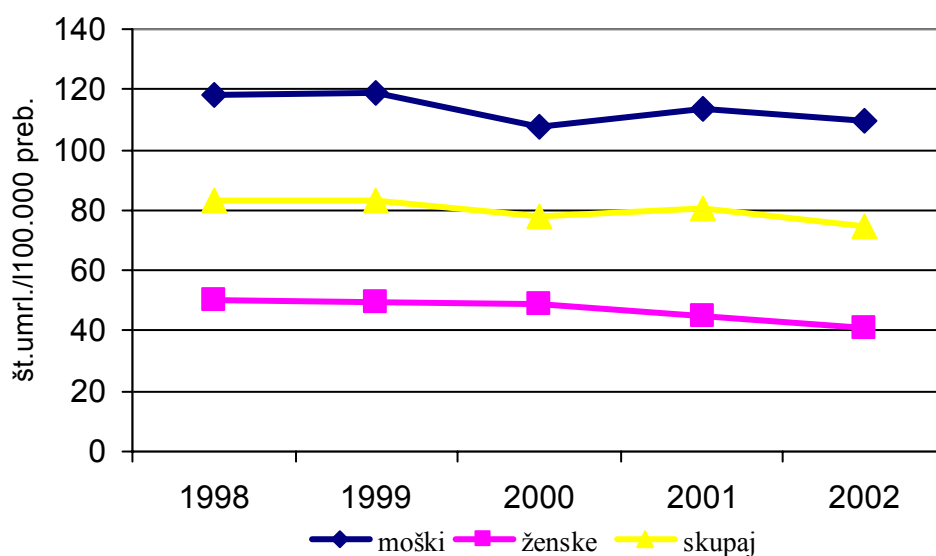


Tabela 4: Starostno specifična umrljivost zaradi poškodb (100.000), Slovenija, 1998-2002

Leto smrti	Starostne skupine								
	manj kot 1 leto	1-6	7-14	15-19	20-29	30-49	50-64	65+	Skupaj
1998	11,2	13,8	7,2	54,7	55,4	73,5	105,6	214,5	83,4
1999	5,7	8,8	9,0	36,9	55,9	72,6	111,5	213,9	83,4
2000	11,0	5,4	6,0	42,4	48,6	65,7	94,1	211,1	77,6
2001	17,0	1,8	5,1	50,5	58,0	59,8	98,4	206,6	80,6
2002	5,7	4,6	5,2	36,1	52,2	64,1	99,3	176,1	74,5
1998-2002	10,2	6,9	6,5	44,2	54,0	67,1	101,7	204,0	79,5

Starostno specifična umrljivost narašča s starostjo prebivalcev in je bila najvišja v starostni skupini 65 in več let, najnižja pa pri otrocih do 14 let. V analiziranem obdobju se je umrljivost v vseh starostnih skupinah nekoliko znižala.

Največji delež umrlih zaradi poškodb od umrlih zaradi vseh vzrokov je bil v starosti 15-19 let (73,4%), nato v starosti 20-29 let (70,1%) ter v starosti 7-14 let (43,5%), najnižji pa pri predšolskih otrocih in prebivalcih, starih 65 in več let.

Slika 3: Delež umrlih zaradi poškodb od vseh umrlih, Slovenija, 1998-2002

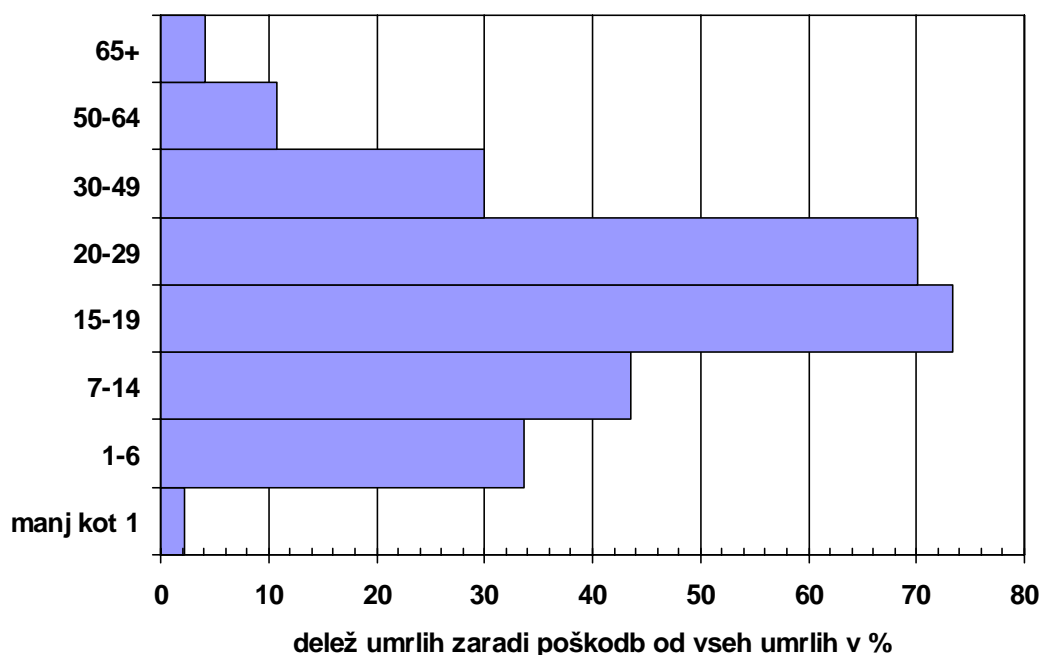


Tabela 5: Trije najpogostejši vzroki smrti pri posameznih starostnih skupinah, Slovenija, 1998-2002

	1. vzrok	2. vzrok	3. vzrok
manj kot 1	stanja v perinat.obdobju	kongenital. anomalije	nedefinirana stanja
1-4	poškodbe	kongenitalne anomalije	neoplazme
5-9	poškodbe	neoplazme	nedefinirana stanja
10-14	poškodbe	neoplazme	bolezni CZS
15-19	poškodbe	neoplazme	nedefinirana stanja
20-24	poškodbe	neoplazme	nedefinirana stanja
25-29	poškodbe	neoplazme	nedefinirana stanja
30-34	poškodbe	bolezni cirkulat. sistema	neoplazme
35-39	poškodbe	neoplazme	bolezni digestiv. organov
40-44	poškodbe	neoplazme	bolezni cirkul. Sistema
45-49	neoplazme	poškodbe	bolezni cirkul. Sistema
50-54	neoplazme	bolezni cirkul. sistema	poškodbe
55-59	neoplazme	bolezni cirkul. sistema	bolezni digestiv. organov
60+	bolezni cirkul. sistema	neoplazme	bolezni respirat. sistema

Vir: prirejeno po Zdravstveni statistični letopis (1998- 2002). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Poškodbe so bile v analiziranem obdobju glavni vzrok umrljivosti otrok, starih 1-14 let, mladostnikov in mlajših odraslih v starosti 20-44 let.

Prebivalci so v analiziranem obdobju najpogosteje umirali zaradi nenamernih poškodb, saj je bil njihov delež med vsemi poškodbami 56,0%, delež namernih je bil 38,3%, v 5,7% primerov pa je bil namen nedoločen.

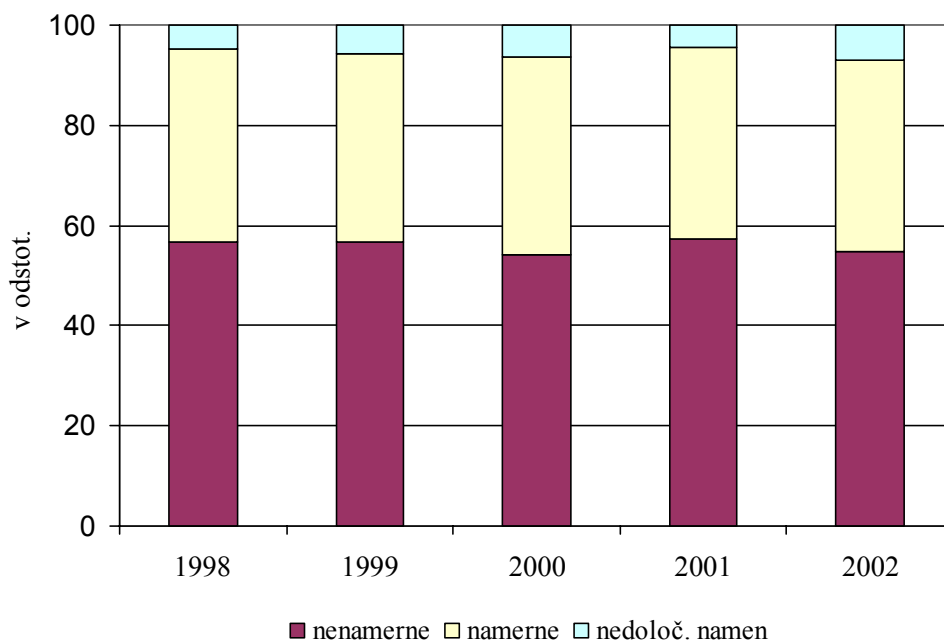
Tabela 6: Umrlji glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Poškodbe skupaj	1649	1658	1544	1564	1486
1. Nenamerne poškodbe					
- poškodbe med prevozom po kopnem (V01- V89)	338	353	329	316	293
- padci (W00-W19)	346	328	338	341	297
- nežive mehanične sile (W20-W49)	29	26	26	38	36
- utopitev in potopitev (W65-W74)	45	30	26	30	36
- dim, ogenj, plamen (X00-X09)	9	6	8	16	12
- naravne sile (X30-X39)	29	25	16	24	16
- zastrupitve (X40-X49)	37	36	24	39	31
- zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo (Y40-Y84)	57	69	33	47	38
- ostale nenamerne poškodbe (V90-V99, W50-W64, W75-W99, X10-X29, X50-X59)	46	68	37	46	56
Skupaj nenamerne poškodbe	936	941	837	897	815
2. Namerne poškodbe					
- namerno samopoškodovanje (X60-X64)	612	590	588	580	540
- napad (X35-Y09)	20	30	22	17	27
- zakonito posredovanje in vojne operacije (Y35-Y36)		1			
Skupaj namerne poškodbe	632	621	610	597	567
3. Dogodek nedoločnega namena (Y10-Y34)	81	96	97	70	104

V obdobju 1998-2002 so bili med vzroki smrti zaradi poškodb na prvem mestu samomori (29,9/100.000), padci (16,6/100.000), poškodbe med prevozom po kopnem (16,4/100.000), zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo (2,5/100.000), naključna utopitev in potopitev (1,7/100.000), zastrupitve (1,7/100.000), napad (1,7/100.000), izpostavljenost neživim mehanskim silam (1,6/100.000), druga naključna ogrožanja dihanja (1,2/100.000),

izpostavljenost neživim mehanskim silam (1,1/100.000), dim, ogenj, plamen (0,5/100.000) itd.⁶⁸

Slika 4: Umrljivost zaradi nenamernih in namernih poškodb, Slovenija, 1998-2002



Sprejemi v bolnišnico zaradi poškodb

V letih 1998-2002 je bilo zaradi poškodb vsako leto hospitaliziranih povprečno 29.344 ljudi (14,8/1.000). Hospitalizacije zaradi poškodb so v obdobju 1997-1999 predstavljale 9,5% vseh hospitalizacij v Sloveniji (Rok-Simon, 2001:10).

Tabela 7: Sprejemi v bolnišnico zaradi poškodb po spolu, Slovenija, 1998-2002

leto Sprejema	Moški		Ženske		Skupaj	
	število	v %	število	v %	število	v %
1998	16886	63,1	9868	36,9	26754	100,0
1999	18489	61,7	11478	38,3	29967	100,0
2000	19063	62,9	11239	37,1	30302	100,0
2001	18860	61,6	11754	38,4	30614	100,0
2002	18017	61,9	11068	38,1	29085	100,0
<i>1998-2002</i>	<i>91315</i>	<i>62,2</i>	<i>55407</i>	<i>37,8</i>	<i>146722</i>	<i>100,0</i>

Pri moških (18,6/1.000) je bila stopnja hospitalizacije skoraj dvakrat višja kot pri ženskah (10,9/1.000), vendar je delež moških, sprejetih v bolnišnico, rahlo upadel.

⁶⁸ Podrobnejša razčlenitev vzrokov umrljivosti zaradi poškodb je v prilogi, tabela 4.

Slika 5: Sprejemi v bolnišnico zaradi poškodb (1.000 preb.) Slovenija, 1998-2002

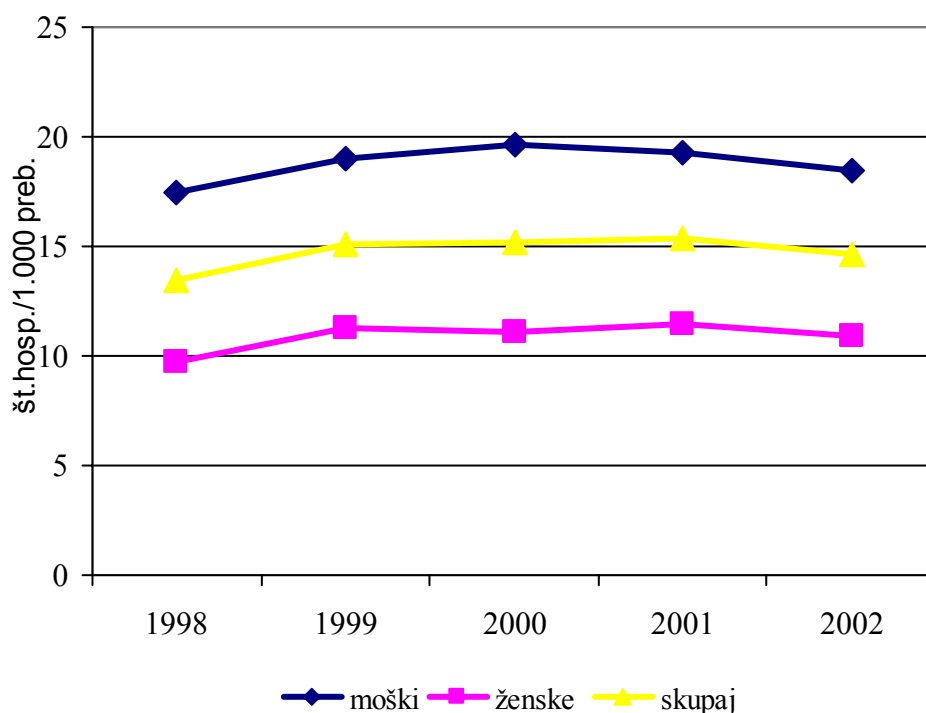
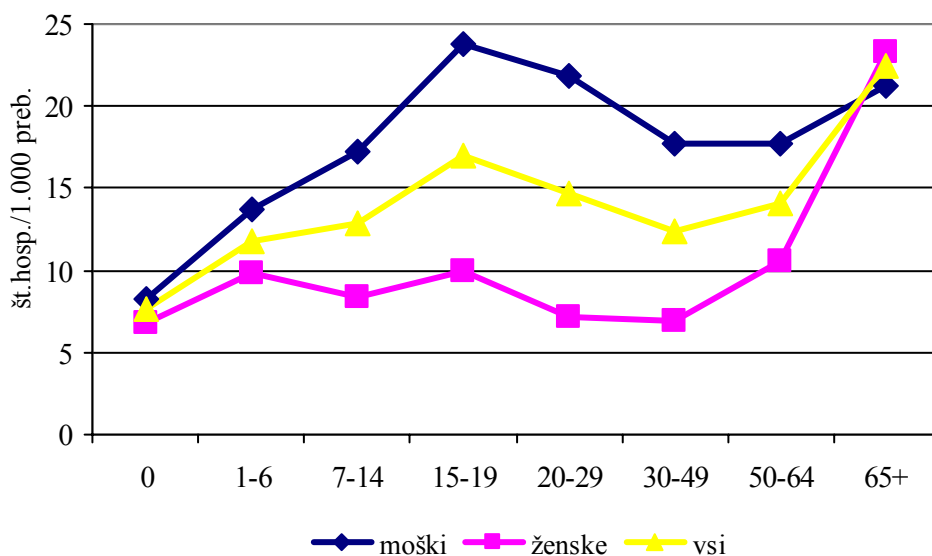


Tabela 8: Starostno specifična stopnja hospitalizacije zaradi poškodb (na 1.000 preb.), Slovenija, 1998-2002

Leto sprejema	Starostne Skupine								
	manj kot 1 leto	1-6	7-14	15-19	20-29	30-49	50-64	65+	Skupaj
1998	5,6	10,7	12,5	15,6	13,0	11,6	13,1	20,4	13,5
1999	7,4	12,2	14,0	17,9	15,5	12,6	14,3	22,6	15,1
2000	8,1	12,7	13,5	18,0	15,8	12,8	14,2	22,4	15,2
2001	8,9	12,1	12,7	17,8	15,0	12,8	14,6	24,2	15,4
2002	7,8	11,5	11,8	15,8	14,5	12,2	14,1	22,8	14,6
1998-2002	7,6	11,8	12,9	17,0	14,7	12,4	14,1	22,5	14,8

Starostno specifična stopnja hospitalizacije kaže prvi vrh v starosti 15-19 let, s starostjo stopnja narašča in je najvišja v starosti 65 in več let. Pri moških stopnja hospitalizacije doseže prvi vrh v starosti 15-19 let, nato nekoliko upada ter doseže drugi vrh v starosti 65 in več let. Pri ženskah je stopnja hospitalizacije najvišja v starosti 65 in več let, v vseh drugih starostnih kategorijah pa je precej nižja in dokaj izenačena.

Slika 6: Stopnja hospitalizacije po spolu in starosti, Slovenija, 1998-2002



V obdobju 1998-2002 je bilo kar 93,2% vseh oseb v bolnišnico sprejetih zaradi nenamernih poškodb.

Slika 7. Sprejemi v bolnišnico zaradi nenamernih in namernih poškodb, Slovenija, 1998-2002.

