

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

mag. Damjan Slabe

**Prva pomoč kot oblika solidarnosti
v sodobni slovenski družbi**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2016

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

mag. Damjan Slabe

Mentorica: red. prof. dr. Zinka Kolarič

**Prva pomoč kot oblika solidarnosti
v sodobni slovenski družbi**

Doktorska disertacija

Ljubljana, 2016

Zahvala

V toku življenja, ki zaobjema čas nastajanja tega dela, sem imel privilegij srečevati se z ljudmi, ki sem jim globoko hvaležen; nekaterih ne bi spoznal, če se ne bi lotil te naloge, brez drugih tega dela sploh ne bi bilo.

Zato gre najprej in predvsem zahvala spoštovani mentorici red. prof. dr. Zinki Kolarič. S hvaležnostjo se spominjam najinega pogovora, v katerem je vzknila ideja o temi disertacije, vseh njenih spodbud, usmeritev in zgleda konceptualnega razmišljanja.

Iskrena hvala članoma komisije za njune konstruktivne pripombe in usmeritve na prvem in drugem doktorskem seminarju. Red. prof. dr. Mirjani Ule se še posebej zahvaljujem za predlagano literaturo na temo poznomodernih družb – družbo, v katero smo vrojeni, sem ob tem zagledal v novi luči! Hvala red. prof. dr. Urošu Ahčanu, ki mi je ponudil priložnost, da sem bil lahko del ekipe, ki je v določenem obdobju prevzela odgovornost za novo strokovno literaturo o prvi pomoči. To sodelovanje je pomembno spodbudilo moje zanimanje za raziskovanje različnih vidikov prve pomoči. Hvala za prisposodbo o vlakcu, ki bo odpeljal ...

Viš. znan. sod. dr. Slavku Kurdiji s Centra za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij Fakultete za družbene vede se zahvaljujem za izjemno pomoč pri izvedbi kvantitativne študije, konzultacije in statistično obdelavo podatkov. Hvala tudi red. prof. dr. Niku Tošu, ki je to sodelovanje odobril. Izr. prof. dr. Tomažu Podobnikarju in doc. dr. Urošu Kovačiču sem hvaležen za nakazane izhode iz metodoloških zagat. Hvala asist. Evi Dolenc za vso nesebično pomoč; njeno zanimanje za raziskovanje prve pomoči je navdušujoče.

Hvala vsem 853 anketiranim ter 69 udeležencem fokusnih skupin, ki so si vzeli čas za sodelovanje v raziskavi. Janezu Feherju, Draganu Dunčiču, Radoljubu Šutanovcu, Urbanu Mescu, Dajani Fon, Azri Sekić, Davidu Rupniku in Matjažu Livku se zahvaljujem za pomoč pri izvedbi terenskih eksperimentov – to sodelovanje je prineslo še posebej veliko vznemirjenja! Hvala tudi Upravi RS za zaščito in reševanje, še posebej Janezu Melanšku, izpostavam Koper, Kranj, Ljubljana in Celje ter Rdečemu križu Slovenije, še posebej Borisu Plavšiču in upokojeni sodelavki Darji Horvat ter Območnemu združenju Rdečega križa Kranj za podpro pri izpeljavi omenjenih eksperimentov. Hkrati se ponovno iskreno opravičujem vsem naključnim očividcem eksperimentov, vendar smo samo tako lahko prišli do verodostojnih podatkov.

Zahvaljujem se mag. Kristini Likar in doc. dr. Mojci Jevšnik za koristne pripombe, Tonetu Koširju za nasvete pri poglavju o zgodovinskih okvirih razvoja prve pomoči, Metki Ulčar za posredovanje njenih virov o začetkih delovanja Strokovnega centra za prvo pomoč ter Marinu Kačiču za paradokсне spodbude.

Darinki Koderman Patačko se zahvaljujem za izjemno potrpežljivost in skrben jezikovni pregled, Miretu Steinbuchu hvala za prevod izvlečka.

Hvaležen sem vsem, ki ste mi kakorkoli pomagali, me spodbujali s »Kako napreduješ?« in bili na mnogo načinov ob pravem času na pravem mestu.

Hvala moji družini za potrpežljivost in razumevanje: Juditi, Maji, Janu in Joštu. Pomenite mi več, kot to zmorem pokazati.

Delo posvečam vsem, ki ste dali prvo pomoč, ko je bilo treba,

pa vam morda (še) nihče ni rekel hvala.



IZJAVA O AVTORSTVU doktorske disertacije

Podpisani/-a Damjan Slabe, z vpisno številko 21071064, sem avtor/-ica doktorske disertacije z naslovom: Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi.

S svojim podpisom zagotavljam, da:

- je predložena doktorska disertacija izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbel/-a, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbel/-a, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobil/-a vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo in sem to tudi jasno zapisal/-a v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerim so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorski in sorodnih pravicah (UL RS, št. 16/07-UPB3, 68/08, 85/10 Skl.US: U-I-191/09-7, Up-916/09-16)), prekršek pa podleže tudi ukrepom Fakultete za družbene vede v skladu z njenimi pravili;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za družbene vede;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko doktorske disertacije ter soglašam z objavo doktorske disertacije v zbirki »Dela FDV«.

V Ljubljani, dne

Podpis avtorja/-ice: _____

POVZETEK

Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi

Že vso zgodovino si človek prizadeva obvladati poškodbe, zastrupitve in bolezni. Iz tega hotenja se je razvila medicinska znanost in iz nje izhajajoči napotki za prvo pomoč, ta proces pa še zdaleč ni končan. Prva pomoč ne pomeni zgolj neposredne oskrbe poškodovanih, zastrupljenih in nenadoma zbolelih. Implicira tudi obliko medčloveške pomoči in solidarnosti, dajanje prve pomoči pa je v slovenskem pravnem redu že več kot pol stoletja tudi pravno opredeljena norma.

Čeprav je v zadnjem desetletju prva pomoč pogostejša tema javnih diskurzov, pa je – če izvzamemo temeljne postopke oživljanja ter ugotavljanje ravni teoretičnega znanja laične javnosti – z raziskovanega vidika to dokaj zapostavljeno področje. Pri tem imamo v mislih predvsem primanjkljaj celovitih raziskav, ki bi prvo pomoč obravnavale kot izrazito družbeno pogojen fenomen, ki odlikava neogibno odvisnost in povezanost ljudi v vsakdanjem življenju. Tudi dosedanje raziskave slovenskega javnega mnenja so se vprašanju odnosa Slovenk in Slovencev do dajanja prve pomoči izognile.

Glavni namen disertacije je ugotoviti, kakšna je pripravljenost (potencial) za dajanje prve pomoči v sodobni slovenski družbi, kateri dejavniki vplivajo na to pripravljenost in kam lahko umestimo ta potencial na oseh prosocialno – asocialno in moralno – pravno. Za iskanje odgovorov na zastavljena vprašanja smo v okviru metodološke triangulacije kombinirali sočasno oziroma neodvisno izvedbo enega kvantitativnega in dveh kvalitativnih metodoloških pristopov: telefonsko anketo na stratificiranem vzorcu odrasle slovenske populacije ($n = 853$), izvedbo pogovorov v devetih fokusnih skupinah ($n = 62$ sodelujočih v treh starostnih skupinah) ter šest terenskih eksperimentov, v katerih smo opazovali odziv naključnih očividcev na zaigrani primer »bolnika« z znamenji hude prsne bolečine, ki se konča z izgubo zavesti. Tak raziskovalni okvir smo izbrali, da bi tako povečali veljavnost pridobljenih rezultatov.

Velika večina polnoletnih prebivalcev Slovenije se je vsaj enkrat v življenju usposabljala iz prve pomoči, največ pa jih je znanje pridobilo v okviru izpita za pridobitev vozniškega dovoljenja. Blizu dve tretjini jih je menilo, da bi morali obnoviti znanje prve pomoči. Svoje znanje prve pomoči so ocenili le malo nad srednjo vrednostjo. Tri četrtine vprašanih je izrazilo pripravljenost za dajanje prve pomoči.

Tudi sodelujoči v fokusnih skupinah so naklonjeni obnavljanju znanja prve pomoči, še zlasti praktičnemu. Posebej so omenili enajst dejavnikov, ki po njihovem mnenju

spodbujajo posameznika k dajanju prve pomoči; devet subjektivnih, ki izhajajo iz posameznika, in dva objektivna, ki sta posledici okoliščin konkretnega dogodka. Intervjuvanci so skupaj navedli tudi šestnajst dejavnikov, med katerimi prevladujejo subjektivni, ki potencialnega dajalca prve pomoči domnevno odvrtačajo od dajanja prve pomoči.

V vseh šestih opravljenih terenskih eksperimentih so navzoči opazili »bolnika«, vendar je samo v enem primeru očividka zelo hitro preverila, ali »bolnik« potrebuje pomoč. V preostalih petih eksperimentih so očividci »bolniku« pomagali pozno, tj. šele takrat, ko je za pomoč zaprosil sam. Res pa je, da so nato pri tem pokazali veliko zavzetost. Naključno navzoči so ustrezno preverili, ali je »bolnik« srčni bolnik, poklicali nujno medicinsko pomoč, »bolnika« s hudo prsno bolečino namestili v polsedeči položaj, ga po izgubi zavesti namestili v stabilni položaj in ga nadzirali. Očividci niso preverili, ali ima »bolnik« pri sebi zdravila, večinoma tudi ne stanja zavesti (po izgubi zavesti) in niso ustrezno sprostili dihalne poti. Nekateri očividci so najprej iskali pomoč pri drugih zdravstvenih delavcih, ki so bili naključno v bližini.

Na ravni opredeljevanja respondentov smo z raziskavo ugotovili veliko pripravljenost za dajanje prve pomoči. V sodobni slovenski družbi je dajanje prve pomoči visoko postavljena moralna dolžnost posameznika, kar je med proučevanimi dejavniki najmočnejši spodbujevalni dejavnik za dajanje prve pomoči. Vendar ima splošno družbeno opredeljevanje za dajanje prve pomoči tudi svoje omejitve: te so predvsem razkorak med opredeljevanjem in ravnanjem ljudi v praksi ter splošna nizka raven poznavanja neodložljivih ukrepov prve pomoči. Na ravni konkretnih primerov (ne)dajanja prve pomoči se soočamo tudi z ravnanjem ljudi, ki je značilno za individualizem, egoizem in narcisizem – z brezbržnostjo do drugih. Vse to predstavlja nove izzive ter zahteva angažma in sodelovanje vseh ključnih družbenih akterjev, ki so soudeleženi na področju prve pomoči.

Ključne besede: prva pomoč, solidarnost, altruizem, tveganje, sodobna družba.

ABSTRACT

First Aid as a Method of Solidarity in Contemporary Slovenian Society

Throughout history, humans have endeavoured to manage injuries, poisonings and illnesses; this led to the development of medical science and its guidelines for first aid. The process, however, is still far from being finished. First aid does not mean only direct nursing of the injured, poisoned and suddenly sick. It also implies a way of interpersonal help and solidarity, and giving first aid has been a legally defined standard within the Slovenian law for over half a century.

Although in the last decade first aid has been a frequent topic of public discourses, it is – if we exclude basic procedures of resuscitation and assessment of the theoretical knowledge level of lay people – a rather disregarded field from the research point of view. This means primarily the lack of complete research that would treat first aid as an explicitly socially conditioned phenomenon reflecting inevitable dependence and connectedness among people in everyday life. So far, the existing research of Slovenian public opinion has avoided the question of attitude towards giving first aid.

The main purpose of this thesis is to establish the willingness (or potential) for giving first aid in contemporary Slovenian society and discover which factors influence that readiness, as well as where we can place this potential on the axes of prosocial-asocial and moral-legal behaviour. In order to find answers to these questions, we have combined – within the framework of methodological triangulation – either a simultaneous or an independent execution of one quantitative and two qualitative methodological approaches: a phone interview among a stratified sample of adult Slovenian population (n = 853), a qualitative research within nine focus groups (n = 62 collaborating participants in three age groups), and six field experiments in which we monitored the reaction of coincidental eyewitnesses on a pretended case of a “patient” with symptoms of severe chest pain resulting in unconsciousness. We have chosen such research frame in order to intensify the validity of gained results.

The majority of adults were at least once in their life trained in first aid, most of them within the driving license training programme. Almost two thirds thought they should renew their first aid knowledge. They estimated their knowledge just slightly above the middle value. Three quarters of the interviewed expressed the willingness for giving first aid.

Participants in the focus groups were also inclined to renewing their knowledge of first aid. They particularly mentioned eleven factors, which, in their opinion, stimulate an individual to give first aid. Nine of them were subjective and two were objective,

stemming from the circumstances of a particular event. The respondents also named sixteen factors altogether, mostly subjective ones, which supposedly avert a potential first aid giver from giving first aid.

In all six field experiments people noticed the “patient”, but only in one case an eyewitness was very quick to check if he needed help. In other five cases, the eyewitnesses helped the “patient” rather late, not until he asked for help himself. However, they did show great enthusiasm afterwards. They appropriately checked if he was a heart patient, called emergency medical service, and put him in a half-sitting position; after he had seemingly become unconscious, they set him into the lateral recovery position and monitored him. On the other hand, they did not check whether the “patient” had any medication with him, most of them did not check his state of consciousness (after he had seemingly become unconscious) or suitably relieve his airway. Some of the eyewitnesses first sought help from other health workers who happened to be in the vicinity.

On the level of determination, the research has shown a great willingness for giving first aid. In contemporary Slovenian society, giving first aid is a highly ranked moral duty of an individual, which is also the strongest stimulating factor for giving first aid among all the researched factors. However, the common social determination for giving first aid has its limitations, such as the difference between determination and practical treatment, a low level of emergency measures knowledge, and a lack of confidence. When it comes to actual examples of (not) giving first aid, we are confronted with people’s behaviour, characteristic of individualism, egoism and narcissism – namely carelessness for others. These findings represent new challenges and demand a new engagement and cooperation of all the key social agents that are a part of the first aid field.

Key words: first aid, solidarity, altruism, risk, contemporary society.

KAZALO

POVZETEK.....	5
ABSTRACT.....	7
KAZALO	9
KAZALO TABEL.....	13
KAZALO SLIK.....	17
UVOD	19
I. TEORETIČNI DEL	29
1 OSNOVNA TEZA IN TEORETIČNI OKVIR DISERTACIJE.....	29
2 SOLIDARNOST IN ALTRUIZEM V POZNOMODERNIH DRUŽBAH.....	33
2.1 DRUŽBA TVEGANJA	34
2.2 INDIVIDUALIZEM IN NARCISIZEM.....	38
2.3 SOLIDARNOST KOT VREDNOTA	42
2.4 ALTRUIZEM KOT ETIČNA NORMA.....	47
2.4.1 Opredelitev in oblike altruizma	48
2.4.2 Dejavniki, ki spodbujajo, in dejavniki, ki zavirajo altruistično ravnanje.....	50
2.4.3 Učinek opazovalca	51
2.4.4 Podmene prve pomoči kot altruističnega ravnanja.....	53
2.4.5 Etični okviri prve pomoči kot altruističnega ravnanja	55
3 ZGODOVINSKI OKVIR RAZVOJA PRVE POMOČI	63
3.1 PRVA POMOČ V PREDMODERNIH DRUŽBAH.....	64
3.2 NAPREDEK PRVE POMOČI V MODERNIH DRUŽBAH	66
3.2.1 19. stoletje – stoletje za medicino in prvo pomoč pomembnih odkritij	67
3.2.2 Prva pomoč v prvi polovici 20. stoletja	70
3.3 PRVA POMOČ V POZNOMODERNIH DRUŽBAH.....	72
3.3.1 Razvoj doktrine prve pomoči na prehodu tisočletja	72
4 PRAVNI OKVIRI PRVE POMOČI	77
4.1 PRAVNE REGULATIVE PRVE POMOČI V SLOVENIJI.....	77

5	DRUŽBENA PERSPEKTIVA ZDRAVJA, BOLEZNI IN POŠKODB TER PRVE POMOČI.....	84
5.1	ZDRAVJE IN BOLEZEN KOT DRUŽBENI KONSTRUKT	84
5.2	NENADNA BOLEZEN IN POŠKODBA KOT OBREMENILNI DOGODEK V ŽIVLJENJU POSAMEZNIKA	89
5.3	VLOGE NA PODROČJU PRVE POMOČI	93
5.3.1	Vloga bolnika/poškodovanca.....	94
5.3.2	Vloga dajalca prve pomoči	96
5.3.3	Vloga zdravstvenega poklica.....	105
5.3.4	Vloga javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij ter neformalnih mrež na področju prve pomoči v Sloveniji	109
II.	EMPIRIČNI DEL.....	123
6	ANALIZA OPREDELITEV PREBIVALCEV SLOVENIJE DO RAZLIČNIH VIDIKOV PRVE POMOČI	123
6.1	NAMEN, CILJI, TEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	123
6.2	METODOLOGIJA	127
6.2.1	Kvantitativna študija ugotavljanja opredelitev do dajanja prve pomoči	129
6.2.2	Zbiranje kvalitativnih podatkov s fokusnimi skupinami o opredelitvah do dajanja prve pomoči	138
6.2.3	Zbiranje podatkov s terenskimi eksperimenti o skladnosti med opredelitvami do dajanja prve pomoči in ravnanji v vsakdanjih praksah	145
7	PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA ZBRANIH PODATKOV	157
7.1	PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA KVANTITATIVNIH PODATKOV	157
7.1.1	Usposabljanje iz prve pomoči.....	157
7.1.2	Znanje prve pomoči.....	178
7.1.3	Opredelitev do dajanja prve pomoči.....	188
7.2	PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA KVALITATIVNIH PODATKOV, ZBRANIH S POGOVORI V FOKUSNIH SKUPINAH	233
7.2.1	Rezultati analize tematskega sklopa Opredelitve do obnavljanja znanja prve pomoči	235
7.2.2	Rezultati analize tematskega sklopa Spodbujevalni dejavniki za dajanje prve pomoči	243
7.2.3	Rezultati analize tematskega sklopa Zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči	249

7.2.4	Rezultati analize tematskega sklopa Prva pomoč kot moralna in kot pravna dolžnost.....	264
7.2.5	Rezultati analize tematskega sklopa Kdor pomaga, je občudovanja vreden.....	267
7.3	PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA PODATKOV, ZBRANIH s terenskimi EKSPERIMENTI	268
7.3.1	Analiza eksperimenta »Ljubljana«.....	268
7.3.2	Analiza eksperimenta »Koper«	271
7.3.3	Analiza eksperimenta »Primskovo«	275
7.3.4	Analiza eksperimentov »Rečica ob Savinji«	277
7.3.5	Povzetek analize terenskih eksperimentov	283
8	SKLEPNE UGOTOVITVE	285
8.1	USPOSABLJANJE PREBIVALCEV SLOVENIJE IZ PRVE POMOČI	285
8.1.1	USPOSABLJANJE V PRETEKLOSTI.....	285
8.1.2	OPREDELJENOST ZA USPOSABLJANJE V PRIHODNJE	287
8.2	ZNANJE PRVE POMOČI.....	290
8.3	OPREDELITVE DO DAJANJA PRVE POMOČI.....	293
8.3.1	Opredelitev do spodbujevalnih dejavnikov za dajanje prve pomoči	295
8.3.2	Opredelitev do zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči	299
8.4	sinteza sklepnih ugotovitev	305
9	INTERPRETACIJA UGOTOVLJENEGA AMBIVALENTNEGA ODNOSA DO PRVE POMOČI Z VIDIKA ZNAČILNOSTI POZNOMODERNIH DRUŽB	313
10	OMEJITVE RAZISKAVE IN IZVIRNI PRISPEVEK K ZNANOSTI	319
10.1	OMEJITVE RAZISKAVE	319
10.2	IZVIRNI PRISPEVEK K ZNANOSTI.....	320
11	LITERATURA.....	323
12	STVARNO IN IMENSKO KAZALO.....	341
13	PRILOGE	348
	Priloga A: Vprašalnik raziskave.....	348
	Priloga B: Povabilo za sodelovanje v fokusni skupini in osnovne informacije za preiskovance....	355
	Priloga C: Dodatne informacije za sodelujoče v fokusni skupini.....	356
	Priloga Č: Demografski podatki o udeležencih.....	357

Priloga D: Soglasje udeleženca fokusne skupine za prostovoljno sodelovanje v raziskavi	359
Priloga E: Raziskovalni instrument - načrt intervjuja	360
Priloga F: Prošnja za presojo etičnosti in izdajo soglasja k raziskovalnemu predlogu – izvedbi treh terenskih eksperimentov v okviru raziskave	362
Priloga G: Soglasje Komisije za medicinsko etiko	364

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Koraki, ki vodijo do altruističnega dejanja.....	54
Tabela 4.1: Ustavno določilo ter določila Obligacijskega in Kazenskega zakonika, posredno ali neposredno povezana s prvo pomočjo	78
Tabela 4.2: Izbrana zakonska določila, povezana s prvo pomočjo	78
Tabela 4.3: Izbrana podzakonska določila, povezana s prvo pomočjo	79
Tabela 6.2: Realizacija izvedbe načrta pilotne fokusne skupine	140
Tabela 6.3: Realizacija izvedbe načrta fokusnih skupin za starostno skupino do 30 let.....	143
Tabela 6.4: Realizacija izvedbe načrta fokusnih skupin za starostno skupino od 31 do 60 let.....	144
Tabela 6.5: Realizacija izvedbe načrta fokusnih skupin za starostno skupino 61 let ali več.....	144
Tabela 6.6: Dokumentacija o fokusnih skupinah	145
Tabela 6.7: Izvedeni terenski eksperimenti v okviru raziskave Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi	147
Tabela 7.1: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na spol in stopnjo statistične značilnosti	165
Tabela 7.2: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na starost in stopnjo statistične značilnosti	166
Tabela 7.3: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti.....	166
Tabela 7.4: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti.....	167
Tabela 7.5: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz dajanja prve pomoči, glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti	168
Tabela 7.6: Vpliv demografskih kategorij na usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti.....	168
Tabela 7.7: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na starost in stopnjo statistične značilnosti	170
Tabela 7.8: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti	170
Tabela 7.9: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti	171
Tabela 7.10: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti.....	172
Tabela 7.11: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na zaposlitev in stopnjo statistične značilnosti	173
Tabela 7.12: Primerjava v motiviranosti anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti	173
Tabela 7.13: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti	174

Tabela 7.14: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na samooceno znanja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti.....	174
Tabela 7.15: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na to, ali imajo vozniško dovoljenje ali ne, in stopnjo statistične značilnosti.....	175
Tabela 7.16: Delež za usposabljanje motiviranih anketiranih glede na strinjanje s trditvami o možnih načinih izboljšanja znanja prve pomoči (n = 491).....	177
Tabela 7.17: Vpliv demografskih kategorij na opredelitev glede motiviranosti za usposabljanje iz prve pomoči	177
Tabela 7.18: Deleži anketiranih glede na samooceno znanja prve pomoči (n = 853)	178
Tabela 7.19: Samoocena znanja prve pomoči glede na spol in stopnjo statistične značilnosti	179
Tabela 7.20: Samoocena znanja prve pomoči glede na starost in stopnjo statistične značilnosti	179
Tabela 7.21: Primerjava samoocene znanja prve pomoči med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti	180
Tabela 7.22: Deleži anketiranih glede na oceno pravilnosti trditve, povezane z ukrepi prve pomoči (n = 853)	186
Tabela 7.23: Deleži anketiranih glede na mnenje o uporabi alkohola v prvi pomoči (n = 853)	188
Tabela 7.24: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na spol in stopnjo statistične značilnosti	189
Tabela 7.25: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na starost in stopnjo statistične značilnosti	190
Tabela 7.26: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti	191
Tabela 7.27: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti	191
Tabela 7.28: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na regijo bivanja in stopnjo statistične značilnosti	192
Tabela 7.29: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti	194
Tabela 7.30: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na to, ali so se v preteklosti izobraževali iz prve pomoči, in stopnjo statistične značilnosti	194
Tabela 7.31: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na čas od zadnjega usposabljanja za prvo pomoč in stopnjo statistične značilnosti.....	195
Tabela 7.32: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na trajanje zadnjega usposabljanja ali tečaja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti.....	196
Tabela 7.33: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na to, ali so v življenju imeli izkušnjo s prvo pomočjo, bodisi da so jo dali ali da so jo prejeli, in stopnjo statistične značilnosti	196
Tabela 7.34: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na to, ali imajo vozniško dovoljenje, in stopnjo statistične značilnosti	197
Tabela 7.35: Primerjava pripravljenosti anketiranih za dajanje prve pomoči glede na zdravstveni oziroma nezdravstveni poklic in stopnjo statistične značilnosti	198
Tabela 7.36: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti	198

Tabela 7.37: Vpliv demografskih kategorij na opredelitve do dajanja prve pomoči	199
Tabela 7.38: Deleži anketiranih glede na stopnjo strinjanja s trditvami, povezanimi z razlogi za dajanje prve pomoči (n = 853)	200
Tabela 7.39: Ugotovljene statistično značilne razlike v strinjanju anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči glede na demografske kategorije	200
Tabela 7.40: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na spol in stopnjo statistične značilnosti	203
Tabela 7.41: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na starost in stopnjo statistične značilnosti	204
Tabela 7.42: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti.....	205
Tabela 7.43: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti	206
Tabela 7.44: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na posedovanje vozniškega dovoljenja in stopnjo statistične značilnosti .	207
Tabela 7.45: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti.....	208
Tabela 7.46: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti	209
Tabela 7.47: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti	210
Tabela 7.48: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na samoceno znanja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti	212
Tabela 7.49: Deleži anketiranih glede stopnje strinjanja s trditvami, povezanimi z razlogi za nedajanje prve pomoči (n = 853)	213
Tabela 7.50: Ugotovljene statistično značilne razlike v strinjanju anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na demografske kategorije.....	214
Tabela 7.51: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na spol in stopnjo statistične značilnosti	218
Tabela 7.52: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na starost in stopnjo statistične značilnosti	220
Tabela 7.53: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti	221
Tabela 7.54: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti.....	222
Tabela 7.55: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na posedovanje vozniškega dovoljenja in stopnjo statistične značilnosti	223
Tabela 7.56: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti	225
Tabela 7.57: Primerjava strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti	226
Tabela 7.58: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti	227

Tabela 7.59: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na samooceno znanja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti.....	229
Tabela 7.60: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na njihovo pripravljenost za dajanje prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti.....	231
Tabela 7.61: Tematski sklopi s pripadajočimi kategorijami in podkategorijami.....	234
Tabela 7.62: Povzetek analize sklopa Opredelitve do obnavljanja znanja prve pomoči v treh starostnih skupinah (do 30 let, od 31 do 60 let in 61 let ali več)	235
Tabela 7.63: Povzetek analize sklopa Spodbujevalni dejavniki za dajanje prve pomoči treh starostnih skupin (do 30 let, od 31 do 60 let in 61 let ali več)	244
Tabela 7.64: Povzetek analize sklopa Subjektivni zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči treh starostnih skupin (do 30 let, od 31 do 60 let in 61 let ali več).....	250
Tabela 7.65: Povzetek analize sklopa Objektivni zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči treh starostnih skupin (do 30, od 31 do 60 let in nad 61 let).....	251
Tabela 7.66: Analiza eksperimenta »Ljubljana« glede na čas, stanje imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev	270
Tabela 7.67: Analiza eksperimenta »Koper« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev	273
Tabela 7.68: Analiza eksperimenta »Primskovo« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev	276
Tabela 7.69: Analiza eksperimenta »Rečica A« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev	278
Tabela 7.70: Analiza eksperimenta »Rečica B« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev	280
Tabela 7.71: Analiza eksperimenta »Rečica C« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev	281
Tabela 7.72: Število navzočih očitvidcev v terenskih eksperimentih	283
Tabela 7.73: Povzetek analize terenskih eksperimentov	284
Tabela 8.1: Primerjava poznavanja izbranih odločljivih in neodločljivih ukrepov prve pomoči.....	291

KAZALO SLIK

Slika 1.1: Prva pomoč kot kompleksen družbeni fenomen	29
Slika 1.2: Prva pomoč kot kompleksen družbeni fenomen v kontekstu sodobnih poznomodernih družb	31
Slika 2.1: Motivacijski in zaviralni dejavniki altruizma	50
Slika 5.1: Najpogostejši udeleženci v kontekstu prve pomoči	94
Slika 6.1: Tematski sklopi raziskave	124
Slika 6.2: Sočasni triangulacijski načrt raziskave	128
Slika 6.3: Deleži anketiranih glede na zaposlitev	132
Slika 7.1: Delež anketiranih glede na usposabljanje ali druge oblike pridobitve znanja prve pomoči v preteklosti (n = 853)	158
Slika 7.2: Deleži anketiranih glede možnosti, v okviru katere so pridobili znanje prve pomoči (n = 762) 160	
Slika 7.3: Delež anketiranih glede na čas od zadnjega usposabljanja iz prve pomoči (n = 762)	162
Slika 7.4: Delež anketiranih glede na čas trajanja zadnjega usposabljanja iz prve pomoči (n = 762) ..	163
Slika 7.5: Delež anketiranih glede na obliko zadnjega usposabljanja iz prve pomoči (n = 762)	164
Slika 7.6: Delež anketiranih glede na razlog za udeležbo na zadnjem usposabljanju iz prve pomoči (n = 762) 164	
Slika 7.7: Delež anketiranih glede na motiviranost za obnovitev znanja prve pomoči (n = 762)	169
Slika 7.8: Delež anketiranih, ki v preteklosti še niso pridobili znanja prve pomoči, glede na motiviranost za pridobitev takega znanja (n = 89)	176
Slika 7.9: Delež anketiranih, ki so motivirani za obnovitev/pridobitev znanja prve pomoči, glede na razloge, da tega še niso udeležili (n = 491)	176
Slika 7.10: Deleži anketiranih glede na prvi ukrep, ki bi ga naredili v primeru, da bi se znašli ob osebi, ki se zgrudi in negibno obleži (n = 853)	182
Slika 7.11: Deleži anketiranih glede na strinjanje o pravilnem razmerju med masažo srca in vpihi v primeru oživljanja odrasle osebe (n = 853)	183
Slika 7.12: Deleži anketiranih glede na telefonsko številko, ki bi jo poklicali v Sloveniji, če bi potrebovali nujno medicinsko pomoč (n = 853)	184
Slika 7.13: Deleži anketiranih glede na poznavanje enotne evropske telefonske številke za klic v sili (n = 853) 185	
Slika 7.14: Deleži anketiranih glede pripravljenosti za dajanje prve pomoči (n = 853)	188
Slika 7.15: Delež izražene pripravljenosti za dajanje prve pomoči anketiranih po regijah	193
Slika 7.16: Primerjava povprečne stopnje strinjanja anketiranih z razlogi za dajanje prve pomoči med moralno in pravno dolžnostjo dajanja prve pomoči (n = 853)	202
Slika 7.17: Primerjava povprečne stopnje strinjanja anketiranih med razlogom za dajanje in razlogom za nedajanje prve pomoči (n = 853)	232
Slika 7.18: Mnenje udeležencev fokusnih skupin o prvi pomoči kot moralni in kot pravni dolžnosti	266
Slika 7.19: Mnenja udeležencev fokusnih skupin o trditvi »Kdor pomaga, je občudovanja vreden«	267

Slika 8.1: Vpliv proučevanih demografskih dejavnikov na usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti .	286
Slika 8.2: Vpliv proučevanih demografskih dejavnikov na pripravljenost za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje	288
Slika 8.3: Vpliv proučevanih demografskih dejavnikov na opredelitev do dajanja prve pomoči.....	294
Slika 8.4: Povprečna stopnja strinjanja z izbranimi spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči	296
Slika 8.5: Povprečna stopnja strinjanja z izbranimi zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči	299
Slika 8.6: Napetostni lok med vrednotami/normami in dajanjem prve pomoči z vplivom objektivnih in subjektivnih spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov	306
Slika 8.7: Na osnovi rezultatov raziskave opredeljen odnos v sodobni slovenski družbi do različnih vidikov prve pomoči.....	312

UVOD

Osrednji predmet našega raziskovanja bo prva pomoč kot izrazito kompleksen družbeni fenomen. Prva pomoč ni nov koncept. V vseh zgodovinskih obdobjih, stopnjah razvoja človeške družbe in v vseh okoljih so poškodbe, zastrupitve, bolezni in druge okoliščine silile posameznice in posameznike¹, da so se medsebojno povezovali, s tem poskušali zmanjševati tveganja² (a sočasno ustvarjali tudi nova) ter odpravljati negativne posledice naravnih in od človeka povzročenih pojavov in procesov (Jogan 2007, 7). To je možno le ob določeni stopnji družbene povezanosti in solidarnosti (prav tam). Že od nekdaj si tako človek prizadeva, da bi ostal živ in si podaljšal življenje (Zadravec 1985, 5). Del teh prizadevanj reprezentira razvoj medicine in iz nje izhajajočih napotkov za prvo pomoč.

Družbe ob koncu 20. in v začetku 21. stoletja Bernik (2014, 92) imenuje »družbe s pridevnikom« in ima pri tem v mislih postindustrijske, informacijske, tehnološke družbe, družbe srednjega razreda, tveganja, znanja, omrežij, visokomoderne oziroma poznomoderne, fluidno moderne in postmoderne. Gre za poskuse opredelitve, ki naj bi kazali na ključno posebnost, vsem pa je skupna težnja po razlikovanju od preteklosti (Jogan prav tam). Glede na epidemiološke podatke tveganje, tako kot v drugih sodobnih, tj. poznomodernih družbah, tudi v Sloveniji predstavljajo zlasti bolezni srca in ožilja (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2013). Te so najpogostejši vzrok smrti (38,8 %), sledijo jim neoplazme (31,5 %), poškodbe in zastrupitve (7,1 %), bolezni dihal (6,9 %) ter bolezni prebavil (5,6 %). V letu 2013 je bilo v ambulantah službe nujne medicinske pomoči (NMP) na sekundarni ravni pregledanih okrog 410 000 oseb (prav tam).

Sodobna zahodna družba in njena kultura v pozni moderni temeljita na treh konceptih: na konceptu etičnega individualizma, konceptu ekonomskega racionalizma in konceptu utilitarizma. Po prvem naj vsakdo najprej sam poskrbi

¹ V nadaljevanju disertacije uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.

² Tudi Beck (2009, 26) poudarja, da »tveganja niso nikakršen izum nove dobe«.

za svoje življenje in srečo, šele nato za druge. Princip ekonomskega racionalizma temelji na izračunu koristi in stroškov ter načelu ekonomske učinkovitosti. Utilitarizem pa pomeni iskanje osebnih ali splošnih koristi v sleherni situaciji. Ti koncepti predstavljajo ideološko ozadje sodobne družbe in narekujejo delovanje ljudi: njihova pojmovanja, stališča in predstave, pa tudi vzorce strategij, s katerimi se vsakodnevno srečujejo. Ko vstopajo v najrazličnejše odnosne menjave, se nenehno soočajo z odločitvami, pri katerih doživljajo občutja socialne moči in tudi šibkost. (Ule 2005, 240)

Tako »odnosno menjavo« predstavja (še zlasti glede na navedene epidemiološke podatke) v vsakdanjem življenju posameznika tudi dajanje prve zdravstvene³ pomoči. Dajanje⁴ prve pomoči je v manjšem ali večjem obsegu potrebno, kadar kdo nenadoma zboli, se poškoduje ali zastrupi. Paradoksalno pri tem je, da je bolezen (tudi poškodba in zastrupitev) obenem najbolj individualna in najbolj socialna zadeva (Augé v Ule 2003, 27).

Prvo pomoč opredeljujemo kot »neposredno zdravstveno oskrbo, ki jo dobi poškodovani ali nenadno zboleli na kraju dogodka in čim prej po njem ter je opravljena z enostavnimi pripomočki in improvizacijo« (Derganc 1994, 15). Dajalec prve pomoči je tisti, ki je usposobljen za dajanje prve pomoči: je sposoben prepoznati, oceniti in določiti prioritete oskrbe, s svojim znanjem izvesti ustrezne ukrepe, v konkretnih okoliščinah tudi prepoznati omejitve prve pomoči ter poiskati dodatno (strokovno) pomoč, kadar je ta potrebna (Zideman in drugi 2015, 279; Gradišek in drugi 2015, 110). Prva pomoč ni nadomestilo za posredovanje ekipe NMP: je pogoj za zagotovitev strokovne zdravstvene oskrbe. Laična prva pomoč

³ Zdravstveno na tem mestu poudarjamo z namenom razlikovanja od drugih možnih oblik prve pomoči, zlasti psihološke in socialne.

⁴ V besedilu uporabljamo besedno zvezo »dajati prvo pomoč«. Gre za razlikovanje med (1) *nuditi* (ponujati, da(ja)ti na voljo, na razpolago, omogočati oziroma delati, da lahko drugi kaj dobi) in (2) *da(ja)ti* (dejansko opraviti/opravljati oziroma delati kaj, da prehaja k drugemu). Kdor "nudi prvo pomoč", (trenutno) nič ne dela, vsaj ne nujno, se pa ve, da to počne, če je treba. "Daje prvo pomoč" pomeni oboje: (1) to je njegova dejavnost (čeprav trenutno počne nekaj drugega) in (2) prav zdaj to dela. (Slovar slovenskega knjižnega jezika 2000)

praviloma⁵ traja, dokler poškodovani, nenadoma zboleli ali zastrupljeni ne dobi medicinske oskrbe, zato prva pomoč obsega tudi improviziran transport (Derganc prav tam). Temeljni cilji prve pomoči so ohraniti življenje, preprečiti poslabšanje zdravstvenega stanja in poskrbeti za strokovno pomoč (Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu 2006; Ahčan in drugi 2007, 25), pa tudi lajšanje trpljenja in spodbujanje okrevanja (Zideman in drugi prav tam; Gradišek in drugi prav tam).

Na prvi pogled se zdi, da prva pomoč ni pomembna tema javnih diskurzov, pa čeprav zadeva vsakega izmed nas: kot potencialnega dajalca ali kot prejemnika. V zadnjem desetletju je opazno večanje medijskega, strokovnega in raziskovalnega zanimanja za to tematiko. Javne, politične in strokovne razprave o prvi pomoči so aktualne zlasti ob uvajanju določenih sistemskih sprememb: novih smernic za kardiopulmonalno oživljanje (leta 2005, 2010 in 2015), uvedbi novega kompleta prve pomoči za avtomobiliste in motoriste (leta 2005 in 2007), ob političnih prizadevanjih za ukinitve obveznega opravljanja izpita prve pomoči v okviru pridobitve vozniškega dovoljenja (leta 2013), uvajanju prvih posredovalcev v okvir sistema NMP (leta 2015). Večja medijska pozornost je bila v zadnjem desetletju namenjena prvi pomoči tudi ob izdaji temeljnega priročnika prve pomoči v slovenskem jeziku (Ahčan 2006a), vsakoletnem obeleževanju svetovnega dneva prve pomoči (drugo soboto v septembru), dnevu enotne evropske številke za klic v sili (11. februar), preverjanjih usposobljenosti ekip prve pomoči Civilne zaščite in Rdečega križa, v času večjega tveganja za določene poškodbe (npr. za poškodbe rok zaradi eksplozij petard v času prednovoletnih praznikov), ob uvajanju tehnoloških inovacij (npr. ob ponudbi novih mobilnih aplikacij s to vsebino), ob v javnosti odmevnih primerih v smislu »nihče ni pomagal« in izjemoma tudi ob primerih dobre prakse (npr. ob uspešnem oživljanju, ki so ga izvedli laiki, ali ob rešitvi utaplajajoče se osebe). Na področju promocije in usposabljanja iz prve pomoči je na makro in mezo ravni poleg Rdečega križa Slovenije (RKS), ki usposabljanja iz prve pomoči izvaja v okviru javnega pooblastila (Zakon o Rdečem

⁵ Praviloma zato, ker so možni tudi lažji primeri poškodb, kot so manjše praske in odrgnine, ko strokovna pomoč ni potrebna, in ukrepi prve pomoči (izpiranje s hladno tekočo ali prekuhano vodo in zaščita s sterilno gazo ali obližem) pomenijo dokončno oskrbo (Ahčan 2006b, 396; Vlahovič 2006, 22).

križu Slovenije 1993, 1. čl.), dejavnih vse več javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij ter neformalnih mrež.

V našem prostoru se srečujemo s pomanjkanjem celovitejših raziskav, ki bi obravnavale prvo pomoč kot kompleksen družbeni pojav, ki odseva medsebojno odvisnost in povezanost ljudi v vsakdanjem življenju. Največje število domačih raziskav, ki parcialno obravnavajo različne vidike prve pomoči, ugotavlja raven teoretičnega znanja prve pomoči, še zlasti temeljnih postopkov oživljanja (TPO) (Kajba in Podbregar - Berginc 1999; Habjan in drugi 2003; Koželj in Strauss 2005; Rajapakse 2008; Lešnik in Lešnik 2010). Druga skupina raziskovalcev je ugotavljala poznavanje ukrepov prve pomoči v primeru amputiranih prstov (Ahčan in drugi 2004), zloma kolka (Laharnar in drugi 2011), zapore dihalne poti pri dojenčku (Izlakar in Slabe 2011). Nekateri raziskovalci so se osredotočili na posamezne ciljne skupine: starostnike (Koželj in Strauss prav tam), voznike (Šterbenc in Slabe 2009, Dolenc 2014, Dolenc in drugi 2014b), gasilce (Karlin in Slabe 2010), osebe s posebnimi potrebami (Hafner in Slabe 2010), alpiniste in športne plezalce (Dolenc in Slabe 2011). Za pregledane raziskave so značilne precejšnje omejitve. Večina se jih osredotoča na ozko skupino anketirancev in so bile praviloma opravljene na razmeroma majhnem vzorcu.