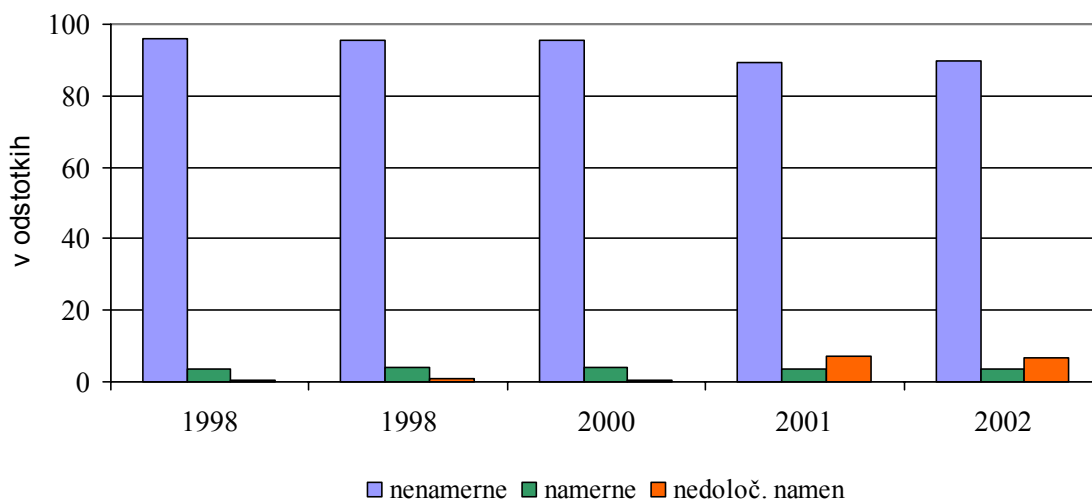


Tabela 9: Sprejemi v bolnišnico glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Vsi sprejemi (prvi) v bolnišnico zaradi poškodb	26754	29967	30302	30614	29085
1. Nenamerne poškodbe					
- poškodbe med prevozom po kopnem (V01- V89)	5202	5255	7019	6409	5424
- padci (W00-W19)	14349	15563	14647	14626	15012
- nežive mehanične sile (W20-W49)	3341	3296	3408	3113	3035
- žive mehanične sile (W50-W64)	1100	988	1062	911	972
- utopitev in potopitev (W65-W74)	17	15	22	17	13
- druga naključna ogrožanja dihanja (W75- W84)	36	37	56	49	32
- elektrika, sevanje, skrajne temperature (W85-W99)	49	27	58	37	28
- dim, ogenj, plamen (X00-X09)	86	105	108	81	96
- vročina, vroče snovi (X10-X19)	305	298	314	290	288
- strupene živali in rastline (X20-X29)	135	136	213	233	145
- zastrupitve (X40-X49)	243	272	380	310	265
- zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo (Y40-Y84)	101	136	139	128	199
- kasne posledice zunanjih vzrokov (Y85-Y89)	494	406	341	496	321
- ostale nenamerne poškodbe (V90-V99, X30-X59, Y90-Y98, ni podatka)	169	2102	1153	644	376
Skupaj nenamerne poškodbe	25627	28636	28950	27344	26146
2. Namerne poškodbe					
- namerno samopoškodovanje (X60-X64)	504	595	716	644	536
- napad (X35-Y09)	455	528	450	409	506
- zakonito posredovanje in vojne operacije (Y35-Y36)	2	1	1	1	2
Skupaj namerne poškodbe	961	1124	1167	1054	1044
3. Dogodek nedoločnega namena (Y10-Y34)	166	207	185	2216	1895

Kot vzrok za sprejem v bolnišnico so bili v analiziranem obdobju najpogosteje padci (7,5 /1.000), poškodbe med prevozom po kopnem (2,9/1.000), poškodbe, ki so posledica izpostavljenosti neživim (1,6/1.000) in živim mehničnim silam (0,5/ 1.000), poskusa samomora (0,3/1.000), napada (0,2/ 1.000), vročine in vročih snovi (0,2/1000), naključne izpostavljenosti škodljivim snovem in zastrupitve z njimi (0,2/1.000), kasnih posledic zunanjih vzrokov (0,2/1.000), dima, ognja in plamena (0,1/1.000), strupenih živali in rastlin (0,1/1.000) itd.⁶⁹

⁶⁹ Vzroki poškodb so podrobneje prikazani v prilogi, tabela 5.

Obiski v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti zaradi poškodb

V letu 2002 je bilo zaradi poškodb zabeleženih 431.912 (216,5/1.000 preb.) obiskov v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji. V obdobju 1997-1999 so obiski zaradi poškodb predstavljali 8,6% vseh obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji (Rok-Simon, 2001:10). Pomoč zaradi poškodb so v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti pogosteje iskali moški (274,6/1.000) kot ženske (160,9/1.000).

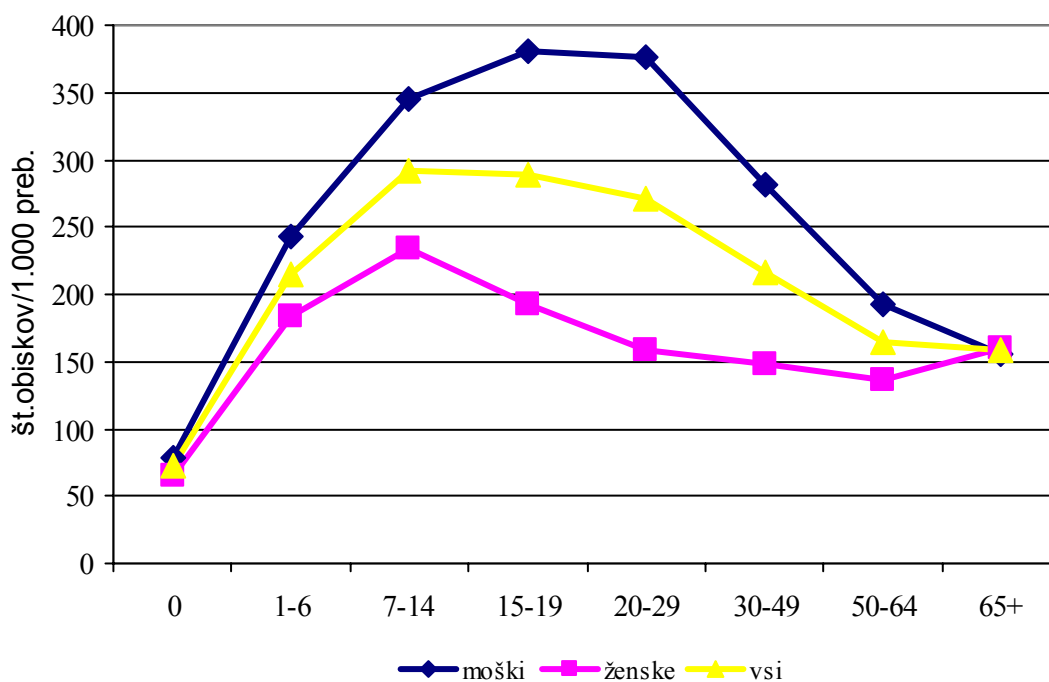
Tabela 10: Število obiskov (na 1.000 preb.) v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti zaradi poškodb po starosti, Slovenija, 2002

ambulante osnov. zdr. dejavnosti	Starostne skupine								
	Manj kot 1 leto	1-6	7-14	15-19	20-29	30-49	50-64	65+	Skupaj
Moški	78,7	243,1	345,9	380,9	376,2	281,5	192,6	156,2	274,6
Ženske	65,1	184,3	234,4	192,4	158,2	148,3	136,9	166,6	160,9
Vsi	72,1	214,6	291,7	288,5	270,7	216,2	164,5	159,0	216,5

Število obiskov doseže vrh v starosti 7-14 let, v kasnejšem starostnem obdobju pa rahlo upada. Pri ženskah se kaže vrh v starosti 7-14, kasneje pa število obiskov rahlo upada, izjema je starost 65 in več let, ko rahlo naraste. Pri moških je vrh v starostni kategoriji 15-29 let, kasneje pa število obiskov rahlo upada.

Večina poškodb, zaradi katerih so prebivalci v letu 2002 obiskali ambulante osnovne zdravstvene dejavnosti, je bila nenamernih (98,1%). Po vzroku poškodbe pa so bile najpogosteje zabeleženi (priloga, tabela 6) obiski zaradi padcev (83,6/1.000), poškodb, ki so nastale zaradi neživih mehanskih sil (72,6/1.000), poškodb, ki so nastale med prevozom po kopnem (22,5/1.000), živih mehanskih sil (16,3/1.000), strupenih živali in rastlin (4,6/1.000), vročine in vročih snovi (4,5/1.000), napada (2,5/1.000), čezmernega napora, potovanja in pomanjkanja (1,3/1.000), zastрупitev (1,2/1.000), električnega toka (0,7/1.000) itd.

Slika 8: Število obiskov v amb. osnov. zdr. dejavnosti zaradi poškodb po spolu in starosti, Slovenija, 2002.



Povzetek

V obdobju 1998-2002 je zaradi poškodb v Sloveniji vsako leto umrlo povprečno 1.580 ljudi (79,5/100.000), v bolnišnico pa je bilo vsako leto sprejetih povprečno 29.344 ljudi (14,8/1.000). V letu 2002 je bilo zabeleženih 431.912 (216,5/1.000.) obiskov v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti.

Med spoloma je precejšen razkorak: največji je pri umrlih, saj so moški zaradi poškodb umirali skoraj trikrat pogosteje kot ženske (113,5 : 46,9/100.000); nekoliko manjša razlika med spoloma je pri sprejemih v bolnišnico (18,6/1.000 : 10,9/1.000) in zabeleženih obiskih v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti (274,6/1.000 : 160,9/1.000).

Starostno specifična umrljivost zaradi poškodb raste s starostjo prebivalcev: najnižja je bila pri otrocih do 14 let, najvišja je bila pri starostni kategoriji 65 in več let. Najvišji delež umrlih zaradi poškodb od umrlih zaradi vseh vzrokov je bil v starosti 15-19 let (73,4%), nato v starosti 20-29 let (70,1%) ter v starosti 7-14 let (43,5%), najnižji pa pri predšolskih otrocih in prebivalcih, starih 65 in več let. Poškodbe so glavni vzrok umrljivosti otrok, starih 1-14 let, mladostnikov in mlajših odraslih v starosti 20-44 let.

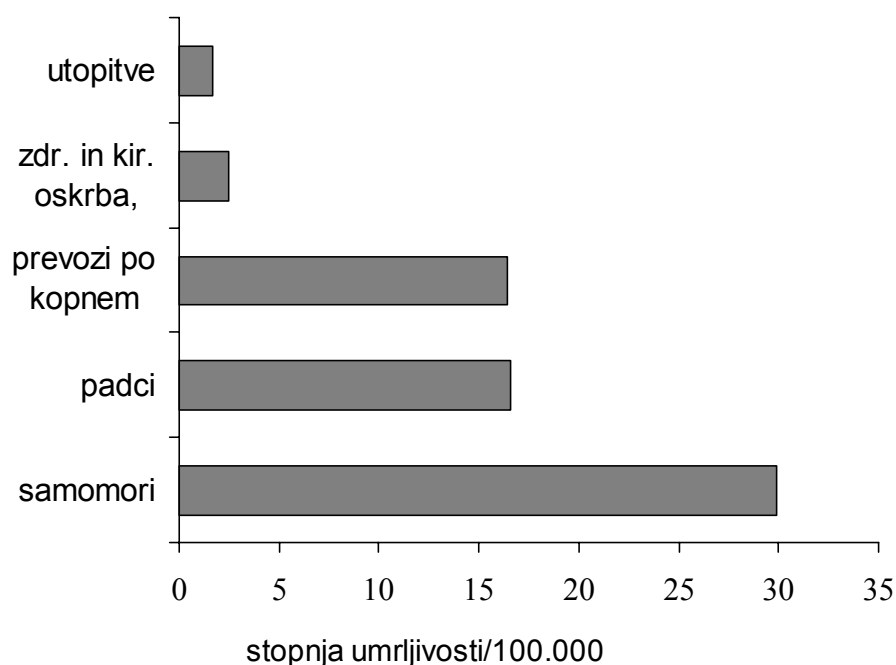
Starostno specifična stopnja hospitalizacije kaže vrh v starosti 15-19 let, potem pa stopnja zopet narašča s starostjo in je najvišja v starosti 65 in več let. Pri moških stopnja

hospitalizacije doseže prvi vrh v starosti 15-19 let, nato nekoliko upada ter doseže drugi in nižji vrh v starosti 65 in več let. Pri ženskah je stopnja hospitalizacije najvišja v starosti 65 in več let, v vseh ostalih starostnih kategorijah pa je precej nižja in dokaj izenačena. Število obiskov v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti doseže vrh v starosti 7-14 let, v kasnejšem starostnem obdobju pa rahlo upada; pri ženskah se kaže vrh v starosti 7-14 let, pri moških pa je največje število obiskov v starostni kategoriji 15-29 let.

Najpogostejši vzrok umrljivosti, sprejema v bolnišnico ali obiska ambulante osnovne zdravstvene dejavnosti prebivalcev Slovenije v analiziranem obdobju so bile nenamerne poškodbe; njihov delež je bil najvišji pri obiskih ambulant osnovne zdravstvene dejavnosti (98,1%), nato pri sprejemih v bolnišnico (93,2%), najnižji pa pri umrlih zaradi poškodb (56,0%).

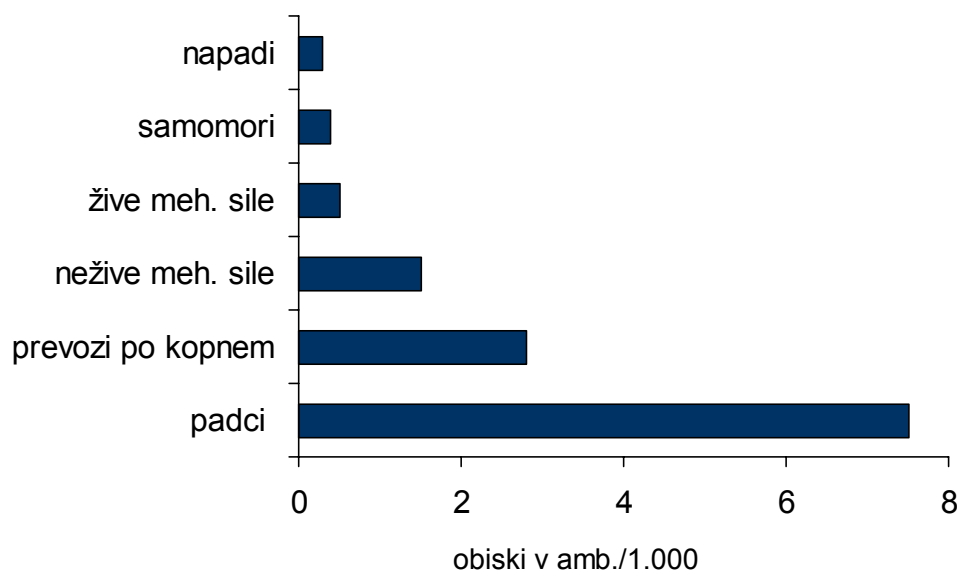
V obdobju 1998-2002 so bili med vzroki smrti zaradi poškodb na prvem mestu samomori (29,9/100.000.), nato padci (16,6/100.000), sledijo poškodbe med prevozom po kopnem (16,4/1.000), zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo (2,5/100.000), naključne utopitve in potopitve (1,7/100.000) itd.

Slika 9: Najpogostejši vzroki smrti zaradi poškodb, Slovenija, 1998-2002

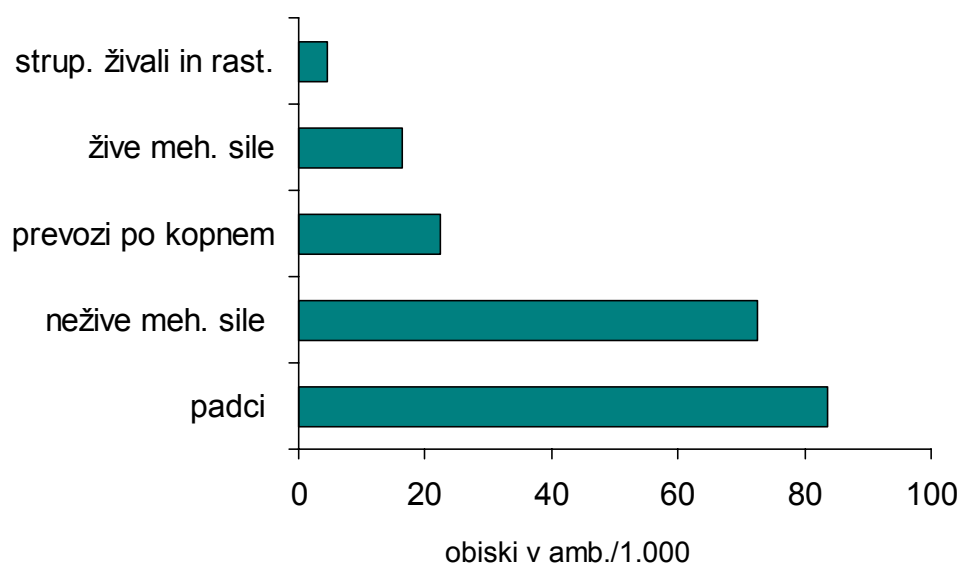


Najpogostejši vzroki za sprejem v bolnišnico so bili v enakem obdobju padci (7,5 /1.000), poškodbe med prevozom po kopnem (2,9/1.000), poškodbe, ki so posledica izpostavljenosti neživim (1,6/1.000) in živim mehničnim silam (0,5/ 1.000), poskusi samomora (0,3/1.000), napadi (0,2/ 1.000) in drugi.

Slika 10: Najpogostejši vzroki hospitalizacije zaradi poškodb, Slovenija, 1998-2002



Slika 11: Obiski v ambulantah osn. zdrav. dejavnosti zaradi poškodb, Slovenija, 2002



Pri zabeleženih obiskih v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti v letu 2002 so prevladovale poškodbe, ki so posledica padcev (83,6/1.000), poškodbe, ki so nastale zaradi neživih mehanskih sil (72,6/1.000), poškodbe, ki so nastale med prevozom po kopnem (22,5/1.000), živih mehanskih sil (16,3/1.000), strupenih živali in rastlin (4,6/1.000), vročine in vročih snovi (4,5/1.000) itd.

Poškodbe kot vzrok umrljivosti v svetu

Za prikaz umrljivosti v svetu zaradi poškodb bomo uporabili podatke, zbrane v okviru študije Svetovne zdravstvene organizacije Global Burden of Disease 2000 (Peden, Mc Gee in Sharma, 2002) za leto 2000. Podatki v študiji so prikazani ločeno za šest geografskih regij Svetovne zdravstvene organizacije.⁷⁰ Glede na bruto nacionalni dohodek, izračunan pri Svetovni banki, so države znotraj vsake geografske regije nadalje razdeljene v dve skupini: države z visokim in države s srednjim ali nizkim bruto nacionalnim dohodkom. Slovenija je uvrščena med države evropske regije s srednjim in nizkim bruto nacionalnim dohodkom.⁷¹ Pri določanju vzroka smrti in zdravstvenega stanja so bila upoštevana pravila Mednarodne klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene - MKB-10 oziroma predhodne verzije - MKB-9.

Celotna umrljivost je razdeljena v tri skupine,⁷² poškodbe so uvrščene v tretjo skupino in razdeljene na nenamerne in namerne. Med nenamerne poškodbe so uvrščene poškodbe v cestnem prometu, zastrupitve, padci, ogenj, utopitve in druge nenamerne poškodbe. Slednja skupina vključuje izpostavljenost živim in neživim mehanskim silam, električnemu toku, radiaciji, ekstremni temperaturi in pritisku v okolju, naravnim silam, stiku z vročino

⁷⁰ Geografske regije Svetovne zdravstvene organizacije, uporabljene v študiji Global Burden of Disease 2000: afriška in ameriška regija, regija jugo-vzhodne Azije, evropska regija, regija vzhodnega Mediterana in vzhodno-pacifiška regija (Peden, McGee in Sharma, 2002 : 75).

⁷¹ Države evropske regije s srednjim in nizkim bruto nacionalnim dohodkom: Albanija, Armenija, Azerbajdžan, Belorusija, Bosna in Hercegovina, Bolgarija, Hrvaška, Češka republika, Estonija, Gruzija, Madžarska, Kazahstan, Kirgizija, Latvija, Litva, Malta, Poljska, Republika Moldavija, Romunija, Ruska federacija, Slovaška, Slovenija, Tadžikistan, Makedonija, Turčija, Turkmenistan, Ukrajina, Uzbekistan in Jugoslavija (Peden, McGee in Sharma, 2002 : 75).

⁷² V prvi skupini so infekcijske bolezni, stanja, ki izvirajo v perinatalnem obdobju, stanja, povezana z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem ter endokrine bolezni, povezane s presnovo hrane, nedohranjenost in druga pomanjkanja v prehrani. V drugi skupini so nenalezljive bolezni (Peden, McGee in Sharma, 2002: 3).

in vročimi snovmi, strupenimi živalmi in rastlinami. Namerne poškodbe pa so razdeljene v samopoškodbe (samomori), nasilje po drugi osebi (npr. umori), poškodbe, ki so posledica vojne in druge namerne poškodbe, ki vključujejo tudi poškodbe, nastale med zakonitim posredovanjem.

Avtorji študije (Peden, McGee in Sharma, 2002: 4) opozarjajo na nekatere pomanjkljivosti prikazanih podatkov, zlasti na dejstvo, da razpoložljivi podatki vitalne statistike držav obsegajo le 17 milijonov vseh primerov smrti v svetu v enem letu, kar je tri četrtine ocenjene celotne umrljivosti v svetu. Poleg tega so podatki za leto 2000 pridobljeni z ekstrapolacijo podatkov podobne študije, ki je bila izvedena v letu 1990, v vmesnem obdobju pa so se v nekaterih regijah ali državah razmere lahko znatno spremenile. Rezultati študije (Peden, McGee in Sharma, 2002:1; Peden, McGee in Krug, 2002:3) so pokazali:

- v letu 2000 je v svetu zaradi poškodb umrlo približno 5 milijonov ljudi, stopnja umrljivosti je bila 83,7 na 100.000 prebivalcev;
- umrljivost zaradi poškodb predstavlja 9% vse umrljivosti v svetu;
- poškodbe v cestnem prometu in samomor sta najpogostejša vzroka smrti zaradi poškodb v svetu;
- več kot 90% vse umrljivosti zaradi poškodb v svetu nastane v državah s srednjim in nizkim bruto nacionalnim dohodkom;
- evropske države z nizkim in srednjim bruto nacionalnim dohodkom imajo najvišjo stopnjo umrljivosti zaradi poškodb v svetu;
- regiji jugo-vzhodne Azije in zahodnega Pacifika imata največje število smrti zaradi poškodb v svetu;
- umrljivost moških zaradi poškodb je dvakrat višja kot umrljivost žensk. V nekaterih regijah sveta je stopnja umrljivosti žensk zaradi samomora in ognja enaka ali celo višja kot umrljivost moških;
- moški v Afriki in Evropi imajo najvišjo stopnjo umrljivosti zaradi poškodb v svetu;
- umrljivost mladostnikov in mlajših odraslih, starih med 15 in 44 let, predstavlja 50% vse umrljivosti zaradi poškodb v svetu;
- umrljivost moških zaradi poškodb v cestnem prometu in nasilja po drugi osebi je skoraj trikrat višja kot umrljivost žensk zaradi teh vzrokov;
- na otroke, mlajše od pet let, odpade približno 25% vse umrljivosti zaradi utopitev v svetu in približno 15% vseh smrti zaradi ognja.

Podatki o umrljivosti zaradi poškodb odražajo raven razvoja na različnih območjih in v različnih državah sveta (Jansson in Svanström, 1998: 44). Ugotovitev, da poškodbe, podobno kot druge manifestacije odnosa zdravje-bolezen, v večji meri prizadenejo depriviligirane posameznike, skupine ali območja, so pokazale številne raziskave v različnih državah sveta (Diderichsen, Laflamme in Hallqvist, 1998: 178).

Tabela 11: Stopnja umrljivosti (100.000) prebivalcev zaradi poškodb po regijah Svetovne zdravstvene organizacije, 2000

Regija	Umrlijivost (100.000) prebivalcev
<i>Afrika</i>	118,8
<i>Amerika</i>	
- države z visokim nac. dohodkom	53,8
- države s srednjim in nizkim nac. dohodkom.	76,2
<i>Jugo-vzhodna Azija</i>	
- Indija	96,9
- druge države s sred. in nizkim nac. dohodkom.	75,0
<i>Evropa</i>	
- države z visokim nac. dohodkom	47,6
- države s srednjim in nizkim nac. dohodkom	131,5
Slovenija	77,6
<i>Vzhodni Mediteran</i>	
- države z visokim nac. dohodkom	51,1
- države s srednjim in nizkim nac. dohodkom	70,4
<i>Vzhodni Pacifik</i>	
- države z visokim nac. dohodkom	56,2
- Kitajska	51,5
- druge države s srednjim in nizkim nac. doh.	78,4

Vir: prirejeno po: Peden, McGee in Sharma (2002 : 11).

Poleg tega so študije pokazale, da je dohodek/deprivacija (na individualni ali skupinski ravni) najmočnejši prediktor socialnih razlik v umrljivosti in obolevnosti zaradi poškodb. Kljub trendu upadanja absolutne umrljivosti zaradi poškodb v številnih državah narašča družbena neenakost, povezana s tem problemom (Diderichsen, Laflamme in Hallqvist, 1998: 178).

Umrljivost zaradi poškodb v Sloveniji in v evropski regiji

Stopnja umrljivosti zaradi poškodb v Sloveniji v letu 2000 (77,6/100.000 prebivalcev) je bila znatno nižja od stopnje, ugotovljene za skupino evropskih držav s srednjim in nizkim nacionalnim dohodkom, v katero je bila uvrščena tudi Slovenija, vendar precej višja od stopnje, ugotovljene za evropske države z visokim nacionalnim dohodkom.⁷³ Podatki za leto 2000 kažejo, da je stopnja umrljivosti v Sloveniji pri treh najpogostejših zunanjih vzrokih umrljivosti zaradi poškodb - padcih, poškodbah med prevozom po kopnem in samomarih – presegala stopnjo, ugotovljeno za države evropske regije z visokim in srednjim ter nizkim dohodkom. Slovenija izstopa zlasti pri samomarih in padcih. Pri samomarih je občutna razlika med Slovenijo (29,5/100.000) in državami evropske regije z visokim nacionalnim dohodkom (12,9/100.000). S stopnjo umrljivosti zaradi samomora je bila Slovenija vedno v vrhu svetovne lestvice, običajno na drugem mestu za Madžarsko. Epidemija samomorov v Ruski federaciji in v nekdanjih baltskih državah je vplivala na to, da je Slovenija zdrknila za nekoliko mest navzdol (Markota, 1999: 18).

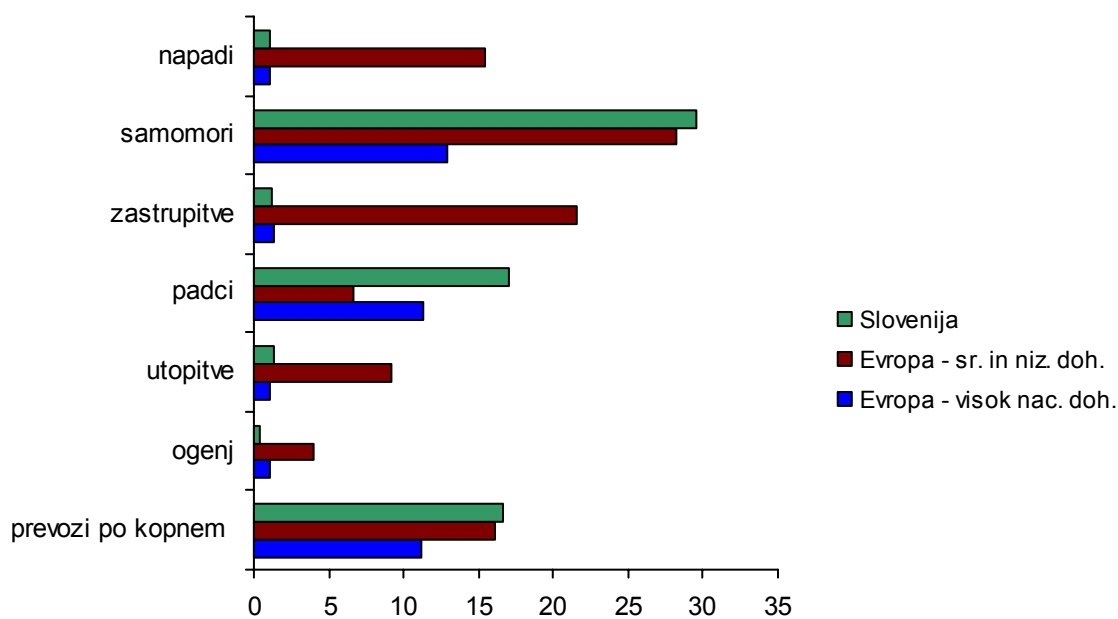
Tabela 12: Stopnje umrljivosti po posameznih vzrokih poškodb v državah evropske regije in Sloveniji (100.000), 2000

	Evropska regija – države z visokim dohodkom	Evropska regija – države s srednjim in nizkim dohodkom	Slovenija
Poškodbe med prevozom po kopnem (V01-V89, V99, Y850)	11,2	16,1	16,6
Dim, ogenj, plamen (X00-X09)	1,0	4,0	0,4
Utopitve, potopitve (W65-W74)	1,0	9,2	1,3
Padci (W00-W19)	11,3	6,6	17,0
Zastrupitve (X40-X49)	1,3	21,5	1,2
Samomor (X60-X84, Y870)	12,9	28,2	29,5
Napad (X85-Y09, Y871)	1,0	15,4	1,1

Vir: prirejeno po: Peden, McGee in Sharma (2002 : 11).

⁷³ Med države evropske regije z visokim nacionalnim dohodkom so bile uvrščene: Andora, Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Islandija, Irska, Italija, Luksemburg, Monako, Nizozemska, Norveška, Portugalska, San Marino, Španija, Švedska, Švica, Velika Britanija (Peden, McGee in Sharma, 2002 :75).

Slika 12: Posamezni zunanji vzroki smrti zaradi poškodb, evropska regija in Slovenija, 2000



Vir: prirejeno po Peden, McGee in Sharma (2002).

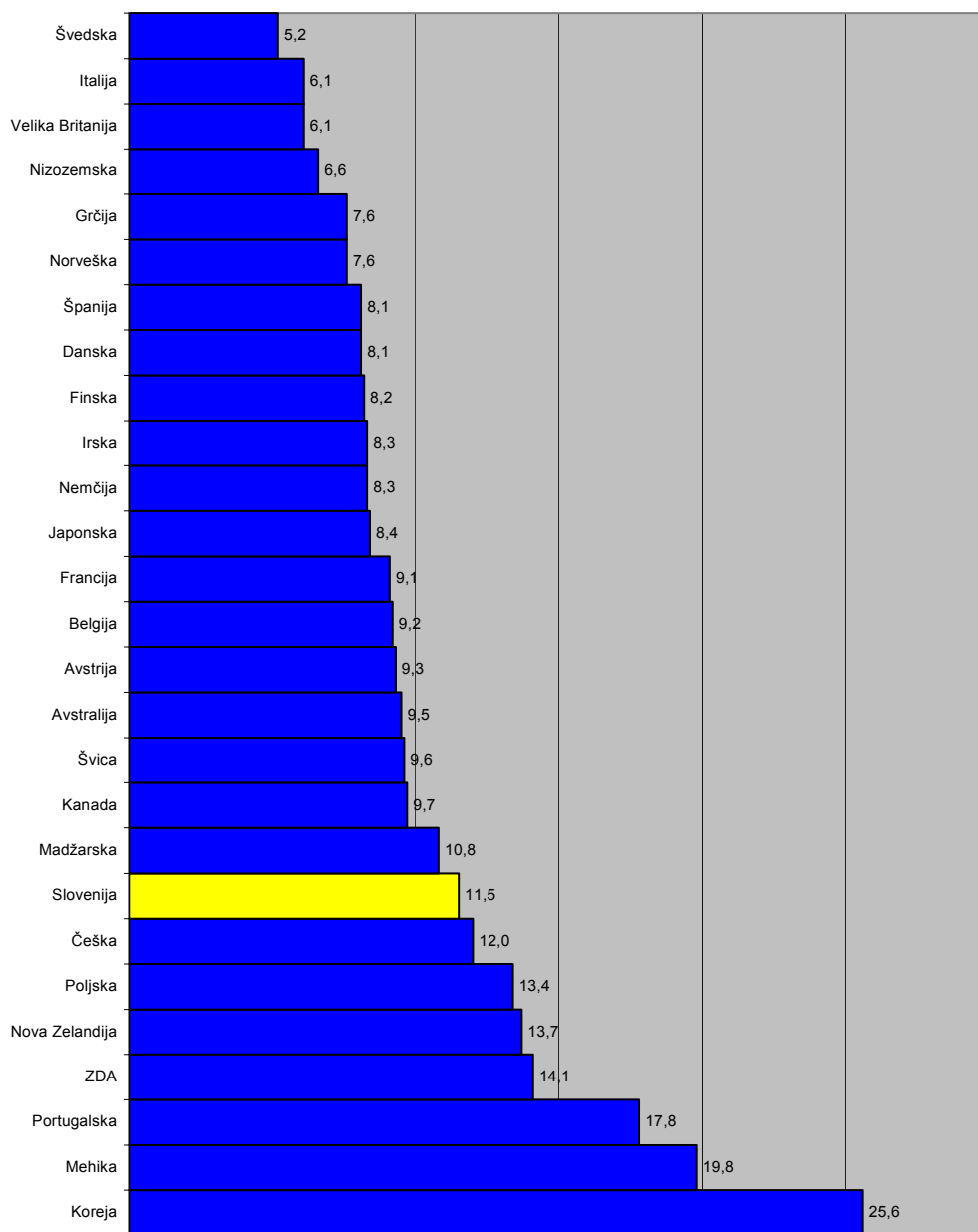
Stopnje umrljivosti v Sloveniji zaradi ognja, utopitev, zastrupitev in napada so znatno nižje kot v državah evropske regije s srednjim in nizkim dohodkom ter podobne kot v državah z visokim nacionalnim dohodkom.

Umrljivost otrok zaradi poškodb – kazalnik socialnih razlik

V številnih industrializiranih državah poškodbe znatno prispevajo k neenakosti v zdravju, posebno pri otrocih in mladostnikih (Diderichsen, Laflamme in Hallqvist, 1998: 178). V Evropi je bila v letu 1988 povprečna umrljivost zaradi poškodb pri otrocih, starih od 1 do 14 let, 15,9/100.000. Tovrstna umrljivost otrok v centralni in vzhodni Evropi je bila skoraj dvakrat višja kot v zahodni Evropi (23,7 v primerjavi z 12,6). Države s skoraj polovico nižjo umrljivostjo, kot je bila povprečna v Evropi, so bile: Luksemburg (3,9), Islandija (3,9), Švedska (7,3) in Malta (7,9); državi, ki sta znatno presegali evropsko povprečje, pa sta bili Romunija s 57,4 umrlimi na 100.000 otrok in Portugalska s stopnjo 32,0. Čeprav se je v obdobju 1970-88 celotna umrljivost otrok zmanjšala v večini držav, se je ta znižala za 27% v vzhodni in centralni Evropi ter za 50% v zahodni Evropi (Jansson. in Svanström, 1998:50). Iz poročila, ki ga je pripravil UNICEF Innocenti Research Centre (UNICEF, 2001), je razvidno, da so bile razlike v umrljivosti otrok (1-14 let) zaradi poškodb v

obdobju 1991-95 v državah, članicah OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development* – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj),⁷⁴ petkratne: najnižja stopnja umrljivosti (na 100.000 otrok, starih 1-14 let) je bila ugotovljena na Švedskem (5,2), najvišja pa v Koreji (26,6).

Slika 13: Povprečno število umrlih otrok (1-14 let) na leto zaradi poškodb v državah OECD in Sloveniji (100.000), 1991-95



Vir: prirejeno po UNICEF (2001: 4).

⁷⁴ V analizo je bilo vključenih 26 držav članic; zaradi statističnih razlogov nista bili upoštevani Islandija in Luksemburg, Turčija pa je odklonila sodelovanje v analizi.

Slovenija bi se s stopnjo umrljivosti otrok 11,5 (100.000) uvrstila v spodnjo tretjino lestvice. Izračun pokaže, da bi v Sloveniji v obdobju 1991-95 pri stopnji umrljivosti, kakršna je bila v tem obdobju na Švedskem (5,2), umrlo 114 otrok manj.

V državah, članicah OECD, se je umrljivost otrok zaradi poškodb v obdobju 1971-95 skoraj prepolovila, delež umrlih zaradi poškodb od vseh umrlih pa se je povečal od 25% na 37% (UNICEF, 2001: 7). Glede na to, da v sedemdesetih letih vlade in javnost v večini držav poškodb še niso pojmovala kot zdravstvenega problema in je bilo le malo pozornosti namenjeno njihovemu preprečevanju (Chalmers in Pless, 2001: 81), je mogoče to obdobje razumeti kot izhodišče za razumevanje sprememb v umrljivosti otrok zaradi poškodb v petindvajsetih letih. Podatki kažejo (UNICEF, 2001: 7; Chalmers in Pless, 2001:82), da je članice OECD mogoče razvrstiti v tri skupne glede na zmanjšanje umrljivosti otrok v obdobju 1971-1995,⁷⁵ in sicer: v prvi so države, ki so zmanjšale umrljivost za 60 ali več odstotkov (Nemčija, Nizozemska, Finska, Kanada, Norveška, Italija in Japonska); v drugi skupini so države, ki so uspele zmanjšati umrljivost od 50 do 60% (Avstralija, Velika Britanija, Švica, Belgija, Francija in Irska), v tretji pa države z manj kot 50% zmanjšanjem umrljivosti (Grčija, ZDA, Portugalska in Nova Zelandija). Največje zmanjšanje umrljivosti je bilo doseženo v Nemčiji (70,8%), najmanjše pa v Mehiki (32,4%) in na Madžarskem (32,9%).⁷⁶

Razlike v zmanjšanju umrljivosti otrok v opazovanem obdobju je morda mogoče delno pojasniti s prisotnostjo oziroma odsotnostjo koordinirane nacionalne strategije na državni ravni (Chalmers in Pless, 2001: 81), saj so države z močnimi vodilnimi nacionalnimi organizacijami na področju preprečevanja poškodb uspele v večji meri zmanjšati umrljivost kot države, kjer so prizadevanja ostala razdrobljena in razpršena.⁷⁷

Drugi (Towner in Towner, 2002:97) so poskušali razlike pojasniti z analizo zakonodaje na področju varnostnih ukrepov in v izvajanju le-teh v posameznih državah. V analizo so bili

⁷⁵ Podatkov o umrljivosti otrok zaradi poškodb v Sloveniji v obdobju 1971-75 ni bilo mogoče pridobiti. V Sloveniji se je stopnja umrljivosti otrok, starih 1-14 let, v obdobju med 1991-95 (11,5/100.000) in 1998-2002 (6,7) zmanjšala za 41,7%.

⁷⁶ Iz analize o zmanjšanju umrljivosti otrok zaradi poškodb je bila izločena Koreja.