Če pritrdimo Haralambosu in Holbornu (1999, 10), da je preživetje ljudi bolj kot pri katerikoli drugi vrsti odvisno od naučenih vzorcev vedenja, prevladujoča usmerjenost raziskovalcev v ugotavljanje ravni teoretičnega znanja prve pomoči ne preseneča. »Znanje kot celota podatkov, ki si ga kdo vtisne v zavest z učenjem in vajami, je lahko naše največje bogastvo. Znanje, ki omogoča pravilno pomoč človeku v stiski ali celo reši življenje, pa je neprecenljivo« (Ahčan 2006b, XIII).

Domača strokovna javnost je do (ne)znanja laikov glede ukrepov prve pomoči praviloma kritična (Kajba in Podbregar - Berginc prav tam; Ahčan in drugi 2004; Koželj in Strauss prav tam; Rajapakse prav tam; Lešnik in Lešnik prav tam; Slabe in Fink 2012; Slabe in drugi 2012; Dolenc prav tam). Ob tem pa nekateri avtorji

opozarjajo, da tudi zdravstvenim delavcem manjka refleksije o njihovem (ne)obvladovanju prve pomoči (Ahčan in drugi prav tam; Mesec in drugi 2015a). Veliko je raziskanega o učinkovitosti temeljnih postopkov oživljanja (TPO), na teh osnovah so oblikovane smernice za kardiopulmonalno oživljanje, zelo malo pa vemo, o čem razmišljajo pomagajoči med izvajanjem TPO, česa jih je strah in kakšne posledice bo pustila stresna izkušnja na njihovem doživljanju (Palsgaard Møller in drugi 2014, 1504). Nenadno in nepričakovano soočenje s poškodbo, zastrupitvijo ali boleznijo pomeni za potencialnega (laičnega) dajalca prve pomoči izziv, ob katerem se lahko znajde v precepu med odločitvijo za in proti dajanju prve pomoči. Axelsson in drugi (2000) so opozorili, da je ob prizadevanjih za dvig pripravljenosti laične javnosti za izvajanje TPO treba izvedeti več o tem, kako laiki dojemajo izvajanje TPO. Avtorji (prav tam) so opredelili pet ključnih spodbujevalnih dejavnikov: občutek humanosti, kompetence, občutek dolžnosti pomagati, pogum in počutiti se izpostavljen. Medtem pa druga skupina avtorjev (Sasson in drugi 2013; Bradley v Palsgaard Møller in drugi 2014, 1504) izpostavlja ovire za izvajanje TPO: strah škodovati bolniku, zaskrbljenost glede morebitne neustrezne pomoči, strah pred tožbo, če pomoč ne bi bila uspešna, in strah pred okužbo⁶.

V vsakdanjih pogovorih se dileme potencialnih dajalcev prve pomoči kažejo kot vse pogostejša vprašanja v slogu »Kaj, če naredim kaj narobe?«, »Ali me lahko poškodovani toži?«, »Ali se med dajanjem prve pomoči lahko okužim?«, »Sem naredil vse, kot je treba?«, »Kako naj pomagam, ko še pogleda na rano ne prenesem?« in še mnogo drugih. V danem trenutku tako na odločitev potencialnega dajalca prve pomoči za ali proti altruističnemu dejanju poleg njegovega znanja sovplivajo tudi mnogi drugi dejavniki (Latané in Nida 1981; Darley in Latané v Ule 2005; Latané in Darley v Scott in Seglow 2007; Latané in Darley v Baron in drugi 2009), ki jih želimo osvetliti v disertaciji. To so samo nekatere dileme na večplastnem in vse aktualnejšem torišču prve pomoči, ki ga je možno proučevati z mnogih gledišč: medicinskega, javnozdravstvenega, pravnega, etičnega, ekonomskega, sociološkega, psihološkega, socialno-psihološkega, ekološkega, zgodovinskega, antropološkega, pedagoškega, andragoškega, didaktičnega, gerontološkega in še

⁶ Glavna skrb dajalca prve pomoči mora biti usmerjena prav v preprečevanje stika s krvjo in z drugimi telesnimi tekočinami in izločki (Petrovec 2006, 94).

katerega. Izbrana vprašanja, ki nas v okviru disertacije izrecno zanimajo, želimo umestiti zlasti v zgodovinski, vrednotno-etično-pravni, sociološki in socialno-psihološki okvir. Ne naključno. Gre za poskus interdisciplinarnega pristopa k obravnavi prve pomoči kot izrazito večplastnega družbenega pojava.

V primerjavi z ugotavljanjem stališč do različnih vidikov prve pomoči ima celovitejše raziskovanje vrednot v slovenski družbi več kot 40-letno tradicijo in poteka v okviru raziskovalnega projekta Slovensko javno mnenje (Toš 1997; Toš 1999; Toš 2004; Rus in Toš 2005). Gre za longitudinalno in na predpostavkah reprezentativne prebivalstvene raziskave izvedeno raziskovanje družbene in politične zavesti Slovencev in Slovenk. Ob širokem naboru vprašanj so avtorji raziskave v časovnih presekih ugotavljali tudi pripravljenost Slovencev za darovanje krvi, medtem ko vprašanja pripravljenosti za dajanje prve pomoči ne zasledimo. Toš (1997, xviii) opozarja, da sta odločilni vpliv na vsakokratni izbor vprašanj imela najožja raziskovalna skupina in nosilec projekta, torej njihovo profesionalno zanimanje, pa tudi njihova zaznava pobud in potreb v znanstvenem in družbenem okolju.

Če so se Toš in drugi (prav tam) ukvarjali z raziskovanjem vrednot med splošno populacijo prebivalcev Slovenije, se je Uletova s sodelavci (Ule 2004a, 352) že v prvi polovici 90. let usmerila na proučevanje vrednot med mladimi. Na osnovi večletnih empiričnih raziskav na različnih populacijah mladih avtorica zaključuje:

Zdi se, da počasi izginjajo do sedaj veljavne norme skupinskega vedenja, da izginjajo stare predstave o kolektivnih dolžnostih in lojalnostih in se uveljavlja nova individualizirana etika vsakdanjega življenja. Predpostavljam, da bo borbo za delitev materialnih dobrin, ki trenutno monopolizira javno pozornost, kmalu začel spodjedati boj za delitev težje dostopnih nematerialnih dobrin ... // Te vrednote pridobivajo v novi družbi tveganj in negotovosti vse večji pomen. (Ule prav tam, 358)

Tako nematerialno dobrotno predstavlja tudi vprašanje pripravljenosti slovenske družbe za dajanje prve pomoči, kar je osrednji fokus empiričnega dela disertacije. Za ugotavljanje opredelitev prebivalcev Slovenije do različnih vidikov prve pomoči smo izbrali metodološko triangulacijo, v okviru katere smo združevali kvantitativno in kvalitativni metodi znanstvenoraziskovalnega dela. Oblikovali smo raziskovalni načrt, ki je združeval metodo anketiranja, fokusnih skupin ter terenskega eksperimenta, s čimer smo skušali povečati skupno veljavnost dobljenih rezultatov raziskave.

Anketiranje je potekalo novembra 2012 z izvedbo 853 individualnih telefonskih intervjujev z naključno izbranimi polnoletnimi prebivalci Republike Slovenije, stratificirani vzorec pa je bil kasneje dodatno korigiran s postopkom uteževanja. Za instrument smo oblikovali anketni vprašalnik, ga predhodno preizkusili, korigirali in tako izboljšali njegovo veljavnost, v končni obliki pa prilagodili zahtevam telefonskega anketiranja. Določili smo naslednje vsebinske sklope vprašanj: usposabljanje iz prve pomoči, znanje prve pomoči, opredelitve do dajanja prve pomoči ter spodbujevalni in zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči. Kvantitativne podatke smo obdelali s programom za statistično obdelavo podatkov IBM SPSS Statistics 19,0 (Statistical Package for the Social Sciences) in programom Microsoft Excel 2007.

V okviru kvalitativnega metodološkega pristopa smo uporabili metodo fokusnih skupin. Najprej smo izvedli pogovor v pilotni fokusni skupini ter s tem preverili načrt izpeljave v praksi: metodologijo fokusnih skupin, vprašalnik in tehniko snemanja. Minimalno teoretično zasičenost smo dosegli s tremi fokusnimi skupinami iz vsake glede na starost homogene skupine udeležencev (do 30 let, od 31 do 60 let in 61 let in več). Skupno smo v obdobju od marca do septembra 2014 izvedli pogovore v devetih skupinah z od 5 do 13 udeleženci v treh slovenskih krajih: pet v Škofji Loki, tri v Ljubljani in enega v Ankaranu. Pogovori so potekali po vnaprej določenih petih tipih vprašanj: začetnih, uvodnih, prehodnih, ključnih in končnih. Pogovore smo snemali, pridobljeni posnetki pa so bili osnova za prepis in nadaljnjo analizo.

Tretji metodološki pristop je bilo šest terenskih eksperimentov, s katerimi smo proučevali odziv naključnih opazovalcev simuliranega dogodka, v katerem oseba potrebuje prvo pomoč. Izvedbo terenskih eksperimentov je odobrila Komisija RS za medicinsko etiko. Eksperimente smo izvedli po vnaprej določenem protokolu in na izbranih lokacijah (v Ljubljani, Kopru, na Primskovem in na Rečici ob Savinji) od septembra 2014 do junija 2015. Eksperimente smo prikrito snemali, video in avdio posnetki pa so bili osnova za analizo.

Disertacijo tvorita dva med seboj povezana sklopa: teoretični in empirični. V prvem poglavju teoretičnega dela utemeljujemo osnovno tezo in teoretični okvir disertacije. Prva pomoč je kompleksen družbeni fenomen, ki poleg ukrepov za reševanje življenja, preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja in zagotavljanje strokovne medicinske pomoči obsega tudi dejanje solidarnosti, ki je splošno sprejeta vrednota in moralna dolžnost človeka do človeka. Iz tako postavljene teze izhaja, da so centralni konstitutivni elementi prve pomoči trije: vrednota solidarnosti, etična norma altruizma in ravnanje – dajanje prve pomoči.

V drugem poglavju pojasnujemo vpliv konteksta poznomodernih družb na solidarnost kot pomembno družbeno vrednoto ter vpliv na altruizem kot etično normo, ki jo posameznik ponotrani v družbi, ki ceni tako normo. Osredotočamo se na predstavitev premis družbe tveganj ter na pojav individualizma ter egoizma/narcisizma, ki na eni strani bodrijo samoljubje in zavist, a hkrati na drugi spodbujajo skrb za druge oziroma delujejo »zaviralno« na pripravljenost za dajanje prve pomoči. Med različnimi tipologijami altruizma se osredotočamo na t. i. spontani altruizem, ki je še zlasti pomemben za okvir dajanja prve pomoči. Izpostavljamo spodbujevalne in zaviralne dejavnike altruističnega ravnanja, pojasnujemo učinek opazovalca ter podmene prve pomoči kot altruističnega ravnanja. Poglavje sklenemo z razglabljanjem o etičnih okvirih prve pomoči v sodobni družbi, ko se posameznikova svoboda neizogibno konfrontira z altruizmom kot etično normo.

Tretje poglavje je namenjeno orisu razvoja prve pomoči skozi zgodovinsko perspektivo. Koncept prve pomoči se je na osnovi človeškega izkustva kot strategija preživetja skozi zgodovinska obdobja razvijal vzporedno z napredkom človeške družbe, znanosti in tehnologije ter s tem tudi medicine in drugih zdravstvenih ved. Danes so napotki za prvo pomoč podprti z znanstvenimi dokazi (Handley in drugi 2005; Nolan in drugi 2010; Cassan in drugi 2011; Bossaert in drugi 2015), vendar še zdaleč ne v celoti in ne dokončno (Van de Velde 2011).

Sledi postavitvev pravnih okvirov prve pomoči v slovenskem pravnem redu. Dolžnost dajanja prve pomoči je v sodobni slovenski družbi že vse od začetka druge polovice 20. stoletja normativno regulirano področje (Balažic 2006), s čimer so postavljeni okviri sprejemljivega vedenja v primerih, ko posameznik potrebuje prvo pomoč. Na eni strani zakonodaja spodbuja dajanje prve pomoči, po drugi pa tudi ščiti potencialnega dajalca prve pomoči.

V zadnjem, petem poglavju teoretičnega dela disertacije razglabljamo o zdravju, poškodbah, boleznih in prvi pomoči kot fenomenih, ki so izrazito družbeno pogojeni. Uvedemo koncept medikalizacije družbe. Ta se odraža na mnogih področjih človekovega delovanja (Ule 2003) in sega tudi na področje prve pomoči. Koncept prve pomoči vključuje tri ključne subjekte: bolnika/poškodovanca/zastrupljenca, dajalca prve pomoči in zdravstvenega delavca, ki v medsebojni odnos vstopajo vsak s svojo družbeno pričakovano vlogo. Poglavje sklenemo z osvetlitvijo vloge javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij in neformalnih mrež v Sloveniji na področju prve pomoči, tako na makro kot na mezo ravni.

Empirični del tvorijo poglavja šest, sedem in osem. Glavni namen empiričnega dela disertacije je ugotoviti, kako se prebivalci Slovenije opredeljujejo do različnih vidikov prve pomoči, zlasti to, kakšna je njihova pripravljenost za dajanje prve pomoči. Za štiri tematske sklope smo postavili šest tez in oblikovali njim pripadajoča vprašanja. Za prvi sklop, ki smo ga poimenovali »Usposabljanje iz prve pomoči«, smo oblikovali tezo ena – »Starejši prebivalci Slovenije (61 let in več) so se v primerjavi z mlajšimi

(60 let in manj) v preteklosti usposabljali iz prve pomoči v manjšem deležu« – in tezo dve: »Izobrazba ima med proučevanimi dejavniki največji vpliv glede opredelitve polnoletnih prebivalcev Slovenije do usposabljanja iz prve pomoči v prihodnje.« Za drugi sklop, »Znanje prve pomoči«, smo postavili tezo tri: »Raven znanja polnoletnih prebivalcev Slovenije o neodložljivih ukrepih prve pomoči je v primerjavi z znanjem odložljivih ukrepov nižja.« Za tretji sklop z naslovom »Opredelitev glede osebne pripravljenosti do dajanja prve pomoči«, smo postavili tezo štiri: »Udeležba na usposabljanju iz prve pomoči v preteklosti ima med proučevanimi dejavniki največji vpliv na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije glede njihove pripravljenosti dati prvo pomoč drugi osebi.« Sledi sklop z naslovom »Opredelitev do spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči«, za katerega smo postavili tezo pet – »Moralni vidik dolžnosti dajanja prve pomoči je najvišje rangiran spodbujevalni dejavnik za dajanje prve pomoči« –, in tezo šest: »Strah pred tožbo je najvišje rangiran zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči.« Nadaljujemo z utemeljevanjem metodološke triangulacije ter temeljito predstavimo izvedbo raziskovalnega načrta.

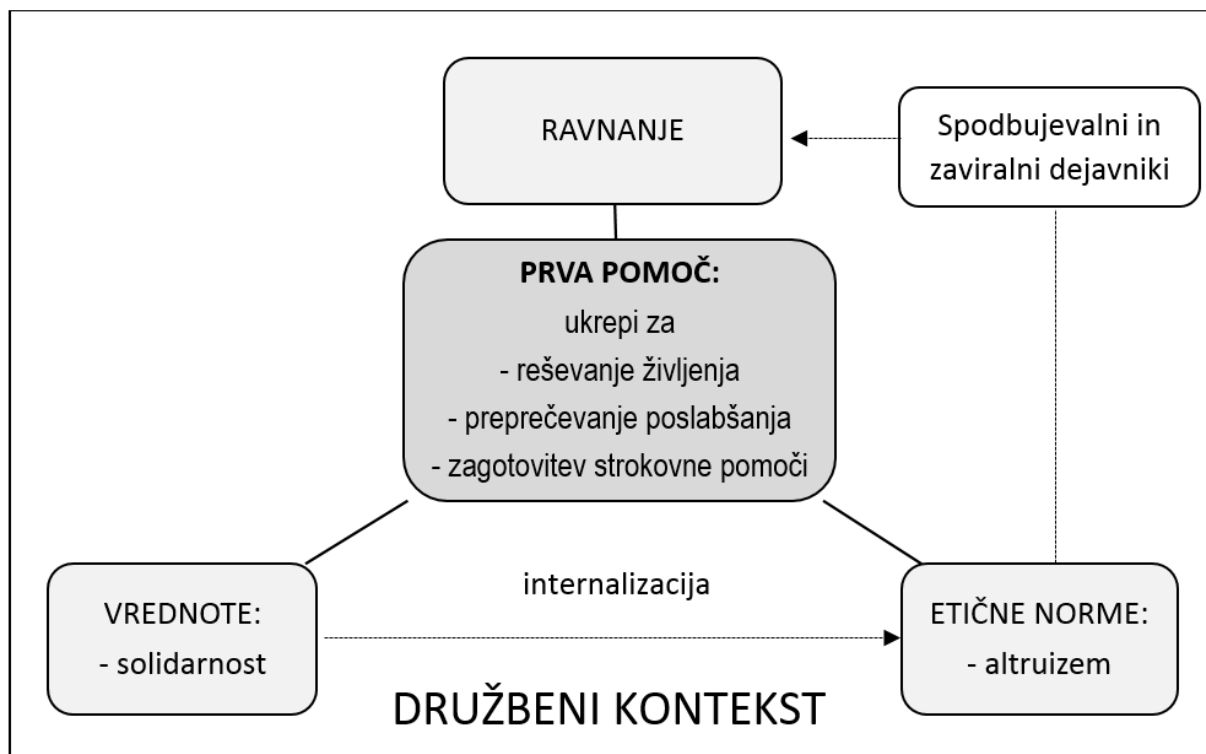
Sledi poglavje sedem, v katerem predstavimo, analiziramo in interpretiramo rezultate kvantitativne študije, pogovorov v fokusnih skupinah in izvedenih terenskih eksperimentov. Disertacijo zaključujemo s sklepnimi ugotovitvami (poglavje osem), interpretacijo ugotovljenega odnosa do prve pomoči z vidika značilnosti poznomodernih družb (poglavje devet), omejitvami raziskave ter orisom izvirnega prispevka disertacije k znanosti. S teoretično umestitvijo prve pomoči v zgodovinski, etično-pravni, sociološki in socialno-psihološki okvir disertacija pripomore k razumevanju prve pomoči kot izrazito kompleksnega družbenega fenomena. Na odločitev posameznika za dajanje prve pomoči ali proti temu v konkretnih okoliščinah še zdaleč ne vpliva samo znanje, temveč še vrsta drugih dejavnikov. Kljub omejitvam izbrane metodologije je izvirni prispevek disertacije k znanosti na empirični ravni v njeni metodološki zasnovi: z dosledno izvedbo triangulacijskega načrta smo odgovorili na ključna vprašanja o opredelitvah prebivalcev Slovenije do nekaterih bistvenih vidikov prve pomoči, ki do zdaj niso bili dovolj raziskani.

I. TEORETIČNI DEL

1 OSNOVNA TEZA IN TEORETIČNI OKVIR DISERTACIJE

Prva pomoč kot kompleksen družbeni fenomen ne vsebuje le ukrepov za reševanje življenja, preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja in zagotavljanje strokovne medicinske pomoči, temveč implicira tudi dejanje solidarnosti, kar je splošno sprejeta vrednota in moralna dolžnost človeka do človeka. Iz tako postavljene teze izhaja, da so temeljni konstitutivni elementi prve pomoči kot družbenega fenomena trije: vrednota solidarnosti, etična norma altruizma in ravnanje – dajanje prve pomoči (slika 1.1).

Slika 1.1: Prva pomoč kot kompleksen družbeni fenomen



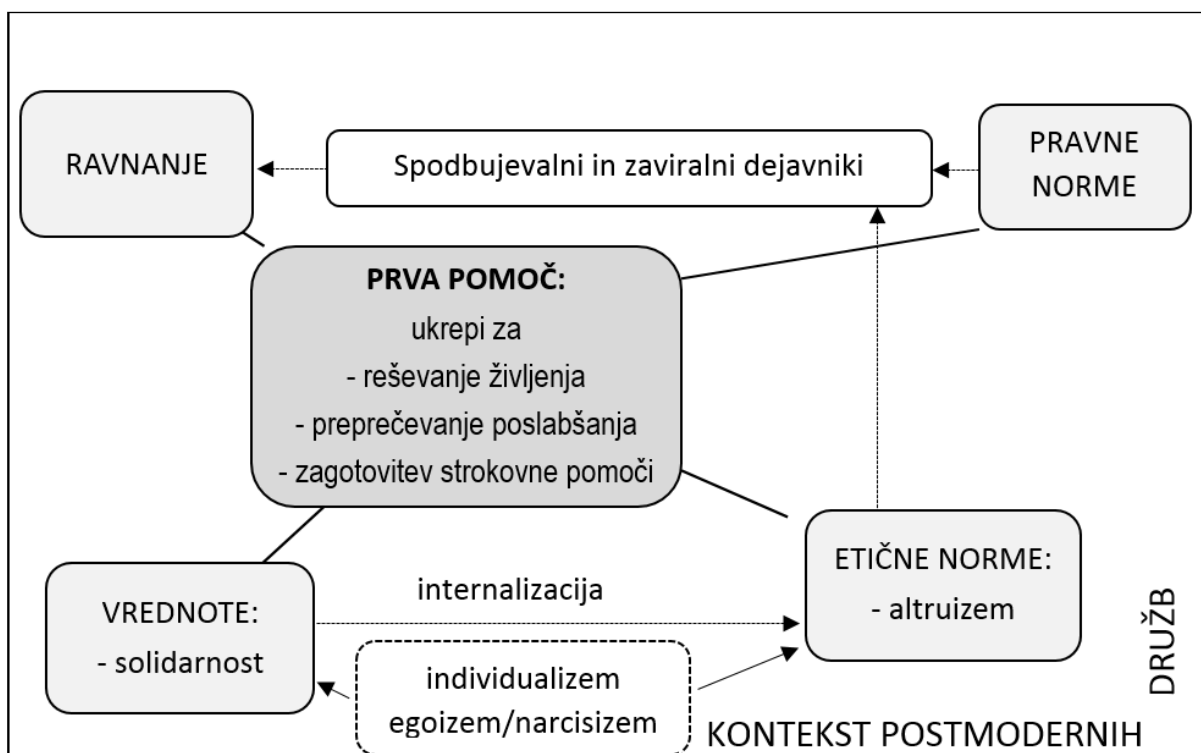
Dajanje prve pomoči je refleks humanosti. Je oblika pomoči sočloveku, torej dejanje, ki pomeni eno izmed splošno sprejetih vrednot kot »del kulturne opreme posameznika, ki jo pridobimo v procesu socializacije in ki dani družbi omogoča, da reproducira svoje bistvene prvine in vzdržuje stabilnost skozi generacije« (Musek 2000, 350). Solidarnost kot vrednota temelji na medsebojnem spoštovanju in razumevanju. S psihološkega vidika so vrednote »posplošena in relativno trajna pojmovanja o ciljih in pojavih, ki jih visoko cenimo, ki se nanašajo na široke kategorije podrejenih objektov in odnosov in ki usmerjajo naše interese in naše vedenje kot življenjska vodila. Vrednote nam potemtakem predstavljajo posebno vrsto motivacijskih ciljev, namreč zelo posplošene in hkrati visoko cenjene cilje« (Musek prav tam, 9). S sociološkega gledišča pa so vrednote »nekakšna zvezda stalnica, ki nam omogočajo razumeti dolgoročne družbene procese, pa tudi napovedovati prihodnje tokove kolektivnih praks« (Rus in Toš 2005, 1). Če odmislimo primere, ko si bolnik ali poškodovanec pomaga sam (po raziskavi Bizjak in Slabe (2009) je takih primerov približno tretjina, večinoma pa ne gre za življenje ogrožajoča stanja), gre pri prvi pomoči vedno za medosebno pomoč. Koncept solidarnosti vključuje najmanj dva subjekta ali entiteti, ki sta (so) v interaktivnem in vzajemno učinkujočem odnosu: od temeljne medčloveške pa vse do družbene solidarnosti (Pirc 2012, 27). »Bistven pogoj za razvoj občutka in potrebe po solidarnosti je spoznanje o medsebojni povezanosti in odvisnosti med ljudmi« (Ule 2005, 242).

Z internalizacijo (ponotranjenjem) vrednot se oblikujejo etične norme, ki so drugi konstitutivni element prve pomoči. Na eni strani prav etične norme omogočajo oceno vsega tistega, kar lahko opredelimo kot moralno ali nemoralno, po drugi pa so etične norme tista vodila, ki usmerjajo posameznikovo nravstveno delovanje (Sruk 1999, 135). Moralne odgovornosti kot norme se naučimo v družbi, ki ceni to normo (Ule prav tam). V procesu ponotranjenja se vrednota solidarnosti preoblikuje v etično normo altruizma, ki je predpogoj altruističnega vedenja. Altruistično vedenje je najbolj neposreden znak socialnosti človeka, saj včasih kar enačimo altruizem osebe z njeno »človeškostjo«, ki je »poplačano z notranjim zadovoljstvom posameznika, da je storil dobro delo, da se je obnašal v skladu s svojimi moralnimi načeli« (prav tam, 239).

Tretji konstitutivni element prve pomoči je ravnanje, ki je posredno odvisno od etičnih norm. Etične norme namreč same po sebi ne opredeljujejo ravnanj, ki bi bila skladna z njimi, temveč med njimi in ravnanjem stojijo tako spodbujevalni kot tudi zaviralni dejavniki.

V kontekstu poznomodernih družb se soočita oba temeljna konstitutivna elementa prve pomoči, solidarnost in altruizem, z individualizmom in egoizmom/narcisizmom (pa tudi z drugimi determinantami sodobnih družb). Individualizem, egoizem in narcisizem spodbujajo samoljubje in zavist ter izpodrivajo skrb za druge oziroma delujejo »zaviralno« na pripravljenost za dajanje prve pomoči. Zato je v sodobnih družbah potrebna postavitve pravnih norm, ki pomenijo zunanjo prisilo za solidarno ravnanje, kot je dajanje prve pomoči (slika 1.2).

Slika 1.2: Prva pomoč kot kompleksen družbeni fenomen v kontekstu sodobnih poznomodernih družb



Na eni strani gre pri dajanju prve pomoči za osebne (notranje) vzgibe, ki so pod pritiskom etičnih norm, in na drugi za obliko družbene (zunanje) prisile, ki je pod pritiskom pravnih norm. Tako etične kot pravne norme sovplivajo na oblikovanje osebnih opredelitev in ravnanj v praksi vsakdanjega življenja potencialnega dajalca prve pomoči. Opredelitve do različnih vidikov prve pomoči, ki lahko delujejo spodbujevalno ali zaviralno na ravnanje posameznika v praksi vsakdanjega življenja, so v sodobni slovenski družbi dokaj neraziskane. Zato je glavni namen disertacije ugotoviti, kakšna je pripravljenost (potencial) za dajanje prve pomoči v sodobni slovenski družbi, kateri dejavniki vplivajo na to pripravljenost, kateri ga spodbujajo in kateri zavirajo ter kam lahko umestimo ta potencial na oseh prosocialno – asocialno in moralno – pravno.

2 SOLIDARNOST IN ALTRUIZEM V POZNOMODERNIH DRUŽBAH

Diskurz o prvi pomoči kot obliki solidarnosti v sodobni slovenski družbi zahteva najprej predstavitev temeljnih premis, ki definirajo sodobno, tj. poznomoderno družbo, v katero uvrščamo družbo od druge polovice 20. stoletja. V tem obdobju je namreč prišlo do pomembnih sprememb v družbi, glasnika teh sprememb pa sta bila večja vloga znanja, izobraževanja, znanosti in informacij ter razmah storitvenih dejavnosti. To je pogojevalo spremembo v izobrazbenem in zaposlitvenem ustroju, oblikoval se je svobodnejši življenjski slog. Pri opredeljevanju modernosti sta v veljavi dva pristopa: tradicionalni (negativni), ki temelji na poudarjanju polarnosti nasprotji modernih in pred modernih družb in sodobni (pozitivni), ki se pri definiranju lastnosti modernosti naslanja na sociološke raziskave (Sztompka 1994, 70–71). Bernik (2014, 92), ki povzema nekatera inovativna pojmovanja sodobnih družb, vidi skupni imenovalac teh poimenovanj v »spremenljivi naravi sodobnih družb«, kar še posebej poudari Baumanovo (2002) poimenovanje tega časa, to je s »tekočo moderno«. Avtor (prav tam, 14) pojasnjuje: »Moderna pomeni marsikaj in njen prihod in napredovanje lahko opazujemo v številnih in različnih kazalcih. Izstopa pa ena značilnost modernega življenja in njegovega modernega okolja, morda kot »razlika, ki pomeni razliko«, kot odločilen atribut, iz katerega izhajajo vse druge značilnosti. Ta atribut je spremenljivo razmerje med prostorom in časom.«

V tem poglavju bomo v nadaljevanju skušali pojasniti vpliv konteksta poznomodernih družb na solidarnost kot vrednoto ter na altruizem kot etično normo. Zlasti se bomo osredotočili na predstavitev orisa premis družbe tveganj ter na pojav individualizma ter egoizma/narcisizma, medtem ko vprašanje razvoja prve pomoči v različnih zgodovinskih družbenih okvirih, pravne okvire dajanja prve pomoči, družbene vidike zdravja in bolezni ter različne vloge (bolnika/poškodovanca, dajalca prve pomoči, zdravstvenega poklica in javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij ter neformalnih mrež na področju prve pomoči) obravnavamo na drugih mestih (v posebnih poglavjih in podpoglavjih).

2.1 DRUŽBA TVEGANJA

Beck (2009) začne diskurz o družbi tveganj s tezo, da je v razvitejši moderni »družbena proizvodnja bogastva sistematično povezana z družbeno proizvodnjo tveganj« (prav tam 23). Povedano drugače: razvoj družbe, ki je usmerjen v odpravo tveganj, protislovno ustvarja nova tveganja.

Medtem ko v industrijski družbi »logika« proizvodnje bogastva obvladuje »logiko« proizvodnje tveganja, se v družbi tveganja to razmerje obrne//. Producerske sile so z reflektivnostjo modernizacijskega procesa izgubile svojo nedolžnost. Naraščajoča moč tehnično-ekonomskega »napredka« je vedno bolj v senci proizvodnje tveganj.// V središču so modernizacijska tveganja in posledice, ki se manifestirajo v ireverzibilni ogroženosti rastlin, živali in ljudi. Teh ni več mogoče – kakor tovarniških in poklicnih nevarnosti v 19. in v prvi polovici 20. stoletja – omejiti lokalno na specifične skupine, temveč vsebujejo globalizacijsko tendenco, ki presega produkcijo in reprodukcijo in sega preko nacionalnih državnih meja, s tem pa povzroča nastajanje nadnacionalnih in razredno nespecifičnih globalnih groženj z novo družbeno in politično dinamiko (prav tam, 15–16).

Prvo veliko prelomnico, ki je naznanila nove razsežnosti družbenih tveganj, predstavlja jedrska nesreča v Černobilu leta 1986. »Jedrske elektrarne – vrhunci človeških proizvodnih in ustvarjalnih sposobnosti – so od Černobila naprej postale tudi znamenja *modernega srednjega veka nevarnosti*. Dodeljujejo nevarnosti, ki do vrhunca prignani individualizem moderne sprevržejo v njegovo najbolj ekstremno nasprotje« (prav tam, 8). Kot drugo prelomnico lahko opredelimo najhujši teroristični napad v Združenih državah Amerike leta 2001. Tako kot je Černobilska nesreča opozorila, da sodobna tveganja ne poznajo ne državnih in ne razrednih meja, je tudi grožnja terorizma izjemno nepredvidljiva. Danes velja bolj kot kadarkoli prej, da so nevarnosti postale »slepi potnik normalnega potrošništva« (prav tam, 9).

Beck (prav tam, 24) se sprašuje: »Kako je mogoče tveganja in nevarnosti, ki se sistematično proizvajajo skupaj z razvitim modernizacijskim procesom, preprečiti, jih narediti nenevarne, jih dramatizirati, kanalizirati in jih tam, kjer so se sedaj pač pojavile v podobi »latentnih stranskih učinkov«, omejiti in jih razpršiti tako, da niti ne ovirajo modernizacijskega procesa niti ne prekoračijo meja (ekološko, medicinsko, psihološko, socialno) dopustnega?« Avtor na drugem mestu posredno odgovarja, da so civilizacijska tveganja sod potreb brez dna, brez omejitev, neskončen, samorasten. »Modernizacijska tveganja so big business« (prav tam, 28).

Modernizacija pa ni prinesla le novih tveganj, pač pa je obenem omogočila, da se je dokaj neopazno in legitimno usidrala politika globalizacije (prav tam, 16)⁷. »Globalizacija ni le razmeroma novo družboslovno »odkritje«, ampak naj bi bila v resnici pojav z razmeroma kratko zgodovino« (Bernik 2014, 94)⁸. Beck (prav tam, 1617), ki ni samo kritičen do globalizacije, pač pa je tudi zaskrbljen, ugotavlja, da »svetovna družba, ki se je družno z globalizacijo izoblikovala v mnogih (ne samo ekonomskih) razsežnostih, nacionalno državo spodkopava, jo relativizira//. To je mogoče opaziti na vseh stebrih nacionalne državne avtoritete: davkih, oblastvenih nalogah policije, zunanji politiki, vojaški varnosti.« Z globalizacijo je namreč prišlo do preloma zaveze med tržnim gospodarstvom, socialno državo in demokracijo, ki je do sedaj integrirala in legitimirala zahodni model, nacionalnodržavni projekt moderne (Beck 2003, 21)⁹. Svetličič (2004, 13) povzema, da je globalizacija danes »prvi grešni

⁷ Za Bernika (2014, 91) sta tradicionalni sociološki pojem modernizacije in sodobni pojem globalizacije nerazdružljivo povezana. »To pomeni, da so sedanje sociološke razprave o globalizaciji v veliki meri nadaljevanje – sicer pogosto s pomočjo nove terminologije – velike sociološke debate o modernizaciji in njenih prihodnostih« (prav tam). »Vendar pa zagovorniki te razlage odnosa med modernizacijo in globalizacijo pogosto ugotavljajo, da že evropska modernizacija ni (bila) povsem linearna, njena ekspanzija na svetovno raven pa je sprožila tako razcvet različnih modernizacij kot tudi različnih nasprotovanj modernizacijskim procesom« (prav tam, 102).

⁸ S tem se ne strinja Svetličič (2004, 25), ko poudarja, da globalizacija ni nov družbenozgodovinski pojav: »Globalizacija, čeprav pod drugačnimi imeni in pojavnimi oblikami, je z nami že dolgo, saj gre le za nadaljevanje liberalizacije mednarodne trgovine, ki se je začela sredi 19. stoletja.« Avtor dodaja (prav tam, 12), da je zgodovinsko gledano ena od začetnih oblik globalizacije izvoz, ki je gonilo razvoja in ki se je pojavil že davno prej. Globalizacija ima tako pozitivne kot negativne plati; nekateri z njo pridobivajo, drugi izgubljajo (prav tam, 109).

⁹ V ekonomskem smislu je globalizacija »mikroekonomski proces, ki ga poganjajo ekonomske sile, zbližujoče ekonomsko oddaljenost med narodi in ekonomsko suverenost prek pospešenih gibanj komercialnih dobrin zunaj državnih in regionalnih meja« (Svetličič 2004, 20). Medtem pa Beck (2003, 23) s sociološkega zornega kota globalizacijo označuje kot »naziranje, po katerem je politično delovanje izpodrinil oziroma nadomestil svetovni trg, tj. ideologijo gospodarstva svetovnega trga, ideologijo neoliberalizma// Ideološko jedro globalizma je namreč v tem, da likvidira eno od temeljnih razlik prve moderne, razliko med politiko in gospodarstvom« (Beck 2003, 23). Če skušamo pojasniti še

kozel, kriva za revščino, nižanje plač, razslojevanje med državami in znotraj njih, za ekološke katastrofe, terorizem, aids in še bi lahko naštevali«, a hkrati postavlja domnevo, da je globalizacija »skladno s teorijami mednarodne menjave makroekonomske koristna«¹⁰.

Globalizacija poseduje vzorec porazdelitve tveganj – ki ga je sicer treba strogo razlikovati od nje –, v katerem je veliko političnega eksploziva: tveganja prej ali slej zadenejo tudi tiste, ki jih ustvarjajo ali imajo od njih korist. Tveganja v svojem širjenju kažejo družbeni efekt bumeranga: tudi bogati in mogočni niso varni pred njimi.// Akterji modernizacije sami izrecno in zelo konkretno padejo v vrtinec nevarnosti, ki jih povzročajo in od katerih imajo korist. (Beck 2009, 44)

To pa je ena temeljnih premis t. i. družbe tveganj. Vpliv globalizacije na področju prve pomoči je zaznati v več smereh: predvsem v doktrinarnem, organizacijskem in ekonomskem. Primer globalizacijskih procesov v oblikovanju doktrinarnih napotkov za prvo pomoč je ustanovitev Mednarodnega povezovalnega komiteja za oživljanje (International Liaison Committee on Resuscitation – ILCOR) leta 1992, in sicer z namenom, da bi na osnovi pregleda znanstveno podprtih dokazov izdal priporočila za oživljanje, ki bi s prilagoditvami veljala po vsem svetu (Eisenberg in drugi 2007, 22). V Sloveniji smo v celoti sprejeli navodila Evropskega sveta za reanimacijo (European Resuscitation Council) (Vlahovič 2010). Drug primer je oblikovanje Mednarodnih smernic za prvo pomoč in oživljanje (Cassan in drugi 2011)¹¹. Transparenten primer organizacijskega procesa globalizacije je preoblikovanje European Reference Centre for First Aid Education v Global First Aid Reference Centre leta 2012¹². Če je bilo

z Baumanom (2002, 286), je globalizacija »devalvacija lokalnosti in propad teritorija, ki je bil prostor ohranjanja kulturnih razlik in identitet«.

¹⁰ Avtor kritično opozarja, da je globalizacija celovit, večdimenzionalen proces, ki vključuje ekonomske, politične in kulturne prvine, ki skupaj tvorijo novo kakovost (ne nujno večjo, opomba DS), vendar se sam osredotoča zlasti na ekonomsko globalizacijo (prav tam, 13–22). In dodaja: »Mnoge zmote ali različne interpretacije učinkov globalizacije so odvisne tudi od zornega kota opazovanja bodisi glede na subjekte ali pa čas. Koristi in stroški se namreč različno razporejajo po subjektih ter v prostoru in času. Odvisni so tudi od tega, ali nanje gledamo z vidika posameznika, podjetja ali države. Če gledamo kratkoročno, so ocene lahko povsem drugačne, kot če opazujemo srednje- ali dolgoročno obdobje. (Svetličič 2004, 18)

¹¹ Dokument je bil dokaj kmalu preveden tudi v slovenščino.

¹² Evropski referenčni center za izobraževanje iz prve pomoči je poleg Evropskega sveta za reanimacijo – European Resuscitation Council, ki se osredotoča predvsem na področje temeljnih in

glavno vodilo prvotnega centra širjenje znanja in izkušenj iz prve pomoči po Evropi, je Globalni referenčni center za prvo pomoč s svojim delovanjem usmerjen na vse celine. Globalni referenčni center si prizadeva razviti nove oblike usposabljanj iz prve pomoči, dvigniti kakovost usposabljanj in postopkov prve pomoči, ki bodo podprti z dokazi, pomagati nacionalnim zvezam Rdečega križa in Rdečega polmeseca v njihovih prizadevanjih za nadaljnji razvoj kakovosti poučevanja prve pomoči, pospešiti sprejemanje ustrezne zakonodaje in direktiv v zvezi s prvo pomočjo ter za promocijo prve pomoči, izvaja raziskave in sodeluje z drugimi področnimi mrežami in referenčnimi centri prve pomoči po vsem svetu (Issard 2013). Primer ekonomske globalizacije na področju prve pomoči je lahko proizvodnja kompletov prve pomoči, ki jih zaradi zniževanja stroškov izdelujejo na povsem drugih celinah, kot jih prodajajo in uporabljajo. V vsakdanji praksi pa so že opazni nekateri negativni učinki zniževanja stroškov »za vsako ceno¹³«.