⁷⁷ Tako je na primer Švedska na nacionalni ravni že leta 1954 ustanovila organizacijo za preprečevanje poškodb pri otrocih; leta 1962 je Velika Britanija oblikovala Medical Commission on Accident Prevention itd. (Chalmers in Pless, 2001:8). Na drugi strani pa v Italiji s tretjo najnižjo stopnjo umrljivosti otrok na nacionalni ravni ne obstaja nobena skupina oziroma organizacija za preprečevanje poškodb (Towner in Towner, 2002: 100).

vključeni varnostni ukrepi, izbrani na osnovi dveh kriterijev: obsega in resnosti določenega vzroka umrljivosti otrok zaradi poškodb in podatkov o učinkovitosti posameznega ukrepa.⁷⁸ Analiza je pokazala, da so države z največjim številom uzakonjenih ukrepov (sedem ali več): Avstralija, Nova Zelandija, Kanada, ZDA, Islandija, Švedska in Norveška. Švedska in Norveška sta tudi državi z najmanjšo umrljivosti otrok (prvo in peto mesto na lestvici), vse ostale države z večjim številom uzakonjenih ukrepov pa so po stopnji umrljivosti uvrščene v spodnji del lestvice – Avstralija na 16., Kanada na 18., Nova Zelandija na 22., ZDA pa na 23. mesto. Prav tako se zdi, da ne obstaja povezava med številom uzakonjenih ukrepov in napredkom pri zmanjšanju umrljivosti otrok v obdobju 1971-1995, saj so nekatere države, ki imajo sprejetih manj ukrepov (npr. Italija, Francija in Belgija) v večji meri zmanjšale umrljivost kot države z večjim številom uzakonjenih ukrepov (ZDA, Nova Zelandija) (Towner in Towner, 2002:100).

Ker podatki o umrljivosti otrok kažejo na ostro razliko med »bogatimi« in »revnimi« državami znotraj OECD, razlike pa so še izrazitejše pri poškodbah v cestnem prometu (UNICEF, 2001: 10),⁷⁹ bi analiza razlik v dohodku med državami članicami verjetno razkrila veliko več (Chalmers in Pless, 2001: 82) .

Rezultati nacionalne študije v Angliji in Walesu (Roberts in Power, 1996: 784) so pokazali, da je bila v obdobju 1979-80 in 1982-83 (štiri leta) stopnja umrljivosti zaradi poškodb pri otrocih (0-15 let), ki so bili glede na poklic staršev uvrščeni v najnižjo poklicno skupino, 3,5 krat višja kot pri otrocih, ki so bili uvrščeni v najvišjo poklicno skupino.⁸⁰ Stopnja umrljivosti otrok zaradi poškodb se je v obdobju 1989-92 znižala v vseh poklicnih skupinah, vendar je bilo znižanje neenakomerno. Razlike med skupinami so se celo povečale: v letih 1989-92 je bila stopnja umrljivosti otrok zaradi poškodb v najnižji

⁷⁸ V analizi je bilo upoštevanih deset preventivnih ukrepov: kolesarska čelada, avtomobilski varnostni sedež in varnostni pasovi za otroke, omejitev hitrosti na urbanih območjih, embalaža za zdravila, ki je otroci ne morejo odpreti, detektorji dima v stanovanjih, ograditev bazenov v domačem okolju, prepoved vožnje traktorjev za otroke in sprejeti varnostni standardi glede otroških igrišč.

⁷⁹ Raven ekonomskega razvoja in vzorec poškodb sta povezana na ekološki ravni. Tako je npr. v državah z dobro strukturiranim cestnim omrežjem in reguliranim cestnim prometom delež umrlih pod povprečjem držav in regij, ki nimajo urejenega cestnega prometa oziroma omrežja, čeprav pri izračunu nista upoštevana dva pomembna elementa, ki vplivata na število žrtev: število prevoženih kilometrov in/ali število vozil (Jansson in Svanström, 1998: 48)

⁸⁰ Raziskava je na osnovi poklicnega statusa predpostavila pet poklicnih skupin; pri razvrščanju umrlih otrok je bil upoštevan očetov poklic, materin pa v primeru, kadar podatki o očetu niso bili znani.

poklicni skupini petkrat višja kot v najvišji poklicni skupini. Rezultati študije so pokazali tudi, da se relativno tveganje za nastanek poškodb med poklicnimi skupinami spreminja glede na vzrok poškodbe: tako je npr. tveganje v najnižji poklicni skupini za smrt otroka zaradi ognja 16 krat večje kot v višjih poklicnih skupinah (Roberts in Power, 1996:785). Raziskava o umrljivosti otrok (0-14) zaradi poškodb na Škotskem v letih 1981-91 (Morrison in dr., 1999: 567) je pokazala, da je na relativno revnejših območjih stopnja umrljivosti otrok zaradi poškodb višja kot v bogatejših soseskah. Povezanost med ekonomskim stanjem in zdravjem otrok je bila večkrat dokazana. V letu 1991 je 18% kanadskih otrok, starih manj kot 18 let, živelo v revščini in tisti, ki so živeli v najrevnejših predelih, so bili izpostavljeni največjemu tveganju, da bodo umrli zaradi poškodb (MacKay in dr., 1999: 1).

Vpliv socioekonomskih dejavnikov na umrljivost zaradi poškodb je večji kot pri kateremkoli drugem vzroku smrti otrok (Roberts in Power, 1996: 785; Faelker, Pickett in Brison, 2000: 205).

Kaže, da tveganje za nastanek poškodb s smrtnim izidom pri otrocih strmo narašča z revščino (UNICEF, 2001: 2). Posamezniki iz nižjih slojev se pogosto soočajo s socialnimi ovirami, ki jim onemogočajo, da bi obvarovali svoje otroke pred poškodbami, pogosteje živijo v stresu in trpijo zaradi bolezni, ki so povezane z njim, imajo manj materialnih sredstev za nadzorovanje otrok ali nakup zaščitnih sredstev. V revnejših soseskah je običajno manj površin za varno igro otrok ali pa so bliže prometnih ulic oziroma industrijskih predelov (Faelker, Pickett in Brison, 2000: 206).

Verjetnost za smrt otroka zaradi namernih ali nenamernih poškodb je večja v enoroditeljskih družinah, povezana je z nizko izobrazbo matere, večja je pri zelo mladih materah, v družinah z večjim številom članov ali družinah, ki živijo v slabih stanovanjskih razmerah, povezana je tudi z zlorabo alkohola ali drog pri starših (UNICEF, 2001: 2).

Najverjetnejša razlaga za večje razlike v umrljivosti otrok zaradi poškodb med socialnimi sloji je poglobljanje razlik v izpostavljenosti zdravju škodljivim oziroma zdravju prijaznim fizičnim in socialnim okoljem, kar je najpogosteje povezano z neenakostjo v dohodku.⁸¹

⁸¹ Tako se v primeru otrok, potnikov v avtomobilu, socio-ekonomske razlike kažejo v obliki novejših, večjih in težjih avtomobilov, s pravilno nameščenimi in ustreznimi varnostnimi avtomobilskimi sedeži za otroke, zračnimi blazinami za potnike itd. Prav tako je verjetnost za nastanek požara večja v slabših stanovanjih, kjer so pohištvo, ogrevalne naprave, električni stroji starejši in cenejši, in v katerih so le redko nameščeni detektorji dima ali ognja.

Tako dolgo kot bo varnost odvisna od pripravljenosti posameznika za uporabo določenih preventivnih ukrepov in njegove plačilne sposobnosti, bo naraščajočo neenakost v dohodku spremljala neenakost v umrljivosti zaradi poškodb (Roberts in Power, 1996: 785).

PREPREČEVANJE NESREČ

Že od najstarejših časov družbe in posamezniki uporabljajo ukrepe za preprečevanje nesreč (Haddon, 1980a: 411). Mnogi izmed njih so se izkazali za tako učinkovite, da jih ljudje uporabljajo že tisočletja, npr. evakuacija prebivalstva v primeru poplav, erupcije vulkanov, plazov, prihoda napadalcev itd. Prav tako posamezniki že stoletja uporabljajo različne ukrepe za preprečevanje poškodb (npr. čevlje). Ukrepi za preprečevanje poškodb so navzoči vsepovsod okoli nas, npr. letališki kontrolni stolpi, semaforji, varovalke, električna izolacija, gasilni aparati, travmatološki oddelki v bolnišnicah, posebna medicinska obravnava ljudi s hemofilijo itd. Težišče preprečevanja poškodb pa je bilo dolgo časa izven področja javnega zdravja⁸² (Haddon, 1980a: 411).

Javno zdravje in preprečljive poškodbe

Usmerjenost javnega zdravja na preprečevanje smrti in poškodb zaradi nesreč je relativno novejši pojav (Green, 1997: 95). Do sredine dvajsetega stoletja je bilo preprečevanje nesreč nakazano v vzorcih vse podrobnejše statistike, vendar preprečevanje še ni predstavljalo posebne aktivnosti. Turner je v svoji analizi velikih nesreč (katastrof) poudaril, da so v prvih desetletjih dvajsetega stoletja družboslovci zanemarjali vzroke velikih nesreč kot legitimnega področja raziskovanja. »Če pogledamo nazaj, se nam zdi nenavadno, da je obstajal tako obsežen tihi sporazum o tem, da je nesmiselno zapravljati čas in denar za proučevanje dejavnikov, ki vodijo k nastanku velikih nesreč« (Turner, 1978: 39, citirano v Green, 1997: 95). Ugotovitev bi lahko posplošili na vse nesreče, poleg tega pa zanemarjanje ni bilo omejeno le na družboslovce: politika in medicina sta kazali le neznamenit interes za proučevanje vzrokov nesreč in za načine njihovega preprečevanja. Splošno je bilo sprejeto dejstvo, da se nesreče dogajajo, pozornost v javnem zdravju pa je bila namenjena le njihovim izidom v smislu zdravljenja poškodovancev in njihovi čim hitrejši vrnitvi na delovno mesto.

V dokumentih iz prve polovice dvajsetega stoletja so bile nesreče opredeljene kot nepredvidljivi dogodki, pri nastanku katerih ni motiva (»laična« definicija), od medicine pa se je pričakovalo, da se ukvarja z izidi nesreč, ne pa tudi z njihovim preprečevanjem.

⁸² Javno zdravje razumemo kot del zdravja, za katerega je odgovorna država; aktivnosti, ki jih država sprejme oziroma izvaja v imenu javnosti, da bi varovala oziroma izboljšala zdravje ljudi (Hamlin, 2002: 21).

Svetovna zdravstvena organizacija je v tem času definirala nesrečo kot »nenameren dogodek, katerega posledica je prepoznana poškodba« (WHO, 1957).

Če so nesreče slučajni dogodki, potem po definiciji ležijo izven območja racionalnega javnega zdravja, ki proučuje regularne vzorce vzrokov bolezenskih stanj. V tem obdobju na področju medicine ni mogla nastajati literatura o preprečevanju nesreč, in vse do druge polovice dvajsetega stoletja je mogoče najti le redke reference, ki bi se nanašale na preprečevanje poškodb na področju javnega zdravja; izjemo je predstavljala literatura o rehabilitaciji in organizaciji oddelkov za nujno pomoč (Green, 1999: 28-9).

V tem obdobju sta »profesionalna« in »laična« javnost soglašali glede opredelitve nesreč kot nepredvidljivih in nepreprečljivih dogodkov.

Profesionalizacija preprečevanja nesreč

Od sredine dvajsetega stoletja dalje je pričelo javno zdravje v industrializiranih državah sveta vse bolj »kolonizirati« preprečevanje poškodb, ki so posledica nesreč, in vse pogosteje se je zaslišalo »profesionalno mnenje« o njihovem preprečevanju (Green, 1999: 29). V nasprotju z definicijami in predpostavkami v zgodnejših dokumentih se je približno od 1960. leta dalje »profesionalno mnenje« pričelo oblikovati in izražati kot povsem nasprotno fatalističnim »laičnim« prepričanjem, za katere se je predpostavljalo, da poudarjajo nepredvidljivo in nepreprečljivo naravo nesreč.

Ključni preobrat v razmišljanju »profesionalne« javnosti je povzročil članek Johna D. Gordona o epidemiologiji nesreč (Haddon, 1980a: 412; Micik, Yuwiler in Walker, 1987: 18; Andersson, 1998: 19; Green, 1997: 96-7; Green 1999: 29), ki je bil prvič publiciran leta 1949, pogosteje citiran pa šele desetletje kasneje. Gordon je v svojem članku opisal incidenco boleznih stopala (angl. trench foot), s katero se je seznanil v drugi svetovni vojni. Ker naj bi bil vzrok nastanka mraz, boleznih naj ne bi bilo mogoče raziskovati in preprečiti. Gordon je ugotovil, da na pojavnost boleznih stopala vpliva higiena nog in z raziskovanjem, kateri moški so oboleli ter dejavnikov, ki prispevajo k nastanku, bi bilo mogoče po njegovem menju znatno vplivati na obolevnost. Podoben izziv v miru predstavljajo nesreče. Čeprav se nesreče morda kažejo kot neizogibni pojavi v naravnem svetu (podobno kot mraz), bi z natančno analizo interakcije med gostitelji, agensi in vektorji odkrili regularne vzorce. Podobno kot pri mnogih endemičnih boleznih, se tudi pri nekaterih vrstah nesreč (npr. nesreče v domačem okolju) iz leta v leto pojavljajo presenetljivo podobne stopnje incidence; pri drugih vrstah (npr. prometne nesreče) pa je mogoče zaznati sezonska nihanja. Tako kot pri številnih boleznih, je tudi pri nesrečah mogoče ugotoviti različna

gibanja v času. Nesreče bi bilo po mnenju Gordana (Green, 1999: 29) potrebno obravnavati znotraj področja javnega zdravja, ki razpolaga z znanjem o epidemiologiji in preprečevanju bolezni.

Od leta 1960 dalje javnozdravstvena literatura, predvsem v anglosaksonskih državah, poudarja podobnost med boleznimi in nesrečami. Tako je npr. ameriška Nacionalna akademija znanosti (National Academy of Sciences) v svojem poročilu leta 1966 opisala nesreče kot zanemarjeno epidemijo moderne družbe ter kot najpomembnejši okoljski zdravstveni problem (National Research Council, 1966).

Znanje »profesionalcev« (na področju javnega zdravja) o nesrečah je bilo konstruirano kot boljše informirano in racionalnejše, pojmovanje »laične« javnosti pa kot neracionalno, ker naj bi nesreče razumela kot slučajne in nepredvidljive »nesrečne« dogodke.⁸³ Ameriška Nacionalna akademija znanosti je leta 1985 v dokumentu *Injury in America*, kjer je ponovno opozorila na problem poškodb v Ameriki in poudarila ključne ugotovitve iz leta 1966, zapisala: »Tradicionalno so bile poškodbe pojmovane predvsem kot neizogibne nesreče ali kot problem vedenja, ne pa kot zdravstveni problem« (Committee of Trauma Research in dr., 1985: 18).

S prepoznanjem nesreč in njihovega preprečevanje kot legitimnega interesa javnega zdravja, so v 70. in 80. letih preteklega stoletja nastajale vse številnejše raziskave o vzorcih poškodb, ki so bile posledice nesreč (Green, 1999: 30). V nekaj desetletjih nesreče niso bile prepoznane le kot potencialno preprečljivi dogodki, temveč tudi kot dogodki, ki jih je potrebno preprečiti. Nastanek nesreče je postal obravnavan kot odraz napačno izračunanega tveganja.

Relativno pozno zanimanje javnega zdravja za poškodbe, ki so posledica nesreč in za njihovo preprečevanje, epidemiologi (npr. Robertson, 1998) pojasnjujejo z naraščanjem relativne stopnje umrljivosti zaradi nesreč v primerjavi z drugimi vzroki smrti. Naraščanje relativne stopnje umrljivosti zaradi nesreč je povzročilo zlasti občutno zmanjšanje vpliva klasičnih infekcijskih bolezni na zdravje prebivalstva v industrializiranih državah sveta. Prepričljivejši razlog kot splošna stopnja umrljivosti zaradi nesreč pa je dejstvo, da so nesreče najpomembnejši vzrok smrti otrok, mladostnikov in mlajših odraslih v vseh industrializiranih državah sveta.

⁸³ Prepoved termina »nesreča« v strokovnih revijah kaže, da se konstruiranje »profesionalnega« znanja kot boljše informiranega in racionalnejšega v primerjavi z »laičnim«, nadaljuje tudi v začetku tretjega tisočletja.

Eden izmed vzrokov, da so industrializirane države vse do sredine dvajsetega stoletja zanemarjale nesreče kot problem javnega zdravja, izvira morda iz težav, ki jih povzroča konceptualizacija nesreč znotraj medicinskega modela bolezni. Vzrok določene bolezni je pogosto mogoče pripisati le enemu virusu ali agensu, medtem ko je nastanek nesreče običajno povezan z več dejavniki (Green, 1997: 98).

Razloge naraščajočega zanimanja za poškodbe kot bolezni v Veliki Britaniji v drugi polovici 20. stoletja Calnan (Calnan, 1982, v Green, 1997: 99) pojasnjuje tudi s prizadevanjem specialistov za poškodbe, da bi dosegli avtonomijo svoje medicinske prakse in ekspertize. Vse do približno 1950. leta so bili oddelki, namenjeni obravnavi poškodovancev, v profesionalnem smislu zanemarjeni. Ovire za profesionalno avtonomijo je predstavljalo dejstvo, da so pacienti lahko prihajali nenaročeni, kadarkoli in z različnimi težavami. Kljub temu, da so bili oddelki običajno v bolnišnicah, so bili istočasno del manj »prestiznega« primarnega zdravstvenega varstva. Zaradi prizadevanja zlasti kirurgov ortopedov so po letu 1962 tovrstni oddelki pridobili status specialističnih centrov za zdravljenje poškodb. Čeprav se zdi gornja razlaga profesionalne taktike funkcionalna, še vedno ostaja nepojasnjeno, zakaj je do zahtev po profesionalni avtonomiji prišlo šele v drugi polovici dvajsetega stoletja, saj je delež medicinskega dela v zvezi s posledicami nesreč pričel opazno naraščati že v 19. stoletju (Green, 1997: 99).

Po mnenju Cooterja (Cooter, 1993, v Green, 1997: 99-100) so bile poškodbe zaradi nesreč zanemarjene vse do druge polovice 20. stoletja deloma zato, ker so se dogajale predvsem pripadnikom delavskega razreda in niso v tolikšni meri kot npr. infekcijske bolezni ogrožale zdravja bogatih ali vplivnih ljudi.

K pomanjkanju interesa javnega zdravja za nesreče v prvi polovici dvajsetega stoletja naj bi prispevalo tudi dejstvo, da so bili vzroki nesreč večinoma izven področja medicinske stroke (Greenwood in dr., 1941, v Green, 1999: 31): izraženi so bili v zakonodaji, ki je zadevala zdravje ter varnost na delovnem mestu in v cestnem prometu. Razlog ni prepričljiv, saj je veljal za tako za prvo kot tudi (morda še bolj) za drugo polovico dvajsetega stoletja. V Veliki Britaniji so številne organizacije in vladni oddelki odgovorni za spremljanje in preprečevanje nesreč. Razpršena odgovornost morda otežuje delo oddelkom javnega zdravja, vendar to ne ovira epidemiološkega raziskovanja nesreč in razvoja področja v okviru javnega zdravja.

Pogoji za profesionalizacijo preprečevanja so nastali tedaj, ko nesreče niso bile več obravnavane kot edinstveni in slučajni »nesrečni« dogodki in so s pomočjo retrospektivnih statističnih analiz postale vidne kot posledice niza socialnih, psiholoških in okoljskih

dejavnikov tveganja. Soodvisnosti pri smrtih in poškodbah je bilo mogoče ugotavljati šele tedaj, ko so bile nesreče obravnavane kot tveganje, ne pa kot posamičen vzrok (Green, 1999: 31).

Konceptualizacija preprečevanja nesreč

Vzroki nesreč

Eden izmed prvih poskusov razlage in konceptualizacije vzrokov nesreč je Heinrichov domino model iz tridesetih let prejšnjega stoletja (Andersson, 1998: 19), ki je bil prvotno namenjen analizi nesreč pri delu, vendar ga je mogoče uporabiti pri analizi katerekoli vrste nesreče. Model ima obliko petih domino kock v vrsti, ki predstavljajo *okolje* (1. domina), ki vpliva na človekovo *aktivnost* (2. domina), ki je izvor *tveganja* (3. domina) za nastanek *nesreče* (4. domina), ki vodi k *poškodbi* (5. domina). S pomočjo modela je mogoče ilustrirati vzročne mehanizme nastanka poškodbe kot linearen tok časovno zaporednih dogodkov oziroma faz in ponazoriti možnosti za preprečevanje nesreč s posegom v katerokoli fazo pri nastanku poškodbe.

Z ugotovitvijo, da so nesreče zaradi svojih značilnosti: epidemičnosti, sezonskega variiranja, geografske, socioekonomske in ruralno-urbane distribucije v mnogih pogledih podobne klasičnim infekcijskim boleznim ter drugim, že znanim patološkim stanjem ter da je mogoče z natančno analizo interakcije med gostitelji, agensi in vektorji odkriti regularne vzorce, je mogoče Johna Gordona smatrati za začetnika t.i. epidemiološkega modela (sheme) razlage nesreč (Haddon, 1980a: 412).

Strokovnjaki so pri obvladovanju patologije, deskriptivno opredeljene kot poškodbe, poskušali ugotoviti, ali obstajajo neobhodni in specifični vzročni dejavniki za nastanek tovrstne patologije oziroma vzročni dejavniki, brez katerih patologija ne bi nastala. Poskušali so ugotoviti, ali pri poškodbah obstajajo agensi v klasičnem epidemiološkem smislu, katerih interakcija z ljudmi bi predstavljala osnovo pri konceptualizaciji raziskovanja in preprečevanja poškodb (Haddon, 1980a: 412).

Na začetku so kot agense identificirali izdelke oziroma naprave, na katerih oziroma s katerimi se ljudje poškodujejo, npr. stopnice, motorna vozila, orožje itd. (Andersson, 1998: 20). Tak koncept agensa pa se je razlikoval od aplikacije v epidemiologiji npr. klasičnih infekcijskih boleznih, kjer je bil agens razumljen kot nekaj, kar je v specifičnem odnosu z določenim izidom (boleznijo), tako kot je npr. *mycobacterium tuberculosis* v odnosu do turberkuloze (Andersson, 1998: 20).

V šestdesetih letih prejšnjega stoletja je Gibson kot neobhodni in specifični agens pri nastanku poškodb identificiral energijo⁸⁴ (Robertson, 1998: 7; Andersson, 1998: 20; Haddon, 1980a: 413), kasneje pa je njegovo ugotovitev dopolnil in nadalje razvijal William Haddon, ki velja za pionirja na področju konceptualizacije preprečevanja poškodb (Andersson, 1998: 20; Moller, 1992: 9; Wilson in dr., 1991: 7). Toplotna energija je vzrok za nastanek opeklin, mehanska energija je vzrok zlomom in ranam, kemična energija povzroča zastrupitve in razjede itd. Prenos energije k človekovemu telesu v stopnji ali količini, ki je nad ali pod mejo tolerance človekovega tkiva, je neobhoden in specifičen vzrok poškodb. Količina koncentrirane energije, ki presega meje tolerance človeškega tkiva, pa določa resnost (težo) poškodbe.

Haddon je analogno konceptu epidemiologije infekcijskih bolezni opredelil tudi sredstva za prenos energije (vektorje). Energija, ki trči v telo in ovira njegove normalne funkcije, se običajno prenaša z objekti ali živimi organizmi, kar ustreza vektorjem pri infekcijskih boleznih (Haddon, 1980a: 413). Električne žice so vektor električne energije, grelna plošča je vektor toplotne energije, steklenička, ki vsebuje strup, je vektor svoje vsebine. Najpogostejši vektor mehanske energije je avtomobil: velikost in teža avtomobila, njegova zunanja in notranja oblika vplivajo na prenos mehanske energije ter na verjetnost, da se bo oseba ob trčenju avtomobila poškodovala. V manjšem avtu, kjer je manj prostora za absorbiranje energije, se več mehanske energije prenese na voznika in potnike v avtomobilu.

Razlike v odpornosti na agense poškodb v precejšnji meri vplivajo na pojav in naravo poškodb v populaciji, podobno kot razlike glede odpornosti na agense, npr. virusne influence, vplivajo na pojav in naravo infekcije (Haddon, 1980a: 413-4). Podobno kot pri infekcijskih boleznih je nekaj razlik v populaciji glede dovzetnosti za nastanek poškodb genetskih (npr. hemofilija), nekaj pa je pridobljenih. Pomembne niso le genetske in povzročene razlike glede dovzetnosti gostitelja, temveč tudi prag poškodbe (angl injury threshold). Prag poškodbe pri zdravih ljudeh, ki so v dobri fizični kondiciji, je precej višji kot pri bolnih in šibkih ljudeh. Padec, ki pri človeku z osteoporozo lahko povzroči trajno

⁸⁴ Relativno pozno »odkritje« energije kot vzroka za nastanek poškodb Robertson (1998: 7) pripisuje dejstvu, da so mnogi epidemiologi potem, ko se je v prvi polovici dvajsetega stoletja občutno zmanjšala umrljivost zaradi infekcijskih bolezni, svojo pozornost usmerili na proučevanje bolezni srca in ožilja ter raka. Razlog za preusmeritev pozornost je verjetno delno v tem, da je ameriška vlada financirala raziskovanja predvsem na teh dveh področjih, delno pa v prevladujočem stališču, da so poškodbe posledica »napak« v človekovem vedenju.

invalidnost, mladostniku običajno ne povzroči nobenih večjih poškodb. Tako je npr. sprejemljivost (dovzetnost) za nastanek poškodbe pri otrocih v odnosu z njihovo starostjo, rastjo in razvojem (Micik, Yuwiler in Walker, 1987: 25).

Poškodbe so posledica prenosa tolikšne količine energije k telesu, da presega prag poškodbe ali motnje pri normalni menjavi energije s telesom (npr. utopitev, zadušitev) (Haddon, 1980a: 414).

Poškodbe imajo torej enake epidemiološke parametre kot infekcijske bolezni in nekatera druga patološka stanja: agense, vektorje in sprejemljivega (dovzetnega) gostitelja. Vse bolezni, vključno poškodbe, je mogoče razumeti kot rezultat interakcije med temi tremi kategorijami (Andersson, 1998: 19).

Človek, vektor in dejavniki okolja prispevajo k povečanju ali zmanjšanju potencialno nevarne energije (Robertson, 1998: 9). Tako npr. alkohol vpliva na človekovo percepcijo, njegove reakcije in odločitve, poveča lahko njegovo agresivnost; slabše zavore pri avtomobilih podaljšajo razdaljo pri ustavljanju; živa meja ob križiščih zmanjša vidljivost itd. Poškodbe so posledica interakcije med agensom preko ali s pomočjo vektorja in sprejemljivim gostiteljem v določenem okolju. Poškodbe zato lahko preprečujemo s spreminjanjem oziroma izločitvijo agensa ali vektorja, spreminjanjem dovzetnosti gostitelja ali s spreminjanjem okolja (Micik, Yuwiler in Walker, 1987: 72).

Poškodbe versus bolezni

Po mnenju Haddona so povečevanje znanja o vzrokih poškodb in uporaba učinkovitih preventivnih strategij prispevali k zmanjšanju odpora strokovnjakov do uveljavljanja epidemiološkega pristopa pri obravnavi poškodb na področju javnega zdravja. Odpor je nastal med drugim tudi zato, ker skoraj v vseh kulturah sveta obstaja razlikovanje med poškodbami in boleznimi (Haddon, 1980a: 414-6).⁸⁵ Glede na to, da sta tako bolezen kot poškodba deskriptivna termina, je razlika nastala zaradi jasnosti (očitnosti) oziroma nejasnosti vzročno-posledičnega odnosa. Vzrok za nastanek bolezni običajno v preteklosti ni bil jasen, poškodbe pa so bile razumljene kot posledica tistega, kar sedaj razumemo kot vektorje poškodb – npr. divje živali, morilci ali pa določene situacije (vojna). Že stoletja se pojem poškodba uporablja za patologijo, ki se je manifestirala v zelo kratkem času, ko je vektor poškodb (padajoče drevo, divja žival) prišel v interakcijo s telesom. Termin bolezen

⁸⁵ Mehanska energija je npr. vzrok za nastanek kroničnih bolečin v križu, to je bolezni, pa tudi zlomov in izvinov, ki so poškodbe.

pa je bil dolgo časa uporabljan samo za patološka stanja (npr. črne koze itd.), ki postanejo manifestna po daljšem obdobju, ki sledi izpostavljenosti določenemu vzroku.

Haddon je predlagal definicijo, po kateri so poškodbe tista vrsta oškodovanja telesa, ki nastanejo zaradi izmenjave energije in se manifestirajo v 48 urah, najpogosteje pa v znatno krajšem obdobju (Haddon, 1980a: 415). Kasneje pa se je zavzemal celo za opustitev časovne ločnice med boleznimi in poškodbami ter predlagal definicijo, po kateri bi bila med poškodbe uvrščena vsa oškodovanja telesa, ki so posledica kateregakoli neobhodnega in specifičnega agensa, ne glede na časovni razmik med vzrokom in posledico.⁸⁶

Razlikovanje med poškodbami in boleznimi pa ne ostaja le pri upoštevanju časovne ločnice pri razvrščanju bolezenskih stanj ali na lingvistični ravni, temveč (med drugim) tudi pri obravnavi njihovih posledic. Samo v redkih državah (če sploh kateri) pri obravnavi poškodb veljajo enaki standardi kot pri obravnavi bolezni (Pless, 1998: 165). Večina kriterijev, ki bi jih uporabili ključni ljudje na področju javnega zdravja ali določenega sektorja za preprečevanje bolezni, je običajno opuščeni v analognih primerih preprečevanja poškodb. Ob izbruha določene bolezni, zastrupitve s hrano itd. ima zdravstveni sektor dolžnost in tudi moč, da stori vse potrebno za obvladanje vzroka bolezni in nadzorovanje povzročitelja bolezni. V primerih, ko niso bili uporabljeni znani in učinkoviti ukrepi za preprečevanje bolezni, imajo žrtve pogosto pravico do odškodnine.⁸⁷ Uporaba enakega načela pri poškodbah bi temeljito spremenila pristop pri preprečevanju poškodb. Zakaj ne bi bila vsaka veja oblasti, ne samo zdravstvo, odgovorna tudi v primeru, kadar ne bi bili uporabljeni vsi ukrepi za preprečevanje poškodb, ki so na voljo in ki so se izkazali za učinkovite? Za ilustracijo bomo uporabili hitrost motornih vozil na območju šol in stanovanjskih naselij, problem, s katerim se sooča večina držav (Pless, 1998: 165). Podatki kažejo, da 90% odstotkov pešcev umre pri trčenju z avtomobilom, katerega hitrost je 50 mph ali več; ⁸⁸ pri hitrosti 40 mph se delež umrlih pešcev zmanjša na 40%, pri hitrosti 30 mph pa je umrljivost pešcev zaradi trčenja le še 20% (Pless, 1998: 165).

⁸⁶ Svetovana zdravstvena organizacija pri definiranju poškodb upošteva časovno ločnico, saj med poškodbe uvršča vsa opazna oškodovanja telesa na organski ravni, ki so posledica nenadne izpostavljenosti energiji.

⁸⁷ Pless (1998: 165) navaja primer ravnanja kanadske vlade, ki je leta 1998 sprejela sklep o finančni odškodnini za vse tiste prebivalce Kanade, ki so se po letu 1986 med transfuzijo krvi okužili s hepatitisom C. Leto 1986 je bilo izbrano zato, ker je bilo po tem letu mogoče dokazati, da je imela institucija, ki se ukvarja s pridobivanjem in distribucijo krvi, na voljo preizkušene metode za testiranje krvi, s katerimi bi bilo mogoče okužbe preprečiti, vendar jih ni uporabila.

⁸⁸ Mph - milja (1609 m) na uro;

Uveljavitev omejitve hitrosti za motorna vozila v okolici šol in stanovanjskih naselij bi pomenila povsem enak poseg, kot je uvedba testiranja krvi za ugotavljanje prisotnosti kontaminirajočih snovi. Če bi veljali enaki standardi, bi imeli vsi, ki so bili poškodovani zaradi velike hitrosti na območju šol ali stanovanjskih naselij, pravico do odškodnine, ker vlada ni uvedla preizkušenih preventivnih ukrepov. Razlog, zakaj žrtve prevelike hitrosti motornih vozil oziroma njihovi svojci ne uporabijo tega argumenta, je morda v tem, da krivdo za poškodbo namesto voznikom pripišejo sebi (oziroma jim jo pripišejo drugi) ali pa zaradi prepričanja, da je bilo trčenje z avtomobilom, ki je vozil prehitro, nesreča, ki je ni mogoče preprečiti (Pless, 1998: 165).

Epidemiološki model

Pred skoraj štiridesetimi leti je Haddon razvil konceptualni model, t.i. Haddonovo matrico, ki naj bi služila kot pomoč raziskovalcem pri razumevanju nastanka nesreč v cestnem prometu ter pri identificiranju ukrepov za njihovo preprečevanje (Haddon, 1968). Od tedaj najprej se matrica uporablja kot pripomoček za razvoj idej pri preprečevanju tudi drugih vrst nesreč (Runyan, 1998: 202).

Matrica s štirimi stolpci in tremi vrsticami združuje javnozdravstveni koncept epidemiološke triade gostitelj-agens-okolje s konceptom primarne, sekundarne in terciarne preventive (Runyan, 1998: 202).

Tabela 13.1.: Haddonova matrica

FAZE	DEJAVNIKI				
	gostitelj	agens	vektor	okolje	
				fizično	socialno
pred dogodkom					
dogodek					
po dogodku					

Vir: prirejeno po Haddon, 1980a: 417; Haddon, 1980b: 47.

Dejavnik gostitelj se nanaša na osebe, pri katerih je na osnovi epidemioloških podatkov ugotovljeno tveganje za nastanek določene nesreče (npr. otroci kot pešci). Agens nesreče je energija (npr. mehanska), ki se prenaša na gostitelja preko živega bitja (vektor) ali objekta. Dejavnik fizično okolje upošteva vse značilnosti okolja, v katerem je mogoče pričakovati, da se bodo zgodile nesreče (npr. cesta, stanovanje, igrišče), dejavnik socialno okolje pa vključuje socialne in legalne norme ter kulturne prakse (Haddon, 1980a). Časovne faze matrice ustrezajo primarni, sekundarni oziroma terciarni promociji zdravja. Kot katerakoli druga aktivnost na področju promocije zdravja se tudi preprečevanje nesreč lahko izvaja na treh ravneh.⁸⁹ Terciarna promocija zdravja je aktivnost, ki se ukvarja z zmanjševanjem učinkov določene bolezni ali nesreče (faza »po dogodku«). Cilj sekundarne promocije zdravja je zmanjšanje možnosti, da zbolijo ljudje iz populacijskih skupin, ki so bile identificirane kot »rizične«. Pri preprečevanju nesreč (faza »dogodek«) so aktivnosti sekundarne preventive usmerjene v zmanjševanje možnosti za nastanek poškodbe, če se zgodi nesreča, npr. uporaba varnostnega pasu, nošenje kolesarske čelade itd. Aktivnosti primarne promocije zdravja pa so usmerjene na »varovanje zdravja«, na zmanjšanje možnosti, da bi se v celotni populaciji »razvili« dejavniki tveganja, oziroma da bi prišlo do nesreč, katerih posledice so lahko poškodbe (faza »pred dogodkom«).

Tabela 13.2.: Haddonova matrica

FAZE	DEJAVNIKI				
	gostitelj	agens	vektor	okolje	
				fizično	socialno
pred dogodkom	Ali se bo nesreča, katere posledice so lahko poškodbe, zgodila?				
dogodek	Se bo oseba v nesreči poškodovala?				
po dogodku	Kakšen bo izid dogodka?				

Vir: prirejeno po Haddon, 1980a: 417; Haddon, 1980b: 47; Fowler, 2002: 3

⁸⁹ Strokovna literatura na področju javnega zdravja običajno navaja tri ravni preprečevanja bolezni (nesreč), izjemoma tudi štiri (npr. Beaglehole, Bonita in Kjellström, 1993: 85-96).

Matrica služi za sistematično analizo možnosti pri preprečevanju določene (ciljne) poškodbe pri ciljni populaciji (npr. preprečevanje opeklin pri otrocih zaradi požara v stanovanju, glej priloga, tabela 7), oblikovanje preventivnih ukrepov in usmerjanje raziskovanja na področju preprečevanja nesreč. Njena poglobljena pomanjkljivost pa je v tem, da ne nudi osnove za oblikovanje prioritet in odločanje glede preprečevanja nesreč. Runyan (1998) predlaga, da se matrico dopolni s tretjo dimenzijo, ki bi vsebovala kriterije za odločanje glede uporabe določene preventivne strategije ali ukrepov (učinkovitost, stroški, svoboda, enakost, stigmatizacija, izvedljivost itd.). Lett, Kobusingye in Sethi (2002) pa menijo, da bi bilo Haddonovo matrico potrebno združiti z javnozdravstvenim modelom, ki ima štiri ravni: definiranje problema na osnovi sistematičnega zbiranja podatkov o določenem zdravstvenem problemu (kaj je problem?), identificiranje dejavnikov tveganja (kateri so vzroki problema?), razvoj in evalvacija intervencije (kaj deluje in pri kom?) ter implementacija in evalvacija programa. Avtorji predlagajo združitev modelov zaradi tega, ker javnozdravstvenemu modelu primanjkuje sistematičnost pri aplikaciji, Haddonovi matrici pa sistematičen akcijski načrt (Lett, Kobusingye in Sethi, 2002: 199).

Poglaviti problem pristopa za zmanjšanje števila nesreč, ki je odvisen prvenstveno od primarne preventive, je v tem, da »tveganja«, izračunana iz podatkov o nesrečah, obstajajo le na ravni populacije. Njihovo »prevajanje« na individualno raven pa je nekoliko zavajajoče dejanje (Green, 1997: 104).

Po mnenju Greenove je značilnost sodobnega preprečevanja nesreč v tem, da se v največji meri izvaja na primarni ravni. To dokazujejo številne preventivne aktivnosti, kot je npr. učenje otrok o varnosti v prometu, prepričevanje staršev, da v stanovanju namestijo zaščitna sredstva in uporabljajo številna varnostne ukrepe, opozarjanje na številna potencialna tveganja itd. (Green, 1997: 104). Podobna ugotovitev velja tudi za preventivne aktivnosti Sveta za preventivno in vzgojo v cestnem prometu in Inštituta za varovanje zdravja RS (glej npr. Supe, Sušan in Žlender, 2002; Borštnar, 1998; Borštnar, Rok-Simon in Žlender, 1994).

Preventivne strategije

V strokovni literaturi (npr. Committee of Trauma Research in dr., 1985, Micik, Yuwiler in Walker, 1987; Wilson in dr., 1991; Green, 1997; Robertson, 1998; Hedlund, 2000) so najpogosteje omenjene tri strategije, povezane z aktivnostmi na področju preprečevanja nesreč: izobraževanje, inženiring in uveljavljanje zakonodaje. Izobraževanje služi za povečevanje osveščenosti ljudi o nevarnostih in informiranju o tem, kako se jim izogniti. Primer tovrstne strategije je npr. učenje (in urjenje) otrok o varnem vedenju v cestnem prometu, plakat o rastlinah, ki so strupene itd.