Beck (2003, 170–200) kot odgovore na globalizacijo poudarja mednarodno sodelovanje (da bi preprečili utaje davkov globalnih podjetij), formiranje transnacionalne države ali »inkluzivno suverenost« (z namenom varovanja okolja), (so)udeležbo pri kapitalu, redefiniranje usmeritev izobraževalne politike (vlaganje v izobraževanje in raziskave), sprejetje mednarodnih uredb, ki bodo zavezale transnacionalne gospodarske akterje k plačevanju davkov, zavezo za civilno sfero (s poudarjanjem pomena prostovoljnosti oz. samoorganiziranosti in javnega financiranja), novo kulturno-politično-ekonomsko opredelitev ciljev, eksperimentalno kulturo, nišne trge in družbeno samoupravljanje, delo zase (ki v tem kontekstu vedno pomeni tudi delo na sebi in za druge) in družbeno zavezo proti izključenosti.

Za Baumana (2002) je možna rešitev problemov sodobnosti v obnovitvi radikalne politike in njeni naslonitvi na moralne in etične vrednote ter v ponovni moralizaciji

dotatnih postopkov oživljanja, vodilna ustanova na področju poučevanja in postavljanja standardov prve pomoči v Evropi. Ustanovljen je bil 1. oktobra leta 1996 na pobudo evropske izobraževalne mreže prve pomoči, delujoče pri nacionalnih društvih Rdečega križa in Rdečega polmeseca. Prvi mandat za vodenje te ustanove (podeljuje se za obdobje petih let) je bil zaupan Belgiji, nasledila ga je Francija, v Parizu je francoski Rdeči križ vse od leta 2003 tudi gostitelj te ustanove. (Slabe in Tašner 2008, 168)

¹³ Tak primer je občutno slabša kakovost trikotnih rut v nekaterih kompletih prve pomoči, ki so se ob povsem preprosti uporabi strgale.

javne sfere. Vendar Bauman (2016) na drugem mestu opozarja na nelinearnost moralnega napredka.

Nobena zmaga nad nečlovečnostjo ni sveta naredila varnejšega za človeštvo. Moralne zmage se očitno ne kopičijo; kljub pripovedim o napredku gibanje ni linearno – včerajšnji dobitki niso znova investirani niti nekdanji bonusi ne veljajo za vekomaj. Vsakič znova, z vsakim premikom v ravnovesju moči, duh nečlovečnosti pritava iz izgnanstva. Moralni šoki, čeprav so se zdeli tisti hip uničujoči, počasi izgubijo svoj učinek – dokler niso pozabljeni. Zdi se, da navkljub svoji dolgi zgodovini moralne izbire vedno začenjajo od začetka. (prav tam, 224)

Ob tem se postavlja vprašanje, kakšen je pomen znanja prve pomoči v globalni družbi tveganj. Ali se z napredkom medicine in razvojem mreže sistema zdravstvenega varstva (npr. v Sloveniji aktualno uvajanje urgentnih centrov) pomen znanja prve pomoči sorazmerno zmanjšuje? Ali se bližamo točki, ko se bomo lahko kot posamezniki v primeru nenadne poškodbe ali bolezni povsem zanesli na takojšnjo institucionalno pomoč? Naš odgovor je nikalen. Protislovno pri tem namreč je, da napredek celotne družbe ne zmanjšuje ali celo odpravlja potrebe po temeljnih znanjih prve pomoči, pač pa potrebo po teh znanjih dodatno utemeljuje: naravne nesreče in od človeka povzročene vsakodnevne nezgode ter terorizem (ta že davno ni več zgolj grožnja) so konkretizacija te potrebe.

2.2 INDIVIDUALIZEM IN NARCISIZEM

Individualizem kot nazor »vključuje osredotočenje nase in spremljajoče zapiranje navzven ali celo nezavedanje večjih problemov in skrbi, ki transcendentirajo jaz (Taylor 2000, 18). Individualizem posameznika odrešuje okovov družbenih redov, ga osvobaja in mu tako omogoča seganje preko njegovih meja. To je pozitiven vidik

individualizma. Ob poudarjanju pomena in koristi posameznika pa individualizem sočasno zanemara skrb za skupno dobro, medtem ko je »individualizacija« proces »preobrazbe identitete« iz »danosti« v »nalogo« in zadolževanje akterjev, da so soodgovorni za izvajanje te naloge in za posledice (tudi stranske učinke) njihovega delovanja (Bauman 2002, 42). Uršič (2002, 284–285) pojasnjuje, da je individualizacija »produkt in sestavni del porabniške družbe.// Za posameznika v tekoči moderni je značilna fleksibilna identifikacija in nenehno iskanje idealnega življenjskega sloga.// Fluidnost sodobnih identitet je povezana s posameznikovo potrebo po individualnosti, enkratnosti in unitarnosti, ki jih poskuša doseči tako, da nenehno menja svoje življenjsko okolje« (Uršič 2002, 284–285).

Če imajo mnogi individualizem za najplemenitejši produkt sodobne civilizacije, je za Taylorja (2000, 7–9) ta glavni razlog za zaskrbljenost, s čimer ima v mislih poteze sodobne kulture in družbe, ki ljudem vzbuja občutke izgube ali zatona, pa čeprav se naša civilizacija še vedno razvija.

Živimo v svetu, kjer imajo ljudje pravico, da si zase izberejo lasten vzorec življenja, da se po lastni vesti odločajo, za kakšno prepričanje se bodo zavzemali, da določijo obliko svojih življenj v celi razsežnosti, ki jih njihovi predniki niso mogli nadzorovati. In te pravice na splošno ščiti naš pravni sistem. Načeloma ljudje niso več žrtvovani za potrebe domnevno svetih redov, ki jih transcendirajo. Zelo malo ljudi se želi odpovedati temu dosežku. (prav tam)

Tudi Bauman (2002) na več mestih svari, da je individualizem največji sovražnik državljanstva in dodaja: »»Državljan« je človek, nagnjen k temu, da zagotavlja blaginjo države in s tem lastni blagor, medtem ko je individuum mlačen, skeptičen in sumničav do »obče stvari«, »občega dobrega«, »dobre družbe« ali »pravične družbe«« (prav tam, 47).

Podobno tudi Taylor (prav tam) ugotavlja, da smo si ljudje s tem, ko smo se ločili od starejših moralnih obzorij (kot del večjega reda), res na eni strani pridobili sodobno svobodo, a smo z osredotočenjem nase hkrati izgubili širino življenja, ki je s tem postalo revnejše v doživljanju smisla in zaradi česar nas manj skrbi za druge in družbo. Postajamo brezbrizni. Vendar Uršič (2002) pojasnjuje, da je občutek svobode varljiv: »Kar ni uspelo nobenemu diktatorju ali fizični represiji, se je posrečilo s širjenjem polja svobode, v katerem se posameznik ne ravna po skupnih moralnih vrednotah, temveč deluje po načelih kratkoročnih osebnih koristi, ki mu jih vsiljuje struktura« (prav tam). Vendar je v tem velika past: »Izpolnitev je vselej v prihodnosti in dosežki izgubljajo svojo privlačnost in zadovoljitveni potencial v trenutku, ko jih dosežemo, če ne že prej« (Bauman 2002, 38). Strinjamo se tudi z avtorjem (prav tam, 10), da je togost ureditve »artefakt in usedlina svobode«, individualizacija pa usoda, ne izbira (prav tam, 45). To pa vodi v razkroj skupnostnega življenja. Temu oporeka Beck (2003, 191), saj v individualizaciji ne vidi razkroja vrednot, pač pa prav nasprotno, tj. »njihovo diferenciranost kakor tudi samoumevnost in neizogibnost osebne avtonomije«. Za razliko od Baumana in Taylorja pa Bauer (2008, 19) zagovarja tezo, da smo ljudje z nevrobiološkega gledišča »na socialni odziv in kooperacijo naravnana bitja«.

Lasch (2012) opisuje sodobno zahodno družbo kot družbo kulture narcisizma, za katero je značilno vse bolj prevladujoče egoistično vedenje, na eni strani obraba protestantske etike dela in na drugi utrjevanje etike samoohranitve, usmerjenost v trenutno zadovoljevanje želja in množično porabništvo ter tako rekoč boleсна potreba po priznanju in priljubljenosti.

Slabljenje starejših tradicij samopomoči je na vseh področjih načelo človekovo usposobljenost za vsakodnevno življenje in naredilo posameznika odvisnega od države, korporacij in drugih birokracij. Narcisizem pomeni psihološko razsežnost te odvisnosti. Narcis namreč kljub občasnim iluzijam o lastni vsemogočnosti potrebuje druge, da potrjujejo njegovo samospoštovanje. Ne more živeti brez občudujočega občinstva. Njegova navidezna osvobojenost od družinskih vezi in institucionalnih omejitev ga ne osvobodi toliko, da bi lahko stal

na lastnih nogah oziroma užival v individualnosti. Prav nasprotno, prispeva k njegovi negotovosti, ki jo lahko narcis premaga samo tako, da vidi v pozornosti, ki mu jo namenjajo drugi, odsev lastnega »grandioznega jaza« ali pa da se pridruži tistim, ki zvezdništvo, moč in karizmo izžarevajo sami. Za narcisa je svet ogledalo, medtem ko surovi individualist svet vidi kot prazno divjino, ki jo je treba šele oblikovati po lastni volji. (prav tam, 28)

Ob taki predstavitvi nekaterih premis sodobnih globalnih družb se zdi povsem legitimno vprašanje, ali je v takšni družbi, ki ji primanjkuje moralne trdnosti in ki na piedestal postavlja individualnost in narcisizem, s tem pa posredno brezbriznost za stisko drugih, samoljubje in zavist, vprašanje odnosa družbe do prve pomoči sploh še legitimno vprašanje. Ali so, kot se lahko zdi na prvi pogled, prizadevanja vseh ključnih akterjev v družbi za dvig zavedanja o pomenu znanja prve pomoči v resnici plavanje proti toku? Ali posameznik v takšnem družbenem kontekstu sploh še lahko (upravičeno) pričakuje, da mu bo kdorkoli (znanec ali celo popoln neznanec) ponudil prvo pomoč, če jo bo potreboval? Na zadnje vprašanje skušamo vsaj deloma odgovoriti v empiričnem delu disertacije.

Lasch (2012) vidi možno smer izhoda iz narcistične družbe v t. i. »kulturnem konservativizmu«, pri čemer gre za zlitje humanega socializma in tradicionalnega konservativizma. Kulturni konservativizem ne implicira opravičevanja obstoječe družbene ureditve in obstoječe neenakopravne porazdelitve moči, temveč le zagovarjanje izbranih vrednot¹⁴ (Nastran Ule 2012, 296).

Pod pojmom radikalne politike se skriva poziv k vzpostavljanju globalne politike, ki bo delovala v dobro celotne skupnosti.// Človek se prvič v zgodovini srečuje z ranljivostjo in medsebojno odvisnostjo sveta, v katerem živi. Naš preživetveni nagon bi se zato prvič utegnil izenačiti z našimi etičnimi impulzi.// Pri procesih remolarizacije imajo pomembno mesto intelektualci, saj naj bi »prevajali« dogodke, ki so pomembni za vso skupnost. (Uršič 2002, 289)

¹⁴ Gre za vrednote, ki sta jih zavračala tako liberalni kot levičarski radikalizem (Nastran Ule 2012, 196).

2.3 SOLIDARNOST KOT VREDNOTA

Brunkhorst (2012) poudarja, da je solidarnost povsem sodoben koncept, povezan tako s konceptom prava kot s političnim konceptom demokracije, ki izvira iz obdobja francoske revolucije. Vendar hkrati ugotavlja, da je zgodovina solidarnosti vseeno starejša kot na enakosti in demokratičnosti temelječa opredelitev tega pojma (tako kot je tudi zgodovina pomoči poškodovanim in obolelim mnogo starejša od vpeljave samega pojma prva pomoč proti koncu 19. stoletja). Solidarnost je evolucijsko gledano pomembna družbena vrednota. V rimskem pravu koncept »in solidus« pomeni obveznost za celoto, skupno odgovornost, skupni dolg oziroma solidarno obveznost. Po Brunkhorstu (prav tam) semantika koncepta solidarnosti poleg tega korenini še v pogansko-republikanski harmoniji in državljanskem prijateljstvu ter v krščanski bratovščini in ljubezni do bližnjega.

Sociolog Emile Durkheim (v Haralambos in Holborn 1999, 192–193) je že v 19. stoletju postavil razliko med mehansko in organsko solidarnostjo. Prva je značilna za predindustrijske (primitivne) družbe, v katerih je bilo malo družbenega razločevanja. Večina ljudi se je ukvarjala z lovom in nabiralništvom. Družbena solidarnost je temeljila na podobnosti med posameznimi člani: imeli so enaka prepričanja, vrednote in do velike mere tudi vloge v družbi. Prav uniformiranost jih je povezovala v skupnost. Da so ljudje v tem zgodovinskem obdobju za obvladovanje poškodb, bolezni in zastrupitev izrabljali naravne danosti (zdravilna zelišča, vodo, sonce) ter si skušali pomagati z mističnimi predstavami, smo opisali v poglavju Zgodovinski okvir razvoja prve pomoči. Organska solidarnost po Durkheimu (prav tam) odlikuje industrijsko družbo, ki v teh (kompleksnih) družbah temelji na razlikah med posamezniki. Poklicne vloge se specializirajo, vendar posameznik deluje za skupno dobro¹⁵. Evolucijsko gledano poteka »razvoj od manj diferenciranih k bolj

¹⁵ Tudi prva pomoč je hkrati z razvojem medicine s pojavom industrializacije naglo napredovala tako strokovno kot organizacijsko. Danes imamo v Sloveniji v okviru sistema varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami organizirano vrsto specializiranih reševalnih služb: gasilsko službo, gorsko reševalno službo, jamarsko reševalno službo, enote za reševanje na vodi in iz vode, enote reševalcev z reševalnimi psi, ekipe prve pomoči Civilne zaščite in Rdečega križa in druge (Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč 2007). Njihovo primarno poslanstvo je zaščita, reševanje in pomoč žrtvam v primeru naravnih in drugih nesreč. Nekatere od teh so še zlasti specializirane za reševanje in pomoč žrtvam nesreč v nevarnih okoliščinah, kot so prometne nesreče,

diferenciranim oblikam sistema delovanja in v njegovem okviru tudi družbenega sistema« (Parsons v Adam 1991, 11). Pripadniki družbe postanejo medsebojno odvisni. Pojavi se nuja po oblikovanju pravil in predpisov, ki omejujejo posameznike in zagotavljajo okvir za njihovo medsebojno sodelovanje. Tako opredeljena solidarnost dialektično povezuje nasprotja, protislovja in razlike (Brunkhorst prav tam). Če je za razredne družbe značilna solidarnost v stiski, tip družbe tveganja označuje »družbeno obdobje, v katerem se poraja solidarnost iz strahu in postaja politična sila« (Beck 2009, 60).

Mercina (2009, 489–490) razlikuje med osnovno in aktivno solidarnostjo. Prvo razume kot posebno medčloveško povezanost, ki temelji na biološki istovetnosti, podobnosti in čustveni komunikaciji. Druga je na osnovi solidarnosti temelječ prenos materialnih ali nematerialnih dobrin med posamezniki ali skupnostmi, brez pričakovane koristi zase ali sebi v škodo. Aktivna solidarnost se udejanja predvsem na naslednje načine: kot dejanje solidarne pomoči, kot solidarnostno sodelovanje in kot institucionalizirana solidarnost (Mercina prav tam)¹⁶. Sodelovanje in ujemanje pa sta za Bauerja (2008) centralna nagiba (človeške) narave.

Danes je zaradi ujma velikih razsežnosti, vojnih spopadov, begunske in migrantske problematike na preizkušnji meddržavna oziroma mednarodna solidarnost, spričo novih demografskih razmerij (trenda staranja prebivalstva) pa je aktualna tudi medgeneracijska solidarnost. Slednja kot socialna povezanost med generacijami (Bengtson in Oyama v Hlebec in drugi 2012) ni pomembna zgolj za kakovost življenja nasploh, pač pa tudi za ohranjanje zdravja, okrevanje po poškodbi ali bolezni (prav

nesreče z nevarnimi snovmi, nesreče v gorah, jamah, na rekah, jezerih in drugod, saj imajo za izvajanje takih nalog ustrezno usposobljen kader in opremo. Vendar lahko na področju prve pomoči najdemo primere še nadaljnje »specializacije«. Med člani ekip prve pomoči Rdečega križa sta to primer vodje ekipe ter skrbnik za varnost: prvi se osredotoča na vodenje dela ekipe, drugi pa na ugotavljanje in odpravljanje nevarnosti pred posredovanjem ekipe na kraju dogodka (Šutanovac in Slabe 2014).

¹⁶ Po taki opredelitvi solidarnosti spada prva pomoč k drugi obliki, k aktivni solidarnosti, pri kateri gre predvsem za prenos nematerialnih dobrin, tj. na znanju temelječe pomoči, pa tudi za prenos materialnih dobrin, npr. porabljenih materialov iz kompleta prve pomoči od dajalca prve pomoči k prejemniku prve pomoči (poškodovancu, bolniku, zastrupljencu).

tam, 130). Kolaričeva (2011, 206) ob opozarjanju¹⁷ na neupoštevanje večplastnega medsebojnega učinkovanja pri načrtovanju reform sistemov zagotavljanja socialne varnosti in blaginje ter vrednotenju njihovih učinkov poleg medgeneracijske solidarnosti znotraj skupnosti (v okviru družine, sorodstva, sosedstva) poudarja še sistemsko solidarnost med starostnimi skupinami, kot jih določa in uravnava država blaginje, ter solidarnost/dobrodelnost, katere opornik so civilnodružbene organizacije.

Večina teorij povezuje solidarnost prav s povezanostjo. To je povezanost, ki se opredeljuje v sferi družbe (Mercina prav tam, 491). Iz tega izhaja, da je koncept družbene solidarnosti že od svojih razsvetljenskih začetkov predvsem domena razprave družbenih ved: sprva sociologije, deloma filozofije, danes tudi ekonomije in prava, v sodobni družbi pa razprava o družbeni solidarnosti prevladuje na področju politike in javne sfere (Pirc prav tam, 27–42). »Družbena solidarnost je mogoča le v kolektivu, ki ne temelji na materialni substanci, temveč na idejni in normativni substanci, ki jo je treba vsakič znova obnavljati, saj se ob tem obnavljajo tudi solidarnostne družbene vezi med posamezniki kolektiva in krepí kolektivna zavest« (Pirc prav tam). Solidarnost je s te perspektive pomembna družbena vrednota. V tej zvezi je pomembno, da vedno znova poudarjamo pomen prve pomoči kot smiselnega in vrednega dejanja. Evropske smernice za oživljanje (Nolan in drugi 2010) ter uvedba Svetovnega dneva prve pomoči se tega dosledno držijo. Vendar Kolaričeva (2012, 296) opozarja, da smo v sodobnih evropskih demokratičnih družbah priča procesom (rekomodifikacije in dekomodifikacije, defamilizacije in refamilizacije), ki »zmanjšujejo sistemsko solidarnost in s tem povečujejo družbene neenakosti znotraj aktivne generacije tudi v slovenski družbi« (prav tam).

Nekateri avtorji (Hofman v Ule 2005, 252; Scott in Seglow 2007, 67–69; Ule prav tam) kot pomemben spodbujevalni dejavnik prosocialnega vedenja poudarjajo empatijo, sposobnost sočustvovanja z drugo osebo, pri čemer je udeležen tudi razum.

¹⁷ Avtorica (prav tam) se pri tem opozarjanju sklicuje na Arberja in Attias-Donfuta in utemeljuje tezo o t. i. medgeneracijskem konfliktu, ki naj bi ogrožal prihodnost evropskih družb, kot mitu.

Če smo sposobni in pripravljeni vživeti se v položaj drugega, potem nesreča drugega deluje motivacijsko in vpliva na solidarnost, potrebo po pomoči. Videti druge ljudi v nesreči je za večino ljudi boleče. Dajanje pomoči pa to bolečino zmanjša. Prosocialno vedenje torej zmanjša bolečino obeh, tistega, ki trpi, in drugega, ki sočustvuje z njim. Vsakdanje življenje kaže, da se ljudje različno odzivajo na bolečino drugih. Predvsem se vedno ne odzivajo empatično. Pogosto je odziv brezbržnost, včasih celo privoščljivost. (Ule prav tam, 242)

Če je solidarnost predvsem sociološki pojem, psihologi (Musek 1994, 316–317; Baron in drugi 2009, 304–335) v tej zvezi govorijo o prosocialnem vedenju (v nasprotju z asocialnim), Uletova (2005, 239) o pozitivnem socialnem delovanju, Ramovš (1995, 67–71) o socialnem imunskem sistemu, pri čemer razlikuje med samopomočjo in dobrotelostjo: samopomoč je socialni vzgib v posamezniku, da skuša sam rešiti svoje stiske ali okrepiti svojo socialno trdnost za spoprijemanje s težavami. Avtor (prav tam) razlaga, da gre za samopomoč tudi, ko si ljudje pomagajo med seboj v različnih temeljnih človeških skupinah, ter dodaja, da je, drugače kot samopomoč, dobrotelost pomoč kateremukoli človeku, ki je v stiski; pomagamo mu zato, ker je človek, in ne zato, ker je »naš«.

Če izhajamo iz teze, da je solidarnost pomembna družbena vrednota, potem pri iskanju odgovora na vprašanje, kaj posameznika spodbuja k dajanju prve pomoči in kaj ga odvrča od tega, ne moramo mimo vprašanja vrednot; njihove opredelitve in organiziranja, klasifikacije, njihove vloge v življenju posameznika in družbe kot celote.

Vrednot je veliko in pri posamezniku so organizirane v sistem, vrednotni sistem: zanj je značilno, da se njegove prvine, torej posamezne vrednote pojavljajo v določenih medsebojnih odnosih. Nekatero vrednote ocenjujemo kot pomembnejše od drugih in tako lahko govorimo o vrednotnih hierarhijah. Vrednotna hierarhija predstavlja lestvico, na kateri so posameznikove (ali pa tudi skupinske) vrednote razporejene po prioriteti. Glede na vrednotne hierarhije pa bi lahko govorili spet o takšni ali drugačni vrednotni usmerjenosti

posameznikov ali skupin. Vrednotno usmerjenost določajo tiste vrednote, ki so v vrednotni hierarhiji na samem vrhu. (Musek prav tam, 14).

Posameznikovo usmerjenost tako v največji meri določa osnovna vrednota. »Osnovna vrednota kot najvišja vrednota je tista vrednota, ob kateri se merijo vse druge. Če najvišja vrednota izgubi svojo veljavnost, tedaj propade ves hierarhični (vrstni) sklop vrednot. Vsaka vrednota je namreč vredna le toliko, kolikor je udeležena pri najvišji vrednoti in kolikor more služiti tej najvišji vrednoti« (Hribar v Sruk 1999, 531)¹⁸. V luči navedenega je vprašanje posameznikove pripravljenosti dati prvo pomoč povezano z njegovo pripravljenostjo pomagati človeku v stiski – z vrednoto solidarnosti, ta pa je tesno povezana s splošno sprejeto vrednoto humanosti.

Med različnimi klasifikacijami vrednot gre kot zelo pomembno posebej omeniti Hofstedovo (Hofsted 1980 v Musek 2000, 27) razlikovanje vrednot na vrednote individualne kulture in vrednote kolektivne kulture, ki se ujema z avtorjevo in splošno znano delitvijo kultur na individualistične in kolektivistične. Medtem pa Musek (prav tam, 28–29) na osnovi empirične hierarhije vrednotnega sistema razlikuje dionizične (potenčne in hedonske) in apolonske vrednote (izpolnitvene in moralne). Dajanje prve pomoči poškodovanemu, obolelemu ali zastrupljenemu bi po Hofstedovi razvrstitvi umestili med vrednote kolektivne kulture, saj gre pri prvi pomoči za poudarjanje pomoči sočloveku, po Muskovi taksonomiji vrednot pa na ravni vrednotnih kategorij največjega obsega v velekategorijo apolonskih vrednot.

¹⁸ Pričakovati je, da bo posameznik, ki je dejaven v različnih prostovoljskih organizacijah in društvih, ki kot svoje poslanstvo opravljajo naloge zaščite in reševanja, s tem pa tudi izvajanje prve pomoči (tak primer so gasilci, gorski in jamarski reševalci, člani ekip prve pomoči, vodniki reševalnih psov, podvodni reševalci, taborniki, skavti in drugi) na svoji lestvici vrednot visoko (če ne kot osnovno vrednoto najvišje) postavil prav človekoljubnost.

Na področju vrednot lahko nedvomno govorimo o vplivu večjega števila vzročnih dejavnikov. Gre torej za očitno multikavzalno pogojen pojav. Še več, ti dejavniki se raztezajo na različne ravni človekove stvarnosti. Med njimi so biološki, genetski in evolucijski dejavniki, ki tvorijo biološko podlago vrednot in vrednostnega sistema. Po drugi strani se vrednote oblikujejo tudi pod močnim vplivom socialnih in kulturnih dejavnikov, zlasti vzgoje. In nazadnje se oblikujejo pod vplivom človekove samodejavnosti, pod vplivom njegovih lastnih razmišljanj, volje in odločitev. (Musek 2000, 332)

2.4 ALTRUIZEM KOT ETIČNA NORMA

Skrajna oblika dobroteljnosti je altruistično, tj. nesebično vedenje oz. obnašanje, s katerim koristimo drugim, ne da bi za to pričakovali nagrado (Ule prav tam). V procesu socializacije se posameznik zaveda samega sebe in se hkrati uči kulture družbe, v katero je umeščen (Haralambos in Holborn 1999, 686). Pod vplivom družbenega konteksta, še zlasti pod vplivom zgledov v družini in sporočil v šoli, internalizira¹⁹ vrednote, ki postanejo del njegove osebnosti, s tem pa postane njegovo vedenje v veliki meri predvidljivo, s čimer se vzdržuje družbeni red (Parsons prav tam, 687). Ule (prav tam) dodaja, da je internalizacija »proces sprejemanja socialnega vpliva, ki seže najgloblje in traja najdlje. Zato je njegov rezultat trajna oblika spreobrnitve«. Tako se oblikujejo etične norme, ki se v vsaki družbi povezujejo z izražanjem konkretne družbene biti, še zlasti z interesi in potrebami posameznikov in skupin, pa tudi z ideali in vzori (Sruk prav tam).

Za Bauerja (2008) je kultura sodelovanja ključna perspektiva prihodnosti sodobnih individualističnih družb. So-delovanje pa je implicitno zaobseženo tako v konceptu solidarnosti kot tudi konceptu altruizma.

¹⁹ Uletova (prav tam, 313) pojasnjuje, da je internalizacija zlasti posledica informacijskega pritiska, ki temelji na argumentih in verodostojnih informacijah, za razliko od identifikacije, ki je posledica normativnega pritiska (preko pravil, zakonov, norm) in je bolj začasna spreobrnitev.

»Altruistični, na blagor drugih usmerjeni načini vedenja so več kot pa samo optimirana strategija v boju za preživetje narave.// H kulturnim oblikam življenja ne spada samo umetnost, temveč tudi različne oblike socialnega medsebojnega delovanja. Obsegajo vzgojo naših otrok k človeškosti, izobraževanje, etični menedžment na področju gospodarstva in pripravljenost, da bi si v materialni in zdravstveni stiski medsebojno pomagali.// Rezultat uspešnega sodelovanja bi se imenoval: človeškost.« (prav tam, 173).

Etični vidik prve pomoči kot altruističnega ravnanja zadeva vsakega posameznika, bodisi kot potencialnega dajalca ali kot prejemnika prve pomoči. V nadaljevanju razpravljamo o oblikah altruizma, o dejavnikih, ki ga spodbujajo, in dejavnikih, ki ga zavirajo, pojasnujemo t. i. učinek opazovalca ter opredeljujemo dajanje prve pomoči kot altruistično in etično dejanje.

2.4.1 Opredelitev in oblike altruizma

Koncept altruizma je v teorijo družbene solidarnosti vpeljal francoski filozof Comte (Sruk prav tam, 26; Scott in Seglow prav tam, 1; Pirc prav tam, 30). Po njem (Comte v Pirc prav tam) naj bi se hkrati z razvojem družbe širila tudi njena moralna odgovornost. Družbene vezi so vse bolj prepletene, posamezniki pa vpeti v vse več interesnih mrež, kar širi spekter njihove moralne odgovornosti daleč prek okvirov družinskega kroga in odpira nove možnosti za altruistično vedenje. Vendar je Comte (prav tam) kot pogoj za uspešnost moralno ozaveščene družbe postavljaj religijo, ki posameznikom postavlja moralno vodilo in vrednote. Nasprotno temu je Spencer menil (v Pirc 2012, prav tam), da vsak človeški individuum kot družbeni atom nosi takšna moralna vodila v sebi.

Koncepti etičnega individualizma, ekonomskega racionalizma in utilitarizma zavirajo altruistično vedenje ljudi. Podrejajo ga individualnim namenom,

računom koristi in stroškov ter iskanju takšne ali drugačne koristi. Sodobni individualizem se lahko kaže v dveh oblikah: kot posestniški individualizem ali kot reflektirani ali socialni individualizem oz. v skrajni obliki kot altruistični individualizem. Posestniški individualizem poudarja samozadostnost posameznika, ki za to družbi ničesar ne dolguje. Reflektirani individualizem pa izhaja iz zavesti o posledicah razpada tradicionalnih vezi (npr. sorodstvenih). Posameznik čuti medsebojno odvisnost od drugih ljudi in dejstva, da le solidarnost in sodelovanje med ljudmi, brez narcističnih iluzij na eni in občutkov popolne nemoči na drugi strani, omogoča, da prenesemo zahteve individualizacije. Reflektirani individualist je lahko altruističen: ne zato, ker bi to od njega zahtevala moralna norma, religiozna ali kaka druga ideologija, temveč zato, ker se zaveda, da mora za svoje preživetje ohraniti temeljne družbene vezi med ljudmi, ki slonijo na solidarnosti in sočutju. Gre za novo obliko altruističnega individualizma. (Ule 2005, 240–241)

Glede na razlike v razlogih za altruistično dejanje razlikujemo med premišljenim in spontanim altruizmom (Ule prav tam, 245). V primeru prve pomoči gre praviloma za drugo obliko, za spontani altruizem. Darley in Latané (v Ule prav tam, 249) sta navedla naslednje značilnosti spontanega altruizma:

- nevarne okoliščine,
- redkost dogodka,
- malo skupnega z drugimi dogodki,
- nepredvidljivost dogodka in
- zahteva po takojšnjem ukrepanju.

Značaj spontanega altruizma še zlati velja za primere, ko je poškodovani ali nenadoma zboleli smrtno ogrožen. Potencialni dajalec prve pomoči se v takem položaju gotovo ne sprašuje, kaj naj naredi, da bo kar največji altruist. Odločiti se mora v trenutku. Ali se bo posameznik odločil za nesebično pomoč, torej za prvo pomoč sočloveku, je odvisno od vrste dejavnikov, kot že rečeno, še zdaleč ne izključno od znanja.

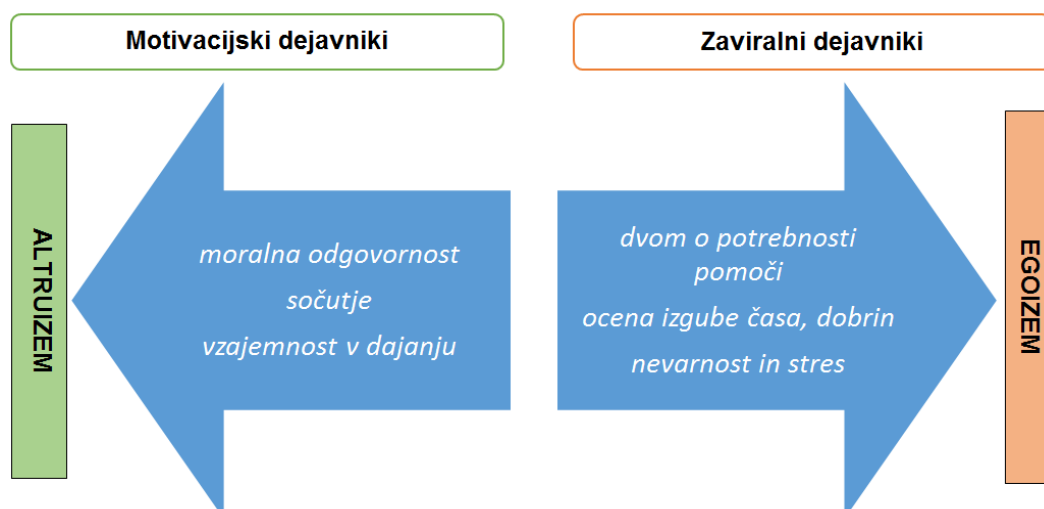
2.4.2 Dejavniki, ki spodbujajo, in dejavniki, ki zavirajo altruistično ravnanje

Musek (1994, 318) navaja naslednje dejavnike, ki vplivajo na prosocialno obnašanje ljudi:

- objektivni dejavniki (objektivne značilnosti položaja, število navzočih oseb, značilnosti in obnašanje osebe oziroma žrtve, ki pričakuje pomoč);
- subjektivni dejavniki (subjektivno zaznavanje in razlaga položaja, občutje razpršitve odgovornosti, prejšnje izkušnje in učenje, občutek kompetentnosti in usposobljenosti, počutje, čustveno stanje in razpoloženje, empatija, osebnostne lastnosti, stopnja moralnega presojanja);
- medosebni in kulturni dejavniki (kulturne norme in pričakovanja, skupinski dejavniki, recipročnost, psihološka bližina in podobnost z žrtvijo).

Raziskovalci prosocialnega vedenja so opredelili tako spodbujevalne (motivacijske) kot tudi zaviralne dejavnike altruizma (slika 2.1). Če so zaviralni dejavniki tisti, ki usmerjajo posameznika proti ravnanju »človek človeku volk«, ga motivacijski vlečejo v preseganje samega sebe.

Slika 2.1: Motivacijski in zaviralni dejavniki altruizma



Vir: prirejeno po Ule (2005, 242–3).

Uletova (2005, 249–50) posebej poudarja spodbujevalne in zaviralne dejavnike spontanega altruizma. Glavna spodbujevalna dejavnika spontanega altruizma sta navzočnost izjemnih posameznikov in pripisovanje odgovornosti²⁰. Po drugi strani pa so glavni zaviralni dejavniki spontanega altruizma razpršitev odgovornosti, večznačnost (nejasnost) okoliščin, ki vodi v skupinsko ignoranco, in strah pred sodbami drugih. Poleg tega so tudi na polju solidarnosti primeri, ko so lahko čustveni, politični, kulturni, verski in rasni razlogi tako močni, da posameznik (ali skupnost) ni pripravljen biti solidaren z drugimi (Hribar Sorčan 2012, 75–83)²¹.

2.4.3 Učinek opazovalca

Pri razumevanju večplastnosti odgovora na vprašanje, kaj poleg osebnostnih in socializacijskih dejavnikov (stališč, empatije, strategije delovanja posameznika v družbi (sodelovanje, tekmovalnost), privzgojenih vrednot in s tem povezane moralne odgovornosti, družbenega konteksta, različnih spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov, zaznave in interpretacije dogodka, okoliščin dogodka in drugega) še vpliva na hitro posameznikovo odločitev za dajanje prve pomoči neznancu v nujnih primerih ali proti temu, je smiselno osvetliti še drug vidik. Zlasti to, ali norme delujejo v skrajnih razmerah. S tem vprašanjem sta se ukvarjala Latané in Darley (v Scott in Seglow prav tam, 64–67). Njuna teorija temelji na predpostavki, da je naše vedenje javno. Pomoč človeku v stiski lahko pomagajočemu prinese nagrado, kot je samospoštovanje, lahko pa tudi neugodne posledice; pomoč je lahko neučinkovita ali celo neprimerna, razmere lahko napačno oceni ali pa so okoliščine nevarne. Tako se posameznik znajde v konfliktnem položaju med socialno normo, ki mu veleva, naj pomaga, in pomisleki. Nasprotje skuša rešiti z opazovanjem odziva drugih (ne nazadnje je človek socialno bitje), pri katerih išče smernice. Vpleteni opazujejo drug drugega, kdo bo pomagal, nazadnje pa ne pomaga nihče. Gre za t. i. učinek

²⁰ V različnih medijih lahko občasno zasledimo primere dobre prakse, ko so se posamezniki izkazali z dajanjem takojšnje prve pomoči. Tak zgled je izkušnja študenta, ki je s temeljnimi postopki oživiljanja rešil življenje teti, ko je prišla na obisk in se med pogovorom ob kavi zgrudila (Polzelnik 2012, 58–62). Izkazal se je kot posameznik, kot študent farmacije z opravljenim modulom prva pomoč pa prevzel tudi ustrezno odgovornost.

²¹ S tem fenomenom se danes soočamo tudi v Sloveniji v povezavi z razpravami o našem odnosu do migrantov.

opazovalca (angl. bystander effect), ko je – protislovno – verjetnost za pomoč obratno sorazmerna s številom navzočih oseb (očividcev, mimoidočih). Avtorja (prav tam) na osnovi poskusov Latanéja in Darleyja razlagata, da prisotnost drugih navzočih inhibira posameznikovo pripravljenost in s tem pripravljenost za pomoč vseh oseb na kraju dogodka. »V primerih, ko nihče ne pomaga, je moralna odgovornost glede skupinskega neodziva porazdeljena med navzoče, težo le-te pa je tako lažje nositi« (Scott in Seglow prav tam, 65).

Scott in Seglow (prav tam) pojasnjujeta tako ravnanje očividcev v izjemno tveganih okoliščinah, ko gre za pomanjkanje časa in prisotnost nevarnosti, z nastopom t. i. kognitivne disonance, ko se ljudje vedejo v nasprotju s svojimi stališči, pozneje pa stališča spremenijo, da bi jih prilagodili lastnemu odzivu, in ob tem vztrajno zanikajo vpliv drugih navzočih oseb oz. opazovalcev. Tako si kasneje razložijo, da nevarnosti sploh ni bilo, da pomoč ni bila potrebna ali pa da bi bila neprimerna. Pri tem se avtorja opirata na Piliavina in druge (v Scott in Seglow prav tam, 65–67), ki so razvili t. i. model stroškov in nagrade (angl. cost-arousal model), da bi pojasnili, zakaj ljudje v nujnih primerih pomagajo ali pa ne. Po tem modelu opazovanje primerov, ki zahtevajo takojšnjo pomoč, ustvarja pri navzočih čustveno vzburjenje (sočutje, strah, gnus) ob sočasni močni potrebi, da to vzburjenje zmanjšajo. Piliavin in drugi (prav tam) trdijo, da je izbrani odziv posameznika odvisen od njegove analize lastnih »stroškov« (porabljenega časa, denarja, napora, tveganja za lastno zdravje in drugega) in »nagrade« (dvig samospoštovanja, delovanje v skladu moralno odgovornostjo, pohvala ali občudovanje drugih). Po tem modelu ljudje niso motivirani, da pomagajo zaradi altruizma kot nesebične pomoči drugim, temveč zaradi potrebe, da zmanjšajo neprijetne občutke razburjenja ob videnem oz. slišnem. Vendar sta avtorja (prav tam) hkrati tudi kritična do tega modela in poudarjata, da je ta le ena od možnih razlag prosocialnega vedenja ljudi.


Za razliko od Latanéja in Darleyja je ameriški socialni psiholog Milgram (1992) v svojih eksperimentih proučeval vpliv avtoritete na kršitve lastnih moralnih norm pri udeležencih eksperimentov v kontekstu vsakdanjega življenja in prišel do presenetljivih dognanj: precejšnje število oseb je »slepo« sledilo ukazom avtoritet in

izvedlo dejanja, ki niso bila v skladu z njihovo vestjo. Visoka stopnja poslušnosti avtoritetam po njegovem izhaja zlasti iz legitimne pozicije avtoritete, socialnega konteksta, prelaganja odgovornosti in socialne neposlušnosti. Za razumevanje primerov (ne)dajanja prve pomoči je zlasti pomembna njegova teza o prelaganju odgovornosti, po kateri posameznik svoje (ne)ravnanje opraviči s prelaganjem odgovornosti na žrtev (npr. na poškodovanca v smislu »sam si je kriv, zakaj pa ni upošteval varnostnih pravil«) ali na »nadrejene« (npr. državo, ki ni poskrbela za varnejše ceste).

2.4.4 Podmene prve pomoči kot altruističnega ravnanja

Latané in Darley (v Baron in drugi 2009, 312–317) sta opredelila pet korakov oz. pogojev, da pride do altruističnega dejanja (pomoči) v nujnih primerih (tabela 2.1). Samo če se posameznik v danih razmerah na vseh pet korakov odzove pozitivno oz. preseže zaviralne dejavnike (npr. da izrednega dogodka sploh ne zazna, da ga napačno razume, da ne čuti osebne odgovornosti in sposobnosti pomagati oz. da se ne odloči za ukrepanje), bo tudi v resnici pomagal.

Tabela 2.1: Koraki, ki vodijo do altruističnega dejanja

KORAK	VRSTA KORAKA	OPIS ODZIVA POSAMEZNIKA/POSAMEZNICE
1	zaznava dogodka	<i>mora zaznati (videti, slišati, občutiti, vonjati ali celo okušati), da se je pripetilo nekaj nenavadnega</i>
2	interpretacija dogodka kot nujnega primera	<i>mora razumeti, prepoznati oz. interpretirati dogodek kot nezgodo oz. nesrečo</i>
3	prevzem odgovornosti za pomoč	<i>mora občutiti osebno odgovornost, da lahko prav on pomaga</i>
4	presoja, da ima potrebno znanje in spretnosti, da lahko pomaga	<i>mora prepoznati osebne sposobnosti za konkretno pomoč</i>
5	odločitev za pomoč	<i>odločiti se mora, da bo pomagal – konkretno ukrepal</i>
 ALTRUIISTIČNO DEJANJE		

Vir: prirejeno po Darley in Latané v Baron in drugi (prav tam, 313).

Prvine tega modela lahko prepoznamo v Evropskih smernicah za prvo pomoč (Van de Velde in drugi 2007), Smernicah za temeljne postopke oživljanja Evropskega sveta za reanimacijo (Nolan in drugi 2010; Gradišek in drugi 2015; Perkins in drugi 2015) ter Mednarodnih smernicah za prvo pomoč in oživljanje (Cassan in drugi 2011). Tako smernice v primeru akutnega koronarnega sindroma, za katerega je zlasti značilna bolečina v prsnem košu, ki se lahko širi v druge predele zgornjega dela telesa, spremljajo pa ga lahko tudi drugi simptomi in znaki, poudarjajo, da gre za nujno stanje, ki zahteva takojšnjo nujno medicinsko pomoč (Nolan in drugi 2010, 1241; Cascan in drugi 2011, 40). Po opisanem modelu Latanéja in Darleyja gre za vplivanje na fazo »razlage dogodka kot nujnega stanja«. Smernice (Nolan in drugi prav tam, 1219; Cascan in drugi prav tam, 92) tudi poudarjajo, da morajo vsi reševalci, ne glede na usposobljenost, v primeru srčnega zastoja izvajati vsaj zunanjo masažo srca, kar spodbuja posameznikovo prepoznavo, da ima potrebno znanje in spretnosti za izvajanje zunanje masaže kot nujnega ukrepa. Gre za

prizadevanja, da bi zmanjšali možnost morebitne kognitivne disonance in povečali delež tistih, ki bi zagotovili učinkovito prvo pomoč, še zlasti, ko je to nujno potrebno.

2.4.5 Etični okviri prve pomoči kot altruističnega ravnanja

Umestitev prve pomoči kot altruističnega ravnanja v okvir etike, »ki se ukvarja s tematiko človeškega hotenja in ravnanja z vidika dobrega in zlega, moralnega in nemoralnega« (Sruk prav tam, 138), je smiselna zlasti skozi refleksijo praktične, normativne etike. Tako je ključno vprašanje, kaj je tisto, kar (ne)dajanje prve pomoči določa kot (ne)moralno dejanje. Vendar se ne bomo spuščali na raven etičnega vrednotenja in etičnih dilem konkretnih oz. potencialnih primerov vsakdanjega življenja, s katerimi se srečujemo posamezniki in družba. Možnih različic je toliko, kot je primerov (ne)dajanja prve pomoči. Na tak način se skušamo do neke mere izogniti subjektivizmu, ob priznavanju razuma kot pomembne, a hkrati prav tako subjektivne determinante pri etičnih odločitvah (Singer 2008, 19). Vendar se moramo strinjati z Baumanom (2016, 33), ki opominja, da v sodobnem svetu ne moremo več pričakovati, »da nas bo modrost zakonodajalcev ali bistroumnost filozofov enkrat za vse večne čase rešila pred moralno ambivalentnostjo in negotovostjo odločanja.// Resnica je, da so moralne izbire tudi dejansko izbire in da so dileme tudi zares dileme in ne začasni ali popravljivi učinki človeške slabosti, nevednosti in napak« (prav tam)²². Tudi Pevec Rozmanova (2009, 201) opozarja na krizo razuma in s tem povezano krizo etične zavesti, ko se človek v sodobnem svetu sooča s precepom nasprotujočih si moralnih zahtev in možnosti ter etičnih vprašanj tudi na področju prve pomoči.

V sodobnem, vedno bolj globaliziranem svetu narašča pojav globalnih nevarnosti, zamegljujejo se meje med dobrim in slabim, poglobljata se kriza kulturne identitete in radikaliziran postrazsvetljenski skepticizem. Sodobne

²² Primer takega precepa je nakazana dilema med pripravljenostjo pomagati, tj. dati prvo pomoč, in strahom dajalca prve pomoči pred morebitno tožbo prejemnika prve pomoči, kar je tudi eno od težišč empiričnega dela disertacije.

etične dileme in skrbi, ki povzročajo zaskrbljenost, so simptomi izgube jasnih napotkov in referenc ter izgube moralnega horizonta. /.../ Te pojave opredeljuje kultura postmodernizma. /.../ Glavne poudarke postmodernizma lahko strnemo v dve področji: v pluralizem in nedoločenost. /.../ Pluralizem vodi v relativizem, po katerem sta vsako spoznanje in vsaka vrednost relativna – odvisna od posameznika in njegove subjektivne presoje. Na področju moralnosti, ki lahko postane zgolj stvar naših občutkov, se tako znajdemo v moralnem subjektivizmu, ki moralno presojanje in vrednotenje dejanj prepušča posameznikovi poljubni izbiri. Vrednostni relativizem in subjektivizem vodita v krizo vrednot, ki se odraža kot splošna bivanjska kriza posameznega individuuma. Človeka so v preteklosti določali jasni družbeni okviri s splošno sprejetimi pravili in normativi, v dobi postmoderne pa se zdi, da teh okvirov ni več. Postmoderni človek se je znašel na polju poljubnih izbir in vrednotenj. Nič ni več določeno. Moderna je kot edino avtoriteto priznavala posameznika in njegov razum, postmodernizem oboje postavi na glavo. (Pevce Rozman prav tam)

Tudi za Taylorja (2000,18) je »relativizem, ki ima danes široko podporo, globoka zmota«. Zato oris etičnih okvirov prve pomoči zahteva upoštevanje etičnih norm oz. etičnih pravil. Vendar se je danes, že zaradi narave moralne skupnosti in moralnega vrednotenja, nemogoče sklicevati na moralne kriterije s pristopom, kot je bilo to mogoče v preteklosti (Pevce Rozman prav tam, 203).

Danes namreč radi poudarjamo človekovo svobodo, s tem pa tudi dejstvo, da mora človek ravnati po svoji osebni odgovorni izbiri. Sam se mora odločiti, kako naj v danem primeru ukrepa, ravna in živi. Vedno teže se namreč izogne bremenu osebne odločitve. Kritični smo in nobena avtoriteta, niti avtoriteta tradicije, nam ne zadošča. Tudi na javno mnenje se ne moremo zanesti. Če torej nočemo obtičati v splošnem moralnem skepticizmu, agnosticizmu in relativizmu, ki pravi, da nobeno življenjsko navodilo ni absolutno in zanesljivo in da si lahko zato moralo po svoje krojimo, si moramo ustvariti osebno moralno stališče. (Stres 1999, 5)

Eno od možnih opredelitev etike v sodobnem poznomodernem obdobju ponuja prispevek MacIntyreja (MacIntyre v Pevec Rozman prav tam). MacIntyre kot komunitarni filozof v odgovor na liberalizem zagovarja (a hkrati tudi idealizira) načelo skupnosti v povezavi z vidikom dobrega. Po njem »dobro obstaja kot neka objektivna stvarnost, ki ni odvisna zgolj od človeške komponente, temveč je nekaj ontološkega« (prav tam).

Medtem ko liberalizem poudarja pomen človekove avtonomije, komunitarizem poudarja, da se lahko posameznikova avtonomija uresničuje samo znotraj določene tradicije oz. skupnosti. MacIntyrejevo poudarjanje skupnosti je alternativa, ki sodobnemu človeku ponuja možnost rešitve pred samovoljnostjo, samozadostnostjo in fragmentarnostjo življenja. Dobro in vrednote namreč ne morejo biti prepuščeni posameznikovi poljubni izbiri (za kar si prizadeva liberalizem). Danes so lahko vodilo za moralno delovanje, kot ga predlaga komunitarizem, življenje v skupnosti, tradicija, izvrševanje vrline, odgovornosti in skrb za bližnjega ter prizadevanje za dobro življenje. (Pevec Rozman prav tam, 203)

Večina posameznikov se kot očividcev nezgode in s tem potencialnih prvih pomagalcev znajde na razpotju med odločitvijo, ali bi priskočili na pomoč ali bi se raje umaknili in prepustili ukrepanje komu drugemu (Milčinski 1972, 69). »Prepričanja in običaji, v katerih smo bili vzgojeni, imajo lahko na nas precejšen vpliv, a ko začnemo o njih premišljevat, se lahko odločimo bodisi da ravnamo v skladu z njimi bodisi proti njim« (Singer prav tam, 17). Vsakdo se mora odločati sam. »Večino naših dejanj uravnavajo navade in splošno sprejeta pravila. Čim bolj močna, obsežna, jasna in nesporna so, tem manj se človeku zastavlja vprašanje, kaj mora narediti« (Stres 1999, 6). Navade in splošno sprejeta pravila so zelo pogojena in ukrojena in posameznika determinirajo. Hkrati so vrednote in morala pogoj za vzgojni proces, saj »brez vrednot in morale ni niti vzgoje niti značaja« (Musek 2000, ix).

Frankl (v Ramovš 1990, 21–26) poudarja, da človekova zavest v slehernem položaju (torej tudi v primeru potrebe oz. nuje po dajanju prve pomoči) spozna več stvarnih možnosti ter razloči, katera od teh možnosti je v danih razmerah najbolj smiselna. To razvrščanje človeku omogoča notranji glas (Taylor 2000, 27) ali duhovni organ vesti oz. »moralna zavest« (Stres prav tam, 179). Po Franklu (prav tam) je merilo, po katerem vest presoja, svet vrednot: človek se lahko odloča za katerokoli od možnosti v danem trenutku, vendar je pri tem svojem delovanju svoboden v okviru svojih meja. Odločanje in posledično ravnanje posameznika je namreč pod vplivom mnogih dejavnikov, zato ni nujno vedno v skladu z njegovo moralno naravnostjo (Milgram 1992; Musek prav tam, 350). Posledica človekove osebne svobode je njegova osebna odgovornost; ima osebno zaslugo ali pa osebno krivdo (Frankl, prav tam). »Moralna odgovornost je torej etična norma in stališče, ki usmerja naše vedenje« (Ule 2004b, 37). Povedano še drugače, »moralna kakovost naših dejanj je naša temeljna skrb« (Stres prav tam, 5). Minimum morale predstavlja pravo (Sruk prav tam, 395). »Ker se človek o tem, kaj je prav, sprašuje, pomeni, da njegove odločitve ne morejo biti poljubne in prepuščene naključju. Človek jih hoče in mora utemeljiti pred seboj in drugimi. Tako dobijo vprašanja o tem, kaj je prav in kaj ni, kaj sme in česa ne sme, kaj je dolžan in česa ni dolžan narediti, ne samo osebno, ampak tudi obče veljavno in občestveno razsežnost« (Stres prav tam, 7).

Če je za Frankla ključna vest, ki človeku narekuje, kako naj se odloča med različnimi možnostmi v konkretnem trenutku, ko npr. nekdo potrebuje prvo pomoč, so za MacIntyreja vrline »tiste odlike, ki bodo posameznika vodile k uspešnemu premagovanju težav in ga vodile proti cilju. Vrlina od posameznika zahteva, da dela dobro« (MacIntyre v Pevec Rozman prav tam), da pomaga, da dá prvo pomoč. »Na take dogodke je treba biti pripravljen vnaprej, odločitev mora biti zrela že zdavnaj prej, enkrat za vselej. Lahko bi rekli: priskočiti k poškodovancu ali nenadno obolelemu mora postati refleks« (Milčinski prav tam).

To, kar so v antiki poimenovali vrlina, bi lahko danes poimenovali vrednota, »čeprav je sam pojem vrednota nastal šele v novem veku« (Musek prav tam, 17). Medtem pa Uletova (2005, 115–155) pri tem, kako se bo posameznik v danem trenutku odločil

oz. ravnal, močno poudarja njegova stališča. Stališča so »predispozicije ljudi za pozitiven ali negativen odgovor na določeno dogajanje ali razmere v socialnem svetu« (Rosenberg in Hovland v Ule prav tam, 117).

Pomembno je tudi poznavanje načel, ki človeka usmerjajo in kažejo, kako živeti. Odločilnega pomena pri odgovoru na vprašanje, kako živeti, pa vendarle ni v načelih, temveč v odgovoru na vprašanje, kakšen človek sem. To pomeni, da nas identifikacija vrline z znanjem (tj. vedenje samo) še ne dela krepostne. Znanje je sicer pomemben vidik vrline, ni pa edini. Bistveni elementi so torej volja in preudarnost, znanje in intuicija ter jasen cilj – storiti nekaj dobrega. Vrlin sicer ne moremo uzakoniti, lahko pa sprejmemo Aristotelovo stališče, da je potrebno živeti v skladu z vrlino, torej krepostno; živeti in ravnati, kot bi ravnal moder človek. (Pevce Rozman prav tam, 204)

V poznomodernem svetu so različnost in strpnost nadomestili kodeksi etičnih pravil, vir sodobne etične krize pa je moč iskati že v krizi moderne, ko se je pojavil dvom o obstoju univerzalnih moralnih pravil (Pevce Rozman 2009, 201–202). Etični vidik vprašanja odgovornosti dajanja prve pomoči ima tako izhodišče v načelih, ki so zapisana v etičnih kodeksih in deontoloških zakonih kot pravilih vedenja in moralnih normah posameznih poklicnih in drugih skupin (Balažic 2006, 4). »Po vsebini določajo, kakšne značilnosti naj ima oseba, da v določeni skupini velja za osebo z integriteto oziroma kaj skupina šteje kot dolžno ravnanje posameznikov, in predstavljajo podlago za ukrepanje ob kršitvi dolžnega ravnanja« (Komisija za preprečevanje korupcije 2011).

K dajanju prve pomoči so z etičnega vidika že zaradi izobrazbe in usposobljenosti posebej zavezani zdravstveni delavci. Prva pomoč je »bistveni del strokovnega znanja in usposobljenosti zdravstvenega delavca« (Milčinski prav tam, 67). Zdravstvene delavce veže dolžnost dajanja prve pomoči z dveh strani: kot osebe s posebno strokovno medicinsko izobrazbo in kot člane zdravstvenih organizacij (prav tam, 66; Balažic prav tam, 2). Avtorja (prav tam) pojasnjujeta, da je dolžnost

zdravstvenih delavcev tudi po obsegu širša od splošne dolžnosti vsakega občana, saj je opredeljena kot nujna medicinska pomoč oziroma nujna zdravstvena pomoč. Tudi zakonsko določilo nedvoumno poudari: »Zdravstveni delavec ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči« (Zakon o zdravstveni dejavnosti 2005, 56. čl.).

Dolžnost dajanja nujne medicinske pomoči ni opredeljena le z zakonskimi določili, temveč je poudarjena tudi v deontoloških kodeksih. Tako »zdravnik ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči, ustrezne njegovi strokovni usposobljenosti, ne glede na to, ali je na delovni dolžnosti ali ne in ne glede na to, ali je za pomoč izrecno zaprosen« (Zdravniška zbornica Slovenije 1992, 6. čl.). Enako velja tudi za izvajalce zdravstvene nege (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije 2014, načelo IV.). Dolžnost prve pomoči je poklicna dolžnost, ki jo mora vsak zdravstveni delavec sprejeti praktično takrat, ko prejme diplomu zdravstvene šole oz. fakultete, s tem pa prevzame tudi moralno obvezo glede dolžnosti dajanja prve pomoči, ki ga veže vse življenje, ne glede na to, ali je v delovnem razmerju ali ne, torej tudi zunaj delovnega mesta, v prostem času, med dopustom in še potem, ko je že končal poklicno kariero (Milčinski prav tam, 69). Ko avtor (prav tam) nadaljuje, da je zdravstveni delavec dolžan dati prvo pomoč tudi v primeru, ko za to ni izrecno zaprosen, ima v mislih dogodke, pri katerih je zdravstveni delavec po naključju navzoč ali pa je v neposredni bližini in o njih na tak ali drugačen način obveščen, četudi ljudje zanj ne vedo ali ga ne poznajo, zato se nihče za pomoč ne obrne naravnost nanj.

Primera kodeksa za nemedicinsko javnost, ki nedvoumno navajata dolžnost dajanja (prve) pomoči, sta Častni kodeks slovenskih planincev (Planinska zveza Slovenije 1994) in Alpinistični etični kodeks (Komisija za alpinizem pri Planinski zvezi Slovenije).

Pomembna je iskrena, nesebična tovariška pomoč /.../ neposredna pomoč utrujenim, izčrpanim, ogroženim poškodovanim, zlasti hitra pomoč v nesrečah.

Ta dolžnost ne zadene samo članov Gorske reševalne službe (GRS), temveč moralno zavezuje slehernega planinca. Vsakdo naj po svojih močeh, po svojem najboljšem znanju in z vsemi sredstvi, ki so mu na voljo, pomaga sočloveku v stiski. Pomoč naj bo pristrčna, nesebična, humana, ohrabrujoča; pomoč, ki ne zahteva plačila, pomeni pa človeško toplino in moralno oporo. (Planinska zveza Slovenije 1994, točka IV)

Vsak alpinist ali član alpinistične skupine mora biti pripravljen pomagati drugim, če se zgodi nesreča. Pomoč ponesrečenim in tistim v stiski mora imeti v gorah absolutno prednost pred doseganjem lastnih ciljev. Kadar gre za nesrečo in ni mogoče pričakovati zunanje pomoči, moramo alpinistom in ostalim gornikom v stiski ali poškodovancem pomagati, kolikor moremo, ne da bi pri tem ogrozili lastno varnost. Težko poškodovani ali umirajoči osebi smo dolžni dajati vso pomoč in oporo, ji lajšati bolečine in jo ohranjati pri življenju. (Komisija za alpinizem pri Planinski zvezi Slovenije)

Določila o dolžnosti (vzajemne) pomoči vsebujejo tudi nekateri drugi etični kodeksi ter pravila o organiziranosti in delovanju društev in združenj: Kodeks etike slovenskega prostovoljnega gasilstva (Gasilska zveza Slovenije 2006, 2. čl.), Etični kodeks slovenskih sladkovodnih ribičev (Ribiška zveza Slovenije 2009, točka IV.), Statut zveze tabornikov Slovenije, nacionalne skavtske organizacije (Zveza tabornikov Slovenije 2005, 12. čl.).

Kot že omenjeno, prihaja v vsakdanjem življenju tudi do razhajanja med vrednotami posameznika in njegovim ravnanjem. Musek (2000, xii) meni, da je to bistvo pogosto poudarjene krize vrednot. Kršitve etičnih kodeksov lahko privedejo do posrednih sankcij stanovskih organizacij in častnih razsodišč, najhujša – za etično občutljivega človeka hujša kot obsodba pred sodiščem – pa je ugotovitev, da kršitelj ni ravnal po etičnih načelih svojega poklica ali združenja (Milčinski prav tam, 72; Balažič prav tam, 4). »Morala je toliko bolj učinkovita, kolikor bolj je ponotranjena, kolikor bolj jo oseba (p)osvoji. Takšna morala je predvsem avtonomna: slaba vest osebo dosti bolj nadzira

in obvladuje kot kake sankcije vnanjih (pravnih, političnih) dejavnikov.« (Sruk 1999, 305)

Ne tem mestu pa velja opozoriti tudi na nevarnost prevelikega zlitja posameznika s skupnostjo in posledično njegovo (ne)sposobnostjo moralnega odločanja, ki lahko vodi v etične dileme ali celo etične kršitve dolžnosti dajanja prve pomoči. Prav to poudari Pevec Rozmanova (prav tam, 204–205), ko presoja MacIntyrejev poskus utemeljitve etike.

Obstaja nevarnost, da bi se posameznik preveč identificiral s skupnostjo in se v njej izgubil. Obstaja tudi nevarnost, da celostna podreditev posameznika ciljem kolektiva ohromi ne le željo po osebostnem vsestranskem uresničevanju, temveč tudi željo in sposobnost moralnega odločanja v konkretnih situacijah ter čut za odgovornost – do sebe in do bližnjega kot osebe. Če so namreč pred očmi vseh skupni cilji, ki jih je potrebno dosežati, lahko pri zazrtosti v telos prezremo tisto, kar je že prisotno; to je tisti, ki mi je blizu, tisti, ki je ob meni, ki je v moji bližini, ki je že tukaj. Gre za mojega bližnjega, za osebo, ki me potrebuje tukaj in sedaj. Gre torej za bistveno razlikovanje med tu in tam; med bližnjim, ki je oseba, tukaj, sedaj, in med telosom, ki je tam, še nedosežen in h kateremu se približujemo. (Pevec Rozman prav tam, 205)

Iz vsakdanjega življenja lahko navedemo primer osebe, ki ni pomagala poškodovancu, na katerega je naletela na poti na sestanek članov društva. Recimo, da je bila njena identifikacija (lahko tudi strah pred morebitnimi posledicami zaradi zamude) s skupnostjo (z društvom) tako visoka, da je bil točen prihod na sestanek zanj pomembnejši od tega, da bi pomagala poškodovancu. Po drugi strani pa tudi nakupovalna središča, ta nova svetišča porabe, »uničujejo sodobno družbo in ponujajo lažen občutek pripadnosti, ki nima nič skupnega z občutkom moralne odgovornosti, ki jo ta zahteva. Novi prostori porabe uničujejo javni prostor, ki je vse bolj očiščen vseh nezaželenih in neprijetnih substanc, ki so soustvarjale javni in vsem dostopni javni prostor« (Uršič 2002, 285–286). Moteč dejavnik je lahko tudi oseba, ki se je v takem prostoru poškodovala ali nenadoma zbolela.

3 ZGODOVINSKI OKVIR RAZVOJA PRVE POMOČI

Vpogled v prvo pomoč, kakor jo razumemo danes, je za posamezna obdobja razvoja človeške družbe možen predvsem posredno, prek tedanjega pojmovanja zdravja, bolezni, medicine. To pa se je »spreminjalo v skladu s spreminjanjem vodilnih ideologij, vrednostnih sistemov, kulturnih tradicij« (Ule prav tam, 18). V preteklosti so civilizacije po svetu razvile specifične medicinske kulture, izpeljane iz verskih prepričanj ali v povezavi z njihovim razvojem (Robbins 2005, 5). Viri, ki celoviteje obravnavajo zgodovino medicine (Borisov 1985; Magner 2005, Brumec 2008; Pivec, 2011; Waddington 2011), redko neposredno omenjajo prvo pomoč. Zlasti je malo znanega o prazgodovinskem obdobju (Priolcar 2012, 1). Je pa zato nabor literature, tudi slovenske, z napotki za prvo pomoč obsežen, še zlasti od 19. stoletja naprej.

Drug izziv, s katerim se soočimo pri poskusu zgodovinskega orisa razvoja prve pomoči, je razlikovanje med prvo in nujno medicinsko pomočjo. Po splošno sprejetih opredelitvah so danes ločnice med eno in drugo dokaj jasno začrtane, v obeh primerih gre za zdravljenje, ki ga praviloma štejejo »kot izključno pravico in dolžnost zdravnika. Pri prvi pomoči od tega načela odstopimo in odklon utemeljujemo s tem, da zdravnik na tem področju zaradi izjemne nujnosti zaupa določen delež pravice zdravljenja nezdravniku« (Balažic 2006, 2).

V zgodovinskih virih najdemo primere dajanja prve in nujne medicinske pomoči že od pradavnine (Kalinšek 1987, 7–9) oziroma je praksa nujne oskrbe stara toliko kot medicina sama (Chung 2001, 84). Ob tem pa se postavlja vprašanje, ali je npr. pogosto omenjeni primer iz obdobja stare Grčije, ko Ahil obvezuje roko ranjenega Patrokla (Kalinšek prav tam, 8; Robbins prav tam), primer dajanja prve ali nujne medicinske pomoči. Podobno velja za v Bibliji opisano zgodbo usmiljenega Samarijana, ki je oskrbel ranjenega človeka (Sveto pismo na spletu 2003, Lk 10). Čeprav se je oskrba ran do danes spremenila, je način pomoči v nujnih primerih ostal enak: čimprejšnja nujna pomoč poškodovanemu na kraju dogodka ter hiter (in varen) transport do dokončne oskrbe (Chung prav tam, 85).

Zamisel prve pomoči in uporabo pojma v angleškem jeziku je leta 1878 uvedel vodja vojaških kirurgov Peter Shepherd (Pearn 2012, 163), sprva kot prva oskrba (angl. first treatment) in ljudska pomoč (angl. National Aid) (Priolcer 2012, prav tam). V slovenski literaturi najdemo eno prvih navedb termina prva pomoč v delih Kratek navod o prvi pomoči pri nezgodah (Valenta 1886) in Postrežba bolnikov (Homan 1899, 38)^{23, 24}. V nadaljevanju povzemamo zgodovinski okvir razvoja prve pomoči kot segmenta napredka medicine v treh obdobjih razvoja človeške družbe: predmodernem, modernem in pozno modernem. V predmodernih (tradicionalnih) družbah je razumevanje zdravja in bolezni temeljilo na religioznem pojmovanju zdravja in bolezni, v modernih je prišlo do sekularizacije tega pojmovanja, medtem ko je za pozno moderno značilno, da je zdravje postalo prispodoba za splošno človeško blaginjo (Ule prav tam, 13–52).

3.1 PRVA POMOČ V PREDMODERNIH DRUŽBAH

Prizadevanja človeka za obvladovanje poškodb in bolezni segajo v same začetke razvoja človeške vrste in sovpadajo z njegovim nagonom po preživetju (Kapš 2001, 12). Tako lahko sklepamo, da tudi ideja prve pomoči korenini v tem najzgodnejšem obdobju. V zgodnji razvojni fazi človeške vrste je bil posameznik v nesreči odvisen predvsem od samopomoči. Ko je živel v skupinah, se je lahko zanašal tudi na tovariško »prvo pomoč« (Borisov prav tam, 11–36). Ključni dejavnik, ki je vplival na oblikovanje najzgodnejših postopkov pomoči, je bilo človekovo izkustvo, prek katerega je spoznaval učinke prvin iz narave in jih uporabljal za zdravljenje (Brumec prav tam, 7). Že zelo zgodaj je razvil nekatere postopke, ki so tudi danes pomemben segment doktrine prve pomoči: imobilizacijo, zaustavljanje krvavitve in celo oživljanje (Kalinšek prav tam, 7; Cooper in drugi 2006, 2839). Življenje v skupnosti je omogočilo

²³ Avtor (prav tam) uporabi besedno zvezo »prva pomoč« v naslovu poglavja III: Prva pomoč v sili. V uvodnem odstavku piše: »Na deželi se dostikrat primerjajo nesreče in bolezni, pri katerih je treba hitre pomoči, da se ohrani zdravje ali celo življenje. Mogoče je veliko storiti, če je o pravem času pri roki zvedena in izkušena pomoč. Zgodi se pa večkrat, da je zdravnik oddaljen, in v prvi vrsti sili pridejo pomagat in svete dajat popolnoma nepoučeni ljudje, ki se izkušene in zvedene delajo in z napačno pomočjo le škodujejo; pri tem pa odlašajo in odlašajo, in predno pošljejo po zdravnika, je večkrat vse zamujeno«.

²⁴ Da je Homan eden prvih, ki je v slovenskem prostoru uporabil pojem prva pomoč, je opozoril že Košir (2008, 131).

kakovostni preskok od samopomoči k medsebojni pomoči, kar je ena temeljnih predpostavk prve pomoči, kakor jo razumemo danes.

Če si je človek znal pojasniti poškodbe (in jih na preprost način pozdraviti), si je pri notranjih boleznih skušal pomagati z mističnimi predstavami (Borisov prav tam; Zadavec 1985, 7–8; Magner prav tam, 17; Brumec prav tam, 8). Prispevek nekaterih razvitih starih kultur iz obdobja pr. n. št. so zato razumske ideje o izvoru in zdravljenju bolezni, prvi zdravstveni kodeks, poudarjanje vpliva skrbi za čistost rane na izid zdravljenja, pogosti vojni spopadi pa so spodbudili tudi razvoj prvih oblik vojne sanitete (Borisov prav tam, 40–52).

V predmodernih družbah so se postopki prve pomoči le počasi izpopolnjevali, razvoj pa ni bil premočrten. Za nekatera obdobja je značilno celo nazadovanje: Galen je tako močno vplival na skeptičnost do možnosti oživitve navidezno mrtvega (Eisenberg in drugi 2007, 3), nasprotoval je tudi prevezi uda kot načinu obvladovanja krvavitev (Kragh in drugi 2012). Pod močnim vplivom krščanstva, ki je bolezen razlagalo kot božjo kazen²⁵ (Ule prav tam), tudi v srednjem veku ni zaslediti pomembnejših odkritij. So pa v tem obdobju prav epidemije spodbudile nastanek karanten (Kapš 2001, 73). Šele v renesansi je razvoj znanosti pripomogel k novim odkritjem v medicini in s tem tudi k napredku na področju prve pomoči (npr. umetnega dihanja) (Eisenberg in drugi prav tam, 4; Aitchison in drugi 2013, 165). Nova spoznanja so se le počasi uveljavljala, še zlasti na podeželju, kjer so se ljudje še v 19. stoletju zanašali na učinke ljudskega zdravljenja in celo vraževerje (Kapš prav tam, 71–72; Zadavec 1985, 1; Nieznanowska 2006, 73). V nasprotju s Kapšem Valvasor (1994, 61) pohvalno piše, kako podeželsko prebivalstvo obvlada samopomoč: »Večina kmetov se sama zdravi in navadno ne slabo, ker prav dobro poznajo zelišča in korenine. Mnogi so tako dobri ranocelniki: imenitno pozdravijo vsako zlomljeno nogo, in sicer le s kolomazom, smolo in presnimi koreninami, ki jih stolčejo in zmešajo ter z njimi prav učinkovito obvežejo zlomljeno roko ali nogo.«

²⁵ Tak primer so bile v tistem obdobju epidemije kuge.

Bergantova (1981) predmoderne družbe opisuje kot družbe, za katere je značilna precejšnja samozadostnost, zaprtost in okornost, zato posamezniku niso dopuščale svobodne izbire in s tem povezane aktivnejše vloge. Posameznik je bil zavezan pripisanemu družbenemu statusu (zlasti spolu, družinskemu poreklu), kar je imelo ključen vpliv na njegove življenjske izbire. Vsi odnosi med člani so bili strogo družbeno predpisani, vloge spolov in generacij pa strogo ločene in jasno opredeljene. Vsaka mlada generacija sprejme kulturo starejše in jo nadaljuje na temeljih, ki so jih ustvarile prejšnje (prav tam, 10). Tako se je tudi znanje »prve pomoči« ohranjalo predvsem »iz roda v rod«, le počasi širilo med ljudmi in prav tako počasi napredovalo.

Prvi zametki medicine in prve pomoči so se tako v predmodernih družbah oblikovali že v praskupnosti, se razvijali prek obdobj sužnjelastniške družbene ureditve, antične medicine, fevdalne družbene ureditve vse do obdobja krepitve meščanskega razreda, ko so se v obdobju renesanse pojavili zametki znanstvene revolucije. Prav nova odkritja (npr. tiska) so omogočila nov kakovostni preskok v razvoju medicine, prva pomoč pa je še zlasti napredovala v času velikih oboroženih spopadov.

3.2 NAPREDEK PRVE POMOČI V MODERNIH DRUŽBAH

Prve moderne²⁶ družbe določajo nagle družbene spremembe na vseh področjih. Umeščamo jih v obdobje nastanka kapitalistične proizvodnje oziroma v čas razmaha industrializacije, ki je povzročila visoko družbeno delitev dela, visoko stopnjo družbene mobilnosti, urbanizacijo, dvig ravni izobrazbe, sekularizacijo prepričanj, sprejemanje inovacij in drugo. Prišlo je do opustitve tradicionalnih nazorov, te pa je nadomestila zamisel napredka. Moderna družba zavrača različne vrste tradicij in jih zamenjuje z novimi in raznolikimi vzorci življenja, vse to pa zahteva od posameznikov nenehno refleksijo lastnega početja, doživljanja in razmišljanja (Ule 2000, 7).

²⁶ »Pojem moderne ali modernizacije se nanaša na sklop zgodovinskih procesov, ki so se kopičili in se medsebojno krepili: na oblikovanje ekonomskega kapitala in izkoriščanje vseh resursov za pridobivanje kapitala, na razvoj produkcijskih sil in povečanje produktivnosti dela, na uveljavljanje centraliziranih nacionalnih držav, na širjenje političnih pravic ljudi, na urbanizacijo, uveljavljanje formalne šolske izobrazbe, na sekularizacijo vrednot in družbenih norm itd.« (Ule 2000, 5).

3.2.1 19. stoletje – stoletje za medicino in prvo pomoč pomembnih odkritij

Modernizacija, ki je v 19. stoletju spodbudila družbeni napredek, je hkrati prinesla tudi nove probleme. Poleg industrijskih nesreč so bile to tudi vojne, s številnimi poškodovanci, zaradi uporabe novih oblik orožja tudi z novimi vrstami poškodb (zlasti glave). Vendar so prav izkušnje z oskrbo ranjencev na bojiščih pomembno pripomogle k napredku prve pomoči, in sicer na področju triaže, oskrbe ran in transporta, pa tudi pri zaščiti pred poškodbami (npr. uporaba jeklene čelade, plinske maske) (Milčinski 1972, 65; Chung 2001; Priolcar prav tam). Med vojnimi spopadi ima v zvezi z razvojem prve pomoči posebno mesto bitka pri Solferinu, ki je spodbudila ustanovitev Rdečega križa, razvoj organizirane prve pomoči ter mednarodnega humanitarnega prava (Kalinšek 1987; Dunant 2006; Haug 2006). Vendar je bilo veliko pobud, da bi omilili trpljenje ranjenih vojakov na bojiščih, tudi že pred nastankom Rdečega križa leta 1864 (Žnidaršič 1988, 9–16).

Če je razvoj medicine v preteklosti potekal sorazmerno počasi, je 19. stoletje za medicino (s tem pa tudi za prvo pomoč) stoletje epokalnih odkritij (Borisov 1985, 263). Tu gre še zlasti posebej omeniti naslednje: nova spoznanja o anatomiji in fiziologiji človeškega telesa, odkritje termometrije (Carl Wunderlich), sintetiziranje acetilsalicilne kisline (Felix Hoffmann), ki deluje analgetično, antipiretično, antiflogistično in antirevmatično²⁷, uporabo hidroterapije, antiseptice (Joseph Lister) in aseptice (Ernest Bergmann, Gustav Adolf Neuber in Curt Schimmelbusch), uvedbo gumijastih rokavic (William Stewart Halsted), ki so danes obvezni del kompletov za prvo pomoč, triažo vojnih žrtev ter uvedbo hitrega transporta ranjencev z bojišč z lahкими vozili (to so bili vozovi s streho in vrati, ki so bili opremljeni z največ dvoje nosili in ustreznimi pripomočki za prvo oskrbo – Dominique Jean Larrey jih je poimenoval »leteče bolnišnice«), ustavljanje krvavitve s prevezo uda, uporabo prvega povoja (1869) in s slikovnimi navodili poslikane trikotne rute za obveze ran in imobilizacijo udov (Friedrich Esmarch) ter za medicino in širše izjemno pomembno odkritje rentgenskih žarkov (Wilhem Conrad Röntgen) (Borisov prav tam, 263–359;

²⁷ Danes se v prvi pomoči uporablja tudi kot antikoagulantno sredstvo, kot npr. Aspirin pri znamenjih akutnega koronarnega sindroma (Ploj in Kovač 2006, 125).

Herzenberg 1988, 85–91; Brumec prav tam, 64–90). Nekatera odkritja so še danes pomembna tudi za področje prve pomoči (uporaba rokavic, prvega povoja, trikotne rute, preveze uda, triaže).

Nekateri viri navajajo, da so prevezo uda kot način obvladovanja krvavitve uporabljali že prej (Kragh in drugi 2012, 242–247), a šele vojaški kirurg Esmarch je uvedel pravilo, da mora imeti vsak nemški vojak osebni komplet, ki vsebuje dva antiseptična kompresijska muslina (tj. debelejša bombažna tkanina), povoj, varnostno zaponko in vodotesni material (Herzenberg prav tam, 87). Tak komplet bi lahko danes imenovali osnovni komplet prve pomoči. Esmarch je bil močno zaskrbljen za usodo ranjenih vojakov, zaradi česar je postal inovator prve pomoči na bojišču, poudarjal pa je tudi pomen poučevanja laikov o veščinah prve pomoči (še zlasti mu je šlo za poučevanje laikov o tem, kako obvladati zunanjo krvavitev ter tako preprečiti smrt zaradi izkrvavitve pred prihodom zdravniške pomoči) in jih je, kljub pomislekom nekaterih svojih kolegov, tudi sam usposabljal (Herzenberg prav tam, 87). Avtor dodaja, da je Esmarchovo vztrajanje pri teh prizadevanjih pripomoglo k temu, da je njegova »samaritanska šola« dosegla tako rekoč vsako vas v Nemčiji, njegov Učbenik za samaritane je služil kot gradivo za usposabljanje, koncept usposabljanja laikov na tečajih pa se je obdržal tudi v sodobnih časih.

Konec stoletja je prišlo do pomembnega napredka pri postopkih oživljanja. Leta 1892 je Maass uspešno izvajal zunanjo masažo srca na človeku, sam termin srčne masaže pa je že 18 let pred tem vpeljal Schiff (American Heart Association; Aitchison in drugi 2013, 166). Leta 1899 sta Prevost in Batelli vpeljala koncept električne defibrilacije (Crockett in drugi 2000, 10; Hermreck v LaHood 2009, 488), vendar je moralo miniti še skoraj celo stoletje raziskav, preden je bila avtomatska zunanja defibrilacija uvrščena med temeljne postopke oživljanja, ki jih lahko pri osebi brez znakov življenja kot ukrep prve pomoči opravi tudi laik. Avtomatski zunanji defibrilator so prvič uspešno uporabili paramediki leta 1980 v Brightonu (Jaggarao v Eisenberg in drugi 2007, 21).

V nasprotju z zunanjo masažo srca se je zamisel o umetnem dihanju pojavila že mnogo prej. Eden najzgodnejših zapisov umetnega dihanja je bil najden v Knjigi kraljev, in sicer o tem, kako je prerok Elizej oživil mrtvega dečka, potem ko je položil svoja usta na njegova (Kalinšek prav tam, 7; Eisenberg in drugi prav tam, 3; Aitchison in drugi prav tam, 165). Tehniko umetnega dihanja usta na usta je prvi opisal Larrey, leta 1732 pa je Tossach z umetnim dihanjem uspešno oživil rudarja (Eisenberg in drugi prav tam, 5; Aitchison in drugi prav tam). Osem let kasneje (leta 1740) je Pariška akademija znanosti uradno priporočila umetno dihanje usta na usta za oživljanje utopljenecv (American Heart Association; DeBard v LaHood prav tam, 487). V 19. stoletju sta v zvezi z umetnim dihanjem pomembni dve spremembi: Marshall Hall je zagovarjal ročno umetno dihanje s širitvijo in stiski prsnega koša pri na trebuhu ležečem pacientu, Henry Silvester pa umetno dihanje s kombinacijo premikov pri na hrbtu ležečem pacientu (Eisenberg in drugi prav tam, 8). Avtorji dodajajo, da je obe metodi združil polkovnik Holger Nielsen, vendar sta bila za njeno izvajanje potrebna dva reševalca. Metoda umetnega dihanja usta na usta namreč ni bila preveč priljubljena: iz higienskih razlogov ter iz prepričanja, da je vpihovanje ogljikovega dioksida z izdihanim zrakom v pljuča žrtve škodljivo (Hermreck v LaHood prav tam).

V 19. stoletju je tiskanje različnih virov z napotki za prvo pomoč izjemno poskočilo. Na Poljskem je bilo natisnjenih približno 50 del, od tega 90 % namenjenih nezdravnikom (Konopka v Nieznanowska 2006, 74). To nujo po preprostih in razumljivih navodilih avtorica utemeljuje z naglim povečanjem števila prebivalstva, premajhnim številom zdravnikov, takratno zdravstveno problematiko (od nalezljivih bolezni do industrijskih nesreč in poškodb zaradi spopadov), zastarelo literaturo zaradi naglega napredka medicinskega znanja (v tem kontekstu zlasti vpeljava asepse in antiseptice) in spremembami spektra bralcev zaradi naraščanja števila takih, ki so sicer znali brati, a so bili slabo izobraženi. V 19. stoletju sta močno napredovala tudi medicina in zdravstvo na Slovenskem (Kapš 2001, 44–48). Revolucija v medicini je v 17. stoletju uvedla individualno odgovornost za zdravje ter racionalni in eksperimentalni etos medicine (Ule 2003, 16).

V drugo polovico 19. stoletja segajo začetki usposabljanja laikov na področju prve pomoči v Angliji. Leta 1878 sta v Londonu Shepherd iz kraljeve vojaške bolnice in polkovnik Duncan združila moči pri poučevanju civilnega prebivalstva o veščinah prve pomoči, Shepherd pa je izpeljal prvi celoviti kurikulum prve pomoči (Robbins 2005, 18).