Strategija »zakonodaja« vključuje izvajanje formalnih sankcij v primeru tveganega vedenja (prečkanje ceste izven prehoda za pešce, prehitra vožnja, neuporaba varnostnega pasu itd.). Inženiring vključuje spremembe okolja oziroma izdelkov, tako da je zmanjšana možnost za nastanek nesreče oziroma njenih posledic. Za ilustracijo lahko navedemo zastрупitve z zdravili pri majhnih otrocih, ki jih je mogoče učinkovito preprečiti tako, da farmacevtske tovarne uporabljajo za zdravila le stekleničke, ki jih otroci ne morejo odpreti (zmanjšana možnost za nesrečo) ali z zmanjšanjem števila tablet v stekleničkah, tako da ne more priti do hujše zastрупitve niti v primeru, če otrok poje vse tablete (zmanjšanje posledic nesreče). Strategije je mogoče uporabljati na vseh treh preventivnih ravneh.

Tabela 14: Preprečevanje nesreč: primeri

RAVEN	PRIMER	STRATEGIJA
primarna	- poster o nevarnostih v domačem okolju - minimalni varnostni standardi za igrače	izobraževanje zakonodaja
sekundarna	- zakon o uporabi avt. varnostnega pasu - zamenjava betonske podloge na otr. igrišču z varnejšo	zakonodaja inženiring
terciarna	- usposabljanje za nudenje prve pomoči - uvedba reševanja s helikopterji	izobraževanje inženiring

Vir: prirejeno po Green, 1997: 105

Strokovnjaki na področju preprečevanja nesreč se na splošno strinjajo, da vse strategije niso enako učinkovite (Hedlund, 2000: 82). Vsaka izmed splošnih strategij ima sicer vlogo v obsežnejšem preventivnem programu, vendar ugotovitve raziskav kažejo, da je druga

strategija - zahteva po spremembi vedenja z izvajanjem zakonov – na splošno učinkovitejša kot prva in da je tretja - sprememba okolja in izdelkov - najučinkovitejša, saj zagotavlja avtomatsko zaščito (Committee of Trauma Research in dr., 1985: 27). Deklaracija o preprečevanju in kontroli poškodb iz Melbourn je leta 1996 kot najučinkovitejše strategije za preprečevanje nesreč opredelila: spremembe izdelkov in okolja, organizacijske spremembe, npr. na delovnem mestu, spremembe pravil v športu, in v travmatoloških centrih, uporaba zakonov, pravil in standardov ter izobraževanje, kadar je potrebno podpreti prej navedene ukrepe (Melbourne Declaration on Injury Prevention in Control, 1996: 6).

Po mnenju Greenove (1997: 108) javnozdravstvena politika v Veliki Britaniji opredeljuje izobraževanje kot ključno strategijo na primarni in sekundarni ravni. V preventivnih programih je najpomembnejša strategija izobraževanje (osveščanje glede varnosti, povečevanje znanja o dejavnih tveganja), ne pa inženiring ali uveljavljanje zakonov. Prioritetno vlogo izobraževanja (informiranja) pri preprečevanju nesreč je morda mogoče pojasniti z ekonomskimi in političnimi dejavniki: »Napori za spremembo dejavnikov gostitelja s pomočjo spremembe vedenja so običajno politično varni, saj preložijo odgovornost za spremembo na posameznika, ne pa na korporacije, ki proizvajajo izdelke.« (McLoughlin in Fairweather, 2002: 1).

Uspešnost preventivnih strategij

Na prvi pogled se zdi nekoliko nenavadno, da je strategiji »izobraževanje« dodeljeno tako pomembno mesto pri preprečevanju nesreč, saj ključni ljudje, ki odločajo na področju preventive nesreč, na razpolago podatke, ki kažejo, da je z ostalima dvema strategijama mogoče uspešneje zmanjšati umrljivost zaradi določenih tveganj.

Z uvedbo zakona o obvezni uporabi avtomobilskega varnostnega pasu voznikov in potnikov na sprednjih sedežih leta 1983 v Veliki Britaniji (kar je primer za strategijo »zakonodaja«) se je občutno povečalo število potnikov, ki so bili med vožnjo pripeti z varnostnim pasom. Z izobraževanjem pred sprejetjem zakona se je uporaba varnostnega pasu potnikov na sprednjih sedežih v avtomobilu povečala le za 30%, po sprejetju zakona pa je narasla na 95%. Sprememba vedenja je vplivala na zmanjšanje števila umrlih voznikov in potnikov na sprednjih sedežih: po sprejetju zakona se je število umrlih ali resno poškodovanih voznikov zmanjšalo za 23%, število umrlih ali resno poškodovanih potnikov na sprednjih sedežih pa za 30% (Department of Health, 1985, v Green, 1997: 106).

Obstajajo tudi številni primeri uspešnosti strategije »inženiring«. Zaradi zastrupitev otrok z zdravili so na pobudo pediatrov farmacevtske tovarne zmanjšale število tablet v posamezni steklenički ali pa uporabile stekleničke, ki jih otrok ne more odpreti; tovrstne zastrupitve so se zmanjšale za 80% (Done, 1978, v Robertson, 1998: 168; Vincenten, 2002: 5). Primer uspešnosti strategije »inženiring« so tudi vžigalniki, ki jih otroci ne morejo uporabiti; število smrti, povezanih z uporabo vžigalnikov, se je po nekaterih tehničnih spremembah zmanjšalo za 43% (Vincenten, 2002: 5). Pogosto je citiran primer ameriške kampanje »Children can't fly«, ki je vključevala izobraževanje in inženiring, njen cilj pa je bil zmanjšati število padcev otrok skozi okno, ki so bili vzrok 12% smrti otrok zaradi nesreč v mestu New York. Preko sredstev javnega obveščanja so bili ljudje informirani o nevarnostih nezaščitenega okna, svetovalci so obiskovali starše na domu in jih izobraževali glede preprečevanja padcev, na območjih največjega tveganja pa so družinam s predšolskimi otroki brezplačno delili zaščitne ograje za okna. V dveh letih je število registriranih padcev otrok skozi okno upadlo za 50%, občutno pa se je zmanjšalo tudi število umrlih otrok (Spiegel in Lindmann, 1977, v Wilson in dr., 1991: 10). Strategija, ki je največ prispevala k uspehu kampanje, je bil inženiring, saj ni bil zabeležen noben padec z oken, kjer so bile nameščene zaščitne ograje (Green, 1997: 107).

Tudi drugi dve strategiji (uveljavljanje zakonov in inženiring) imata določene omejitve (Adams, 1995; Hedlund, 2000). Strategiji implicitno predpostavljata, da ljudje ne bodo reagirali na varnostne zakone ali varnejše izdelke na način, ki bi lahko zmanjšal ali eliminiral njihov učinek. Strategiji ne upoštevata vseh sprememb v vedenju kot odziva na zaznane spremembe glede tveganja (vedenjska adaptacija) in kompenzacije tveganja, to je spremembe vedenja zaradi zakonov in predpisov na področju varnosti (Hedlund, 2000: 82).

Po mnenju Wilda (Wilde, 1998: 92) ima vsak človek »ciljno raven tveganja« in »izmeri« tveganje v svojem lastnem »termostatu tveganja«. Če zaznано tveganje v določeni situaciji presega posameznikovo ciljno raven, bo tveganje poskušal zmanjšati. Če pa je zaznано tveganje nižje od njegove ciljne ravni, bo poskušal povečati tveganje (z nevarnejšimi aktivnostmi), da bi ponovno dosegel ciljno raven.

Do kompenzacije tveganja pride tedaj, ko se ljudje na varnostne zakone ali predpise odzovejo z manj varnim vedenjem (Hedlund, 2000: 84). Problem kompenzacije tveganja je leta 1975 opredelil ekonomist Sam Peltzman v zvezi z vladnimi zakoni na področju

varnosti cestnega prometa,⁹⁰ ki jih je leta 1968 sprejela ameriška vlada. Po njegovem mnenju smo ljudje racionalni ekonomski potrošniki, ki si prizadevamo kar najbolje zadovoljiti svoje interese: če imamo nečesa, kar želimo, preveč, bomo to poskušali zamenjati za nekaj, kar želimo. Če je naš avto varnejši kot bi si želeli, bomo vozili hitreje in zamenjali varnost za čas (Hedlund, 2000: 82).

Po mnenju Adamsa (1995) kompenzacija tveganja spodkopava prizadevanja za zmanjšanje nesreč, ker povečuje tveganost vedenja. Poleg tega pa se tveganje porazdeljuje na najbolj ranljive ljudi. Tako se npr. vozniki zaradi vgrajenih avtomobilskih zračnih blazin, varnostnih pasov itd. počutijo varnejše in vozijo hitreje, s tem pa bolj ogrožajo pešce in kolesarje.

Hedlund (2000: 88) meni, da je potrebno pri oblikovanju in implementaciji ukrepov za preprečevanje nesreč upoštevati kompenzacijo tveganja zaradi naslednjih razlogov:

- *Kompenzacija tveganja se lahko zgodi – ljudje niso stroji.*

Ljudje se s spremembami vedenja odzivajo na spremembe v okolju. Ker varnostni ukrepi spreminjajo okolje, se bodo ljudje odzvali na spremembe. Od številnih racionalnih in vedenjskih dejavnikov je odvisno, ali se bo vedenje spremenilo in na kakšen način.

- *Štirje dejavniki vplivajo na kompenzacijo tveganja – vidnost, učinek, motivacija in nadzorovanje.*⁹¹

Štirje dejavniki in indeks kompenzacije služijo kot pomoč pri analizi varnostnega ukrepa in ocenjevanju verjetnost za nastanek kompenzacije tveganja.

- *Da bi zmanjšali ali eliminirali kompenzacijo tveganja, je potrebno uporabiti le ukrepe, pri katerih je ugotovljena nizka vrednost vsaj pri enem od štirih dejavnikov.* Priporočljivi so ukrepi, ki jih ljudje ne vidijo, ki ne vplivajo na njihove aktivnosti ali stališča, za katera niso motivirani in pri katerih ne morejo prostovoljno spreminjati vedenja.

⁹⁰ Vladni zakoni za preprečevanje prometnih nesreč so se nanašali na zavore, gume in zrcala, notranjost avtomobila, ki naj bi absorbirala energijo, varnostne pasove itd.

⁹¹ *Vidnost* - če posameznik ne vidi sprememb, ne bo kompenziral tveganja.

Učinek - če določeni ukrepi posameznika ne motijo v fizičnem ali psihološkem smislu, ne bo kompenziral tveganja.

Motivacija - če človek ni motiviran, da bi spremenil vedenje, ne bo kompenziral tveganja.

Nadzorovanje - če je vedenje posameznika nadzorovano, ne bo kompenziral tveganja zaradi varnostnega ukrepa.

»Uspešnost« katerega koli programa za preprečevanje nesreč je izredno težko evalvirati (Green, 1997: 108). Glede na to, da je vsaka nesreča posameznika dogodek, ki ga »povzročijo« številni okoljski, kulturni in psihološki dejavniki ter da je stopnja umrljivosti v posamezni starostni kategoriji pri določenem vzroku običajno zelo nizka, je spremembe skoraj nemogoče izmeriti (Adams, 1995: 69).

Kljub težavam pri evalviranju preprečevanja nesreč po mnenju Greenove obstajajo dokazi, da je s strategijama »inženiring« in »zakonodaja« mogoče znatno vplivati na stopnjo umrljivosti pri določenih vrstah nesreč (Green, 1997: 108).

Omejitve strategije »izobraževanje«

Temeljni problem pri razvoju strategije »izobraževanje« nastaja zaradi tega, ker dejavniki tveganja za nastanek poškodb, ki so posledica nesreč, temeljijo na statističnih podatkih o populaciji in se nanašajo na socialne ter demografske dejavnike, kot so: družbeni razred, spol, starost, poklic itd. Pri oblikovanju strategije »izobraževanje« pa bi bilo potrebno dejavnike tveganja nekako personificirati, da bi postali razumljivi posameznikom, ki naj bi spremenili svoje vedenje. Statistične korelacije, kar dejavniki tveganja so, le malo povedo o vzrokih nesreč in zelo težko jih je izraziti oziroma prevesti v jezik varnostnega nasveta. Ker je vzrok pri večini nesreč splet številnih dejavnikov, je identificiranje aktivnosti, s katero bi bilo mogoče preprečiti sprožitev kombinacije, mogoče le retrospektivno. Če je po tem, ko se je nesreča zgodila, morda mogoče identificirati vzroke, pa je napovedovanje nesreče, kjer je potrebno upoštevati številne dejavnike, še mnogo težje početje (Green, 1997: 110).

V strokovni literaturi je zelo malo dokazov, da je imelo izobraževanje kakršenkoli trajnejši vpliv na stopnjo umrljivosti zaradi nesreč (Vegega, 2002: 10; Robertson, 1993: 91: 113). Svetovna zdravstvena organizacija je leta 2002 v svojem dokumentu Reducing risk, promoting healthy life zapisala: »...vse večje je razočaranje glede orientacije promocije zdravja k »življenjskemu stilu« in strategiji izobraževanja, ki temeljita na povečanju znanja in spremembi stališč posameznikov« (WHO, 2002: 31).

Četudi bi z izobraževanjem spremenili vedenje posameznikov, tako da bi ti upoštevali varnostne nasvete (kar je nekoliko dvomljiva predpostavka), še vedno ni povsem gotovo, da bi s tem preprečili nesreče, katerih vzrok je običajno splet dejavnikov. Izobraževanje, ki temelji na individualni aktivnosti, molče spregleda splet večjega števila dejavnikov pri nastanku večine nesreč, vključno z dejavniki, na katere posameznik lahko le malo ali pa sploh ne more vplivati (Green, 1997: 111-2).

Krivdo za neuspešnost promocije zdravja pa epidemiologi še naprej pripisujejo »laični« javnosti, ki ne upošteva ali napačno »izračunava« tveganja in vztraja na »laičnih« prepričanjih o slučajni in s tem nepredvidljivi naravi nesreč.

Sociološka razlaga neuspeha izobraževanja

Vztrajanje na izobraževanju kot poglobitni strategiji preprečevanja nesreč, kljub temu da ne obstajajo dokazi o njeni uspešnosti, lahko pojasnimo s pomočjo strukturalne kritike. Funkcija izobraževanja je v odvrčanju pozornosti od socio-ekonomskih neenakosti, ki se odražajo v vzorcu nesreč (glej poglavje Poškodbe kot vzrok umrljivosti v svetu) in v razvijanju ideologije »krivda žrtve« (Green, 1997: 116).

Strategije izobraževanja so podprte z ideologijo individualizma, ki ne upošteva strukturalnih in okoljskih dejavnikov pri zagotavljanju varnosti (Naidoo, 1986, v Green, 1997: 116).

Priporočeni preventivni ukrepi, ki so se izkazali za nekoristne pri preprečevanju nesreč, imajo morda več vrednosti kot talismani oziroma rituali, vendar ne v smislu racionalnega modernističnega nadzorovanja direktnega vzroka in njegove posledice, temveč drugačne racionalnosti: tveganja in njegovega upravljanja. Strategije izobraževanja so se obdržale zato, ker konstruirajo posameznike, ki so odgovorni za nadzorovanje in upravljanje tveganja v svojem lastnem okolju. Čeprav preventivne akcije neposredno ne preprečujejo nesreč, izražajo privrženost izračunavanju tveganja, s tem pa morda vplivajo na zmanjševanje negotovosti na kognitivni ravni. Z zmanjševanjem nevarnosti v lastnem okolju se posamezniki konstruirajo kot sposobni upravljalci s tveganjem (Green, 1997: 117).

ZAKLJUČKI

Magistrsko delo je razdeljeno na tri poglavja: družbena konstrukcija nesreč, poškodbe – grožnja javnemu zdravju in preprečevanje nesreč. Najpomembnejše ugotovitve bomo predstavili po posameznih poglavjih.

I. Družbena konstrukcija nesreč

- Delovna definicija nesreč (»idealna nesreča«): pri nastanku dogodka ni motiva, saj niti žrtev niti drugo človeško ali božje bitje ni hotelo, da se zgodi; za nastanek nesreče ni mogoče nikogar kriviti. Časovno zaporedje mora izgledati povsem naključno. Nesreče so kot posamičen dogodek nepredvidljive.
- Pri »idealni nesreči« ni mogoče pripisati krivde in je dogodek nepredvidljiv, v praksi pa so nesreče predmet moralnega raziskovanja.
- Sociologija je vse do nedavnega zanemarjala nesreče kot legitimni predmet svojega raziskovanja. Na povečanje sociološkega interesa je vplivalo dejstvo, da se je v zadnjih desetletjih dvajsetega stoletja relativno povečal pomen umrljivosti, invalidnosti in drugih posledic poškodb, nastalih zaradi nesreč. Epidemiološke študije kažejo na neenakomerno socialno distribucijo nesreč: določene družbene skupine prizadenejo pogosteje kot druge. Povečano zanimanje sociologije za nesreče izvira tudi iz različne vloge, ki jo ima naključnost v moderni in postmoderni; v postmoderni, katere glavni značilnosti sta negotovost in slučajnost, so nesreče paradigmatičen primer negotovosti, kar spodbuja njihovo raziskovanje.
- Na zahodu so nesreče kot naključni in nepredvidljivi dogodki postale možne v drugi polovici sedemnajstega stoletja s pojavom racionalističnega pojmovanja vzročnosti, po katerem se zdi, da so dogodki določljivi ter preprečljivi in s pojavom znanosti o verjetnosti. Nastale so v vrzelih racionalistične kozmologije, ob mejah determinističnih zakonov in tam, kjer je verovanje v nadnaravne sile izgubilo svojo moč. Racionalni model je zaradi svojih omejitev pri pojasnjevanju povzročil, da so bili nekateri »nesrečni« dogodki opredeljeni kot naključni, torej kot nemotivirani in nepredvidljivi. Nesreče so se pojavile kot tisti ostanek »nesrečnih« dogodkov, ki jih ni mogoče pojasniti, prav tako pa niso bili vredni temeljitejšega raziskovanja. Nesreče so bile tisto, kar je ostalo, ko so take razlage dosegle limit: slučajni »nesrečni« dogodki, distribuirani po zakonu verjetnosti.

- Šele v začetku dvajsetega stoletja so se nesreče oziroma prepričanje, da se le-te lahko zgodijo, pojavile na področju socialne antropologije in razvojne psihologije, uporabljene pa so bile predvsem kot pokazatelj razlik med »primitivnim« in modernim v antropologiji ter razlik med pojmovanjem otroka in odrasle osebe. Socialni antropologi in razvojni psihologi so razumevanje nesreč kot naključnih dogodkov uporabljali kot dokaz o superiornosti človekovih mentalnih sposobnosti.
- Čeprav s pojmom nesreča v vsakdanjem življenju opisujemo številne in raznovrstne dogodke, je največ pozornosti namenjene nesrečam, katerih posledica so smrti in poškodbe.