V tem obdobju so tudi ustanovili Rdeči križ na Kranjskem. Že leta 1866 je v Ljubljani začelo delovati žensko društvo za pomoč ranjenim in bolnim vojakom, vdovam in sirotam padlih vojakov, leta 1879 pa še moško društvo za podporo ranjenim in bolnim vojakom (Žnidaršič prav tam, 98–102). Avtorica pojasnjuje, da sta se društvi združili leta 1902, njuna naloga pa je bila skrb za zbiranje perila, sanitetnega materiala in živil, organizirali so tudi bolničarsko službo. Med dejavnostmi Rdečega križa do leta 1900 Žnidaršičeva (1984, 13) med drugim posebej omenja tudi usposabljanje prebivalstva za prvo pomoč v vojni ter skrb, da vsak vojak, ki gre na fronto, dobi s seboj sanitetni material.

3.2.2 Prva pomoč v prvi polovici 20. stoletja

Razvoj medicine v 20. stoletju sta sooblikovala napredek na medicinskem, naravoslovnem in tehničnem področju ter vpliv ekonomskih in socialnih okoliščin in etičnih dilem, stoletje pa sta zaznamovali tudi dve svetovni vojni ter slovenska osamosvojitvena vojna in brutalna vojna v nekdanji Jugoslaviji (Brumec prav tam, 94–95). Avtor poudarja, da je bil nov kakovostni preskok v razvoju medicinske znanosti možen le s krepitvijo mednarodnega sodelovanja, s specializacijo in subspecializacijo številnih vej medicine, z razvojem nanotehnologije, preusmeritvijo od bolnišnične k ambulantni medicini, z zamenjavo simptomatskega zdravljenja z etiološko terapijo, razvojem kirurgije (npr. uvajanjem transplantacije organov, razvojem žilne kirurgije, vsaditve protetičnih pripomočkov in nadomestkov, uvajanjem robotike in minimalno invazivnih posegov).

V prvi polovici 20. stoletja se je pojavila pobuda o spremembi koncepta nujne medicinske pomoči. Kirchner je leta 1935 v Nemčiji priporočal, da bi moral zdravnik v nujnih primerih čim prej do poškodovanca in ne obratno, kar je bila do tedaj uveljavljena strategija nujne oskrbe (Sefrin in Moecke v Chung prav tam). To je postavilo temelje sistema nujne medicinske pomoči v Evropi (Chung prav tam). Vendar sta se spreminjala tudi vloga in odnos med zdravnikom in bolnikom. Moderna medicina se je vedno bolj opirala na ugotovitve znanosti in uporabo tehnologije, s tem pa tvegala, da se oddalji od bolnikov in dialoga z njimi (Ule prav tam, 23). Tudi Brumec (prav tam) poudarja, da se je v 20. stoletju ob vsem napredku pokazala tudi nemoč medicine: (ne)obvladovanje velikih pandemij (gripa, AIDS) ter najhujše etične kršitve, kot so zločinski poskusi na taboriščnikih in sodelovanje pri pobojih ljudi.

V začetek 20. stoletja segajo prvi poskusi organiziranega izobraževanja laične javnosti o prvi pomoči v Združenih državah Amerike, ko je leta 1903 Clara Barton (takratna predsednica Ameriškega Rdečega križa) ustanovila izobraževalni odbor za oblikovanje pouka prve pomoči za delavce v industriji, kjer so bile zaradi nevarnih delovnih razmer nesreče, poškodbe in smrtne žrtve (pre)pogoste (Markenson in drugi 2010, 934; Priolcar prav tam). Robbins (2005, 20) pa dodaja, da je bil osnovni tečaj prve pomoči v okviru ameriškega Rdečega križa prvič izpeljan leta 1910 pod nadzorom majorja Charlesa Lyncha, ki ga tako štejejo za »očeta prve pomoči v Združenih državah«.

Na Kranjskem so v obdobju od združitve domoljubnega deželnega moškega in ženskega društva za pomoč ranjenim in bolnim vojakom, vdovam in sirotam padlih vojakov leta 1902 pa do prve svetovne vojne društva organizirala tečaje za primer splošne mobilizacije, tečaje za bolničarke in tečaje za invalide (Žnidaršič 1988, 98–102).

V zadnjih treh stoletjih je medicina postala pomemben del vojaškega upravljanja, njen razvoj pa je eden redkih pozitivnih vidikov vojn (Waddington prav tam, 298–315). Vendar avtor poudarja, da se je tako v prvi kot drugi svetovni vojni zaradi

potreb in prednosti pri oskrbi ranjenih vojakov, rekrutiranja zdravnikov in medicinskih sester dostopnost zdravstvene oskrbe za civilno prebivalstvo zelo zmanjšala, še zlasti na podeželju.

3.3 PRVA POMOČ V POZNOMODERNIH DRUŽBAH

3.3.1 Razvoj doktrine prve pomoči na prehodu tisočletja

Eden velikih izzivov medicine je bil, kako oživiti navidezno mrtvo osebo. Do pomembnih spoznanj je v povezavi z oživljanjem prišlo prav na prehodu tisočletja. Razvoj postopkov kardiopulmonalnega oživljanja zgodovinsko gledano ni bil linearen, ampak ciklični, saj je prišlo do počasnega sprejemanja preizkušenih metod, kasnejšega opuščanja in ponovnega odkritja (Cooper in drugi 2006, 2839). Tako so leta 1958 Safar, Escarraga in Elam objavili študijo, s katero so (ponovno) dokazali absolutne prednosti izvajanja umetnega dihanja s tehniko usta na usta pred ročnimi metodami (LaHood prav tam). Leta 1958 je Kouwenhoven ponovno odkril zunanjo masažo srca (Kouwenhoven v Aitchison in drugi 2013, 166), njen pomen pa je prišel posebej do izraza dve leti kasneje, ko so Kouwenhoven, Jude in Knickerbocker poročali o uspešni zunanji masaži srca pri 20 bolnikih, starih od 20 mesecev do 80 let, in 70-odstotni stopnji preživetja (Hermreck v LaHood prav tam, 488). Sčasoma je zunanja masaža srca v kombinaciji z umetnim dihanjem prerasla v kardiopulmonalno oživljanje, kakršno poznamo danes (LaHood prav tam).

Leta 1955 je Zoll izvedel prvo uspešno zunanjo defibrilacijo, prvi prenosni avtomatski zunanji defibrilator pa so razvili leta 1979 (American Heart Association). Prve smernice za izvajanje zunanje masaže srca so bile objavljene leta 1966, čeprav so bili poskusi oživljanja opravljeni že prej (Aitchison in drugi prav tam, 165). Avtorji pojasnjujejo, da je Laerdal že leta 1960 razvil model za podporo pri učenju temeljnih postopkov oživljanja, od leta 1974 pa se priporoča izobraževanje laične populacije o temeljnih postopkih oživljanja. Leta 1990 je bil v Združenih državah Amerike uveden

program zgodnje javno dostopne defibrilacije s ciljem opolnomočiti ljudi, da bi lahko uspešno oživljali osebe ob nenadnem srčnem zastoju (American Heart Association). Razvoj tehnike je omogočil, da je vloga dajalca prve pomoči zreducirana na prepoznavo potrebe po uporabi defibrilatorja, namestitvev elektrod in aktiviranje aparata, njegova uporaba pa je tako preprosta, da defibrilacijo lahko opravijo celo neusposobljeni laiki (Eisenberg in drugi 2007, 21).

Zakovitost cikličnega razvoja velja tudi za nekatere druge napotke prve pomoči, kot je primer uporabe preveze uda za zaustavljanje hude krvavitve (Welling in drugi 2006, 106–115; Kragh in drugi 2011, 590–597; Kragh in drugi 2012, 242–252). Pogosti pa so tudi primeri radikalnih sprememb v doktrini prve pomoči, še zlasti v povezavi s postopki oživljanja. Za sproščanje dihalne poti pri utopljenih so priporočali obešanje žrtve za noge ali valjanje po vinskem sodu z glavo obrnjeno navzdol (Aitchison in drugi prav tam), dokler ni anesteziolog Peter Safar sredi 20. stoletja ugotovil, da se lahko pri polovici pacientov dihalno pot sprosti z zvrčanjem glave, pri drugi polovici pa je to možno s potiskom spodnje čeljusti naprej ter vstavljanjem ustno-žrelnega tubusa (Safar v Aitchison in drugi prav tam).

Drug primer je uporaba alkohola v prvi pomoči, ko je prišlo do preobrata od priporočene uporabe pa vse do prepovedi njegove uporabe v prvi pomoči pri ranah, kačjem ugrizu in omrzlinah. V raziskavi o uporabi alkohola v prvi pomoči (Dornik in drugi 2013, 260) je bilo ugotovljeno, da se je uporaba alkohola pri ranah močno omejila po letu 1950, pri omrzlinah, predvsem za zaužitje, že leto prej, medtem ko se je pri kačjem ugrizu alkohol v slovenski strokovni literaturi priporočal vse do leta 1969. Prav v navodilih za prvo pomoč ob kačjem ugrizu je prišlo do radikalnih sprememb, kar ponazarja primer navodil iz prve polovice 20. stoletja.

Kačji pik je zelo nevaren, tim nevarnejši, čim dalje časa je preteklo od poslednjega pika dotične kače in čim toplejši dan je. Pik povzroča vnetje in otekanje. Pičeni del telesa tudi pomodri. Zdravniška pomoč je zelo nujna; samarjanova dolžnost pa je, da takoj zadrigne del telesa nad pikom z ruto,

jermenom, vrvico ali kar mu prikladnega pride pod roke na isti način, kakor smo to popisali pri krvavenju iz ran. /.../ Nato zareže pičeno mesto s čistim ostrim nožem, da bi rana obilnejše krvavela. Dobro je tudi ako pičeno mesto izžgemo z razbeljenim železom. Če ima pičeni ali samarjan zdrave, nerazpokane ustnice in celo ustno duplino, lahko izsesa strupeno rano. Končno se pičeno mesto še namaže z amonjakom. Bolnika pomirimo, ga kolikor mogoče malo premikamo in mu damo močne alkoholne pijače do pijanosti. Vse drugo je zdravnikova skrb. (Brezovnik 1930, 89–90)

Danes se ob kačjem ugrizu kot ukrep prve pomoči ne priporoča več preveza uda nad pikom, križni rez, izsesavanje strupa, dajanje alkohola ter izžiganje rane (Brvar 2006, 173).

Če so napotki za prvo pomoč v preteklosti temeljili na izkušnjah ljudi in stališčih strokovnih avtoritet, je od konca 20. stoletja poudarek na ukrepih, ki so podprti z znanstvenimi spoznanji (angl. evidence-based). Nazoren primer takega razvoja je kardiopulmonalno oživljanje kot eden od izjemnih dosežkov razvoja medicine (Cooper in drugi prav tam).

Mednarodne smernice za prvo pomoč in oživljanje (Cassan in drugi 2011, 19) na osnovi virov in zanesljivosti znanstvenih dokazov danes doktrinarne napotke za ali proti razvrščajo v tri kategorije: kot standard (postopek se mora ali ne sme izvesti), priporočilo (postopek naj bi se ali naj se ne bi izvedel) ali možnost (postopek se sme ali pa ga ni priporočljivo izvesti). Nove tehnike in oprema služijo kot pomagala, da je danes prva pomoč preprosta in učinkovita (Priolcar 2012), in to ne samo v povezavi z oživljanjem, ampak tudi v drugih primerih.

Razvoj medicine je prešel pet razvojnih obdobij: od prastarega obdobja magijske medicine prek animističnega obdobja, obdobja religijske medicine do empirične in znanstvene medicine (Zadravec 1985, 7–8). Danes so oprema, organiziranost in

doktrina prve pomoči na povsem drugi ravni kot v daljni preteklosti, vendar se je ohranil njen temeljni pomen: to je čim prej pomagati poškodovani ali nenadno oboleli osebi (Slabe in drugi 2013, 184). Navkljub priseganju medicine na znanost in tehnologijo se hkrati krepi zavedanje o pomenu aktivne vloge bolnika oz. pacienta v procesu zdravljenja. Sodobna medicina vse bolj postavlja partnerski odnos in soodgovornost bolnika za lastno zdravje za temelj svoje doktrine (Ule prav tam, 11). Element tega partnerstva je tudi moralna in formalna dolžnost posameznika dati prvo pomoč.

Vendar pa se hkrati povečuje nezaupanje v alopatsko, na znanstvenih spoznanjih zasnovano medicino, ko vse več ljudi (ponovno) išče pomoč v različnih alternativnih oblikah zdravljenja ter v zdravilstvu (Ule 2002, 19). »Zdravilni postopki, ki so danes sprejemljivi, postanejo lahko že jutri sporni, nikakor pa tako neprimerni, da jih ne bi čez čas sprejeli. Veličina medicine je v tem, da se ponavlja. Njen razvoj je selektiven in zavrača vse tiste postopke, ki so se v preteklosti pokazali kot škodljivi« (Zadravec 1985, 9).

Ugotavljamo, da že skozi celotno zgodovino razvoj medicine in prve pomoči ni bil premočrten, temveč ga lahko označimo kot krožnega oziroma cikličnega. Zakonitost cikličnosti, ko že opuščene zamisli sčasoma postanejo ponovno aktualne, je značilna tudi za razvoj doktrine prve pomoči v sodobnih družbah. Nazoren primer takega razvoja je oblikovanje temeljnih postopkov oživljanja. Zamisel o oživljanju, ki jo najdemo že v Bibliji, je bila kasneje prezrta, a v različnih segmentih sčasoma ponovno aktualna (npr. poudarjanje, opuščanje in ponovno uveljavljanje tehnike umetnega dihanja z usti na usta). Ključni premik v razvoju prve pomoči je bil na prehodu tisočletja narejen v ponovnem odkritju zunanje masaže srca, ki je postopno skupaj z umetnim dihanjem prerasla v kardiopulmonalno oživljanje. Izdelane so bile prve smernice za oživljanje. Razvoj tehnike je omogočil izdelavo avtomatskih zunanjih defibrilatorjev, ki so danes na taki ravni, da lahko napravo uporabi tudi laik. Z uvedbo učnih modelov je zelo napredoval pouk oživljanja in nasploh poučevanja prve pomoči. Danes je napredek prve pomoči podprt z dokazi, za njegov razvoj pa skrbijo ugledne domače in mednarodne strokovne in znanstvene ustanove. Če se

doktrinarni napotki prve pomoči skozi zgodovino spreminjajo, ostaja stalnica njena osnovna intencija, to je čimprejšnja pomoč poškodovanemu, nenadno zbolelemu ali zastrupljenemu.

4 PRAVNI OKVIRI PRVE POMOČI

Vsaka družba potrebuje veliko norm, ki usmerjajo vedenje posameznikov v določenih situacijah (Haralambos in Holborn 1999, 12). Do tega pa je v svojem diskurzu o subjektu in oblasti kritičen Foucault (1991, 106–107), ko piše, da forma oblasti v vsakdanjem življenju »individua kategorizira, zaznamuje ga z njegovo lastno individualnostjo, priklene ga na njegovo identiteto, vsili mu zakone resnice, ki jih mora prepoznati in ki jih drugi morajo prepoznati v njem. To je forma oblasti, ki individue naredi za subjekte. Beseda subjekt ima dva pomena: podložnik nekoga drugega preko kontrole odvisnosti; priklenjenost na lastno identiteto preko vesti in vedenja osebi.«

»V moderni ustavni ureditvi skupno dobro, pravičnost in solidarnost sovpadajo z demokratično legitimacijo normativno zavezujočih odločitev« (Brunkhorst 2012, 17). Ustava Republike Slovenije (URS 1991) kot hierarhično najvišji pravni akt v državi opredeljuje, da je Slovenija pravna in socialna država (URS 1991, 2. čl.). Ustava zagotavlja enakost vseh pred zakonom (14. čl.), neposredno na podlagi ustave mora biti vsakomur zagotovljeno uresničevanje in omejevanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin (15. čl.).

4.1 PRAVNE REGULATIVE PRVE POMOČI V SLOVENIJI

V skladu z ustavno ureditvijo danes v Sloveniji posredno določata zakonske okvire prve pomoči Obligacijski zakonik (2007) in Kazenski zakonik (2012) (tabela 4.1), neposredno pa navajajo prvo pomoč Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006), Zakon o pravilih cestnega prometa (2010), Zakon o voznikih (2010), Zakon o varnosti in zdravju pri delu (2011), Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami (2006), Zakon o varstvu pred utopitvami (2007) in Zakon o Rdečem križu Slovenije (1993) (tabela 4.2).

Tabela 4.1: Ustavno določilo ter določila Obligacijskega in Kazenskega zakonika, posredno ali neposredno povezana s prvo pomočjo

PRAVNI AKT	VIR	KLJUČNA DOLOČILA, POSREDNO POVEZANA S PRVO POMOČJO
Ustava Republike Slovenije	URS 1991	<ul style="list-style-type: none"> - Slovenija je pravna in socialna država. (2. čl.) - Zagotovljena je enakost vseh pred zakonom. (14. čl.) - Vsakomur mora biti zagotovljeno uresničevanje in omejevanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin. (15. čl.)
Obligacijski zakonik	Ur. l. RS, št. 97/2007	<ul style="list-style-type: none"> - Določa odgovornost zaradi opustitve nujne pomoči. (161. čl.)
Kazenski zakonik	Ur. l. RS, št. 50/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Določa, da se kazenska odgovornost uveljavi na podlagi ugotovljene krivde (1. čl.) ter - da je kaznivo dejanje lahko storjeno s storitvijo ali opustitvijo.

Tabela 4.2: Izbrana zakonska določila, povezana s prvo pomočjo

PRAVNI AKT	VIR	KLJUČNA DOLOČILA, POVEZANA S PRVO POMOČJO
Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju	Ur. l. RS, št. 72/2006	<ul style="list-style-type: none"> - Določa dolžnost vsakogar, da poškodovanemu ali bolnemu v nujnem primeru po svojih močeh in sposobnostih da prvo pomoč in mu omogoči dostop do nujne medicinske pomoči. (2. čl.)
Zakon o pravilih cestnega prometa	Ur. l. RS, št. 109/2010	<ul style="list-style-type: none"> - Določa dolžnost vsakogar, do pomaga pri prometni nesreči, če je treba rešiti človeška življenja ali preprečiti ogrožanje drugih udeležencev cestnega prometa. (110. čl.)
Zakon o voznikih	Ur. l. RS, št. 109/2010	<ul style="list-style-type: none"> - Med obveznostmi kot del izpita za voznike motornih vozil kategorij A1, A2, A, B1, B, BE, C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D in DE določa tudi izpit iz prve pomoči. (67. čl.)
Zakon o varnosti in zdravju pri delu	Ur. l. RS, št. 43/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Določa obveznost delodajalca, da mora sprejeti ukrepe za zagotovitev prve pomoči delavcem in drugim navzočim osebam.
Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami	Ur. l. RS, št. 51/2006	<ul style="list-style-type: none"> - Določa obveznost vsakogar, da osebi, katere življenje je ogroženo ali ji preti nevarnost za zdravje, priskoči na pomoč, če s tem ne ogrozi svojega življenja ali zdravja. (16. čl.)
Zakon o varstvu pred utopitvami	Ur. l. RS, št. 42/2007	<ul style="list-style-type: none"> - Določa obveznost vsakogar, ki opazi neposredno nevarnost utopitve, utapljanje ali utopitev, da pomaga po svojih močeh in sposobnostih.
Zakon o Rdečem križu Slovenije	Ur. l. RS, št. 7/1993	<ul style="list-style-type: none"> - Določa, da Rdeči križ Slovenije kot javno pooblastilo opravlja tečaje in izpite prve pomoči.

Na ravni podzakonskih aktov določajo okvire prve pomoči Pravilnik o opremi in sredstvih za dajanje prve pomoči, usposabljanju in preizkusih iz prve pomoči ter zdravniških pregledih reševalcev iz vode (2003), Pravilnik o reševalcih iz vode (2011), Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu (2006), Pravilnik o delih in opremi vozil (2013), Pravilnik o opravljanju tečajev in izpitov iz prve pomoči (2013), Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč (2007) ter Doktrina zaščite in reševanja (2002) (tabela 4.3).

Tabela 4.3: Izbrana podzakonska določila, povezana s prvo pomočjo

PRAVNI AKT	VIR	KLJUČNA DOLOCILA, POVEZANA S PRVO POMOČJO
Pravilnik o opremi in sredstvih za dajanje prve pomoči, usposabljanju in preizkusih iz prve pomoči ter zdravniških pregledih reševalcev iz vode	Ur. l. RS, št. 70/2003	- Določa opremo in sredstva za dajanje prve pomoči, program usposabljanja ter obseg preizkusa usposobljenosti za dajanje prve pomoči reševalca iz vode. (1. čl.)
Pravilnik o reševalcih iz vode	Ur. l. RS, št. 103/2011	- Med pogoji za pridobitev naziva reševalca iz vode pravilnik določa uspešno opravljen preizkus usposobljenosti za dajanje prve pomoči, ki ga mora reševalec obnavljati vsaka tri leta. (4. čl.)
Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu	<u>Ur. l. RS, št. 136/2006</u>	- Določa ukrepe delodajalca za zagotavljanje prve pomoči na delovnem mestu. (1. čl.)
Pravilnik o delih in opremi vozil	Ur. l. RS, št. 44/2013	- Kot obvezno opremo vozil kategorij M, N, T in C pravilnik določa tudi komplet za prvo pomoč za avtomobiliste ter komplet za prvo pomoč za motoriste za vozila kategorij L (razen za vozila kategorij L(1)e, L(2)e). (4. čl.)
Pravilnik o opravljanju tečajev in izpitov iz prve pomoči	Glavni odbor Rdečega križa Slovenije 2013	- Določa vsebino, način in postopek opravljanja tečajev in izpitov iz prve pomoči, ki jih kot javno pooblastilo izvajajo Rdeči križ Slovenije – zveza združenj in območna združenja Rdečega križa. (1. čl.)
Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč	Ur. list RS, št. 92/2007	- Ureja ustanavljanje, usposabljanje in opremljanje ekip za prvo pomoč.
Doktrina zaščite in reševanja	Vlada Republike Slovenije 2002	- Opredeljuje, da ima reševanje človeških življenj prednost pred drugimi ukrepi. - Vsakdo ima pravico do zaščite, reševanja in pomoči zaradi nesreče, vsakdo je tudi dolžan priskočiti na pomoč osebi, katere življenje je ogroženo, če s tem ne ogrozi svojega življenja. - Vsakdo mora o nevarnosti ali nesreči obvestiti center za obveščanje oz. druge pristojne službe.

Pregled pravnih aktov, ki posredno ali neposredno posegajo na področje prve pomoči, nas usmerja k sklepanju, da je v slovenskem pravnem redu to nedvoumno opredeljeno področje. Na eni strani zakonodaja spodbuja dajanje prve pomoči, po drugi pa tudi ščiti morebitnega dajalca prve pomoči. Tako Obligacijski zakonik (OZ-UPB1, 2007) na osnovi načela solidarnosti nalaga vsakomur dolžnost pomagati osebi, katere življenje ali zdravje je nedvoumno ogroženo, vendar ne za ceno izpostavljanja svojega življenja znatni nevarnosti.

Določba je sankcija zaradi kršitve načela solidarnosti, ki vsakomur nalaga dolžnost, da nudi osebi, katere življenje in zdravje je očitno ogroženo, pomoč, če sam sebe pri tem ne izpostavlja nevarnosti. Naložena dolžnost je v tovrstnih primerih sorazmerno majhna v primerjavi z ogroženimi interesi drugega. Zato zakon predvideva odškodninsko odgovornost tistega, ki je dolžnost opustil.//Gre za krivdno odgovornost zaradi opustitve nujne pomoči osebi, katere življenje in/ali zdravje je očitno ogroženo. Očitnost ogroženosti življenja ali zdravja je tista, ki poleg drugih predpostavk opustitev pomoči na eni strani napravi etično nesprejemljivo in na drugi utemelji odškodninsko odgovornost osebe, ki pomoči ni nudila. Etično nesprejemljivost še posebej izpostavi okoliščina, da se oseba, ki bi bila morala nuditi pomoč, s tem ne bi izpostavila nobeni ali neznatni nevarnosti.//Odškodninska odgovornost zaradi opustitve pomoči ni neomejena. Omejena je na škodo, ki bi jo oseba, ki je nudenje pomoči opustila, morala predvideti. Odgovornost bo tako strožja, če je oseba, ki ni nudila pomoči, strokovnjak ali morda celo zdravnik.//Zakon v drugem odstavku omili strogost sankcije zaradi kršitve načela solidarnosti. Odločitev prepušča sodišču, ki osebo, ki ni nudila pomoči, oprosti povrnitve škode, če to terja pravičnost. V okviru te presoje bi sodišče lahko upoštevalo vse okoliščine primera, na primer kraj odkritja ponesrečenca (pomoči, na samem), kar bi ji lahko vzbujalo dvom v resničnosti ogroženosti ponesrečenčevega življenja ali zdravja. (Plavšak in drugi 2003, 915–916)

Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2, 2012) določa, da je kaznivo dejanje lahko storjeno s storitvijo (npr. ravnanje v očitnem nasprotju z doktrinarnimi navodili prve pomoči) ali

opustitvijo (npr. namerna opustitev pomoči nekemu, ki je v smrtni nevarnosti, toda ne za ceno tveganja lastnega zdravja). V primerih neustreznega ravnanja zaradi pomanjkljivega znanja dajalcu prve pomoči ne bi mogli oporekati odklonitve, lahko pa bi mu oporekali ravnanje v očitnem nasprotju z doktrinarnimi navodili, kar bi predstavljalo z zakonom opredeljeno kaznivo dejanje z elementi malomarnosti (Balažic 2006).

Kaznivo dejanje se lahko stori le naklepno. Storilec se mora zavedati, da je oseba v smrtni nevarnosti, da ji je zavezan pomagati in da ji lahko pomaga. Izvršitveno dejanje je v opuščanju pomoči osebi, ki je v smrtni nevarnosti. Storilec mora pri tem objektivno imeti možnost, da pomaga. Ni kaznivega dejanja, če storilčeva pomoč ne bi mogla odvrniti smrtne nevarnosti.//Kaznivo dejanje ne bo podano, če bi se storilec z nudenjem pomoči drugemu spravil sam v nevarnost ali bi v takšno nevarnost s svojim ravnanjem spravil koga drugega (ne pa ogroženega). Takšna nevarnost za storilca ali drugo osebo, ki izključuje kaznivost, ni potrebna, da je smrtna nevarnost, zadostuje že nevarnost za zdravje. Osebe, katerih dolžnost je, da se izpostavijo nevarnosti, se ne morejo sklicevati, da bi z nudenjem pomoči spravile v nevarnost sebe.
(Deisinger 2002, 95–96)

Dolžnost dajanja prve pomoči jasno določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3, 2006), vendar zakon poudari, da »po svojih močeh in sposobnostih«, kar dejansko pomeni večjo obvezo vseh, ki so se iz prve pomoči usposabljali, še zlasti zdravstvenih delavcev. Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP, 2010) določa dolžnostna ravnanja ob prometni nesreči, v kateri mora vsakdo pomagati, če je treba rešiti oziroma zavarovati človeška življenja. Zakon o voznikih (ZVoz, 2010) določa obvezno opravljanje izpita iz prve pomoči kandidatov izbranih kategorij, ne pa tudi obveznega usposabljanja. Kot del obvezne opreme vozil izbranih kategorij Pravilnik o delih in opremi vozil (2013) določa tudi komplet za prvo pomoč za avtomobiliste ter komplet za prvo pomoč za motoriste. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1, 2011) obvezuje delodajalce k sprejetju ukrepov za zagotovitev prve pomoči na delovnem mestu. Delodajalec mora za zagotavljanje prve

pomoči na delovnem mestu določiti usposobljene delavce ter zagotoviti opremo za prvo pomoč (Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu, 2006). Tudi Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami (ZVNDN-UPB1, 2006) poudarja solidarnostno načelo pomoči. Zakon o varstvu pred utopitvami (ZVU-UPB1) določa dolžnost pomoči ob nevarnosti utopitve. Na osnovi Zakona o Rdečem križu Slovenije (1993), RKS v okviru javnega pooblastila organizira tečaje in izpite iz prve pomoči ter organizira in usposablja enote za prvo pomoč. Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč (2007) nalaga gospodarskim družbam, zavodom, šolam, občinam in drugim organizacijam obvezo organiziranja ekip prve pomoči. Doktrina zaščite in reševanja (Vlada Republike Slovenije 2002) med načeli poudari prednost reševanja človeških življenj pred drugimi ukrepi.

Dolžnost dajanja prve pomoči se je že zgodaj pojavila kot zakonsko predpisana obveznost s kazensko odgovornostjo, v našem prostoru že leta 1965 (Balažič 2006, 2). Avtor (prav tam) pojasnjuje, da gre pri prvi pomoči včasih za daljnosežne posledice in zahtevne posege. »Zaradi odstopanja od načela, da zdravi lahko le zdravnik, sprejmemo tveganje, ki ga prinaša laikovo poseganje, zaradi neogibne škode, ki bi nastala z odlaganjem ukrepov do zdravnikovega prihoda« (prav tam).

Dolžnost dajanja prve pomoči je tako v sodobni slovenski družbi normativno regulirano področje, s čimer so postavljeni okviri sprejemljivega vedenja v primerih, ko nekdo potrebuje prvo pomoč. Del normativnih okvirov dolžnosti dajanja prve pomoči so tudi določene sankcije za opustitev pomoči v nujnem primeru (KZ-1-UPB2). Prav »sankcije, ki uveljavljajo norme, so bistveni del mehanizmov družbenega nadzora, ki skrbijo za vzdrževanje reda v družbi« (Haralambos in Holborn 1999, 13). Vendar se dajalec prve pomoči ob tem še vedno lahko sooči tudi z etičnimi dilemami. »V situacijah, ko zahtevne razmere presegajo razpoložljive vire, na primer pri katastrofah, terorističnih dejanjih, nujnih primerih javnega zdravja in humanitarnega značaja, se izvajalci prve pomoči lahko soočijo z etičnimi odločitvami, kot sta triaža in razdelitev omejenih sredstev« (Cassan in drugi 2011, 22). Med pravnimi vprašanji, s katerimi se najpogosteje srečujejo laični dajalci prve pomoči,

Ćopić (2015; 27–29) izpostavlja dajanje pomoči agresivni osebi, alkoholizirani osebi oziroma osebi pod vplivom psihoaktivnih substanc, dajanje prve pomoči osebi, poškodovani v prometni nesreči, ki ji ni več mogoče pomagati, ter dajanje prve pomoči osebi, ki se je poškodovala brez dotika z vozilom in brez krivde voznika tega vozila za poškodbe. Zabukovšek (2013, 24–37) vprašanje pravnih in etičnih dilem obravnava na področju dela nujne medicinske pomoči in izpostavlja dileme v zvezi z izvedbo posegov pri pacientu, ki ni sposoben odločanja o sebi ali zmožen izraziti svoje volje, dileme v zvezi z oživljanjem pacienta, dileme pri aplikaciji zdravila na podlagi telefonskega naročila zdravnika, primere, ko nujno medicinsko pomoč otroku zavrnejo starši ali skrbniki, ter dileme, povezane z zagotavljanjem intimnosti in zasebnosti pacienta pri nujenju nujne medicinske pomoči. Z nekaterimi od teh dilem se lahko sooči tudi dajalec prve pomoči²⁸. Prav vprašanje etičnih in pravnih dilem na področju prve pomoči odpira še vrsto izzivov, ki so potrebni poglobljene obravnave in presegajo okvir te disertacije. Cassan in drugi (prav tam) poudarjajo, da je pri oblikovanju učnih programov prve pomoči za laično populacijo treba upoštevati tudi te vidike.

²⁸ Tak primer dileme je dajanje prve pomoči proti volji poškodovanca/bolnika, oživljanje bolnika, ki je izrazil voljo, da ne želi oživljanja, ta podatek pa izrazi nekdo drug od navzočih, ki pa bi se s tem lahko okoristil, pojavljajo pa se tudi dileme glede zagotavljanja intimnosti in zasebnosti ob dajanju prve pomoči.

5 DRUŽBENA PERSPEKTIVA ZDRAVJA, BOLEZNI IN POŠKODB TER PRVE POMOČI

Vprašanje zdravja, poškodb in bolezni ter vlogo prve pomoči v sodobnih družbah je mogoče obravnavati z mnogih gledišč: biomedicinskega (še zlasti javnozdravstvenega), ekonomskega, psihološkega, kulturnoantropološkega in mnogih drugih. V nadaljevanju ta vprašanja obravnavamo zlasti skozi družboslovno perspektivo.

5.1 ZDRAVJE IN BOLEZEN KOT DRUŽBENI KONSTRUKT

Dojemanje zdravja in bolezni se je skozi zgodovinska obdobja razvoja človeške družbe spreminjalo²⁹. To razumevanje je bilo odvisno od mnogih naravnih in družbenih okoliščin, ki se jim je človek skušal prilagoditi, da bi v njih obstal, pa tudi od napredka medicine (Zaletel Kragelj in drugi 2007, 42–47). Avtorji (prav tam) razlagajo, da so se v zgodovini oblikovali različni modeli zdravja: od zgodnjega okoljskega (ekološkega), biomedicinskega, zgodnjega sociomedicinskega in epidemiološkega modela do sodobnih modelov, h katerim prištevajo adaptacijski, vedenjski, biopsihosocialni in najmodernejši sistemski model.

Uletova (2003, 13–19) pojasnjuje, da v predmodernih družbah prevladujejo religiozno-mistični in sekularni koncepti ter judovsko-krščansko pojmovanje zdravja. Do radikalne spremembe pride v obdobju reformacije, ko stopi v ospredje razlaga zdravja kot pojava, za katerega je naprej odgovoren človek sam. Z znanstveno revolucijo v sedemnajstem stoletju, ki je močno zaznamovala tudi razvoj medicine, se je medicina bolj naslonila na utilitarizem in pragmatizem ter zaupanje v napredek medicinskega znanja. V 19. stoletju (torej že v obdobju moderne) se soočamo z nasprotji med individualističnim in družbenim modelom zdravja in medicine. V tem

²⁹ Glej tudi poglavje disertacije z naslovom Zgodovinski okvir razvoja prve pomoči.

obdobju se hkrati s krepitvijo zdravstvenega izobraževanja laične javnosti pojavijo tudi prva usposabljanja množic iz prve pomoči. V dvajsetem stoletju sta napredek znanosti in modernizacija družbe (do)končno ustoličila moderno znanstveno medicino in razvejeno zdravstveno oskrbo.

Čeprav v dvajsetem stoletju nad iracionalnimi in magičnimi sistemi zdravljenja prevlada alopatska medicina, zasnovana na znanstvenih podlagah, pa smo ob koncu dvajsetega stoletja priča tudi vzporednemu porastu kritik alopatske medicine, oživljanju alternativnih oblik zdravljenja in zdravilstva. Zato ne moremo govoriti o premem in »zmagovitem« napredku medicine, ki bi se končal v dokončnem zmagoslavju racionalne medicine nad magičnimi in iracionalnimi sistemi zdravljenja. Lahko pa seveda rečemo, da je v moderni družbi izginil vsezajemajoč religiozni okvir medicine in pojmovanj o zdravju in bolezni. (prav tam, 18–19)

Vprašanje zdravja in bolezni je tako od nekdanje stvarnosti vsakega posameznika in družbeno pogojeno³⁰ (Adam v Barle 2007, 62). Parsons (v Ule 2003, 76; v Ule in drugi 2014; 68) je zdravje definiral kot »optimalno sposobnost za učinkovito sprejemanje in opravljanje družbenih vlog«. Če zdravje razumemo v duhu opredelitve Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), ki je opredelila zdravje tik po koncu druge svetovne vojne kot »stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja« (World Health Organization 1946), potem poleg telesne in duševne poznamo tudi družbeno dimenzijo zdravja³¹. To pomeni, »da ljudje ne morejo biti zdravi, če ne živijo v ustreznih socialnih, političnih in ekonomskih razmerah oz. če niso sposobni ljubiti (drugega), delati in ustvarjati« (Selič 2007, 10). Navedena opredelitev zdravja SZO (prav tam) tudi poudari, da zdravje nikakor ne pomeni zgolj »odsotnosti bolezni ali slabega počutja«.

³⁰ Marušič in Temnik (2009, 11) navajata kot primer duševno motnjo, ki »je in bo obstajala, pri čemer jo najpogosteje razumemo v povezavi s prevladujočimi družbenimi stališči v danem družbenem trenutku in dani družbi. V vseh obdobjih in v vseh družbah pa ima skupni imenovalec – stigo«.

³¹ Augé (v Ule 2003, 53; v Barle 2007, 62) opozarja na paradoks bolezni, ki je najbolj individualna in najbolj družbena stvar obenem.

Vendar se moramo pri taki opredelitvi zdravja, kakršno je sprejela SZO, nujno soočiti vsaj s tremi ugovori (Zaletelj Kragelj in drugi prav tam, 49). Prvi je, da se absolutno zdravje kot ideal izmika še tako zdravstveno razgledanemu in discipliniranemu posamezniku. Zdravje tudi ni statično dogajanje v telesu, duševnosti ali medosebnih odnosih človeka, saj se posameznikovo zdravje neprestano giblje v prostoru med (nikoli doseženim) popolnim zdravjem in smrtjo. Zato je Antonovsky (prav tam) namesto o zdravju kot »stanju«, govoril o »kontinuumu zdravja« ter v svoji razlagi zdravja uporabil prisodobno daljice, na kateri se posameznik pomika enkrat bolj v smeri zdravja, drugič bolj v smeri bolezni. Tretji ugovor je vprašanje kriterijev merljivosti zdravja³². Prav na vprašanje meril vrednotenja posameznih komponent zdravja opozarja Barletova (2007, 62) ob navedbi opredelitve zdravja Svetovne zdravstvene organizacije:

Ob tej definiciji se takoj znajdemo v zadregi, saj ne vemo, kateri so kriteriji za telesno, duševno in socialno blagostanje. Ali je sploh moč oblikovati absolutna merila? Četudi bi pristali na tezo, da vsaka družba opredeli kriterije za blagostanje, in bi s tem vzpostavili neke vrste relativna merila, ostaja vprašanje, kako je z dožemanjem zdravja pri posamezniku. Vse študije namreč potrjujejo, da obstaja velika razlika med tem, kakšni so dejanski kazalniki, in kako svojo situacijo dojema posameznik sam, pa naj gre za merila revščine, družbenega položaja, zdravja. (prav tam)

Gotovo so kritike razlage zdravja kot stanja pripomogle, da je SZO ob koncu 20. stoletja v opredelitev zdravja vnesel nove prvine: zdravje je večrazsežnosten in dinamičen pojav, v katerem je treba posameznikovo tesno povezanost z naravnim in družbenim okoljem obravnavati celostno, kot vir za vsakdanje življenje in ne primarni cilj življenja (Zaletelj Kragelj in drugi prav tam, 49–50). Avtorji (prav tam) zaključujejo,

³² Eno od meril za zdravstveno stanje posameznika je občutenje lastnega zdravja. »Samooocena zdravstvenega stanja predstavlja posameznikovo subjektivno splošno oceno njegovega zdravja. Temelji na njegovem doživljanju lastnega zdravja in vsebuje oz. odraža biološke, sociološke in psihološke dimenzije. Preplet vseh dimenzij je za zunanjega opazovalca težko opredeljiv. Zaradi subjektivne narave ocene opazovalec ali raziskovalec ne more vedeti, s katero dimenzijo ali po katerem kriteriju oseba ocenjuje svoje zdravje« (Petek 2007, 27).

da je zdravje predpostavka, ki omogoča, da lahko posamezniki produktivno živijo v osebnem, družbenem in ekonomskem smislu (prav tam, 50).

Frankl (1994) je k poznavanju človeka dodal spoznanja o človeku kot o celostnem bitju s trirazsežno podobo. Poleg telesne ali biofizikalne ter duševne ali psihične dimenzije je vpeljal še koncept človeka kot duhovnega ali noogenega bitja. Človekovo duhovno razsežnost razlaga na osnovi treh logoteoretskih aksiomov: 1. človek ima svobodno voljo, 2. temeljna človeška potreba je težnja po smislu in 3. stvarnost je smiselna celota. Tako je duhovno zdravje³³ posameznika tesno povezano z njegovim doživljanjem smisla v življenju. Za duhovno zdravje ali duhovno dobro počutje je značilno, da človeka preveva občutek, da je njegovo življenje osmišljeno in izpolnjeno (Ellison 1983). In obratno: občutek brezsmiselnosti, ki se povezuje z občutkom praznine, vodi v »bivanjsko prikrajšanost« (eksistencialno frustracijo). Gre za zavrtost na področju volje do smisla, ki je osnovna človekova gibalna sila na duhovnem področju in se kaže kot dolgočasenje, naveličanost, otopelost, nezanimanje, slaba motiviranost, brezcilnost in na druge načine (Trstenjak in Ramovš 1994, 152).

Tako kot zdravje je tudi bolezen dinamično dogajanje s svojim tipičnim ali atipičnim potekom. Značilno poteka bolezen od inkubacije, pojava predznakov, izbruha z značilnimi bolezenskimi znamenji, stopnjevanja, doseže svoj vrh, vse do izboljšanja, ko bolezenska znamenja izginevajo. Izidi bolezni in poškodb so lahko različni: posameznik lahko ozdravi, lahko mu ostane lažja ali težja okvara ali umre.