V poročilu Registrar General iz leta 1839 so bile nesreče uvrščene med zunanje vzroke smrti in so bile ločene od vzrokov, ki se sprožijo v organizmu (rak, vnetja ali revmatizem). V naslednjem poročilu so bile zunanji vzroki smrti razdeljeni v tri skupine: nezmernost, stradanje in nasilne smrti. Nasilne smrti, ki so vključevale tudi nesreče in so bile ostanek od drugih, bolj homogenih vzrokov smrti, ki so jih povzročili biološki procesi, so predstavljale težavo pri klasifikaciji. Leta 1854 je bila ideja o naključnem uporabljena kot delna rešitev in motivacija je postala primarna os klasifikacije pri nasilnih smrtih. Na podlagi motivacije so bile nesreče ločene od ostalih vzrokov nasilnih smrti. Vse do devete revizije mednarodne klasifikacije bolezni iz leta 1977 sta obstajali dve alternativni seriji pri klasificiranju skupine »nesreče«, ki je bila poslednja kategorija. Serija kod, označenih z »N«, je služila za opis smrti glede na naravo poškodbe, serija kod, označenih s predpono »E«, pa je bila namenjena za opisovanje glede na njihov zunanji vzrok. Do devete revizije je bila primarna os klasifikacije razvrščanje glede na zunanji vzrok smrti zaradi nesreče, z deveto revizijo pa je postala glavna os razvrščanje glede na naravo poškodbe, klasifikacija glede na zunanji vzrok pa dodatna. Primarna os opisuje poškodbe, dodatna pa nesreče. Obstoj alternativne klasifikacije (po zunanjem vzroku) kaže na problematično naravo nesreč. Nasilne smrti je mogoče registrirati šele po proučitvi moralnega konteksta in odločitvi o tem, ali je bila smrt namerna in ali je zanjo odgovorno človeško bitje. Nesreče tako še vedno predstavljajo rezidualno kategorijo pri klasifikaciji bolezni, saj njihovo opredeljevanje ne temelji na anatomiji ali analizi patogenih elementov, temveč na »ostanku«. Nesreč ni mogoče opredeliti le z njihovim medicinskim izidom, poškodbami, temveč njihova klasifikacija temelji tudi na socialnih okoliščinah in ugotavljanju krivde.

- Od povsem marginalnih »nesrečnih« dogodkov na obrobju racionalističnega klasifikacijskega sistema so v poznem 20. in v začetku 21. stoletja nesreče postale paradigmatičen rezultat tveganja. To, da se je nesreča zgodila, je dokaz, da človek ni ustrezno upravljal s tveganjem. Epidemiološki podatki o nesrečah predstavljajo ključno področje za manifestiranje učinkovitosti tehnik za upravljanje s tveganjem. Osrednje prizorišče, kjer so nesreče postale vidne, je javno zdravje. Tako kot drugi »nesrečni« dogodki se nesreče nič več ne »kar zgodijo«, temveč so s pomočjo verjetnosti, slučaja in tveganja postale predvidljive. Nesreče ne predstavljajo več meja racionalističnega sistema pojasnjevanja, temveč so pripisane individualnim napakam.
- Pojasnjevanje nekaterih dogodkov in njihovih posledic kot nesreč je postalo anahronistično. Posamezniki, ki pojasnjujejo dogodke z usodo, srečo ali slučajem, so označeni za iracionalne. Prepričanje v slučajnost ali usodo pri nastanku nesreč postaja v postmodernem diskurzu vse bolj dokaz o anahronističnosti »laičnega« pojmovanja nesreč v primerjavi s pojmovanjem »profesionalcev« na področju preprečevanja nesreč in ocenjevanja tveganja. Za postmoderno je značilna t.i. individualizacija tveganja. Implikacija za žrtev v diskurzu, kjer se nesreče ne bi smele dogajati, so drugačne kot v obdobju moderne: racionalizem žrtvi sicer ni nudil tolažbe ali možnosti za maščevanje zaradi »nesrečnih« dogodkov, vendar ji (vsaj v idealni obliki) ni nprtil krivde. Žrtve napak pri upravljanju s tveganjem pa morajo prevzeti krivdo zaradi s svoje nevednosti ali opustitve določenih preventivnih ukrepov.
- Pojmovanje nesreč v evropski misli obsega tri dominantne diskurze, ki jih je mogoče opredeliti kot »usoda«, »determinizem« in »tveganje«.

II. Poškodbe – grožnja javnemu zdravju

- Poškodbe so eden največjih javnozdravstvenih problemov v svetu. Skoraj v vseh državah sveta so najpogostejši vzrok smrti otrok in mlajših odraslih. Poškodbe so najpomembnejši vzrok smrti in manjzmožnosti v vseh starostnih kategorijah, razen pri ljudeh, starih 60 in več let. V obdobju 1998-2002 je zaradi poškodb v Sloveniji vsako leto umrlo povprečno 1.580 ljudi (79,5/100.000), v bolnišnico pa je bilo vsako leto sprejetih povprečno 29.334 ljudi (14,8/1.000). V letu 2002 je bilo zabeleženih 431.912(216,5/1000 obiskov v ambulantah osnovne zdravstvene

dejavnosti. Med spoloma je precejšen razkorak: največji je pri umrlih, saj so moški zaradi poškodb umirali skoraj trikrat pogosteje kot ženske. Starostno specifična umrljivost zaradi poškodb raste s starostjo prebivalcev: najnižja je bila pri otrocih do 14 let, najvišja pa pri starostni kategoriji 65 in več let. Najvišji delež umrlih zaradi poškodb od umrlih zaradi vseh vzrokov je bil v starosti 15-19 let (73,4%), najnižji pa pri predšolskih otrocih in prebivalcih, starih 65 in več let. V obdobju 1998-2002 so bili med vzroki smrti zaradi poškodb na prvem mestu samomori (29,9/100.000), nato padci, sledijo poškodbe med prevozom po kopnem, zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo, naključna utopitev in potopitev.

- Stopnja umrljivosti zaradi poškodb v Sloveniji v letu 2000 (77,6/100.000 prebivalcev) je bila znatno nižja od stopnje, ugotovljene za skupino evropskih držav s srednjim in nizkim nacionalnim dohodkom, vendar precej višja od stopnje, ugotovljene za evropske države z visokim nacionalnim dohodkom.
- Stopnja umrljivosti v Sloveniji je leta 2000 pri treh najpogostejših zunanjih vzrokih umrljivosti zaradi poškodb - padcih, poškodbah med prevozom po kopnem in samomorih – presegala stopnjo, ugotovljeno za države evropske regije z visokim in srednjim ter nizkim dohodkom. Slovenija izstopa zlasti pri samomorih in padcih.
- Študije so pokazale, da je dohodek/deprivacija (na individualni ali skupinski ravni) najmočnejši prediktor socialnih razlik v umrljivosti in obolevnosti zaradi poškodb. Kljub trendu upadanja absolutne umrljivosti zaradi poškodb v številnih državah narašča družbena neenakost, povezana s tem problemom.
- V številnih industrializiranih državah poškodbe znatno prispevajo k neenakosti v zdravju, posebno pri otrocih in mladostnikih. Razlike v umrljivosti otrok (0-14 let) zaradi poškodb v obdobju 1991-1995 v državah, članicah OECD, so bile petkratne. Slovenija bi se s stopnjo umrljivosti otrok 11,5 (100.000) uvrstila v spodnjo tretjino lestvice. Najverjetnejša razlaga za večje razlike v umrljivosti otrok zaradi poškodb med socialnimi sloji je poglobljanje razlik v izpostavljenosti zdravju škodljivim oziroma zdravju prijaznim fizičnim in socialnim okoljem, kar je najpogosteje povezano z neenakostjo v dohodku.

III. Preprečevanje poškodb

- Usmerjenost javnega zdravja na preprečevanje smrti in poškodb zaradi nesreč je relativno novejši pojav v industrializiranih državah sveta. Do sredine 20. stoletja je

bilo preprečevanje nesreč nakazano le v vzorcih vse podrobnejše statistike, vendar preprečevanje še ni predstavljalo posebne aktivnosti.

- V dokumentih Svetovne zdravstvene organizacije iz prve polovice dvajsetega stoletja so bile nesreče opredeljene kot nepredvidljivi dogodki, pri nastanku katerih ni motiva. V tem obdobju sta »profesionalna« in »laična« javnost soglašali glede opredelitve nesreč kot nepredvidljivih in nepreprečljivih dogodkov.
- Profesionalizacija preprečevanja poškodb, ki so posledica nesreč, se je v zahodnoevropskih državah pričela po letu 1960. Ključni preobrat v razmišljanju »profesionalne« javnosti je povzročil članek Johna D. Gordona o epidemiologiji nesreč. Gordon je nesreče primerjal z boleznimi: tako kot pri številnih boleznih je tudi pri nesrečah mogoče z natančno analizo interakcije med gostitelji, agensi in vektorji odkriti regularne vzorce.
- Znanje »profesionalcev« o nesrečah se je v tem obdobju konstruiralo kot boljše informirano in racionalnejše, pojmovanje »laične« javnosti pa kot neracionalno, ker naj bi nesreče razumela kot slučajne in nepredvidljive »nesrečne« dogodke.
- V nekaj desetletjih nesreče niso bile prepoznane le kot potencialno preprečljivi dogodki, temveč tudi kot dogodki, ki jih je potrebno preprečiti. Nastanek nesreče je postal obravnavan kot odraz napačno izračunanega tveganja.
- Relativno pozno zanimanje javnega zdravja za poškodbe, ki so posledica nesreč, in za njihovo preprečevanje epidemiologi pojasnjujejo z naraščanjem relativne stopnje umrljivosti zaradi nesreč v primerjavi z drugimi vzroki smrti. Prepričljivejši razlog kot splošna stopnja umrljivosti zaradi nesreč pa je dejstvo, da so nesreče v vseh industrializiranih državah najpomembnejši vzrok smrti otrok, mladostnikov in mlajših odraslih.
- Pogoji za profesionalizacijo preprečevanja so nastali tedaj, ko nesreče niso bile več obravnavane kot edinstveni in slučajni »nesrečni« dogodki in so s pomočjo retrospektivnih statističnih analiz postale vidne kot posledice niza socialnih, psiholoških in okoljskih dejavnikov tveganja.
- Poškodbe imajo enake epidemiološke parametre kot infekcijske bolezni in nekatera druga patološka stanja: agense, vektorje in sprejemljivega (dovzetnega) gostitelja. Človek, vektor in dejavniki okolja prispevajo k povečanju ali zmanjšanju potencialno nevarne energije .
- Haddonova matrica služi za sistematično analizo možnosti pri preprečevanju določene (ciljne) poškodbe pri ciljni populaciji, oblikovanje preventivnih ukrepov

in usmerjanje raziskovanja na področju preprečevanja nesreč, njena poglobitna pomanjkljivost pa je v tem, da ne nudi osnove za oblikovanje prioritet in odločanje glede preprečevanja nesreč.

- Osnovna značilnost sodobnega preprečevanja nesreč je v tem, da se v največji meri izvaja na primarni ravni.
- Poglobitne strategije za preprečevanje nesreč so: izobraževanje, inženiring in uveljavljanje zakonodaje.
- Preventivne strategije niso enako učinkovite: s strategijama »inženiring« in »zakonodaja« je mogoče znatno vplivati na stopnjo umrljivosti pri določenih vrstah nesreč. V strokovni literaturi je zelo malo dokazov, da je imelo izobraževanje kakršenkoli trajnejši vpliv na stopnjo umrljivosti zaradi nesreč.

LITERATURA

Adams, John (1995) *Risk*. London in New York: Routledge.

Andersson, Ragnar (1998) Injury causation, injury prevention and safety promotion: definitions and related analytical frameworks. V Lucie Laflamme, Leif Svanström in Lothar Schelp (ur.) *Safety promotion research: a public health approach to accident and injury prevention*, 15-42. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine.

Bakovič, Zorana (2005) Je bila lekcija zaman? *Delo*, 15. 1.: 28.

Bauman, Zygmunt (1992) *Intimations of postmodernity*. London in New York: Routledge.

Beaglehole, R., R. Bonita in T. Kjellström (1993) *Basic epidemiology*. Geneva: World Health organization.

Beck, Ulrich (2001) *Družba tveganja. Na poti v neko drugo moderno*. Ljubljana: Krtina.

Borštnar, Sonja, Mateja Rok-Simon in Bojan Žlender (1994) *Preprečujmo poškodbe pri otrocih*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

Borštnar, Sonja (1998) *Otrok pešec: nasveti za starše predšolskih otrok*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.

British Medical Journal (2001) Rapid responses for Davis and Pless, <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/322/7298/1320>, 11. 8. 2004.

Brockington, Ian (2001) Suicide in women. *International Clinical Psychopharmacology* 16 (suppl) S7-S19.

Cambridge Advanced Learner's Dictionary (2004). Cambridge: Cambridge University Press.

Castel, Robert (1991) From dangerousness to risk. V Graham Burchnell, Colin Gordon in Peter Miller (ur.) *The Foucault effect: studies in governmentality*, 281-98. London: Harvester/Wheatsheaf.

Chalmers, David in Barry I. Pless (2001) UNICEF's child injury leagues tables: a bag of mixed messages. *Injury Prevention* 7, 81-2.

Cheng, Tina L., Joseph L. Wright, Cheryl B. Fields, Ruth A. Brenner, Donald Schwarz, Regina O'Donnell in Peter C. Scheidt (1999) A new paradigm of injury intentionality. *Injury Prevention* 5, 59-61.

Committee of Trauma Research, Commission on Life Sciences, National Research Council in the Institute of Medicine (1985) *Injury in America: continuing public health problem*. Washington DC: National Academy Press.

Currie, Gillian, Karin Dymond Kerfoot, Cam Donaldson in Colin Macarthur (2000) Are cost of injury studies useful? *Injury Prevention* 2, 175-6.

Davis, Ronald M. in Barry Pless (2001) BMJ bans »accidents«, <http://bjm.bmjournals.com/cgi/eletters/322/7298/1320>, 11. 8. 2004.

Davison, Charlie, George Davey-Smith in Stephen Frankel (1991) Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of health and Illness* 13, 1-19.

Deflem, Mathieu (1997) Surveillance and criminal statistics. *Studies in Law, Politics and Society* 17: 149-84.

Diderichsen, Finn, Lucie Laflamme in Johan Hallqvist (1998) Understanding the mechanisms of social differences in injuries. V Lucie Laflamme, Leif Svanström in Lothar Schelp (ur.) *Safety promotion research: a public health approach to accident and injury prevention*, 177-201. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine.

Egger, Garry, Ross Spark, James Lawson in Rob Donovan (1999) *Health promotion strategies & methods*. The McGraw Hill Companies, Inc.

Evans, Leonard (2004) *Traffic safety*. Michigan: Science Serving Society.

European Child Safety Alliance (2004) *Priorities for child safety: agenda for a action*. Amsterdam: European Child Safety Alliance.

European Transport Safety Council (2001) *Priorities for EU motor vehicle safety design*. Brussels: European Transport Safety Council.

Forjuoh, Samuel N. (1996) Injury control in developing nations: what can we learn from industrialized countries? *Injury Prevention* 1, 90-2.

Foucault, Michel (1984) *Nadzorovanje in kaznovanje*. Ljubljana: Delavska enotnost.

Fowler, Carolyn (2002) *Community action training: Haddon matrix*. San Francisco: Community Health Section, Department of Public Health.

Girasek, Deborah C. (1999) How members of the public interpret the word accident. *Injury Prevention* 5, 19-25.

Grad, Anton, Ružena Škerlj in Nada Vitorovič (1995) *Veliki angleško-slovenski slovar*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Green, Judith M. (1997) *Risk and misfortune. The social construction of accidents*. London in New York: Routledge.

Green, Judith M (1999) From accidents to risk: public health and preventable injury. *Health, Risk and Society* 1, 25-39.

Green, Judith M (2000) Epistemology, evidence and experience: evidence based health care in the work of Accident Alliances. *Sociology of Health and Illness* 22(4), 453-77.

Green, Judith M. (2001) The word »accident« should not be purged. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/eletters/322/7298/1320>, 11.8.2004.

Giddens, Anthony (1991) *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.

Hacking, Ian (1975) *The emergence of probability*. Cambridge: Cambridge University Press.

Hedlund, James (2000) Risky business: safety regulations, risk compensation, and individual behaviour. *Injury Prevention* 6, 82-90.

Haddon, William (1968) The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *American Journal of Public Health* 58, 1431-8.

Haddon, William (1973) Energy damage and the ten countermeasure strategies. *The Journal of Trauma* 18 (4), 321-31.

Haddon, William (1980) Options for the prevention of motor vehicle crash injury. *Israeli Journal of Medicine* 16, 45-8.

Haddon, William (1980a) Advances in the epidemiology of injuries as a basis for public policy. *Public Health Reports* 95(5), 411-20.

Hamlin, Christopher (2002) The history and development of public health in developed countries. V Roger Detels, James McEwen, Robert Beaglehole in Heinz Tanaka (ur.) (2002) *Oxford textbook of public health: fourth edition*, 21-34. New York: Oxford University Press.

Holder, Yvette, Margie Peden, Etienne Krug, Johan Lund, G. Gururayin in Olive Kobusingye (ur.)(2001) *Injury surveillance guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Hunt, Carl E. (2001) Sudden infant death syndrome and other causes of infant mortality. *Respiratory and Critical Care Medicine* 164 (3), 346-57.

Hunt, Kate in Carol Emslie (2001) Commentary: The prevention paradox in lay epidemiology – Rose revisited. *International Journal of Epidemiology* 30: 442-6.

Jansson, Bjarne in Leif Svanström (1998) Injury as a public-health problem: looking behind the figures. V Lucie Laflamme, Leif Svanström in Lothar Schelp (ur.) *Safety promotion research: a public health approach to accident and injury prevention*, 43-62. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine.

Kamerow, Douglas (2001) No accidents. *British Medical Journal USA* 4, 266.

Kendrick, Denise in Patricia Marsh (1997) Injury prevention programmes in primary care: a high risk group or a whole population approach? *Injury prevention* 3. 170-5.

Košorok, Viktorija (2004) Zanimarjerna moč rehabilitacije. *Delo: sobotna priloga*, 19. 6.: 19.

Kristl, Marko in Bruno Bensa (2004) Družbenoekonomsko vrednotenje posledic prometnih nezgod na cestah v Sloveniji. *Zdrav Var* 43, 145-53.

Laflamme, Lucie, Eilert E. Petersson in Lothar Schelp (1998) Public health surveillance, injury prevention and safety promotion. V: Laflamme, Lucie, Leif Svanström in Lothar, Schelp (ur.) (1998): *Safety promotion research: a public health approach to accident and injury prevention*, 63-82. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine.

Laur, Aime, Bjarne Jansson, Christina Lindholm, Kent Lindqvist in Bengt Springfeldt (1998) Economic-evaluation methods in safety promotion. V Laflamme, Lucie, Leif Svanström in Lothar, Schelp (ur.) (1998): *Safety promotion research: a public health approach to accident and injury prevention*, 157-73. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine.

Lemke, Thomas (2000) »Foucault, governmentality, and critique«.

Lett, Ronald, Olive Kobusingye in Dinesh Sethi (2002) A unified framework for injury control: the public health approach and Haddon's matrix combined. *Injury Control and Safety Promotion* 3, 199-205.

Luhmann, Niclas (1993) *Risk: a sociological theory*. Berlin in New York: Walter de Gruyter.

Lupton, Deborah (1999) *Risk*. London in New York: Routledge.

Lyons, Ronan A., Sarah J. Jones, Tracey Deacon in Martin Heaven (2003) Socioeconomic variation in injury in children and old people: a population based study. *Injury Prevention* 9, 33-7.

Lyotard, Jean F. (1986) *The postmodern condition: a report on knowledge*. Manchester: Manchester University Press.

MacKay, Morag, Dana C. Reid, David Moher in Terry Klassen (1999) *Systematic review of the relationship between childhood injury and socio-economics status*. Ottawa: Health Canada.