Razumevanje bolezni danes ni več pojmovano kot nevtralen, naraven dogodek, temveč kot kontekstualno umeščen (v določen čas in družbeni prostor), družbeno interpretiran dogodek (definicija bolezni ...), ki vključuje pomembne etične dimenzije (družbena vključenost/izključenost, načini dokazovanja bolezni,

³³ Trstenjak in Ramovš (1994, 153) opozarjata, da se delovanje duhovne razsežnosti »pojavno odvija po telesni in duševni, kajti same po sebi so človekove duhovne zmožnosti čista nematerialna kvaliteta. Zato sama ne more oboleti, pač pa je njeno delovanje lahko bolj ali manj blokirano bodisi zaradi okvare telesnih (možgani) ali duševnih (globoka omama) zmožnosti«.

izbira zdravljenja). Telo je v tem kontekstu vse bolj pojmovano kot govor/jezik, s katerim se izražamo, saj naj bi prevajalo abstraktne pomene v (dokazljiva?!) materialna znamenja in simbole. (Barle prav tam, 61)

Tako kot je zdravje ključni pojem v kontekstu javnega zdravja, je pojem bolezní temeljni pojem v klinični medicini (Zaletel Kragelj in drugi prav tam, 42). Če so bolezní strukturirane, zdravje zajema širok nabor življenjskih praks in se izmika striktni opredelitvi (Barle prav tam, 62; Zaletel Kragelj in drugi prav tam, 47; Ule 2003, 13). Danes je zdravje ena ključnih tem v praksah vsakdanjega življenja; zavzema središčno mesto tako v vsakodnevnih pogovorih kot v medijih. Vsebine o zdravju so v medijih močno navzoče. Ahčan in drugi (2008, 707) ob tem opozarjajo, da so med informacijami z medicinsko vsebino v tiskanih medijih, ki so dostopne laičnemu slovenskemu bralcu, nekatere koristne in strokovno podprte, več pa je tudi zavajajočih ali celo za zdravje škodljivih. Hkrati pa smo danes vse pogosteje priča tudi svarilom pred tako imenovano »medikalizacijo družbe«³⁴, prodiranjem medicine v občo življenjsko prakso (Ule 2003, 241; Zelko in Kocjančič 2009; 8).

Sodobna medicina s svojo tehnično dognanostjo utrjuje videz nevtralnosti oziroma nevtralnega/objektiviziranega merila za razvrščanje in oblikovanje družbenih norm zaželenega, tj. zdravega načina vedenja ljudi. Idealizirana podoba odgovornega državljana, ki naj bi ga pomagala vzdrževati tudi sodobna medicina, naj bi tako bil monogamni rekreativec. Nasveti za ohranjanje zdravja so zato pogosto povezani z moraliziranjem, kako naj posamezniki spremenijo stil življenja. (Barle prav tam, 67)

³⁴ Medikalizacija ne zajema zgolj zdravja ali bolezní. Njen vpliv posega v komunalne sisteme, postopke očiščevanja vode in hrane, prehranske nasvete, negovalne in kozmetične pripravke, higieno delovnega in bivalnega okolja ter javnih površin (Ros v Zelko in Kocjančič 2009, 8). Avtorja (prav tam) dodajata, da je tudi »izrazito medicinsko izrazoslovje vse pogosteje del političnega besednjaka. Izrazi, kot so »ozdraviti gospodarstvo«, »okrepiti bolno telo družbe«, »finančna injekcija« itd., kažejo na vse večjo medikalizacijo življenja, ki ni omejena zgolj na bolezen in zdravje«.

Vendar Uletova (prav tam, 243–245) opozarja na krožni proces, s tem da je medikalizacija³⁵ družbe tako »proizvod medicine kot družbe, tj. potencialov medicine in želje družbe po izkoristku tega potenciala«. Avtorica (Ule 2003, 41–52; Ule in drugi 2014, 35–42) tako zagovarja tezo, da je zdravje postalo nova ideologija sodobnega sveta, ki je zamenjala vlogo religije in z njo povezane vere v odrešenje. Po njenem postaja ohranjanje zdravja posebna odlika, ki zapolnjuje praznino drugih vrtilin.

»Zdravje je postalo cilj po sebi in ne sredstvo, nujno potrebno za doseganje drugih življenjskih ciljev. /.../ S takšnim početjem se posamezniki uvrščajo v določen simbolni red. Ta red pa močno nadzoruje prav sodobna medicina, ki ponuja številne nasvete in metode za ohranjanje dobre psihofizične kondicije in zdravja. Zdravje je postalo sinonim za življenje, medicina pa je dobila značaj kazalnika in usmerjevalca v »pravo« življenje.« (Ule 2003, 42)

Nekateri avtorji tako načenjajo vprašanje, ali posameznik sploh še (so)odloča o svojem (ne)zdravem življenjskem slogu. »Odločitev za zdravo življenje je v vsakem primeru zelo osebna, predvsem pa prostovoljna. Vsak ima pravico, da življenje preživi po svoje, četudi na najbolj nezdrav način. Vendar do tega ne moremo biti povsem brezbrizni. Zdravje ima tudi svojo etično vsebino.« (Voljč 2007, 7)

5.2 NENADNA BOLEZEN IN POŠKODBA KOT OBREMENILNI DOGODEK V ŽIVLJENJU POSAMEZNIKA

Bolezen³⁶ in poškodba sta kot življenjski pojav nasprotje zdravja. Temu oporeka Uletova (2003, 60), ki navaja, da »zdravje in bolezen ne predstavljata več polarnih nasprotij, temveč sta le dva pola na kontinuumu razlik«. Zdravje praviloma pomeni »normalno« stanje, medtem ko biti bolan, poškodovan ali zastrupljen pomeni stanje,

³⁵ Uletova (2003, 53–54) pri prvi navedbi pojma »medikalizacija družbe« citra Hezlichovo.

³⁶ Pierretova (v Ule 2003, 54) razume bolezen kot »poseben način vzpostavljanja družbenih razlik med normalnim in patološkim«.

ki ni »normalno« (Barle prav tam, 62). »V vseh družbah je bolezen nezaželena in vedno vključuje vrednostne sodbe« (prav tam). Bolezni se namreč ne odražajo samo v bioloških znakih, njihov pomembni del so tudi socialne manifestacije, ki prizadenejo socialne odnose in družbene vloge posameznika (Ule prav tam, 53).

V nasprotju z boleznijo je poškodba »akutna okvara zdravja ljudi zaradi fizikalnih, kemičnih ali biomedicinskih dejavnikov oziroma večjih obremenitev, zastrupitev pa kot stanje po vnosu strupa v organizem« (Zaletel Kragelj in drugi prav tam, 376). Sodoben biomedicinski pogled na poškodbe med vzroki za njihov nastanek poudarja vlogo fizičnega in družbenoekonomskega okolja, vendar ne zanika osebne odgovornosti posameznika (Rok Simon 2006, 8).

Podobno kot pri nastanku bolezni tudi pri poškodbi in zastrupitvi nastopa agens (mehanska, toplotna, radiacijska, kemična ali električna energija), ki povzroči poškodbo pri dovzetnem gostitelju (otrok, starostnik), pri čemer je vektor prenosnik energije (avtomobil, stopnica, vroča tekočina, pesticidi), vse pa se dogaja v ustreznem fizičnem (spolzka cesta, neustrezno shranjene kemične snovi) in socialnoekonomskem okolju (zakonodaja, standardi). (prav tam)

Poškodba³⁷ ali nenadna bolezen navkljub praviloma znanim/pričakovanim tveganjem posameznika preseneti. Prometne nesreče se sicer dogajajo vsak dan, vendar na poti v službo ali ko gremo po vsakodnevnih opravkih, ne pričakujemo, da se bo pripetila ravno nam. Nepričakovani življenjski dogodki³⁸ so že sami po sebi obremenilni za posameznika, saj prekinajo njegovo rutino in mu povzročajo stres. Nanje se vsakdo odzove na svoj način, gotovo pa zahtevajo potrebne vire (znanje, usposobljenost, zmožnost) za njihovo obvladovanje. »Obvladovanje pomeni reakcije posameznika na življenjske obremenitve, ki služijo temu, da (poleg morebitne fizične

³⁷ Zaletel Kragelj in drugi (2007, 376) posebej omenjajo poškodbe in zastrupitve kot enega glavnih vzrokov umrljivosti in trajne prizadetosti ljudi v svetu.

³⁸ Uletova (2003, 98) opredeljuje življenjske dogodke kot »diskretna dogajanja v vsakdanjem življenju, ki nastopajo v določenem časovnem intervalu in na neki način spremenijo življenjski tok posameznika. Nekateri življenjski dogodki vplivajo le malo, morda komaj opazno na tok življenja, nekateri pa pomembno zarezajo v naša življenja in lahko spremenijo celoten življenjski potek«.

bolečine) prepreči emocionalno bolečino, se ji izogne ali jo začne kontrolirati« (Ule prav tam, 98). Prva pomoč je tako najbolj razširjena in splošno sprejeta (a hkrati ne edina) strategija za obvladovanje nenadnih poškodb, obolenj in zastrupitev neposredno po njihovem pojavu.

Lehrova in Thomae (v Ule 2003, 104) sta izluščila naslednje običajne strategije spoprijemanja ljudi z različnimi življenjskimi težavami: storilnostno vedenje, uporaba socialnih mrež pomoči, iskanje institucionalne pomoči, sprejemanje situacije in pozitivno mišljenje oziroma razlaganje situacije. Storilnostno vedenje pomeni prizadevanje posameznika, da bi si pomagal sam. Lahko se namreč poškoduje v okoliščinah, ko drugih oseb ni v bližini ali pomoči drugih niti ne potrebuje³⁹ oziroma si je preprosto ne želi. Uporaba socialnih mrež pomoči je najbolj pogosta in zajema vse primere iskanja prve pomoči pri drugih osebah (svojcih, prijateljih, sodelavcih, vrstnikih, naključno navzočih in drugih). Institucionalna prva pomoč je redkejša oblika, saj gre v večini primerov, ko poškodovanec ali bolnik išče pomoč v instituciji (zdravstveni ustanovi), že za nujno medicinsko pomoč. Primer take oblike prve pomoči zagotavljajo gorska, jamarska in podvodna reševalna služba, ekipe prve pomoči civilne zaščite in rdečega križa in drugi. Sprejemanje situacije kot »posebne oblike psihološke predelave obremenilnega dogodka za posameznika« (Ule prav tam, 105) pride na ravni prve pomoči v poštev v izjemnih, skrajno neugodnih primerih. Tako situacijo predstavlja nesreča gornika na odročnem kraju in v okoliščinah, ko ne more računati na pravočasno pomoč tovarišev ali institucionalno pomoč (npr. helikoptersko ali drugo reševanje).^{41,42} Kot zadnja strategija med splošnimi načini ravnanja je pozitivno mišljenje oziroma pozitivno razlaganje razmer. To sicer ne reši problema, deluje pa razbremenilno (Ule 2003, 106). Vendar avtorica (prav tam) opozarja, da pri pozitivnem mišljenju »ne gre za potiskanje neugodnih vidikov situacije v nezavedno ali za njihovo prekritje s pozitivnimi vidiki, temveč za spremembo zornega kota gledanja na dogodek«⁴⁰, in nadaljuje, da si posameznik pogosto »pomaga tako, da se primerja z ljudmi, ki so preživeli sorodne ali še težje izgube kot on. To primerjanje povzroči dvoje; posamezniki pridobijo moč za

³⁹ Bizjak in Slabe (prav tam) navajata podatek, da si je 31 % poškodovanih/obolelih dalo samopomoč – so si pomagali sami.

⁴⁰ V nekaterih psihoterapevtskih smereh se je uveljavila posebna psihoterapevtska tehnika, imenovana pregovarjanje.

sprejemanje situacije, za soočenje z njo, kakršna je, in za njeno pozitivno tolmačenje. Pozitivna razlaga situacije se lahko dogaja tudi kot primerjava sedanje situacije s preteklimi, še težjimi situacijami« (prav tam).

Zaletel Kragelj in drugi (2007, 232–233) navajajo štiri strategije varovanja zdravja prebivalstva:

1. zmanjševanje za zdravje škodljivih dejavnikov, s preprečevanjem ali zmanjševanjem izpostavljenosti le-tem in s spodbujanjem uporabe varovalnih dejavnikov,
2. preprečevanje nastanka bolezni (najpogosteje s povečevanjem odpornosti),
3. zgodnje odkrivanje bolezni in
4. učinkovito zdravljenje.

Prva in nujna medicinska pomoč sta običajna, vendar ne edina možna strategija varovanja zdravja prebivalstva v fazi, ko je bolezen ali poškodba že vidna in očitna (Rok Simon prav tam, 9). Namen učinkovitega zdravljenja je povrnitev zdravja, preprečevanje nastanka trajnih posledic in smrti. Hkrati pa imajo tečajji prve pomoči tudi preventivni učinek: spodbujajo varnejše obnašanje udeležencev (Lingard 2002, 224–225).

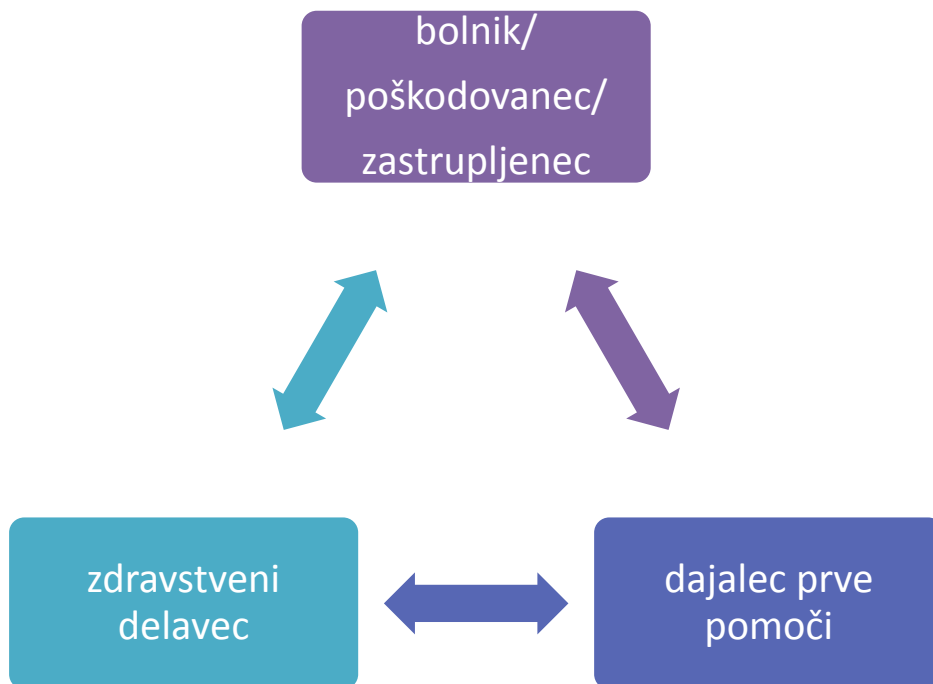
Poleg splošnih in pogostih oblik prilagajanja ljudi na vsakdanje situacije za spopadanje z boleznijo Uletova (2006, 107–110) posebej poudarja naslednja obvladovalna ravnanja: izbiro priložnosti (aktivno soočenje), prošnjo za pomoč (uporabo socialnih mrež), odpor, identifikacijo s cilji in usodo drugih ljudi, upanje, popravljanje pričakovanj, agresijo/kritiko, zaupanje v druge, altruistično odpoved lastnim potrebam ter čustvene odzive bega in obupa.

5.3 VLOGE NA PODROČJU PRVE POMOČI

Če velja, da prva pomoč traja, dokler poškodovani ali oboleli ne dobi strokovne medicinske pomoči (Derganc 1994) – v večini primerov je to v službi nujne medicinske pomoči – na sekundarni ravni (Rok Simon prav tam, 10), potem se na polju prve pomoči v primeru poškodbe, zastrupitve ali nenadnega obolenja na mikro ravni praviloma⁴¹ soočajo trije subjekti: bolnik/poškodovanec/zastrupljenec, dajalec prve pomoči (sorodnik ali druga bližnja oseba, naključni očevidec, pripadnik reševalne službe sistema varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami, kot so gasilci, gorski reševalci in drugi) in zdravstveni delavec/delavci službe nujne medicinske pomoči (zdravnik, medicinska sestra, zdravstvenik, zdravstveni tehnik) (slika 5.1). Njihovo medsebojno sodelovanje in komuniciranje je izjemno pomembno, saj velja: »zdravljenje je komuniciranje« (Ule 2003, 111). Vendar se na tem mestu ne bomo spuščali v obravnavo tega subtilnega dvosmernega procesa, ki bi si vsekakor zaslužil poglobljeno obravnavo tudi v kontekstu prve pomoči. Gledano širše, s sistemskega vidika, je deležnikov še mnogo več, tako na mikro, mezo kot makro ravni (Dolenc in drugi 2013; 68).

⁴¹ T. i. model reševalne verige (Derganc 1994, 15) in model verige preživetja (Nolan in drugi 2010, 1223) posebej poudarjata pomen klica na številko 112, kjer se oglasi operater v območnem centru za obveščanje. Pri prometnih nesrečah, v katerih je prišlo do poškodb, so prisotni tudi policisti. Občasno, zlasti ob množičnih nesrečah, so lahko vključeni tudi psiholog, komunalna služba in drugi.

Slika 5.1: Najpogostejši udeleženci v kontekstu prve pomoči



5.3.1 Vloga bolnika/poškodovanca

Nenadna, nepričakovana (huda) poškodba ali bolezen človeka preseneti in prizadene njegovo integriteto (telesno, duševno, duhovno, ekonomsko, socialno). Posameznika v trenutku pahne iz okvirov običajnih odnosov, opravljanja vsakodnevnih dejavnosti in vlog v vlogo bolnika/poškodovanca.

Bolnik je človek – in to bivanjsko ogrožen, tako ali drugače prizadet, trpeč in neredko tudi prestrašen človek. Bolnik je največkrat prisiljen zapustiti dom, družino, svoje običajno bivališče in za krajši ali daljši čas oditi v bolnišnico ali zdravilišče, kar ga neredko vznemiri, celo potre. Bolniki niso samo odrasli ljudje, temveč tudi otroci in mlajši mladoletniki; eni in drugi imajo lahko velike težave, kadar se znajdejo v bolnišnici. (Sruk 1999, 71–72)

Prav Parsons (v Pahor 1999, 1015) je prvi bolezen razumel »kot biološki proces, ki ogroža družbo s tem, da onemogoča posameznikom opravljanje njihovih običajnih vlog«. Bolezen ali poškodba spremenita položaj in vlogo posameznika v družbi (Ule prav tam, 76). »Namesto vloge zdravega dobi posameznik vlogo bolnika in s tem spremenjen/omejen status v družbi, status nekoga, ki ni popolnoma opravilno sposoben oz. ni učinkovit član družbe« (prav tam). Po Parsonsu (prav tam) v sodobnem, razvitem svetu vloga bolnika⁴² temelji na štirih načelih: 1. bolnik ni odgovoren za svojo bolezen, 2. bolnik je oproščen običajnih obveznosti, 3. bolezen je nezaželena in 4. bolni posameznik bi moral poiskati in dobiti strokovno pomoč. Vloga bolnika tako obsega pravice⁴³ in dolžnosti.

Družba ima obči in funkcionalni interes za učinkovito zdravljenje, da se lahko posameznik po bolezni ali poškodbi čim prej vrne k normalnemu izpolnjevanju svojih vlog (Parsons v prav tam, 1015). Naloga čimprejšnje povrnitve zdravja ali izboljšanja telesnih in duševnih funkcij in s tem čimprejšnje povrnitve sposobnosti opravljanja običajnih socialnih vlog, je naložena celotnemu sistemu zdravstvenega varstva, znotraj katerega ima osrednje mesto zdravniška profesija⁴⁴. Ukrepi prve pomoči so most med bolnikom/poškodovancem in zdravstvenim sistemom (med laičnim in profesionalnim svetom) in so prvi korak teh prizadevanj. Vendar v sodobnih, naprednih družbah skrb za zdravje prebivalstva ni samo stvar zdravstva, temveč je porazdeljena med posameznike, ki so dolžni dejavno skrbeti za svoje zdravje na eni strani, po drugi pa med vsa področja družbe, ki imajo odločujoč vpliv na zdravje ljudi (Bilban 2014, 15–19)⁴⁵.

⁴² Pahorjeva (1999, 1016) meni, da je pojem »vloga bolnika« ustrezen za akutne fizične bolezni, manj pa se ujema z dolgotrajnimi kroničnimi boleznimi, kjer je izid negotov.

⁴³ Leta 2008 je bil z namenom, da bi v Sloveniji zagotovili enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno oskrbo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem ter zdravstvenim sodelavcem, sprejet Zakon o pacientovih pravicah (ZPaCP, 1. čl.).

⁴⁴ Kritiki Parsonsu očitajo konservativnost, neupoštevanje statusa nepriviligiranih skupin, nepristranskega ravnanja institucij in odsotnosti skupnega sistema vrednot v sodobnih družbah ter zagovarjanje privilegirane položaja zdravniške profesije v družbi (Pahor 1999, prav tam). Izhajal je namreč iz predpostavke, da »vsako profesionalno skupino vodi interes po blaginji v javni sferi in po delitvi skupnih znanj« (Ule 2003, 55).

⁴⁵ Na podoben proces razbremenitve odgovornosti evropskih držav blaginje in vse večje odgovornosti posameznika, družine ter zasebnih profitnih in neprofitnih organizacij za zagotavljanje socialne varnosti in socialno blaginjo državljanov opozarja Kolaričeva (2011, 209).

5.3.2 Vloga dajalca prve pomoči

Nezgode (v prometu, pri delu, v prostem času) in nesreče⁴⁶ (npr. naravne nesreče) so človekova realnost. »Očividci in ljudje, ki prvi prispejo na mesto nezgode, imajo pomembno vlogo pri klicanju reševalcev in nujne medicinske pomoči, pri zavarovanju mesta nezgode in pri nudenju prve pomoči. Raziskave potrjujejo, da mnogo smrti zaradi zapore dihalnih poti ali zunanje krvavitve lahko preprečijo že laiki s takojšnjim nudenjem prve pomoči« (Rok Simon prav tam, 9)⁴⁷.

Koncept verige preživetja (Cummins in drugi, 1991; Nolan in drugi 2010, 1223) zajema štiri člene: zgodnjo prepoznavo stanja in klic na številko 112, zgodnje temeljne postopke oživljanja, zgodnjo defibrilacijo in zgodnje dodatne postopke oživljanja. Preživetje osebe v srčnem zastoju je odvisno od učinkovitosti ukrepov vsakega člana posebej in njihove povezanosti. Vsaka minuta, ki mine brez oživljanja, zmanjša možnost preživetja bolnika v srčnem zastoju za 10–12 %, takojšnje oživljanje takega bolnika pa lahko podvoji ali potroji možnost njegovega preživetja zunaj bolnišnice (Nolan in drugi prav tam). Zdravstvena služba ne more biti v trenutku na kraju dogodka (nezgode, nesreče ali nenadnega obolenja). Dostopni čas, to je čas, ki preteče od takrat, ko operater v službi nujne medicinske pomoči prejme obvestilo o nujnem zdravstvenem stanju s terena, pa do prihoda zdravstvene ekipe na mesto dogodka, znaša v mestu v povprečju 5–8 minut, zunaj mest in na podeželju pa 9–12 minut (Slabe in Kovač 2006, 55)⁴⁸. Zato prvi trije člani predstavljajo ukrepe dajalcev prve pomoči (največkrat so to laiki⁴⁹), ki se v večini primerov nenadnega

⁴⁶ Nekateri avtorji (Zaletel Kragelj in drugi 2007, 377) opozarjajo na potrebo po ločevanju nezgode in nesreče. Nezgoda je nepredviden dogodek, do katerega ni prišlo po naključju, a ga je mogoče s preventivnim delovanjem preprečiti, posledica pa je poškodba, smrt ali materialna škoda. Nesreča je opredeljena kot nenadni nepredvideni dogodek, do katerega je prišlo po naključju in nanj ni mogoče vplivati, njegova posledica pa je materialna škoda, poškodba ali smrt.

⁴⁷ Stanič (2001, 477–479) navaja primer enaindvajsetletne ženske iz Kranja s hudo ureznino na vratu. V prepiru jo je ranil prijatelj, soseda (očividka) je poklicala nujno medicinsko pomoč ter do prihoda ekipe na poškodovankin vrat pritiskala brisačo in ji s tem rešila življenje.

⁴⁸ Mohor (2011, 103) navaja podatek o povprečnem času od klica do prihoda na mesto dogodka za enote nujne medicinske pomoči 10,3 minute.

⁴⁹ Vendar so lahko po naključju navzoči tudi zdravstveni delavci. Jankovič in Kovač (2015, 286–288) opisujeta primer uspešnega oživljanja 71-letnega moškega z uporabo avtomatskega zunanega defibrilatorja, in sicer tik pod vrhom Šmarne gore aprila 2015. Ta je zaradi akutnega miokardnega infarkta doživel primarni srčni zastoj in padel po tleh tako rekoč pred očmi zdravstvenega tehnika, ki je bil po naključju na istem odseku planinske poti. Škufca (2001, 343–347) navaja primer intervencije

srčnega zastoja znajdejo na kraju dogodka⁵⁰ (Rajapakse in drugi 2001, 189), šele četrti člen predstavlja ukrepe ekipe nujne medicinske pomoči.

Vendar raziskave, še zlasti pa izkušnje iz prakse, kažejo na neskladje med (pričakovano) vlogo dajalcev prve pomoči in njihovim dejanskim odzivom. Če povzamemo izsledke omenjenih domačih raziskav, lahko ugotovimo, da:

- je večina anketiranih opravila tečaj prve pomoči pred več kot desetimi leti (Rajapakse 2008, 34; Laharnar in drugi 2011, 51) oziroma celo pred 15 do 20 leti (Habjan in drugi 2003, 132);
- se anketirani običajno seznanijo s prvo pomočjo v okviru deseturnega tečaja za voznike motornih vozil (Habjan in drugi prav tam, 135; Rajapakse prav tam, 35; Laharnar in drugi prav tam, 51), da pa vozniki slabo poznajo vsebino kompleta za prvo pomoč, ki spada k obvezni opremi motornih vozil (Šterbenc in Slabe 2009, 45–52);
- da ni statistično značilnih razlik med skupino z opravljenim tečajem TPO za voznike in skupino anketirancev brez opravljenega tečaja TPO v znanju o pravilnem izvajanju masaže srca, umetnem dihanju, uporabi AED-ja in pravilnem pristopu k nezavestnemu (Lešnik in Lešnik 2010, 361);
- bi amputirani del neprimerno oskrbelo 86,7 % laične populacije, 43,4 % študentov medicine in 33,3 % zdravnikov (Ahčan in drugi 2004, 649);
- ima večina alpinistov in vsak drugi športni plezalec s seboj na turi komplet za prvo pomoč (Dolenc in Slabe prav tam, 270);
- da so anketirani kritični do svojega znanja prve pomoči, saj ga večina ocenjuje kot slabo (Laharnar in drugi prav tam; 52);
- so anketirani motivirani za učenje prve pomoči v prihodnje (Šterbenc in Slabe prav tam, 51; Laharnar in drugi prav tam, 53) in da imajo tisti z višjo izobrazbo večji interes za izobraževanje iz prve pomoči v primerjavi z nižje izobraženimi (Šterbenc in Slabe prav tam, 51).

ekipe nujne medicinske pomoči na domu 49-letnega bolnika, ki ga je tiščalo v prsih, med nameščanjem i.v. kanala pa je prišlo do ventrikularne fibrilacije.

⁵⁰ Največkrat so ob takem dogodku navzoči svojci (Škufca Sterle in Baznik 2013, 219; Kešpert 2015, 297). Podobno ugotavljajo tudi Rajapakse in drugi (2001, 189), ki navajajo, da so v 191 primerih bolnikov s primarnim srčnim zastojem v 74 odstotkih bile priče laiki, v 6 odstotkih zdravstveni delavci in v 5 odstotkih ekipe nujne medicinske pomoči, v 15 odstotkih pa je do zastoja prišlo brez prič.

Večina ljudi bi v primeru, da bi potrebovali nujno medicinsko pomoč v Sloveniji, poklicala številko 112, vendar jih več kot polovica (56 %) ne pozna enotne evropske številke za klic v sili in velika večina (83 %) niti številke za klic v sili v sosednji Hrvaški (Slabe in Medja 2009, 172)⁵¹. Laiki so v primeru klica v sili ob osebi brez znakov življenja dovolj komunikativni in znajo opredeliti, da gre za nujni primer (Kočan in Slabe 2008, 25).

V analizi dane prve pomoči na območju službe nujne medicinske pomoči Ajdovščina (Bizjak in Slabe 2009, 185) sta avtorja ugotovila, da so bili ukrepi prve pomoči, ki so jih opravili laiki, po oceni zdravstvenih delavcev v 45 % ustrezni, v 49 % delno ustrezni in v 6 % povsem neustrezni. Največkrat so prvo pomoč dajali svojci. Rok Simonova (2002, 312) pa je v analizi 117 zabeleženih poškodb, od katerih jih je skoraj polovica zahtevala zdravniško oskrbo, ugotovila, da je bila prva pomoč pedagoških delavcev ustrezna le v polovici primerov.

Obsežnejšo študijo o seznanjenosti prebivalcev Slovenije z znaki srčnega zastoja in temeljnimi postopki oživljanja je naredila Rajapakse (2008). Vendar se je tudi Rajapakse, tako kot večina drugih raziskovalcev, osredotočila na ugotavljanje ravni teoretičnega znanja, ne obravnava pa drugih vidikov, kot je ugotavljanje praktičnega znanja, ali še širše, ugotavljanje spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov za (ne)dajanje prve pomoči. Med splošno laično javnostjo je raven poznavanja aktualnih smernic temeljnih postopkov oživljanja nizka (Kajba in Podbregar - Berginc 1999, prav tam; Rajapakse prav tam, 35). Skuhala in Skela Savič (2015, 342–345) sta ugotovila pomemben upad praktičnega znanja temeljnih postopkov oživljanja z uporabo avtomatskega zunanlega defibrilatorja med gasilci po sedmih mesecih od usposabljanja. Očividci so v primeru simuliranega akutnega koronarnega sindroma priskočili na pomoč »nenadno oboleli osebi«, vendar šele, ko se je ta tako rekoč že »onesvestila«, niso pa se odzvali na začetna opozorilna znamenja (Slabe in drugi 2012, 246).

⁵¹ Rajapakse (2008, 36) je ugotovila, da kar 40 % ljudi v Sloveniji ne pozna telefonske številke za nujno medicinsko pomoč.

V petletnem obdobju (2008–2012), ko je bilo na področju Prehospitalne enote (PHE) Ljubljana oživljenih 699 bolnikov, starih več kot 18 let, so očividci izvajali TPO pred prihodom ekipe PHE v 50,6 %, pravilno v 36,5 %, pri treh bolnikih so laiki pred prihodom ekipe PHE izvedli tudi defibrilacijo z AED (Škufca Sterle in Baznik 2013, 219–220). Avtorici (prav tam) poudarjata tudi večji delež očividcev nenadnega srčnega zastoja, ki so pred prihodom PHE pravilno izvajali postopke TPO v primerjavi z analizami pred letom 2000⁵².

Očividci so na podlagi podanih navodil operaterja v službi nujne medicinske pomoči začeli temeljne postopke oživljanja v 53,3 %, brez takih navodil pa le v 20,7 % (Kešpert 2015, 296–298). Avtor dodaja, da če so očividci oživljali, je znašal delež povrnitve spontanega krvnega obtoka (Return of spontaneous circulation - ROSC) pri bolnikih 48,6 %, brez oživljanja pa le 28,6 %, kar kaže na pomemben vpliv dispečerske službe nujne medicinske pomoči na učinkovitost oživljanja in s tem na verigo preživetja. Vendar Kleva in Gorjup (2015, 332–334) opozarjata tudi na pasti in etične dileme predbolnišničnega kardiopulmonalnega oživljanja z asistenco zdravstvenega dispečerja.

Eno novejših obširnejših raziskav predstavlja delo Dolenčeve (2014), ki se je osredotočila na raziskovanje odnosa voznikov motornih vozil do prve pomoči. Avtorica (prav tam) je ugotovila, da je znanje o izbranih ukrepih prve pomoči med vozniki, ki imajo več stika z vsebinami prve pomoči (poklicno ali v prostem času), statistično značilno boljše kot med tistimi, ki tega stika nimajo. Iz tega sklepa, da je ključno obnavljanje znanja prve pomoči, vendar izražena pripravljenost še ne pomeni tudi dejanske udeležbe na obnovitvenem tečaju, saj je bil odziv voznikov na ponujeni brezplačni obnovitveni tečaj izjemno slab.

⁵² Škufca Sterle (2010, 185) je v analizi kardiopulmonalnih reanimacij PHE Ljubljana za obdobje 2005–2009 ugotovila, da je bilo pravilno kardiopulmonalno oživljanje pred prihodom ekipe nujne medicinske pomoči izvajano v 33,6 %. Pri bolnikih v srčnem zastoju, kjer so očividci pravilno izvajali TPO, sta bila tako ROSC (Return of spontaneous circulation) kot tudi delež odpuščenih bolnikov iz bolnišnice statistično značilno višja kot pri bolnikih, kjer so priče nepravilno izvajale TPO ali pa ga sploh niso. Žmavc (2011, 186) navaja 40-odstotni delež laičnega oživljanja pred prihodom ekipe nujne medicinske pomoči na območju PHE Celje v petletnem obdobju 2005–2009.

Tudi v tujini ni zaslediti celovitejših socioloških študij o prvi pomoči kot družbenem fenomenu vsakodnevnega življenja. Raziskovalci se, podobno kot v Sloveniji, pogosto osredotočajo na ugotavljanje ravni znanja prve pomoči med posameznimi ciljnimi skupinami (Kendrick in Marsh 1999; Das in Elzubeir 2001; Lingard 2002; Willis in drugi 2007; Tracy in Sharon 2007). Še zlasti je izrazita usmerjenost v raziskovanje različnih vidikov TPO med laično populacijo. Uray in drugi (2003, 211–220) so ugotovili, da je smiselno že 6–7 let stare otroke učiti TPO, saj bodo prav oni morda naleteli na primer, ko bo treba rešiti človeško življenje ob nenadnem srčnem zastoju. Predlagajo, da bi bile te vsebine obvezne v osnovnošolskem kurikulumu. Podobno so ugotovili tudi Bolling in drugi (2009, 689–692), ki predlagajo, da bi morali usposabljanje za prvo pomoč začeti že v prvem razredu osnovne šole. Haugk in drugi (2006) so ugotovili, da so osebe, ki so preživele nenadni srčni zastoj, in njihovi svojci zelo dovzetni za učenje temeljnih postopkov oživljanja in uporabo AED-ja v domačem okolju. Raziskava, ki je zajela švedsko populacijo v starosti od 18 do 74 let (Larsson in drugi 2003), pa je pokazala, da imajo posamezniki z višjo izobrazbo večji interes za izobraževanje na področju prve pomoči kot posamezniki z nižjo. Lynch in drugi (2006, 147–150) ugotavljajo, da je znanje prve pomoči v skupnosti slabo, vendar ga lahko izboljšamo s tečajmi prve pomoči.

Raziskovalci se sprašujejo tudi o učinkovitosti tečajev prve pomoči. Parnell in Larsen (2007, 271–278) opozarjata na pomen dosledne in kakovostne izvedbe tečajev prve pomoči, ki vključujejo temeljne postopke oživljanja. Večji ponudniki tečajev prve pomoči zagotavljajo boljše izvedbo. Sarac in Ok (2010) pa ugotavljata, da so tečaji, ki temeljijo na t. i. »case-based« poučevanju temeljnih postopkov oživljanja, učinkovitejši kot tečaji, ki temeljijo na t. i. »web-based« poučevanju. Lingard (prav tam, 209–230) je v študiji o učinkovitosti tečajev prve pomoči med gradbenimi delavci ugotovila, da imajo tečaji prve pomoči pomemben preventivni učinek: pripomorejo k varnejšemu obnašanju zaposlenih na delovnem mestu. Po njenem so tečaji prve pomoči lahko dopolnilo drugim običajnim oblikam usposabljanja iz varstva pri delu. Učinkovitost tečajev prve pomoči med nestrokovno (laično) javnostjo so ugotavljali tudi Van de Velde in drugi (2009, 447–457) in prišli do sklepa, da programi prve pomoči, ki usposabljuje tečajnike tudi za odpravljanje zaviralnih dejavnikov za dajanje

prve pomoči v nujnih primerih, pripomorejo k boljši pomoči in boljšemu odzivu očitidcev.

V pristopu do prve pomoči obstajajo precejšnje razlike med posameznimi evropskimi državami. Države severnega dela Evrope imajo praviloma večji odstotek usposobljene populacije iz prve pomoči. Med temi izstopajo Norveška (95 %), Nemčija in Avstrija (80 %) in Islandija (75 %). Na drugi strani pa so mnoge države, ki zajamejo največ med 5 in 10 odstotki populacije ali celo manj: Madžarska (0,3 %), Estonija (0,7 %), Hrvaška (1 %), Srbija (3 %), Irska in Anglija (5 %) ⁵³. Soočamo se tudi s svojevrstnim protislovjem, ki kaže, da ne obstaja neposredna povezanost med ravno tveganja za poškodbe v posameznih državah in usposobljenostjo populacije v prvi pomoči ⁵⁴. Veliko držav z visoko ravno usposobljenosti populacije iz prve pomoči ima sprejeto zakonodajo, ki opredeljuje obvezno usposabljanje iz prve pomoči v šolah, na delovnem mestu ali v okviru postopka pridobitve voznškega dovoljenja. Dobra polovica evropskih držav (55 %) ima uveljavljeno obvezno usposabljanje iz prve pomoči za bodoče voznike motornih vozil ter še večji delež (70 %) obvezno usposabljanje iz prve pomoči za zaposlene. (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 2009, 2–4)

Avtorji (prav tam) ob tem poudarjajo dvoje: po eni strani je to bodrilno dognanje, saj tak pristop pripomore h graditvi bolj odporne družbe za različna tveganja, ki jim je ta danes izpostavljena, po drugi pa velja zavzeti kritično stališče do citiranih podatkov, saj na ravni Evropske unije ne razpolagamo z neodvisno ustanovo, ki bi sistematično zbirala podatke o številu oseb, ki so bile deležne izobraževanja iz prve pomoči, niti o kakovosti tega usposabljanja v posameznih državah.

⁵³ Podatek za Slovenijo žal ni naveden. Rajapakse (2008, 34) pa ugotavlja, da se je skoraj 70 % anketiranih oseb v preteklosti že učilo oživljanja.

⁵⁴ Norveška in Švedska se uvrščata med države z najboljšo usposobljenostjo populacije iz prve pomoči ob sočasnem precej nizkem tveganju za poškodbe v primerjavi z drugimi državami (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies prav tam, 4).

Spoznanje, podprto z znanstvenimi dokazi, da takojšnje ukrepanje z uporabo primernih postopkov pomeni ločnico, ki lahko celo rešuje življenja (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies prav tam, 2; Perkins in drugi 2015; Gradišek in drugi 2015, 12), je spodbudilo k temu, da je v Smernicah za oživljanje 2015 Evropskega sveta za reanimacijo prvič posebno poglavje namenjeno prvi pomoči pri nekaterih internističnih nujnih stanjih in pri travmatoloških nujnih stanjih. Smernice posebej priporočajo izvajanje programov izobraževanj in usposabljanj iz prve pomoči, s katerimi bi izboljšali preprečevanje, prepoznavanje in obravnavo poškodb ter bolezni (Zideman in drugi 2015, 285; Gradišek in drugi prav tam, 113).

Poleg vloge in odziva dajalcev prve pomoči v primeru poškodb, nenadnih obolenj ali zastrupitev se postavlja tudi vprašanje dejanskega učinka prve pomoči na izid zdravljenja ter vprašanje merjenja teh učinkov. Za vrsto ukrepov, ki spadajo med doktrinarne ukrepe prve pomoči, (še) nimamo resnih znanstvenih dokazov o njihovi učinkovitosti (Van de Velde 2011). Na osnovi virov in teže znanstvenih dokazov so vsa priporočila v Mednarodnih smernicah za prvo pomoč in oživljanje (Cassan in drugi 2011, 19) razvrščena v tri kategorije: kot standard, priporočilo ali kot možnost.

Človek pa je tudi duševno bitje. Cassan in drugi (prav tam, 18) posebej poudarjajo, da se prva pomoč »ne nanaša zgolj na telesne poškodbe ali bolezni, temveč obsega vso začetno oskrbo, vključno s psihosocialno podporo⁵⁵ za ljudi s čustvenimi stiskami zaradi travmatičnega dogodka, ki so ga bodisi doživeli ali pa mu bili priča.« Avtorji na osnovi ugotovitev raziskav poudarjajo, da je »psihosocialna prva pomoč sprejemljiv ukrep, ki ga lahko pri ljudeh, ki so doživeli travmatičen dogodek, izvajajo izurjeni prostovoljci brez poklicne psihološke izobrazbe« (prav tam, 103). To velja zlasti za ukrepe v akutni fazi oz. na prvi ravni v piramidi pomoči, s katerimi se prizadetemu prebivalstvu zagotavlja osnovno oskrbo in varnost (Lavrič 2009, 217).