Mackey, Amy, <http://www.units.muohio.edu/psybersite/control/health.shtml> (10. 2. 2005).

Mcloughlin, E in A. Fairweather (2002) Influence of free trade on politics of safety. *Injury prevention* 8, 3-5.

Markota, Mladen, ur. (1999) *Zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Mathers, Colin D., Ritu Sadana, Joshua A. Salomon, Christopher L. Murray in Alan D. Lopez (2001) Healthy life expectancy in 191 countries. *Lancet* 357, 1685-91.

Melbourne Declaration on Injury Prevention and Control. 3rd International Conference on Injury Prevention and Control. Melbourne: Commonwealth Department of Health and Family Services and the World Health Organization.

Micik, Sylvia, Janice Yuwiler in Christine Walker (1987) *Preventing childhood injuries*. San Marcos, California: North County Health Services.

Mikhail, Blanche, Wasileh I. Petro-Nustas (2001) Transcultural adaptation of champion's health belief model scales. *Journal of Nursing Scholarship*. Second Quarter.

National Highway Traffic Safety Administration (1997) »Crashes aren't accident« campaign. *NHTSA now* 3 (11), 1-2.

National Research Council (1966) *Accidental death and disability: the neglected disease of modern society*. Washington DC: National Academy of Sciences.

National Safe Kids Campaign (1993) *Safe kids buckle up*. Washington: National Safe Kids Campaign.

O'Malley, Pat (1992) Risk, power and crime prevention. *Economy and Society* (21) 3, 252-75.

Overpeck, Mary D. in Elisabeth McLoughlin (1999) Did that injury happen on purpose? Does intent really matter? *Injury Prevention* 5, 11-2.

Pararas-Carayannis, George (1986) *Violent forces in nature*. Lamond Publications

Peden, Margie, Kara McGee in Etienne Krug (ur.) (2000) *Injury: a leading cause of the global burden of disease 2000*. Geneva: World Health Organization.

Peden, Margie, Kara McGee in Gyanendra Sharma (ur.) (2002) *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Geneva: World Health Organization.

Peek-Asa, Corrine, Bonnie Dean in Jess F. Kraus (2002) Injury control: the public health approach. V Roger Detels, James McEwen, Robert Beaglehole in Heinz Tanaka (ur.) (2002) *Oxford textbook of public health: fourth edition*, 1533-54. New York: Oxford University Press.

Pless, Barry, I. (1998) A double standard? Disease vs injury. *Injury Prevention* 4, 165-6.

Polič, Marko (1998) Zaznava nevarnosti in dejavniki, ki jo določajo. V Mihael Kline, Marko Polič in Vlasta Zabukovec *Javnost in nesreče: obveščanje, opozarjanje, vplivanje*, 11-57. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Prah, Nataša (2004) Kako se naj bi izračunali »opportunity costs« in »premium price«, http://www.teambreskva.com/extern/forumcef/forum_posts.asp?TID=27, 10. 5. 2005).

Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe, Uradni list RS, št. 56/1993 (8. 10. 1993)

Rice, Dorothy P. (2000) Cost of illness studies: what is good about them? *Injury Prevention* 6, 177-8.

Roberts, Ian in Chris Power (1996) Does the decline in child injury mortality vary by social class? A comparison of class specific mortality in 1981 and 1991. *Injury Prevention* 313, 784-86.

Robertson, Leon (1993) *Injuries: causes, control strategies and public policy*. Lexington: Lexington Books.

Robertson, Leon (1998) *Injury epidemiology: research and control strategies*. New York: Oxford University Press.

Rok-Simon, Mateja (2001) »Poškodbe – javno zdravstveni problem v Sloveniji«. Otočec: Krkini rehabilitacijski dnevi, 28. in 29. september.

Rok-Simon, Mateja (2002) Poškodbe otrok v dveh ljubljanskih vrtcih v letu 1999. *Zdravstveno varstvo* 9/10, 309-14.

Rose, Geoffrey (1981) Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *British Medical Journal* 282, 1847-51.

Runyan, Carol W. (1998) Using the Haddon matrix: introducing the third dimension. *Injury prevention* 4, 302-7.

Schieber, R in Maria Vegega (2002) Education versus environmental countermeasures. *Injury prevention* 8, 10-1.

Slovar slovenskega knjižnega jezika (2000) SAZU, Znanstvenoraziskovalni center SAZU, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša. Ljubljana: Mladinska knjiga.

Strokovna navodila za opravljanje mrliškega pregleda, Uradni list RS, št. 56/1993 (8. 10. 1993).

Supe, Andrej, Robert Šušanj in Bojan Žlender (2002) *Tridest let preventive in vzgoje v cestnem prometu*. Ljubljana: Svet za preventivo in vzgojo v cestnem prometu Republike Slovenije.

Šešok, Janja (2003) Breme bolezni. *Isis*, XII (8-9), 52-7.

Šešok, Janja (2004) »Socialno-ekonomsko breme prometnih nezgod«. Ljubljana: Strokovno srečanje ob Svetovnem dnevu zdravja, 7. april.

Towner, Elisabeth in John Towner (2002) UNICEF's child injury league table. An analysis of legislation: more mixed messages. *Injury Prevention* 8, 97-100.

Tulloch, John in Deborah Lupton (2003) *Risk and everyday life*. London, Thousand Oaks in New Delhi: Sage Publications.

Ule, Mirjana (2003) *Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: založba Aristej.

University of Connecticut, The social learning theory of Julian B. Rotter, <http://psych.fullerton.edu/jmearns/rotter.htm> (20.10. 2004).

University of South Florida, The internal-external scale, <http://www.med.usf.edu/~kmbrown/Locus of Control Construct.htm> (10. 2. 2005).

University of South Florida, Multidimensional health locus of control (MHLC) scales, http://www.med.usf.edu/~kmbrown//MHLC_Scale.htm (10. 2. 2005).

Vincenten, Joanne in Andrej Michalsen (2002) Priorities for child safety in the European Union: Agenda for action. *Injury Control and Safety Promotion* 9, 1-8.

Wallston, B.S. in Wallston, K. A. (1982) Health locus of control. V H. Lefcourt (Ed.) *Research with the Locus of Control Construct* (Vol. 1). New York: Academic Press.

Waxweiller, Rick J., Mark L. Rosenberg in M.A. Fenley (1993): *Injury control in the 1990s: a national plan for action. A report to the second world conference on injury control*. Atlanta: association for the advancement of automotive medicine.

Webster's New Encyclopedic Dictionary (1993) New York: Black Dog and Leventahl Publishers Inc.

WHO (World Health Organization) (1957) *Accidents in childhood: facts as a basis for prevention*. Technical Report Series no. 118. Geneva: WHO

WHO (World Health Organization) (1967) *International statistical classification of diseases, injuries and causes of death*. Geneva: World Health Organization. [Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti, zasnovana na preporukama Konferencije za osmu reviziju, održane 1965. godine] (1970). Beograd: Savremena administracija.

WHO (World Health Organization) (1977) *International statistical classification of diseases, injuries and causes of death*. Geneva: World Health Organization. [Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti prema devetoj reviziji iz 1975. godine]. Beograd: Institut za dokumentaciju zaštite na radu.

WHO (World Health Organization) (1989) *Manifesto for Safe Communities: A Universal Concern and Responsibility for All*. Stockholm: 1st World Conference on Accident and Injury Prevention.

WHO (World Health Organization) (1994) *International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision (ICD-10)(1994)*. Geneva: World Health Organization. [Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene. Deseta revizija. MKB-10] (1995). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

WHO (World Health Organization) (2002) *The World Health Report 2000: Reducing risks, promoting health life*. Geneva: World Health Organization.

WHO (World Health Organization) Injury pyramid,
http://www.who.int/violence_injury_pyramid/injpyr/en/, 21. 3. 2005.

Wilde, GJS (1998) Risk homeostasis theory: an overview. *Injury Prevention* 4, 92-3.

Wilson, Modena H., Susan, P. Baker, Stephen P. Teret, Susan Shock in James Garbarino (1991) *Saving children: a guide to injury prevention*. New York: Oxford University Press.

Zabukovec, Vlasta (1998) Varnostna kultura in izobraževanje. V Mihael Kline, Marko Polič in Vlasta Zabukovec *Javnost in nesreče: obveščanje, opozarjanje, vplivanje*, 141-71. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

PRILOGA

Tabela 1: Umrljivost po skupinah poškodb in starostnih skupinah, Slovenija, 1998-2002

	Nenam. poškodbe (nesreče)	Samomor	Napad	Nedol. namen	Poškodbe skupaj	Drugi vzroki smrti	Vsi umrli
Manj kot 1	6	-	2	-	8	394	402
1-14	82	13	2	3	100	154	254
15-19	197	85	9	12	303	110	413
20-29	442	305	18	36	801	341	1142
30-39	400	389	22	31	842	1009	1851
40-49	515	622	26	69	1232	3826	5058
50-59	495	556	9	58	1118	7784	8902
60-64	326	250	13	36	625	6553	7178
65-74	725	392	14	60	1191	22216	23407
75 in več	1265	269	4	147	1685	43383	45069

Tabela 2: Stopnje umrljivosti (na 10.000 prebivalcev) zaradi nenamernih poškodb (nesreč) po spolu in starosti, Slovenija, 1998-2002

	MOŠKI	ŽENSKE	SKUPAJ
Manj kot 1	0,9	0,5	0,7
1-6	0,9	0,5	0,7
7-14	0,5	0,3	0,4
15-19	4,6	1,5	3,1
20-29	5,0	0,9	3,0
30-49	4,9	1,3	3,1
50-64	7,5	2,1	4,8
65+	17,6	12,1	14,1
Skupaj	6,0	3,1	4,5

Tabela 3: Umrljivost otrok in mladostnikov v prometu po kopnem, Slovenija, 1998-2002

	MANJ KOT 1	1-6	7-14	15-19	SKUPAJ
Pešec		4	6	10	20
Kolesar		1	2	5	8
Motorist			3	50	53
Oseba v avtomobilu		1	10	86	97
Oseba poltovornem in težkem transportnem vozilu		1	1	4	6
Oseba v avtobusu			4		4
Druge nesreče med prevozom po kopnem	1	6	3	9	19
Skupaj	1	13	29	164	207

Tabela 4: Umrli glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Poškodbe skupaj	1649	1658	1544	1564	1486
Pešec (V01-V09)	72	78	75	57	57
Kolesar (V10-V19)	23	29	23	20	21
Motorist (V20-V29)	35	41	40	50	28
Oseba v trikol. mot. vozilu (V30-V39)	2	1	2	-	-
Oseba v avtomobilu (V40-V49)	162	147	150	145	147
Oseba v poltovor., kombi (V50-V59)	4	1	4	3	2
Oseba v težkem trans. vozilu (V60-V69)	1	5	2	5	3
Oseba v avtobusu (V70-V79)	-	5	-	2	1
Druge nezgode med prevozom po kopnem (V80-V89)	39	46	33	34	34
Nezgode med prevozom po vodi (V90-V94)	-	1	-	-	-
Nezgode med prevozom po zraku, vesolju (V95-V97)	4	-	2	1	3
Druge in neopred. nezgode med prevozom (V98-V99)	-	-	-	1	1
Padci (W00-V19)	346	328	338	341	297
Izpostavljenost neživim in mehničnim silam (W20-W59)	29	26	26	38	36
Izpostavljenost živim mehničnim silam (W50-W64)	4	5	2	2	3
Naključna utopitev in potopitev (W66-W74)	45	30	26	30	36
Druga naključna ogrožanja dihanja (W75-W84)	24	25	22	21	28
Elektrika, sevanje, skrajna temperatura in tlak v okolju (W85-W99)	3	1	1	3	6
Dim, ogenj, plamen (X10-X09)	9	6	8	16	12
Vročina, vroče snovi (X10-X19)	5	3	-	2	2
Strupene živali in rastline (X20-X29)	-	-	1	-	1
Izpostavljenost naravnim silam (X30-X39)	29	25	16	24	16
Naključ. izpost. škod. snovem in zastrup. z njimi (X40-X49)	37	36	24	39	31
Čezmeren napor, potovanje in pomanjkanje (X50-X57)	-	-	-	-	-
Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom (X58-X59)	3	25	5	7	4
Namerno samopoškodovanje (X60-X64)	612	590	588	580	540
Napad (X35-Y09)	20	30	22	17	27
Dogodek nedoločnega namena (Y10-Y34)	81	96	97	70	104
Zakonito posredovanje in vojne operacije (Y35-Y36)		1			
Droge, zdravila, biol. snovi pri zdravlj. s škod. posledicami (Y40-Y59)	3	4	1	3	4
Nezgode med kirurško in zdravniško oskrbo (Y60-Y69)	2	4	8	4	3
Med .pripomočki, povezani z nezgodami med zdravljenjem (Y70-Y82)	1	-	1	-	-
Kirurški, drugi med. postopki kot vzroki za nenormalno reakcijo pacienta in kasnejši zaplet (Y83-Y84)	51	61	23	40	31
Kasne posledice zunanjih vzrokov (Y85-Y89)	3	8	3	9	8
Dodatni dejavniki, uvrščeni druge (Y90-Y98)			1		

Tabela 5: Sprejemi v bolnišnico glede na vzrok poškodbe, Slovenija, 1998-2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Sprejemi v bolnišnico zaradi poškodb skupaj	26754	29967	30302	30614	29085
Pešec (V01-V09)	1097	1113	2707	2439	949
Kolesar (V10-V19)	1034	1130	1121	1155	1059
Motorist (V20-V29)	686	618	678	600	658
Oseba v trikol. mot. vozilu (V30-V39)	174	100	177	158	19
Oseba v avtomobilu (V40-V49)	1973	2085	2208	1902	2617
Oseba v poltovor., kombi (V50-V59)	38	23	13	14	16
Oseba v težkem trans. vozilu (V60-V69)	26	21	22	18	24
Oseba v avtobusu (V70-V79)	24	34	6	10	5
Druge nezgode med prevozom po kopnem (V80-V89)	150	131	87	113	77
Nezgode med prevozom po vodi (V90-V94)	5	3	2	-	-
Nezgode med prevozom po zraku, vesolju (V95-V97)	25	17	17	13	13
Druge in neopred.nezgode med prevozom (V98-V99)	14	1	-	4	-
Padci (W00-V19)	14349	15563	14677	14626	15012
Izpostavljenost neživim in mehaničnim silam (W20-W59)	3341	3296	3408	3113	3035
Izpostavljenost živim mehaničnim silam (W50-W64)	1100	988	1062	911	972
Naključna utopitev in potopitev (W66-W74)	17	15	22	17	13
Druga naključna ogrožanja dihanja (W75-W84)	36	37	56	49	32
Elektrika, sevanje, skrajna temperatura in tlak v okolju (W85-W99)	49	27	58	37	28
Dim, ogenj, plamen (X10-X09)	86	105	108	81	96
Vročina, vroče snovi (X10-X19)	305	298	314	290	288
Strupene živali in rastline (X20-X29)	135	136	213	233	145
Izpostavljenost naravnim silam (X30-X39)	25	22	24	11	16
Naključ. izpost. škod. snovem in zastrup.z njimi(X40-X49)	243	272	380	310	265
Čezmeren napor, potovanje in pomanjkanje (X50-X57)	62	83	78	79	68
Naključna izpost. drugim in neopred. dejavnikom (X58-X59)	35	224	174	279	278
Namerno samopoškodovanje (X60-X64)	504	595	716	644	536
Napad (X35-Y09)	455	528	450	409	506
Dogodek nedoločnega namena (Y10-Y34)	166	207	185	2216	1895
Zakonito posredovanje in vojne operacije(Y35-Y36)	2	1	1	1	2
Zapleti med zdravniško in kirurško oskrbo (Y40-Y84)	101	136	139	128	139
Kasne posledice zunanjih vzrokov (Y85-Y89)	494	406	341	496	321
Dodatni dejavniki, uvrščeni druge (Y90-Y98)	3	10	31	6	1
Ni podatka	-	1742	827	252	-

Tabela 6: Število obiskov v ambulantah osnovne zdravstvene dejavnosti zaradi poškodb, Slovenija, 2002

	moški	Ženske	Vsi
Vse poškodbe	267869	164043	431912
1. Nenamerne poškodbe			
- poškodbe med prevozom po kopnem (V01- V89)	27826	17069	44895
- padci (W00-W19)	93382	93382	166833
- nežive mehanične sile (W20-W49)	104061	40689	144750
- žive mehanične sile (W50-W64)	18307	14155	32462
- utopitev in potopitev (W65-W74)	24	11	35
- druga naključna ogrožanja dihanja (W75- W84)	234	128	106
- elektrika, sevanje, skrajne temperature (W85-W99)	1002	334	1336
- dim, ogenj, plamen (X00-X09)	934	300	1234
- vročina, vroče snovi (X10-X19)	4166	4836	9002
- strupene živali in rastline (X20-X29)	4405	4698	9103
- zastrupitve (X40-X49)	1161	1125	2286
- čezmeren napor, potovanje, pomanjkanje (X50-X57)	1869	799	2668
- ostale nenamerne poškodbe (V90-V99, X30-X39, Y40-Y98)	764	2644	1633
Skupaj nenamerne poškodbe	262305	161244	423549
2. Namerne poškodbe			
- namerno samopoškodovanje (X60-X64)	460	381	841
- napad (X35-Y09)	3419	1500	4919
- zakonito posredovanje in vojne operacije (Y35-Y36)	21	-	21
Skupaj namerne poškodbe	3900	1881	5781
3. Dogodek nedoločnega namena (Y10-Y34)	1664	918	2582

Tabela 7: Uporaba Haddonove matrice - preprečevanje požara v stanovanju, ki ga na oblazinjenem pohištvu lahko zaneti cigareta

FAZE	DEJAVNIKI			
	<i>gostitelj</i> (otroci v stanovanju)	<i>agens/vektor</i> (cigarete, vžigalice, oblazinjeno pohištvo)	<i>fizično okolje</i> (stanovanje)	<i>socialno okolje</i> (lokalna skupnost, norme, politika, zakoni, pravila)
<i>pred dogodkom</i> (pred požarom)	učiti otroke, da se ne igrajo z vžigalicami	spremeniti cigarete na način, da bi ugasnile, preden bi zanetile oblazinjeno pohištvo	zmanjšati gorljivost pohištva in drugih predmetov v stanovanju	povečati napore, da ljudje ne bi pričeli kaditi; povečati napore, da ljudje prenehajo kaditi
<i>dogodek</i> (med požarom)	naučiti otroke ravnanja v primeru požara; pripraviti in skupaj z otroki vaditi izhod iz stanovanja v primeru požara; otroke naučiti, da se v primeru požara ne skrivajo	izdelovati pohištvo iz materialov, ki so manj toksični, če gori; oblazinjeno pohištvo izdelovati iz materiala, ki je negorljiv	vgraditi detektorje dima; vgraditi naprave za gašenje požara; povečati število uporabnih izhodov iz stanovanja;	sprejeti predpis o vgradnji detektorjev dima in/ali naprav za gašenje; zagotoviti gasilskim enotam finančna sredstva, da bi lahko zaposlili dovolj gasilcev in razpolagali z ustrezno opremo
<i>po dogodku</i> (po tem, ko so se otroci poškod. v požaru)	zagotoviti vsem družinskim članom učenje prve pomoči in oživljanja	oblikovati ogrevalna telesa tako, da jih je mogoče hitro in enostavno izključiti	pri gradnji stanovanja uporabljati manj toksičnih materialov	zagotoviti zadostne bolnišnične zmogljivosti

Vir: prirejeno po Runyan, 1998: 202.