⁵⁵ Psihosocialna oskrba vključuje psihološko, socialno in praktično pomoč, ki se prizadetemu prebivalstvu zagotavlja v okviru sistema varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami. (Lavrič 2009, 222).

Ob orisu vloge dajalca prve pomoči je treba opozoriti, da je dajanje prve pomoči za laika stresen dogodek. Nanj se vsakdo odzove na svojstven način: lahko s pozitivnim stresom oziroma evstresom, ki ga posameznik doživlja kot spodbudno in vznemirljivo doživetje, saj njegove sposobnosti omogočajo obvladovanje zahtev, ali z negativnim stresom, ki je posledica odziva posameznika na zahteve, ki presegajo njegove sposobnosti spoprijemanja z njimi, tako imenovanim distresom (Svetina v Lavrič 2011, 298). Dajalec prve pomoči se lahko namreč znajde v različnih okoliščinah, se pravi, da se sreča s primerom lažje ali hujše poškodbe ali celo s primerom, ko oseba ne kaže znakov življenja. Njegova pomoč je lahko uspešna, lahko tudi ne. Kadar je potrebna prva pomoč, gre praviloma za nenaden, nepričakovan dogodek, ki potencialnega dajalca prve pomoči preseneti. Ob tem se mu postavljajo pravne in etične dileme. Velikim obremenitvam je izpostavljeno nezdravstveno osebje znotraj sistema varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami, ki opravlja naloge zaščite in reševanja, kot so gasilci, gorski reševalci⁵⁶ in drugi.

Intervencije lahko pri reševalcih spodbudijo zelo močna čustva in odzive že med intervencijo ali po njej in s tem vplivajo na njihovo strokovno delo. Neučinkovito ukrepanje med intervencijo je boleče in po dogodku vzbudi občutek krivde ter sramu. Neustrezno soočanje s temi občutki lahko povzroči osebno krizo. Reševalci so usposobljeni za uspešno delovanje na intervencijah, pri katerih gre na primer za smrtne žrtve, poškodovane otroke ali sodelavce reševalce, vendar so kljub temu le ljudje z običajnimi odzivi na neobičajne dogodke. Pri takih dogodkih tudi slovenski reševalci potrebujejo psihosocialno podporo⁵⁷. (Lavrič prav tam, 303)

⁵⁶ »Gorski reševalci se pogosto srečujejo z nevsakdanjimi situacijami, tragičnimi posledicami nesreč (hude poškodbe planincev, otrok, sodelavcev, samomori, smrt ...), ki na človeku pustijo nezavedne posledice in lahko marsikoga pripeljejo do situacije, iz katere sam ne najde izhoda. Ob srečanju s smrtjo lahko reševalci občutijo močne fizične, kognitivne in čustvene odzive, kot so prizadetost, žalost, zgroženost« (Trušnovec in Hvala 2014, 88).

⁵⁷ »Potreba po psihosocialni podpori reševalcem v Sloveniji se pojavlja v zadnjih letih, kar je posledica pogostejših naravnih in drugih nesreč ter družbenega vpliva zahodne civilizacije po vedno hitrejšem in intenzivnejšem načinu življenja prebivalcev, ki jim reševalci pomagajo, pa tudi njih samih« (Lavrič 2011, 302).

Če je znotraj sistema varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami vzpostavljen mehanizem psihosocialne pomoči članom reševalnih ekip, pa dajalec prve pomoči, ki je dal prvo pomoč poškodovanemu ali obolelemu in je tega odpeljala ekipa nujne medicinske pomoči, ostane sam – z mnogimi vprašanji in pogosto brez osnovne povratne informacije, spodbudne besede ali pohvale. Da je doživljanje dajalcev prve pomoči dokaj neraziskano področje, izpostavljajo Palsgaard Møller in drugi (2014). Palsgaard Møller in drugi (prav tam, 1510) predlagajo uvedbo možnosti telefonskega razbremenilnega pogovora dajalca prve pomoči z zdravstvenim dispečerjem, in sicer o čustvenih odzivih in praktičnih vprašanjih.

Že Dunant (2006, 112–113) se je takoj po razvpiti bitki pri Solferinu zavedal pomena usposobljenih in izkušenih »prostovoljnih bolničarjev«, pa tudi učbeniki prve pomoči, ki so bili spisani v začetku 20. stoletja, močno poudarjajo vlogo samarijanov (Brezovnik 1930). Danes, ko je medicina na neprimerljivo višji ravni, se pomen dajalcev prve pomoči ni zmanjšal. Celo nasprotno: dajalec prve pomoči je v modelu verige preživetja postavljen na prvo mesto, saj lahko takojšnji temeljni postopki oživljanja podvojijo ali celo potrojijo možnost preživetja bolnika ob zunajbolnišničnem srčnem zastoju (Nolan in drugi 2010, 1223).

Odnos med dajalcem prve pomoči in prejemnikom (bolnikom, poškodovancem, zastrupljencem) ni enosmeren, linearen, temveč krožen. V tem odnosu lahko pridobita oba. Pogojev za vzpostavitev te krožne zanke je mnogo: vse od zaznave potrebe po prvi pomoči do zmožnosti empatije prvega polagalca in njegove konkretne pomoči človeku. Vendar Balažic (2006, 4) svari tudi pred zanemarjanjem znanja na račun požrtvovalnosti in empatije.

Nikakršna požrtvovalnost in človeška toplina ne moreta nadomestiti pomanjkljivega znanja. Poškodovanec ali nenadno oboleli potrebuje strokovno pravilno pomoč ob pravem času, ki traja, dokler je potrebno. Odstopanje od zahtev lahko škoduje zdravju poškodovanca ali nenadno obolelega. V primeru takih hudih odstopanj in pomanjkljivega znanja dajalcu prve pomoči ne bi mogli

očitali odklonitve, lahko pa bi mu očitali ravnanje v očitnem nasprotju s pravili stroke in zmožnosti, kar bi pomenilo z zakonom opredeljeno kaznivo dejanje z elementi malomarnosti. Nevednost ali hudo neznanje ne more opravičiti niti laika niti zdravstvenega delavca na tem področju, ker štejemo prvo pomoč v temeljni minimum znanja, ki si ga je tako zdravstveni delavec kot tudi laik dolžan pridobiti celo sam. Ta zahteva velja brez pridržkov zlasti za ukrepe, od katerih je odvisno življenje poškodovanca ali nenadno obolelega. (prav tam)

5.3.3 Vloga zdravstvenega poklica

Z vidika obravnavane tematike nas zanima tako vloga medicinskega poklica kot tudi drugih zdravstvenih poklicev v okviru mreže nujne medicinske pomoči. V primeru nenadne bolezni, poškodbe ali zastrupitve pridejo bolniki in poškodovanci običajno v stik z zdravstvenim sistemom na terenu ali v ambulanti nujne medicinske pomoči na predbolnišnični (zdravstveni domovi) ali bolnišnični ravni (klinični center, splošna bolnišnica, center za zastrupitve).

Sistem nujne medicinske pomoči /.../ predstavlja enega ključnih elementov sodobnega zdravstvenega sistema, ki skrbi za osebe vseh starosti, ki so zaradi nenadne bolezni, poškodbe ali zastrupitve življenjsko ogrožene. Pravočasna in učinkovita NMP odloča o preživetju bolnika, trajanju zdravljenja, stopnji invalidnosti in stroških zdravljenja. Dokazano je, da učinkovita NMP po pozitivnih ekonomskih učinkih (manjša smrtnost, krajše in manj zahtevno zdravljenje) nekajkrat presega stroške delovanja same službe NMP in je globalno gledano stroškovno izjemno učinkovita. NMP je lahko učinkovita samo, če je sistem NMP zgrajen premišljeno in strokovno utemeljeno. (Komisija za nujno medicinsko pomoč 2011, 4)

V kontekstu prve pomoči poteka prvi stik med laičnim in strokovnim svetom pogosto prek zdravstvenega dispečerja. »Zdravstveni dispečerji tako predstavljajo jedro povezave med klicem na pomoč in odzivom predbolnišnične nujne medicinske pomoči. Komunikacija je eno izmed osnovnih orodij, ki jih zdravstveni dispečerji pri tem uporabljajo« (Koren in Gorjup 2013, 323). Avtorja (prav tam, 325) ob tem opozarjata tudi na motnje pri komunikaciji z očividci/pacienti po telefonu v zdravstveni dispečerski službi, ki so posledica stresnih dejavnikov.

Pogoje, organizacijo in način dela službe nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji ureja Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (2015). Kot služba zdravstvene dejavnosti, ki obsega zunajbolnišnični in bolnišnični del, je organizirana za zagotavljanje neprekinjene nujne medicinske pomoči in nujnih prevozov poškodovanih in obolelih oseb na območju Republike Slovenije (prav tam, 2. čl.). Glede na tip organiziranosti so v sestavo ekipe v številčno različni zasedbi vključeni zdravnik, diplomirani zdravstvenik, zdravstveni reševalec, zdravstveni tehnik, ortopedski tehnolog mavčar, bolničar negovalec in drugi zdravstveni delavci glede na obseg dejavnosti oziroma potrebe službe nujne medicinske pomoči (prav tam, 9. čl.).

Vendar so se ob hkratnem priznavanju vloge medicine in medicinskega poklica pojavile tudi kritike moderne medicine. »Moderna medicina je dolgo časa dajala vtis, kot da ji gre le za bolezen, tj. bolno telo, ne pa za bolnika, tj. bolnega človeka. Zdelo se je, da lahko bolezen kot fiziološki in biološki proces abstrahiramo od bolnika« (Ule 2003, 54). Avtorica (prav tam, 54–56) meni, da je do tega prišlo zaradi prevlade biomedicinskega pogleda na zdravje in bolezen, kar je oteževalo drugačne perspektive na bolezen ter prikrivalo družbeni ter individualne in socialne pomene bolezni. Razvoj biomedicine je krepil socialni vpliv moderne medicine, njeno poseganje v vsa območja socialnega življenja ter posledično pojav medikalizacije vsakdanjega življenja in odklonskosti⁵⁸. Medicina je dobila status arbitra v določanju meja med zdravim in bolnim (Armstrong v Ule prav tam, 57), med ustreznim in napačnim. Zadnje velja tudi za presojo ustreznosti ukrepov prve pomoči. Zdravstveni

⁵⁸ Uletova (2003, 55–56) meni, da je še najmilejša posledica medikalizacije vsakdanjega življenja prelaganje odgovornosti posameznikov za lastno zdravje na zdravstveni in farmakološki sistem.

delavci s(m)o pogosto zelo kritični do znanja laikov iz prve pomoči, vendar pa se upravičeno postavlja vprašanje, ali sami dovolj dobro poznajo aktualne smernice prve pomoči in njihovo praktično izvedbo.

Družboslovni kritiki moderne medicine so začeli opozarjati tudi na njeno nadzorno funkcijo. Proces medicinskega nadzorovanja se s širjenjem medicinskih praks seli v vsakdanje življenje, s popolnim nadzorom in z ekskluzivnim dostopom do večine medicinsko-tehničnih postopkov, raziskav in podatkov, z ekskluzivnim dostopom do tabuiziranih področij vsakdanjega življenja (smrt, spolnost) ter s širjenjem in medikalizacijo tega, kar velja z medicinskega vidika za dobro življenjsko prakso – medikalizacija zdravega načina življenja, zdrava prehrana, vzgoja itd. Gre za širjenje medicine v splošno življenjsko prakso (Zola v Pesjak 2007, 42–43). Zaradi privilegiranega družbenega položaja postaja biomedicinsko znanje tisto, ki določa pravo naravo zdravja in bolezni v sodobnih družbah (Ule 2003, 57).

Ob tem se postavlja vprašanje, ali smo procesu medikalizacije priča tudi na stičišču prve in nujne medicinske pomoči. Ali gre za zmanjševanje odgovornosti sistema zdravstvenega varstva (države⁵⁹) ali pa vendarle za obraten proces, za neke vrste partnerstvo, ko medicinska znanost »prelaga« vse več kompetenc na vse bolj zdravstveno ozaveščeno laično javnost.

Prvi primer tega novega razmerja je uporaba zunanjega defibrilatorja (AED). Če je bila v preteklosti uporaba AED-ja izključno kompetenca zdravnika v kliničnem okolju⁶⁰, je razvoj tehnologije omogočil, da aparaturo lahko uporabi tudi laik (Nolan in drugi 2010, 1226). Od leta 2005 do danes se je v Sloveniji mreža javno dostopnih defibrilatorjev močno razširila (Rajapakse 2013, 46)⁶¹, znani pa so tudi primeri uspešnega rokovanja laikov z AED-jem ob nenadnem srčnem zastoju (Bošnjak

⁵⁹ Tudi Kolaričeva (2011, 206–207) ugotavlja trend zmanjševanja odgovornosti države za socialno varnost in blaginjo državljanov ter preusmeritev te odgovornosti od starejših k mlajšim generacijam.

⁶⁰ Slemenik Pušnik in drugi (2012, 118) navajajo, da smo šele leta 2005 začeli v Sloveniji v študijskih programih formalnega izobraževanja zdravstvenih delavcev ob vsebinah temeljnih postopkov oživljanja izvajati tudi izobraževanje o uporabi AED-ja.

⁶¹ 12. oktobra 2015 je bilo v bazi evidentiranih 888 lokacij AED-jev (AED baza Slovenije 2015b).

2011). Vključevanje laikov v algoritem obravnave bolnika z nenadnim zunajbolnišničnim srčnim zastojem namreč pomembno vpliva na preživetje (Nolan in drugi prav tam)⁶², kažejo pa se tudi pomembni ekonomski učinki (Nichol in drugi 2009).

Drugi primer širjenja kompetenc na laike, ki sicer nimajo formalne zdravstvene izobrazbe, se pa za to usposablja, je uporaba zajemalnih nosil in še nekaterih drugih pripomočkov ter izvajanje posegov, ki so v pristojnosti ekip nujne medicinske pomoči, kar odpira tudi pravne in etične dileme, saj področje formalno ni ustrezno urejeno (Karlin in Slabe 2010).

Tretji primer so prizadevanja za vpeljavo prvih posredovalcev v okvir sistema nujne medicinske pomoči v Sloveniji (Komisija za nujno medicinsko pomoč 2011). S ciljem izboljšanja možnosti preživetja bolnika v srčnem zastoju, še zlasti v ruralnem okolju, kjer je dostopni čas ekip nujne medicinske pomoči daljši, se v procesu optimizacije službe nujne medicinske pomoči v sistem vključujejo tudi prvi posredovalci⁶³ – laiki prostovoljci (Prosen 2015, 58). Gre za ekipe »ustrezno organiziranih in izobraženih laikov, ki so locirani v oddaljenih krajih glede na lokacijo ekipe nujne medicinske pomoči in znajo nuditi prvo pomoč s TPO ter uporabo AZD. Aktivira se jih v primeru nujnih stanj« (Strand in Rataj 2015, 159). Uvajanje prvih posredovalcev že kaže prve pozitivne učinke, predvsem je občutno krajši dostopni čas prvih posredovalcev v primerjavi s službo nujne medicinske pomoči (prav tam, 160; Šmon in Kordež 2015; 318). Strand in Rataj (prav tam) navajata tudi primer uspešnega oživljanja bolnika, ki je bil iz bolnišnice odpuščen z normalno kognitivno funkcijo⁶⁴. Vendar Mohor (2014, 192) ugotavlja, »da je trenutno stanje sistema prvih posredovalcev daleč od dobro

⁶² Nolan in drugi (prav tam) navajajo, da uvedba javno dostopnih AED-jev ter posredovanje laikov ob nenadnem srčnem zastoju možnost preživetja bolnika izboljša od 49–74 %.

⁶³ Prvi posredovalec: je oseba, ki se odzove na poziv dispečerja in pride na kraj dogodka z namenom zagotavljanja prve pomoči pred prihodom ekipe nujne medicinske pomoči; je oseba, starejša od 18 let, ki prostovoljno pridobi znanja za prvega posredovalca in se vključi v mrežo NMP; je oseba, ki obvlada temeljne postopke oživljanja, uporabo AED in prvo pomoč pri drugih življenje ogrožajočih stanjih. Opisano znanje lahko pridobi na osnovnem tečaju za prve posredovalce; se vključi v sistem z opravljenim predpisanim preverjanjem znanja za prvega posredovalca; znanje vzdržuje z vsakoletnim obnovitvenim tečajem za prve posredovalce z vključenim preverjanjem znanja; je na ustrezen način vključena v mrežo NMP; v mrežo se vključi preko lokalne enote NMP, ki ima strokovni organizacijski nadzor nad prvimi posredovalci na svojem področju; se ga aktivira na vnaprej določen način; aktivacija prvih posredovalcev poteka vzporedno z aktivacijo ekipe NMP. (Rajapakse 2013, 45–49)

⁶⁴ Sabol (2012, 423–425) navaja primer uspešne travmatološke reanimacije ob prometni nesreči, ki so jo opravili gasilci v okolici Ljubljane.

delujočega in urejenega sistema, za katerega naj bi skrbela država«. S sprejetjem novega Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči (2015) so bili prvi posredovalci formalno vključeni v sistem nujne medicinske pomoči v Sloveniji.

5.3.4 Vloga javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij ter neformalnih mrež na področju prve pomoči v Sloveniji

Vloga javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij ter neformalnih mrež se na področju prve pomoči odraža zlasti na makro in mezo ravni, medtem ko mikro raven predstavlja vlogo delovanja posameznika. Prva vključuje raven države, ki prek oblikovanja pogojev in zdravju naklonjenih politik (zakonodaja, financiranje) uresničuje poslanstvo delovanja v korist vseh prebivalcev Republike Slovenije (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, 2008). Resolucija (prav tam) med vrednotami zdravstvenega varstva poudarja zdravje kot največjo vrednoto posameznika, družine in celotne družbe, ki hkrati pomeni kakovost življenja; solidarnost, po kateri vsak prispeva v zdravstveni sistem glede na svojo sposobnost, ter odgovornost, po kateri smo vsi odgovorni za lastno zdravje in zdravje drugih. Poleg financiranja je eno ključnih orodij vpliva makro ravni na področju prve pomoči sprejemanje zakonodaje, kar smo obravnavali v prejšnjem poglavju.

V nadaljevanju predstavljamo vlogo nekaterih javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij ter neformalnih mrež v skrbi za širjenje zavedanja o pomenu prve pomoči ter širjenju znanja o ukrepih prve pomoči na mezo ravni. Osredotočamo se predvsem na tiste, ki presegajo ozke lokalne okvire⁶⁵. Posebej poudarimo vlogo Rdečega križa Slovenije kot ene izmed mnogih prostovoljskih/neprofitnih organizacij, ki jih Kolaričeva (Kolarič 1997, 17; Kolarič in drugi 2002, 14–19) uvršča v tako imenovani tretji sektor⁶⁶. Tega je v začetku 90. let prejšnjega stoletja prepoznal Pestoff. »Gre za

⁶⁵ Pripraviti pregled celote aktivnosti vseh organizacij, društev, združenj in drugih deležnikov na področju prve pomoči v R Sloveniji bi bil lahko predmet posebne poglobljene obravnave.

⁶⁶ Avtorica (prav tam) v tretji sektor uvršča še skupine za samopomoč, kooperative in nevladne neprofitne organizacije.

sektor, ki se nahaja v vmesnem prostoru med privatnimi, profitno orientiranimi organizacijami, javnimi neprofitnimi organizacijami in neformalnimi mrežami« (Kolarič 1997, prav tam).

5.3.4.1 Vloga Rdečega križa Slovenije na področju prve pomoči – primer neprofitne prostovoljske organizacije

Rdeči križ Slovenije je med zdravstvenovzgojne dejavnosti takoj po drugi svetovni vojni vključil tudi sistematično delo na področju prve (medicinske) pomoči (Ulčar 1983, 1). Avtorica ugotavlja, da je potrebe narekoval nov način življenja, razvoj avtomobilske industrije ter vse intenzivnejša uporaba strojev v kmetijstvu in industriji, pa tudi zavedanje o pomenu pravočasne pripravljenosti ob naravnih in drugih nesrečah ali v morebitnih vojnih razmerah. Ker ni bilo ustrezne strokovne oz. družbene entitete, ki bi prevzela nalogo, da pouči splošno javnost, je nalogo usposabljanja za samopomoč in medsebojno prvo pomoč prevzel Rdeči križ Slovenije. Razvoj prve pomoči je v našem prostoru zato tesno povezan z Rdečim križem, še zlasti na področju izdajanja literature, usposabljanja predavateljskega kadra, ustanavljanja ekip prve pomoči ter izvajanja tečajev prve pomoči za splošno javnost.

5.3.4.1.1 Izdajanje strokovne literature

V prvi polovici 20. stoletja je v okviru Rdečega križa izšel prvi priročnik s tematiko prve pomoči v slovenskem prostoru. Po sklepu glavnega odbora Rdečega križa Kraljevine Jugoslavije ga je spisal slovenski zdravnik, izšel pa je tudi v srbskem jeziku (Brezovnik 1930). Nov kakovostni preskok v literaturi s področja prve pomoči je bil leta 1947 izid Dergančeva učbenika. Učbenik, ki je bil namenjen bolničarjem in sanitejcem, je bil ponatisnjen že leta 1951 in je, tako kot prejšnji, izšel tudi v treh

srbohrvaških izdajah (Ahčan 2012, 49). Čeprav je bil prvi Dergančev priročnik namenjen zdravstvenim delavcem, je delno služil tudi za pouk laikov (Ulčar prav tam, 3). Leta 1963 je Derganc napisal učbenik, namenjen tudi širši javnosti, kar je avtor poudaril že v naslovu: Prva pomoč za vsakogar (Derganc 1963). S tem je jasno povedal, da ukrepi prve pomoči še zdaleč niso samo stvar zdravstvenega osebja, temveč da je treba za dajanje prve pomoči usposablјati širšo javnost. Učbenik je doživel šest ponatisov in dopoljenih izdaj. Vsi priročniki so izšli pod okriljem Rdečega križa (jugoslovanskega, srbskega in slovenskega) ter tako sledili tradiciji ustanovitve mednarodnega gibanja Rdečega križa in Rdečega polmeseca, ki je vzniknilo prav iz dejanj prve pomoči in skrbi za ranjene vojake sredi vojnih grozot na solferinskem bojišču (Žnidaršič 1988, 5).

Poleg Dergančevega učbenika je Rdeči križ Slovenije v drugi polovici 20. stoletja izdal vrsto drugih priročnikov prve pomoči, namenjenih voznikom, učencem in dijakom ter odraslim. Spremembe v doktrini prve pomoči, zlasti nove smernice za temeljne postopke oživljanja, pa tudi nove tehnične možnosti, so na začetku 21. stoletja spodbudile izid priročnika z bogatim slikovnim gradivom, številnimi kliničnimi primeri in videoposnetki (Ahčan 2006a), temu pa so sledile knjige, namenjene različnim ciljnim skupinam: učencem in dijakom, voznikom, zaposlenim, članom ekip prve pomoči, otrokom in njihovim vzgojiteljem. To delo po konceptu in pomenu nadaljuje bogato izročilo slovenske literature na področju prve pomoči (Horvat v Ahčan 2012, 50).

Razvoj informacijsko-komunikacijske tehnologije (tudi tako imenovanih pametnih telefonov) je omogočil nove možnosti obvladovanja informacij in način komuniciranja uporabnikov z zdravstvenim sistemom. To je spodbudilo razvoj mobilne aplikacije Prva pomoč, ki je uporabnikom na voljo od leta 2013 dalje.

Po zgledu tujih je nastala v sodelovanju med Rdečim križem Slovenije – zvezo združenj, Telekomom Slovenije, Katedro za področje javnega zdravstva Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani, Laboratorijem za ergonomijo

Fakultete za organizacijske vede Univerze v Mariboru, Univerzitetnim kliničnim centrom Ljubljana in drugimi ustanovami. Aplikacija pokriva dva usklajena sklopa izobraževalno-informacijskih vsebin: pomoč uporabnikom za učinkovito dajanje prve pomoči ob poškodbah in najpogostejših nenadnih obolenjih ter povečanje ravni znanja prve pomoči med splošno populacijo. Strokovne vsebine temeljijo na vsebinah Priročnika za prvo pomoč (Ahčan 2006a) in so usklajene s smernicami Evropskega referenčnega centra za prvo pomoč ter Strokovnega centra za prvo pomoč Rdečega križa Slovenije. Gre za besedilni, slikovni in video prikaz temeljnih vsebin in napotkov za prvo pomoč, namenjenih tako splošni javnosti kot tudi različnim skupinam in organizacijam. (Dolenc in drugi 2014a, 193–194)

Na eni strani gre z uporabo informacijsko-komunikacijske tehnologije gotovo za funkcionalni preskok v načinu posredovanja napotkov za prvo pomoč splošni javnosti, vendar je to hkrati tudi še en korak k vse bolj brezosebni komunikaciji med tistimi, ki imajo znanje o prvi pomoči (v kontekstu prve pomoči zdravstvenimi delavci), in uporabniki.

5.3.4.1.2 Usposabljanje predavateljskega kadra

Že pred letom 1960 je v okviru RKS delovala skupina za prvo pomoč, njeni člani pa so skrbeli za pripravo programov, potek tečajev na terenu ter jih tudi sami vodili ali sodelovali pri izvedbi (Ulčar prav tam). Avtorica poudarja, da se je že takrat pokazala potreba po enotni doktrini in enotnem metodološkem pristopu usposabljanja velikega števila prebivalstva, tj. laikov. RKS je organiziral osnovne in kasneje tudi dopolnilne seminarje za zdravstvene delavce – predavatelje prve pomoči. Leta 1960 je bil na Polževem organiziran tridnevni seminar, leta 1961 pa seminar, ki je bil namenjen tudi predsednikom komisij za prvo pomoč, ne le predavateljem. Vzniknila je pobuda o ustanavljanju komisij za prvo pomoč pri občinskih organizacijah Rdečega križa (danes območnih združenjih RK), o organizaciji postaj za prvo pomoč, pokazala pa

se je tudi potreba po nameščanju omaric prve pomoči. Na seminarju so obravnavali potrebo po ustreznih avdiovizualnih pripomočkih pri izvajanju pouka prve pomoči, prof. Mirko Derganc pa je praktično prikazal temeljne postopke oživljanja (prav tam).

Pouku oživljanja je posvečena posebna skrb. Z zadovoljstvom lahko ugotovimo, da smo brez hudih spodrsljajev prebrodili najbolj kritično fazo v uvajanju novih načinov, to sta umetno dihanje z usti in zunanja masaža srca. O kritični fazi govorimo, ker smo v času uvajanja teh načinov v vsej Sloveniji imeli na voljo samo dve ali tri lutke, na katerih se je učilo desettisoče ali še več tečajnikov. S spodrsljaji pa mislimo dobronamerne, a zato nič manj nevarne in strokovno grobo napačne improvizacije treninga: umetno dihanje in zunanjo masažo srca na zdravih ljudeh. Eno in drugo je prepovedano in obsodbe vredno. Danes je na srečo v Sloveniji na voljo toliko učnih pripomočkov, da za take ali drugačne improvizacije ni več opravičila. (Milčinski 1972, 71)

Skupina za prvo pomoč, ki je delovala v okviru komisije za zdravstveno vzgojo pri RKS, se je s sklepom Izvršnega odbora RKS 14. oktobra 1970 reorganizirala v samostojni Strokovni center za prvo pomoč (Ulčar prav tam). Center je vključeval 28 članov: strokovnjakov, zdravnikov kirurgov, anesteziologov, preventivcev in medicinskih sester. Strokovni center za prvo pomoč, v katerem sodelujejo priznani zdravniki in drugi strokovnjaki, še vedno deluje. Njegove osnovne naloge so: oblikovanje doktrine prve pomoči na nacionalni ravni, zagotavljanje sodobne strokovne literature s področja prve pomoči, spremljanje novosti na področju prve pomoči in prenos znanja na predavatelje prve pomoči zlasti na podlagi smernic Globalnega referenčnega centra za prvo pomoč Mednarodne federacije Rdečega križa in Rdečega polmeseca, usposabljanje predavateljev prve pomoči ter podeljevanje licenc, priprava enotnih programov usposabljanja za različne ciljne skupine ter opredelitev minimalnih standardov za izvajanje tečajev in izpitov za laično javnost, izdelava testov in kriterijev ocenjevanja preverjanja znanja na izpitih prve pomoči, strokovna priprava in vodenje preverjanja znanja in usposobljenosti ekip prve pomoči Civilne zaščite (CZ) in RK, nadzor nad izvajanjem usposabljanja prve pomoči v območnih združenjih RK.

5.3.4.1.3 Ekipe prve pomoči

Prvi 56-urni tečaj, namenjen laičnim bolničarjem (danes članicam in članom ekip prve pomoči) je bil organiziran leta 1959, prelomnico v delovanju RKS na tem področju pa pomeni leto 1965, ko je takratni Republiški štab za CZ organiziral seminar za usposabljanje občinskih štabov CZ, na katerem je sodeloval tudi RKS (Ulčar prav tam, 1–4). Vse od takrat teče sodelovanje na področju prve pomoči med RKS prek Republiškega sekretariata za ljudsko obrambo z Upravo RS za zaščito in reševanje zlasti pri usposabljanju članic in članov ekip prve pomoči, organiziranju in izvedbi preverjanj njihove usposobljenosti ter ustanavljanju ekip prve pomoči. Avtorica navaja, da je bilo prvo republiško tekmovanje ekip prve pomoči organizirano leta 1969 v Ljubljani, od takrat pa so se vsako leto izmenoma vrstila tekmovanja mladih članov in mladine RK ter odraslih članic in članov ekip RK in CZ. Taka oblika preverjanja usposobljenosti znanja prve pomoči se je množično razvila ter se nadaljuje tudi v samostojni Sloveniji. Danes ima Republika Slovenija razvit celovit sistem varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami, katerega sestavni del so tudi ekipe prve pomoči, v usposobljenih članih ekip pa ima država visoko motiviran, izobražen in usposobljen kadrovski potencial (Slabe in drugi 2013, 185).

5.3.4.1.4 Izvajanje tečajev prve pomoči

Ulčarjeva (prav tam) pojasnjuje, da je bil prvi tečaj za bolničarje iz leta 1959 kasneje dopolnjen ter razdeljen na teoretični in praktični del, bil pa je tudi osnova za pripravo 20-urnega programa za podmladek Rdečega križa. Že ob pripravi prvih programov usposabljanja je bilo posebej poudarjeno tudi preprečevanje nesreč. Leta 1971 je izšel Zakon o varnosti cestnega prometa, ki je kot pogoj za uspešno opravljanje vozniškega izpita vpeljal poznavanje osnov prve pomoči. Usposabljanje, predvsem pa opravljanje izpita, je z zakonom postalo javno pooblastilo Rdečega križa Slovenije (Zakon o varnosti cestnega prometa 1971, čl. 38). To je zahtevalo ustrezen odziv:

izdelati program pouka, za njegovo izvajanje pa usposobiti zdravstvene delavce ter pripraviti ustrezne priročnike (Ulčar prav tam, 3).

Brez dvoma pri nas pouk prve pomoči doslej nikdar ni dosegel tolikšnih razsežnosti kot prav v zadnjih letih. Največ prispevata k temu koncept splošnega ljudskega odpora in zakonska obveznost izpita iz prve pomoči za voznike motornih vozil oziroma kandidate za vozniški izpit. V obeh primerih gre za zelo kratke tečaje. Spričo izredno velikega števila raznih tečajev je tudi glede predavateljev le malo izbire. Tako nas množičnost sicer razveseljuje, hkrati pa zbuja skrb za kvaliteto znanja. Nekoliko se bojimo celo, da bi blišč obojih množičnih tečajev slabo vplival na zanimanje za klasične 80-urne tečaje, iz katerih prihaja solidno poučeno in med seboj povezano ljudstvo »prvih pomagalcev«, ki čutijo z Rdečim križem in se vključujejo v vrste aktivistov. Vsa opisana vrenja pa so spravila na plano tudi nekatere neusklajenosti pri širjenju znanja prve pomoči. Predavatelji so bili ponekod zdravniki, ki niso poznali ali pa ne spoštovali sodobne doktrine, drugod je glavno breme pouka bilo na sestrah. Sedaj so pristojnosti in naloge razdeljene tako, da bo teoretski del predavanj zdravnikova stvar, sestra pa se bo kot demonstrator zavzemala za praktični del. Sprejeto je bilo tudi stališče, da naj pri obeh delih pouka, pri teoretskem in praktičnem, sodelujeta kot delovna skupina oba, sestra in zdravnik. (Milčinski prav tam)

Danes na osnovi javnih pooblastil (Statut Rdečega križa Slovenije – zveze združenj, 7. čl.) in drugih zakonskih aktov Rdeči križ Slovenije z mrežo 56 območnih združenj izvaja tečaje in izpite iz prve pomoči za bodoče voznike motornih vozil, bolničarje prve pomoči, za zaposlene v delovnih organizacijah, zavodih in ustanovah, za reševalce iz vode, za predavatelje prve pomoči in druge tečaje ter izpite iz prve pomoči za laike, med katerimi so tudi krajša usposabljanja, namenjena izključno temeljnemu postopku oživljanja in uporabi avtomatskega zunanjskega defibrilatorja. RKS organizira tečaje in izpite iz prve pomoči za laike v skladu s Pravilnikom o izvajanju tečajev in izpitov iz prve pomoči Rdečega križa Slovenije, in sicer z namenom, da zagotovi minimalne in enotne standarde po vsej državi.

Rdeči križ Slovenije z izvajanjem tečajev in izpitov iz prve pomoči dviguje raven znanja prve pomoči tako med mladimi (primer dobre prakse so lokalna in regijska preverjanja ter državno preverjanje usposobljenosti osnovnošolskih ekip prve pomoči) kakor tudi med generacijami v zrelem življenjskem obdobju. Na ta način pomaga zmanjševati predsodke do dajanja prve pomoči in hkrati dviguje samozavest uporabnikov o pomenu obvladovanja prve pomoči. »Prva pomoč ostaja osrednje področje delovanja Federacije, ki je glavni učitelj in skrbnik prve pomoči na svetu. Pri skoraj vseh 189 nacionalnih društvih Rdečega križa in Rdečega polmeseca je njihova glavna dejavnost prav prva pomoč« (Cassan in drugi 2011, 12). Enako lahko trdimo tudi za Rdeči križ Slovenije.

5.3.4.1.5 Prva pomoč – pomagam prvi

Leta 2006 je bila na pobudo Območnega združenja Rdečega križa Ljubljana prvič organizirana intenzivna akcija ozaveščanja laične javnosti o pomembnosti zgodnjega in pravilnega nudenja prve pomoči (Tišler in Škarja 2007). Avtorici pojasnjujeta, da je akcija Prva pomoč – pomagam prvi stekla v sodelovanju z Mestno občino Ljubljana, s Svetom za preventivo in vzgojo v cestnem prometu, Društvom za zdravje srca in ožilja, Reševalno postajo Kliničnega centra Ljubljana, Srednjo zdravstveno šolo Ljubljana in Prešernovo družbo, v letih kasneje pa so se akciji pridružili tudi drugi. Namen akcije je opozoriti, da je znanje prve pomoči treba nadgrajevati. V okviru akcije so organizirani tečaji temeljnih postopkov oživljanja za laike. Akcijo so podprli številni slovenski mediji, več kot 1000 uporabnikov pa si vsak mesec ogleda tudi spletno stran www.pomagamprvi.si, kjer lahko tudi osvežijo svoje znanje prve pomoči (prav tam).

5.3.4.2 Sodelovanje javnih in zasebnih akterjev pri izvajanju projektov prve pomoči

V slovenskem prostoru so med projekti javnih neprofitnih organizacij na področju prve pomoči v zadnjih letih odmevnejši projekt Splošne nujne medicinske pomoči Ljubljana »Stisni me močno«, projekt Združenja medicine dela, prometa in športa – Slovenskega zdravniškega društva »Milijon srčnih točk«, akcija ustanove Danu Filantropija ter Kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo UKC Ljubljana »Naj srček bije« in projekt Gorske reševalne zveze Slovenije (GRSZ) »Otroci se učijo pomagati«. Če se Rdeči križ Slovenije – zveza združenj s svojimi programi prve pomoči osredotoča na prvo pomoč v širšem okviru, se v nadaljevanju predstavljeni projekti (z izjemo projekta »Otroci se učijo pomagati«) posvečajo zlasti temeljnemu postopku oživljanja.

5.3.4.2.1 Projekt Stisni me močno

Projekt Stisni me močno so v okviru Splošne nujne medicinske pomoči Ljubljana vpeljali v začetku leta 2012 (Škufca Sterle in Baznik 2013, 221–222). Gre za obnovitveni tečaj temeljnih postopkov oživljanja z uporabo AED-ja, namenjen laični javnosti. Avtorici pojasnujeta, da projekt izvajajo zdravstveni delavci (zdravniki, diplomirani zdravstveniki, zdravstveni tehniki). S sponzorskimi sredstvi so se opremili z modeli za učenje TPO ter z učnimi AED-ji. V okviru projekta si prizadevajo, da bi učenje TPO postalo del rednega izobraževanja osnovnošolske in srednješolske mladine ne samo na področju Mestne občine Ljubljana, ampak po vsej Sloveniji (Baznik in drugi 2014; 161). Svojo dejavnost oglašujejo tudi prek svetovnega spleta (Zdravstveni dom Ljubljana 2013).

5.3.4.2.2 Projekt Milijon srčnih točk

Projekt Milijon srčnih točk je ustanovilo Združenje medicine dela, prometa in športa – Slovensko zdravniško društvo. Namenjen je predvsem usposabljanju delavcev za uporabo in nameščanje AED-jev na delovnih mestih (AED baza Slovenije 2015a). Na Dolenjskem in v Beli krajini je projekt prerasel prvotni namen. Poleg organiziranja mreže javno dostopnih AED-jev v sodelovanju z lokalno skupnostjo v okviru projekta izvajajo brezplačne tečaje TPO z uporabo AED-jev, na katere se zainteresirani lahko prijavijo pri koordinatorjih projekta v zdravstvenih domovih v Trebnjem, Novem mestu, Črnomlju in Metliki (prav tam).

5.3.4.2.3 Naj srček bije

NAJSRČEKBIJE je družbeno koristna akcija na nacionalni ravni s ciljem ozaveščanja in usposabljanja staršev, vzgojiteljev in učiteljev za oživljanje otrok od 1. do 14. leta starosti. Organizator akcije je ustanova Danu Filantropija, izvaja pa jo Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo UKC Ljubljana pod strokovnim vodstvom primarija Ivana Vidmarja, dr. med. (Ustanova Danu Filantropija, 2012). Že v prvi izvedbi leta 2012 se je v akcijo vključilo 25 vrtcev in šol iz vse Slovenije. Vrtci in šole, v katerih vzgojitelji, učitelji, vodstvo in starši prepoznajo pomembnost poznavanja temeljnih postopkov oživljanja otrok, prejmejo posebna priznanja, certifikate NAJSRČEKBIJE (prav tam).

5.3.4.2.4 Otroci se učijo pomagati

»Otroci se učijo pomagati« je projekt, ki so ga leta 2002 zasnovali v največji nemški družbi helikopterske nujne medicinske pomoči DRF (Deutsche Rettungsflugwacht), v

Sloveniji pa začeli izvajati konec leta 2011 (Gorska reševalna zveza Slovenije 2014). Kot je navedeno v predstavitvi (prav tam), projekt operativno izvaja GRZS v sodelovanju s Fakulteto za zdravstvo Jesenice (FZJ), Upravo republike Slovenije za zaščito in reševanje (URSZR) in sponzorji. Projekt je namenjen učencem prvega in drugega razreda osnovnih šol in vključuje delavnice, na katerih se otroci učijo, kako preprečiti nezgode in kako je treba ukrepati v primeru nezgod in drugih izrednih dogodkov, če do teh vseeno pride. Posamezna delavnica obsega naslednje teme: preprečevanje nezgod, klic 112, oskrba manjših ran, položaj za nezavestnega in kako bodriti poškodovanca ter reševanje v gorah. Projekt vključuje tudi nagradni natečaj za najlepšo risbico. Otroci po zaključku delavnice prejmejo trak, izkaznico in diplomo »znam pomagati« ter poučno slikanico. Otroci se učijo pomagati in spoznavajo reševanje v gorah.

5.3.4.2.5 iHELP

iHELP je mobilna aplikacija, ki omogoča dostop do vsebin o prvi pomoči in pošilja SOS-sporočila (Velikonja in drugi 2012, 420–421). Avtorji (prav tam) pojasnjujejo, da aplikacija vključuje: osnovne podatke o uporabniku, SOS-stike, navodila o temeljnih postopkih oživljanja, splošnoizobraževalne vsebine (nasvete oz. vodenje skozi ukrepe pri nenadnem zastoju srca, prometni nesreči, ob zlomu ali zvinu, krvavitvi, izbruhu alergije, epileptičnem napadu), geolokacijo ponesrečenca, t. i. dežurstvo (vsak iHELP reševalec lahko glede na svoj razpoložljivi čas potrdi svojo pripravljenost za sodelovanje oz. razpoložljivost), lokacije najbližjih AED-jev, najbližje bolnišnice, zdravstvene domove in lekarne. Ko potrebujemo pomoč, s pritiskom na gumb »NA POMOČ« aktiviramo mobilno aplikacijo iHELP. Poleg vzpostavitve povezave s številko 112 aplikacija avtomatsko pošlje tudi SOS-sporočilo družini, prijateljem, usposobljenim reševalcem in vsem uporabnikom aplikacije iHELP v krogu 300 metrov (pod določenimi pogoji tudi v širšem krogu). Osnovna različica aplikacije iHELP je za uporabnike dostopna brezplačno, podjetje MIDAS pa ponuja tudi možnosti dokupa zmogljivejše (iHELP 2015).

5.3.4.3 Prispevek neformalnih mrež

Na področju promoviranja prve pomoči so dejavne tudi neformalne mreže zanesenjakov, ki so prepoznali velik pomen in vrednost širjenja znanja ukrepov prve pomoči med različne ciljne skupine laične javnosti. Nadalje predstavljamo projekta študentov medicine »Za življenje!« in AED baza Slovenije ter iniciativo za AED.

5.3.4.3.1 Projekt Za življenje!

Študenti medicinskih fakultet v Ljubljani in v Mariboru v okviru projekta izvajajo brezplačne obnovitvene tečaje prve pomoči za laike ter promovirajo prvo pomoč kot moralno in pravno dolžnost slehernega posameznika (Zavratnik 2008, 248). Avtorica (prav tam) pojasnjuje, da so projekt začeli študentje Medicinske fakultete v Mariboru marca 2007, kasneje pa so ga razširili tudi v Ljubljano. Štiriurni tečaj, imenovan Za življenje!, je zasnovan tako, da tečajnik ponovi vse pomembne teme prve pomoči (ravnanje pri zapori dihalne poti, zastoju srca, klic na številko 112, oskrbo ran, poškodbo skeleta, ravnanje ob zastrupitvah idr.) ter se seznanijo z AED-jem. Krajšemu uvodnemu teoretičnemu delu sledijo štiri praktične delavnice v manjših skupinah.

5.3.4.3.2 AED baza Slovenije

Gre za idejni projekt skupine študentov medicine, ki je bila najprej vključena v projekt Za življenje!, kasneje pa je postal projekt AED baza samostojen projekt pod okriljem Katedre za anesteziologijo in reanimatologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (AED baza Slovenije 2015b). V projekt vključeni študenti so ob delu z laiki zaznali potrebo po tem, da se lokacije AED-jev zberejo na enem mestu. Ena izmed pomembnih pridobitev projekta je, da je bila vzpostavljena spletna stran, na kateri se

zbirajo podatki o javno dostopnih AED-jih. Informacije o lokacijah, kjer so nameščeni AED-ji, so preprosto dostopne javnosti (na zemljevidu in s podatkom o naslovu).

Baza ima veliko informativno vrednost, vendar podatki niso dovolj natančni, da bi lahko dispečer vodil očividca do omarice z AED napravo. Zgolj naslov namestitve namreč ni zadosten podatek, kar se izkaže predvsem takrat, ko se AED nahaja v večji stavbi, nakupovalnem centru ali tovarni. Prav tako so za mobilne geolokacijske storitve, kot je vodenje do AED naprave preko mobilnega telefona, potrebni bolj natančni geolokacijski podatki (geografska dolžina in širina), ki omogočata pravilno delovanje mobilnih aplikacij. Pomemben je tudi jasno opredeljen čas dostopnosti posameznega AED. (Horvat in Lešnik 2013)

Spletna stran ponuja informacije o različnih modelih AED-jev, njihovem delovanju in uporabi ter spletne povezave do informacij o tečajih prve pomoči. Vendar Horvat in Lešnikova (prav tam) opozarjata, da v Sloveniji trenutno (še) ni nacionalnega registra AED-jev niti zakonodaje, ki bi urejala to področje. Za uporabno vrednost podatkov v praksi pa je nujno, da lastniki AED-jev posredujejo ustrezne podatke v obliki izjave, s katero se zavežejo, da so podatki resnični. Hkrati le geolokacijski podatki o AED-jih ne zadostujejo pri usmerjanju uporabnika do lokacije. Ni namreč nujno, da je AED, do katerega nas naprava usmeri, tudi dejansko dostopen. Avtorici (prav tam) skleneta, da je brez zavezujočega dogovora z lastniki AED-jev razvoj kakršnegakoli sistema za usmerjanje uporabnika k tovrstnim napravam škodljiv, saj lahko izgubi čas z iskanjem naprave, ki morda sploh ni dostopna, namesto da bi pomagal.

5.3.4.3.3 Inicijativa za AED

Inicijativa za AED je civilnodružbeno gibanje, ki želi širiti mrežo AED-jev in spodbujati usposabljanje laikov za temeljne postopke oživljanja z uporabo AED-jev (Društvo

srčnih bolnikov, Koronarni klub Mežiške doline)⁶⁷. Inicijativa svoje pobude in predloge posreduje različnim vladnim službam (npr. Ministrstvu za zdravje, Ministrstvu za pravosodje), strokovnim združenjem (Slovenskemu združenju za urgentno medicino) ter gospodarskim družbam (Zavarovalnica Triglav, Telekom), podpira pa tudi pobude drugih organizacij, ki bi pripomogle k širitvi mreže javno dostopnih AED-jev, saj se s krepitvijo mreže povečuje verjetnost pravočasnega ukrepanja ob srčnem zastoju (prav tam).

⁶⁷ Ustanovni sestanek iniciative je bil septembra 2013 na pobudo Zdenka Šalde, dr. med. spec. mdpš (prav tam).

II. EMPIRIČNI DEL

6 ANALIZA OPREDELITEV PREBIVALCEV SLOVENIJE DO RAZLIČNIH VIDIKOV PRVE POMOČI

Izhajamo iz predpostavke, da je prva pomoč kot osrednji predmet našega raziskovanja izrazito kompleksen in družbeno pogojen pojav. Dajanje prve pomoči na eni strani uteleša neposredno zdravstveno oskrbo in na drugi dejanje solidarnosti. Pomoč človeku v stiski je splošno veljavna vrednota, dajanje prve pomoči pa je moralna dolžnost ter tudi zakonska obveza posameznika. Osebni vzgibi in družbena prisila sovplivajo na oblikovanje opredelitev in ravnanj v praksi vsakdanjega življenja potencialnega dajalca prve pomoči.

V raziskavi smo se osredotočili na iskanje odgovorov na vprašanja, kako se polnoletni prebivalci Slovenije opredeljujejo do različnih vidikov prve pomoči. Zanima nas, kateri dejavniki so spodbujevalni in kateri zaviralni za dajanje prve pomoči. Pahor in drugi (2011, 81) so npr. ugotovili, da je medgeneracijska pomoč pogostejša pri manj izobraženih. Hkrati se postavlja tudi vprašanje, ali se v Sloveniji kot sodobni demokratični, poznomoderni družbi na področju prve pomoči soočamo z individualizmom ter egoizmom/narcisizmom, ki delujejo zaviralno na pripravljenost ljudi za dajanje prve pomoči.

6.1 NAMEN, CILJI, TEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Namen doktorske disertacije je ugotoviti, kakšen je odnos prebivalcev Slovenije do različnih vidikov prve pomoči.

Opredelili smo naslednje cilje disertacije:

1. na teoretični ravni:
 - predstaviti zgodovinski okvir razvoja prve pomoči,
 - pojasniti etični in pravni vidik dajanja prve pomoči in
 - osvetliti bistvene karakteristike sodobne individualistične družbe ter v ta okvir umestiti družbeno perspektivo zdravja, poškodb, bolezni in prve pomoči;

2. na empirični ravni:
 - kakšna je pripravljenost (potencial) v sodobni slovenski družbi za dajanje prve pomoči,
 - kateri dejavniki vplivajo na to pripravljenost ter
 - kam lahko umestimo ta potencial na oseh prosocialno – asocialno in moralno – pravno.

Iz temeljnega vprašanja disertacije izhajajo naslednje teze in njim pripadajoča raziskovalna vprašanja štirih tematskih sklopov (slika 6.1).

Slika 6.1: Tematski sklopi raziskave



1. sklop: usposabljanje iz prve pomoči

Teza 1: Starejši prebivalci Slovenije (61 let in več) so se v primerjavi z mlajšimi (60 let in manj) v preteklosti usposabljali iz prve pomoči v manjšem deležu.

Raziskovalna vprašanja:

- *Kakšen delež prebivalcev Slovenije se je v preteklosti usposabljal iz prve pomoči?*
- *Kje je večina anketiranih pridobila znanje iz prve pomoči?*
- *Koliko časa (let) je minilo od njihovega zadnjega usposabljanja, ki so se ga udeležili?*
- *Kakšen je bil čas trajanja ter oblika zadnjega usposabljanja?*
- *Kakšni so bili razlogi za udeležbo na usposabljanju?*
- *Ali obstajajo razlike v deležu usposabljanja iz prve pomoči v preteklosti glede na spol, starost, izobrazbo, kraj bivanja in višino dohodka?*

Teza 2: Izobrazba ima med proučevanimi dejavniki največji vpliv na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije do usposabljanja iz prve pomoči v prihodnje.

Raziskovalna vprašanja:

- *Kakšen delež odraslih prebivalcev Slovenije se opredeljuje, da bi se udeležil usposabljanja iz prve pomoči v prihodnje?*
- *Ali na opredelitev glede pripravljenosti za učenje prve pomoči vplivajo spol, starost, stopnja izobrazbe, kraj bivanja (podeželje/mesto oz. regija), višina dohodka, zaposlitev, poklic zdravstvenega delavca, vernost, samoocena znanja prve pomoči in posedovanje vozniškega dovoljenja?*
- *Zaradi katerih razlogov prebivalci Slovenije morda (še) niso obnovili znanja prve pomoči?*
- *Na kakšen način bi za usposabljanje motivirani prebivalci želeli izboljšati znanje prve pomoči?*

2. sklop: znanje prve pomoči

Teza 3: Raven znanja polnoletnih prebivalcev Slovenije o neodložljivih ukrepih prve pomoči je v primerjavi z znanjem odložljivih ukrepov nižja.

Raziskovalna vprašanja:

- *Kako posamezniki na splošno ocenjujejo svoje znanje prve pomoči?*
- *Ali obstajajo razlike v samooceni znanja glede na spol, starost, zdravstveni/nezdravstveni poklic?*
- *Ali obstaja razlika v teoretičnem poznavanju odložljivih (nenujnih) in neodložljivih (nujnih) ukrepov prve pomoči?*

3. sklop: opredelitev glede osebne pripravljenosti do dajanja prve pomoči

Teza 4: Udeležba na usposabljanju iz prve pomoči v preteklosti ima med proučevanimi dejavniki največji vpliv na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije glede njihove pripravljenosti dati prvo pomoč drugi osebi.

Raziskovalni vprašanji:

- *Kakšen delež prebivalcev Slovenije je na splošno pripravljen dati prvo pomoč?*
- *Ali na odnos do dajanja prve pomoči vplivajo: spol, starost, stopnja izobrazbe, kraj bivanja (podeželje/mesto oz. regija), višina dohodka, izobraževanje iz prve pomoči v preteklosti, čas, ki je minil od zadnjega tečaja prve pomoči, trajanje usposabljanja prve pomoči, izkušnje s prvo pomočjo, posedovanje vozniškega dovoljenja, zdravstveni/nezdravstveni poklic in vernost?*

4. sklop: opredelitev do spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči

Teza 5: Moralni vidik dolžnosti dajanja prve pomoči je glede na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije najvišje rangirani spodbujevalni dejavnik za dajanje prve pomoči.

Raziskovalna vprašanja:

- *Kateri so najpomembnejši spodbujevalni dejavniki za dajanje prve pomoči glede na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije?*
- *Ali na opredelitev do spodbujevalnih dejavnikov za dajanje prve pomoči vplivajo spol, starost, kraj bivanja, izobrazba, posedovanje vozniškega dovoljenja, višina dohodka, zdravstveni/nezdravstveni poklic, vera in samoocena znanja prve pomoči?*

Teza 6: Strah pred tožbo je glede na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije najvišje rangirani zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči.

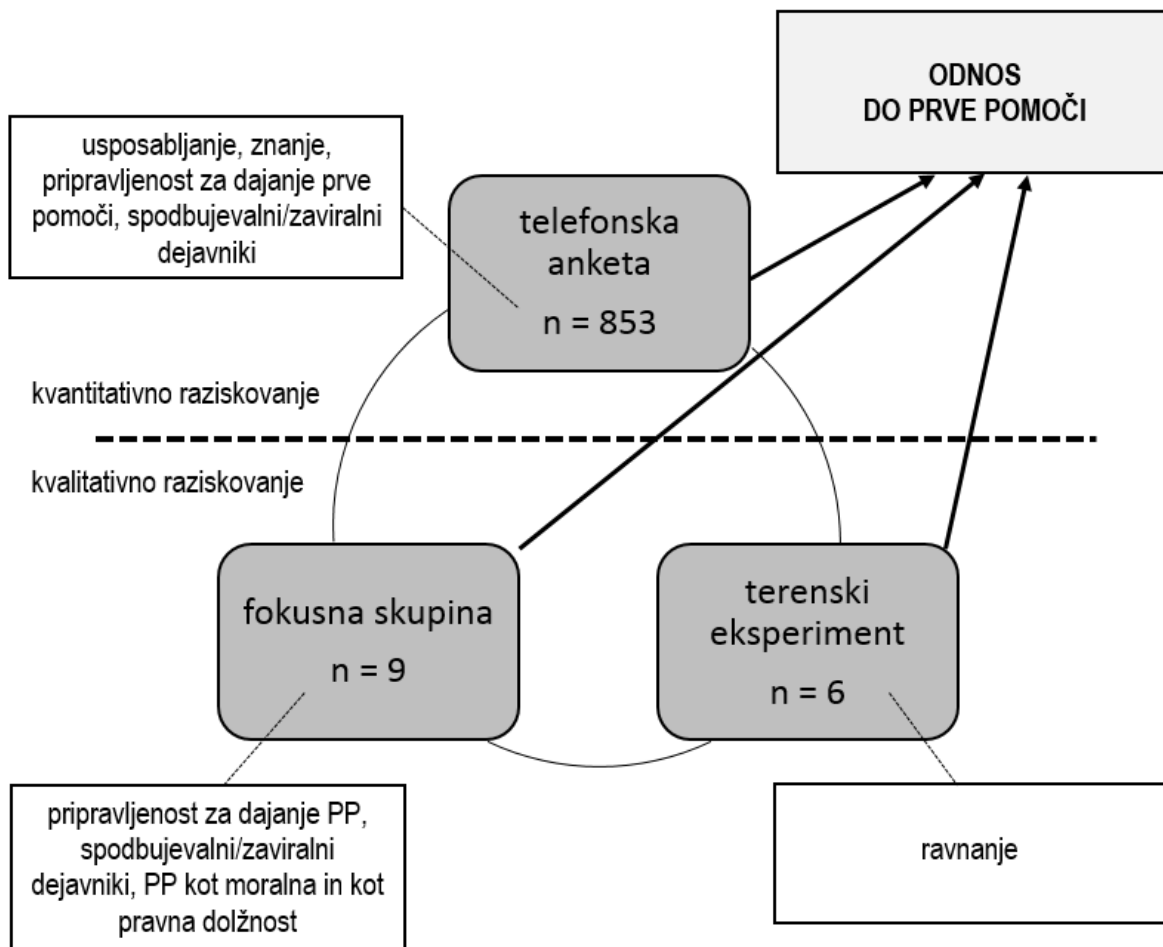
Raziskovalni vprašanji:

- *Kateri so najpomembnejši zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči glede na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije?*
- *Ali na opredelitev do zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči vplivajo spol, starost, kraj bivanja, izobrazba, posedovanje voziškega dovoljenja, višina dohodka, zdravstveni/nezdravstveni poklic, vera in samoocena znanja?*

6.2 METODOLOGIJA

Raziskava predstavlja presečno študijo, v kateri smo uporabili možnost kombinacije kvantitativnih in kvalitativnih metod znanstvenoraziskovalnega dela. Med različnimi tipologijami združenih metod smo izbrali raziskovalni načrt (angl. research design), v katerem smo kombinirali metodo anketiranja, fokusnih skupin ter terenski eksperiment (slika 6.2). Triangulacijski dizajn raziskovalnega pristopa smo izbrali, ker smo želeli *»z uporabo rezultatov ene metode podpreti in potrditi rezultate druge metode ter tako povečati skupno veljavnost rezultatov«* (Lobe 2006, 67). V skladu s priporočili avtorice (prav tam) sta zbiranje in analiza podatkov posameznega raziskovalnega instrumenta potekala sočasno oziroma neodvisno, združevanje pa smo opravili v fazi interpretacije in oblikovanja sklepnih ugotovitev.

Slika 6.2: Sočasni triangulacijski načrt raziskave



S telefonskim anketiranjem smo pridobili podatke o:

- usposabljanju respondentov za dajanje prve pomoči v preteklosti ter o njihovih opredelitvah glede pripravljenosti za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje,
- njihovem teoretičnem poznavanju izbranih nujnih in nenujnih ukrepov prve pomoči,
- opredelitvah respondentov glede njihove pripravljenosti za dajanje prve pomoči ter o
- opredelitvah respondentov glede spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči.

S fokusnimi skupinami smo poskušali identificirati mnenja sodelujočih o njihovi pripravljenosti za dajanje prve pomoči, predvsem o spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikih za takšno ravnanje, in mnenja o obnavljanju znanja prve pomoči ter tako

preveriti (podkrepiti ali ovreči) izbrane rezultate, pridobljene s prvim metodološkim pristopom.

Z opravljenimi eksperimenti smo identificirali ravnanje posameznikov v konkretni življenjski situaciji, v kateri je oseba potrebovala pomoč, ter tako preverili skladnost med ravnanjem naključnih očividcev dogodka z izraženimi opredelitvami respondentov telefonske ankete ter udeležencev fokusnih skupin.

6.2.1 Kvantitativna študija ugotavljanja opredelitev do dajanja prve pomoči

Raziskava je potekala kot sociološka analiza opredelitev prebivalcev Slovenije do dajanja prve pomoči. Opravljena je bila na osnovi individualnih telefonskih intervjujev z naključnimi intervjuvanci na področju Republike Slovenije. Za uporabo telefonske ankete smo se odločili, ker:

1. se v tem delu metodološka zasnova raziskave zgleduje po konceptu raziskave Slovensko javno mnenje (Toš 1997; Toš 1999; Toš 2004; Rus in Toš 2005) in konceptu raziskave Slovenski nacionalni značaj in krvodajalstvo v Sloveniji v procesu vključevanja v Evropsko unijo (Šešerko 1999; Šešerko 2001) ter
2. »ker je družboslovna metodologija telefonskega anketiranja v svetu in Sloveniji že tako napredovala, da je s tako obliko zbiranja podatkov mogoče zagotoviti zelo visoko zanesljivost ob relativno nižjih stroških zbiranja podatkov« (Šešerko 2001, 11).

6.2.1.1 Vzorec

Metodologija zajemanja je tekla po utečenem postopku, ki ga za tovrstne raziskave izvajajo v Centru za raziskovanje javnega mnenja in množičnih komunikacij Univerze v Ljubljani, Fakultete za družbene vede (CJMMK). Raziskava je bila izvedena na osnovi vzorca telefonskih naročnikov fizičnih oseb. Populacija raziskave so bile polnoletne osebe – prebivalci Republike Slovenije. Vzorčenje je potekalo iz vzorčne baze (n = 3355), ki je bila izčrpana do 25 %, kar pomeni, da je bilo opravljenih skupaj 853 intervjujev. Stratificirani⁶⁸ vzorec ustrezno odslkava populacijo odraslih prebivalcev Slovenije (glede na spol, starost, izobrazbo in kraj bivanja⁶⁹) ter je bil še dodatno korigiran s postopkom uteževanja⁷⁰, s čimer smo dosegli, da rezultati zrcalijo realno stanje glede opredelitev prebivalcev Slovenije do dajanja prve pomoči.

Od 853 anketirancev (tabela 6.1), ki so sodelovali v raziskavi, je bilo malo več kot polovica žensk (51,4 %) in nekaj manjši delež moških (48,6 %). Največ anketiranih v vzorcu je bilo starih od 31 do 45 let, najmanj pa takih, ki so bili stari 30 let ali manj.

⁶⁸ Stratifikacija je postopek vzorčenja, pri katerem vnaprej določimo deleže posameznih kategorij prebivalstva, ki jih ciljamo zajeti v vzorec, izbor posamezne osebe pa je še vedno naključen (Kurdija in Štebe 1997).

⁶⁹ Glede na velikost naselja (podeželje, manjši kraj ali mesto, večje mesto ter Ljubljana ali Maribor).

⁷⁰ S postopkom uteževanja dodatno korigiramo rezultate iz anket, tako da v čim večji meri odsevajo realno stanje v stališčih in ocenah respondentov (Kurdija in Štebe prav tam). Gre za »način prikazovanja seštevkih rezultatov iz ankete ob upoštevanju posebnih uteži. Postopek uteževanja je priporočljiv vselej, kadar lastnosti vzorca zaradi različnih vzrokov ne posnemajo v zadostni meri lastnosti ciljne populacije, in spada med običajna orodja v okviru metodologije prikazovanja rezultatov iz anket.« (prav tam)

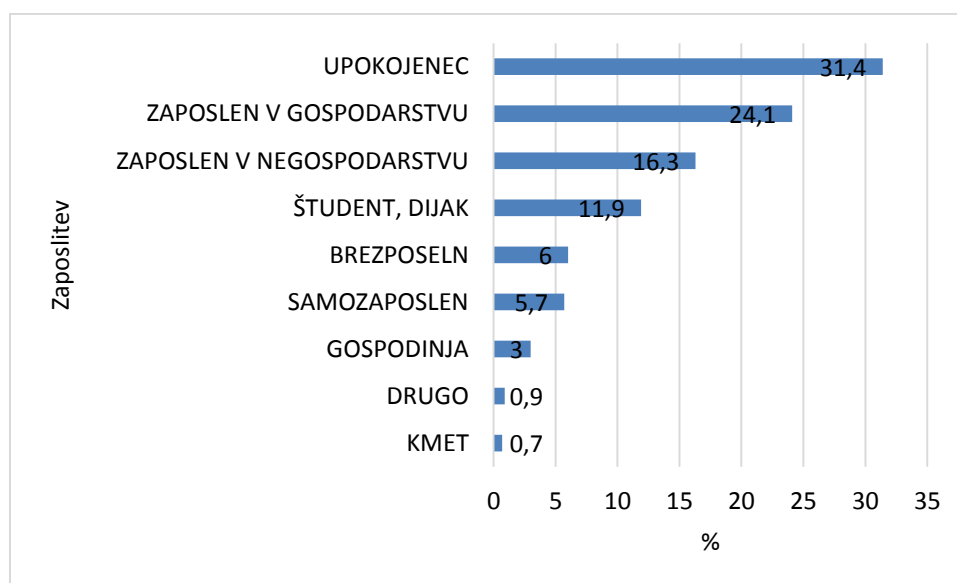
Tabela 6.1: Demografski podatki o anketiranih (n = 853)

DEMOGRAFSKI PODATKI		%	n
SPOL	moški	48,6	415
	ženski	51,4	438
STAROST	do 30 let	22,0	188
	31 do 45 let	29,0	247
	46 do 60 let	25,8	220
	61 let in več	23,2	198
IZOBRAZBA	osnovna	22,4	191
	poklicna	22,5	192
	srednja	33,9	289
	višja, visoka	21,2	181
ZDRAVSTVENI DELAVEC	da	8,7	74
	ne	91,3	779
VOZNIŠKO DOVOLJENJE	da	85,0	725
	ne	15,0	128
KRAJ BIVANJA	podeželje	37,8	322
	manjši kraj ali mesto	33,7	288
	večje mesto	10,6	90
	Ljubljana, Maribor	17,9	153
VIŠINA DOHODKA	pod povprečjem	26,1	223
	v povprečju	64,2	548
	nad povprečjem	4,0	34
	ne vem, b. o.	5,7	48
VERNOST	sem veren	53,9	459
	nisem veren	26,2	223
	nekaj vmes	15,7	134
	ne vem, b. o.	4,4	37

Glede na izobrazbo so prevladovali respondenti s končano srednjo šolo (33,9 %), velika večina (85 %) jih ima voziško dovoljenje. V vzorcu je bilo zajetih tudi 8,7 % zdravstvenih delavcev. Največji delež anketiranih je bil (glede na tip naselja) s podeželja (37,8 %), najmanj (10,6 %) pa jih je v času izvedbe raziskave prebivalo v večjem mestu. Večina anketiranih (64,2 %) je umestila sebe ali svojo družino v kategorijo s povprečnim dohodkom. Več kot polovica (53,9 %) respondentov se je opredelila za verne.

Največji delež oziroma slaba tretjina (31,4 %) vprašanih je bila upokojencev, sledijo zaposleni v gospodarstvu (24,1 %) (slika 6.3).

Slika 6.3: Deleži anketiranih glede na zaposlitev



6.2.1.2 Instrument

Poglavitni cilj raziskave je bil izmeriti opredelitve anketiranih do dajanja prve pomoči. Za ta namen smo oblikovali anketni vprašalnik kot instrument za kvantitativno merjenje dejavnikov, za katere smo predpostavljali, da pomembno prispevajo k razlikam v opredelitvah anketiranih do dajanja prve pomoči. Oblikovali smo strukturirani vprašalnik (Priloga A: Vprašalnik raziskave Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi). Vprašalnik smo zasnovali na predhodnih empiričnih raziskavah avtorja in sodelavcev (Bizjak in Slabe 2009; Slabe in Medja 2009; Šterbenc in Slabe 2009; Hafner in Slabe 2010; Karlin in Slabe 2010; Izlakar in Slabe 2011; Laharnar in drugi 2011; Dolenc in Slabe prav tam; Slabe in Fink 2012; Dolenc in Slabe 2012; Slabe in drugi 2012), ki obravnavajo različne vidike prve pomoči. Vprašalnik smo predhodno preizkusili in pridobili povratne informacije (pripombe in predloge) strokovnjakov. S postopkom postopnega oblikovanja in večkratnim preizkušanjem vprašanj smo povečali veljavnost instrumenta. Metodološko redakcijo vprašalnika in končno prilagoditev za telefonsko anketiranje je izdelala skupina sodelavcev CJMMK pod vodstvom dr. Slavka Kurdijske, ki je tudi koordiniral izvedbo telefonske ankete.

Vprašalnik je obsegal naslednje sklope:

1. sklop – usposabljanje iz prve pomoči: vprašanja se nanašajo na to, ali so in kje so anketirani pridobili znanje iz prve pomoči (vprašanja 2 in 3), koliko časa je že minilo od zadnjega usposabljanja (vprašanje 4) in koliko časa je usposabljanje trajalo (vprašanje 5), ali je usposabljanje, ki so se ga morda udeležili, obsegalo samo teoretični ali samo praktični del ali oba (vprašanje 6), kaj je bil razlog za udeležbo na tečaju (vprašanje 7), kakšna je njihova motivacija za usposabljanje s področja prve pomoči v prihodnje (vprašanja 8a in 8b), kakšni so razlogi, da se usposabljanja iz prve pomoči še niso udeležili (vprašanje 9), ter na kakšen način bi si morda želeli, da bi izboljšali svoje znanje prve pomoči (vprašanje 21). Na vprašanja 3 do 8a so odgovarjali samo anketirani, ki so se v preteklosti izobraževali iz prve pomoči, na vprašanje 9 pa le tisti, ki so na vprašanje 8a in 8b odgovorili pritrdilno. Vsa vprašanja tega sklopa so bila izbirnega tipa, anketirani pa so lahko izbirali med najmanj tremi do največ sedmimi ponujenimi odgovori. Z vprašanjem 21 smo ugotavljali, na kakšen način bi želeli anketirani izboljšati svoje znanje prve pomoči.
2. sklop – znanje prve pomoči: s prvim vprašanjem tega sklopa (vprašanje 12) smo s pomočjo enajststopenjske ocenjevalne lestvice merili samooceno znanja prve pomoči (od 0, ki pomeni, da anketirani nima prav nobenega znanja, do 10, ki pomeni, da ima odlično znanje prve pomoči). S preostalimi vprašanji (vprašanja od 13 do 18) smo merili teoretično znanje izbranih ukrepov prve pomoči. Pri oblikovanju vsebinskega koncepta tega sklopa vprašanj smo izhajali iz modela reševalne verige (Derganc 1994, 15) in ugotavljali znanje o izbranih ukrepih prvih štirih členov modela: neodložljivi ukrepi (vprašanja 14, 15, 16a in 16b), klic 112 (vprašanja 17 in 18), ukrepi prve pomoči (vprašanja 13, 16b, 16c, 16d in 16e) in transport (vprašanje 16f). Vprašanja številka 13, 14, 15 in 16 so bila izbirnega tipa, 17. in 18. vprašanje sta bili odprti vprašanja, pri katerih so anketirani odgovarjali, katera je po njihovem mnenju številka za klic v sili v Sloveniji in katera je skupna evropska številka za klic v sili.
3. sklop – opredelitve do dajanja prve pomoči: z vprašanjem številka 1 smo ugotavljali, kakšna je pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči na

splošno, z vprašanjem 19, kaj jih k temu spodbuja, in vprašanjem 20, kaj zmanjšuje njihovo pripravljenost za dajanje prve pomoči.

4. sklop – opredelitve do spodbujevalnih dejavnikov za dajanje prve pomoči: pri vprašanju 19 so anketirani s petstopenjsko Likertovo lestvico (Likert v Hlebec 2010, 15) ocenjevali stopnjo strinjanja s petimi ponujenimi trditvami (1 – sploh ne drži in 5 – povsem drži).
5. sklop – opredelitve do zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči: pri vprašanju 20 so anketirani prav tako s petstopenjsko Likertovo lestvico (prav tam) ocenjevali stopnjo strinjanja s sedmimi ponujenimi trditvami (1 – sploh ne drži in 5 – povsem drži).
6. sklop – demografski podatki: zanimalo nas je, ali imajo anketirani vozniško dovoljenje ter njihova starost, izobrazba, kraj bivanja, višina dohodka, zaposlenost, ali so zdravstveni delavci, vernost in spol.

6.2.1.3 Postopek zbiranja podatkov

Anketiranje je bilo opravljeno v času od 12. do 15. novembra 2012 v CJMMK. Postopek za izbor ciljnih oseb je potekal v dveh fazah: najprej je bil iz obstoječih baz telefonskih števil (Telekom Slovenije) izbran seznam telefonskih priključkov v sorazmerju z velikostjo slovenskih regij in posameznih krajev, s čimer smo zagotovili sorazmerno regionalno zastopanost anketirank in anketirancev v vzorcu. V drugi fazi izbora je bila znotraj gospodinjstva izbrana naključna oseba, ki spada v populacijo raziskave. Kljub temu da so družinski člani glede na svoje osebne in socialne značilnosti različno motivirani za odgovarjanje na telefonske klice, je bil anketiranec tisti polnoletni družinski član na vsakem izbranem telefonskem priključku, ki je v času opravljanja raziskave imel zadnji rojstni dan. Tako smo zagotovili večjo zanesljivost izbranega vzorca. Celoten postopek je temeljil na naključnosti in zagotavlja, da je imela vsaka oseba iz (dostopne) populacije enako verjetnost izbora. Če ciljna oseba ni bila dostopna, smo številko gospodinjstva klicali ponovno v naslednjih dnevih v času trajanja anketiranja (lahko tudi do osemkrat).

Postopek izbire ciljnih gospodinjestev, naknadno klicanje le-teh ter celotni postopek kontrole in upravljanja poteka telefonskih klicev, zmenkov in anketiranja je tekel programsko. Anketiranje je potekalo pretežno v popoldanskem in večernem času, med 16. in 21. uro, v določenih dneh pa nekoliko manj intenzivno tudi dopoldne. Intervjuji so trajali povprečno 13 minut. Čas, potreben za celotno izvedbo anketiranja, se je gibal okrog 400 ur. Telefonske intervjuje je na podlagi standardiziranega vprašalnika izvajalo 28 izšolanih anketarjev CJMMK.

Večina anketiranih je pokazala bodisi veliko (50,9 %) ali delno zanimanje (41,2 %) za tematiko, manjši delež (7,9 %) pa le minimalno zanimanje.

6.2.1.4 Analiza podatkov

Kvantitativne podatke, ki smo jih pridobili s telefonsko anketo, smo obdelali s programom za statistično obdelavo podatkov IBM SPSS Statistics 19,0 in programom Microsoft Excel 2007. Za analizo in povzemanje zbranih podatkov smo v skladu z zasnovo robustne metodološke triangulacije uporabili opisno statistiko ter metodo preverjanja domnev in analizo variance.

Korelacijo med odvisnimi spremenljivkami (angl. dependent variables) in neodvisnimi spremenljivkami (angl. independent variables) smo merili s Cramerjevim V-koeficientom in s Pearsonovim koeficientom korelacije⁷¹. Z deskriptivno statistično analizo smo ocenili povezavo med značilnostmi anketirancev (demografskimi značilnostmi, značilnostmi glede na njihovo preteklo usposabljanje in izkušnje iz prve pomoči) ter njihovimi opredelitvami do dajanja in usposabljanja iz prve pomoči. Jakost povezave smo merili s Cramerjevim V-koeficientom, katerega vrednost je med

⁷¹ Pearsonov test korelacije je kot standardni parametrični test primeren za preverjanje statistične povezanosti med spremenljivkami ali razlik med posameznimi skupinami vrednosti spremenljivk, ko so številske spremenljivke porazdeljene približno normalno (Field 2009).

0 in 1; čim bližje je vrednosti 1, večja je jakost povezave⁷². Za interpretacijo jakosti povezave spremenljivk, merjene s Cramerjevim V-koeficientom, smo upoštevali naslednja priporočila: vrednost 0,00 – ni povezanosti, od 0,00 do 0,15 – zelo šibka, od 0,15 do 0,20 – šibka, od 0,20 do 0,25 – zmerna, od 0,25 do 0,30 – zmerno močna, od 0,30 do 0,35 – močna, od 0,35 do 0,40 – zelo močna, od 0,40 do 0,50 – alarmantno močna (angl. worrisomely strong), od 0,50 do 0,99 soodvisna (angl. redundant) in 1 popolna odvisnost (Fletcher 2013).

Statistično značilnost razlike med vzorci več skupin smo določili z analizo variance (ANOVA). Z χ^2 testom smo ugotavljali statistično značilnost razlik v deležih (Košmelj 2007). Meja za statistično značilne razlike je bila postavljena pri $p < 0,05$.

6.2.1.5 Opis spremenljivk

Definirali smo naslednje neodvisne spremenljivke:

- spol (1 – moški, 2 – ženski),
- starost (do 30 let, 31–45 let, 46–60 let, 61 let in več),
- kraj bivanja (podeželje, manjši kraj ali mesto, večje mesto, Ljubljana ali Maribor),
- izobrazba (osnovna, poklicna, srednja, višja/visoka),
- vozniško dovoljenje (da, ne),
- višina dohodka (pod povprečjem, v povprečju, nad povprečjem),
- zaposlenost (zaposlen v gospodarstvu, zaposlen v negospodarstvu, samozaposlen, kmet, gospodinja, upokojenec, študent/dijak, brezposeln, drugo),
- zdravstveni delavec (da, ne),

⁷² Za Cramerjev koeficient običajno veljajo nekoliko nižja merila glede povezanosti, ki se nanašajo na stopnje prostosti: pri eni stopinji prostosti že pri koeficientu nad 0,50 lahko govorimo o razmeroma močni povezanosti med spremenljivkama, srednje močna je povezanost pri koeficientu 0,30 in majhna pri koeficientu nad 0,10 (Stropnik in Srakar 2015, 172).

- vernost (veren, ni veren, nekaj vmes).

Pri posameznih vsebinskih sklopih smo definirali naslednje odvisne spremenljivke:

1. sklop – usposabljanje iz prve pomoči:

- kontekst pridobitve znanja prve pomoči (v času šolanja, na tečaju za voznike, v službi, v društvu, v vojski, na posebnih tečajih, drugo),
- pripravljenost pridobiti/obnoviti znanje prve pomoči (da, ne),
- samoocena znanja prve pomoči (slabo, srednje, dobro);

2. sklop – znanje prve pomoči:

- poznavanje prvega ukrepa, če se oseba nenadno zgrudi in negibno obleži (pozna, ne pozna),
- poznavanje pravilnega razmerja masaže srca in vpihov pri oživljanju odrasle osebe (pozna, ne pozna),
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve, povezanih z uporabo alkohola v prvi pomoči (za razkuževanje ran, za zmanjšanje bolečine pri poškodbah, za pomiritev ponesrečenca, za obkladek in pri želodčnih težavah),
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve »hudo krvavitev lahko zaustavimo tako, da pritisnemo na krvavečo rano«,
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve »amputiranega dela (npr. prsta) nikoli ne damo na led«,
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve »opeklinsko rano čim prej namažemo z mazilom«,
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve »v kompletu za prvo pomoč za v avto so tudi rokavice«,
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve »pri poškodbah kosti in sklepov naj poškodovani ne je in ne pije pred pregledom pri zdravniku«,
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve »bolnika s sumom na zlom kolka čim prej sami odpeljemo v bližnjo zdravstveno ustanovo«,
- ocena (da, ne) pravilnosti trditve »če se med kosilom komu zaleti in začne močno kašljati, ga moramo spodbujati, da še naprej kašlja«,
- poznavanje številke za klic v sili v Sloveniji (pozna, ne pozna),
- poznavanje skupne evropske številke za klic v sili (pozna, ne pozna);

3. sklop – opredelitve do dajanja prve pomoči:

- pripravljenost za dajanje prve pomoči (bi dal, bi raje prepustil drugim, ne ve/brez odgovora (b/o)),
- ocena potrebe po obnovitvi lastnega znanja prve pomoči (da, ne, ne ve/b. o.),
- stopnja strinjanja s trditvijo »udeležil bi se tečaja, če bi me kdo obvestil«.

Spodbujevalni dejavniki:

- stopnja strinjanja s trditvijo »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu«,
- stopnja strinjanja s trditvijo »pomagal bi, ker mi tako nalaga zakonodaja«,
- stopnja strinjanja s trditvijo »kdor zna pomagati, je občudovanja vreden«,
- stopnja strinjanja s trditvijo »verjamem, da bo tudi meni kdo pomagal«.

Zaviralni dejavniki:

- stopnja strinjanja s trditvijo »bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval«,
- stopnja strinjanja s trditvijo »med dajanjem prve pomoči se človek lahko okuži«,
- stopnja strinjanja s trditvijo »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljeni material iz kompleta za prvo pomoč«,
- stopnja strinjanja s trditvijo »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro«,
- stopnja strinjanja s trditvijo »bojim se, da me bo poškodovanec kasneje tožil«.

6.2.2 Zbiranje kvalitativnih podatkov s fokusnimi skupinami o opredelitvah do dajanja prve pomoči

Pri raziskovanju kompleksnega vprašanja o vplivu različnih družbenih dejavnikov na odnos do dajanja prve pomoči v sodobni slovenski družbi smo uporabili kvalitativno metodo fokusnih skupin (angl. focus group). Pridobivanje podatkov poteka prek pogovora skupine ljudi na vnaprej znano temo in po vnaprej določenem načrtu, metoda pa omogoča odkrivanje stališč, mnenj, opredelitev, primerjavo utemeljitev in

različnih pogledov na pojave (Krueger in Casey 2000, 4; Klemenčič in Hlebec 2007, 7–8). Tako kot dajanje prve pomoči poškodovanemu ali nenadno obolelemu človeku poteka v socialni interakciji, se tudi vedenjski vzorci razvijajo v skupini. Človek ima kot socialno bitje izkušnje delovanja v različnih skupinah, nanj sočasno vplivajo okolje in ljudje okoli njega, hkrati pa tudi sam povratno vpliva na ljudi okoli sebe. Prav to omogoča metoda pogovora v fokusnih skupinah (Krueger in Casey prav tam, 3).

6.2.2.1 Načrtovanje srečanj fokusnih skupin

V skladu s priporočeno metodologijo izvedbe fokusnih skupin (prav tam; Klemenčič in Hlebec prav tam) smo oblikovali organizacijsko skupino. To so tvorili:

- avtor, ki je bil v vlogi načrtovalca, organizatorja, moderatorja in analitika, deloma pa tudi v vlogi prepisovalca;
- dva asistenta, ki sta v nekaterih primerih imela vlogo snemalca, pomagala sta tudi pri organizaciji izvedbe nekaterih srečanj ter neodvisno drug od drugega preverila analizo, s čimer smo povečali zanesljivost rezultatov;
- dva prepisovalca pogovorov.

V primeru tretje fokusne skupine v drugi starostni kategoriji (FS/B3) je vlogo moderatorja prevzela asistentka, medtem ko je bil avtor v vlogi snemalca.

Najprej smo organizirali pilotno fokusno skupino (tabela 6.2), ki so jo sestavljali prostovoljni udeleženci, tj. študentje in zaposleni na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani (ZF UL). K sodelovanju smo jih povabili osebno. S pilotno izvedbo smo preverili načrt izpeljave v praksi: metodologijo fokusnih skupin (faze priprave, izvedbe in analize), vprašalnik in tehniko snemanja. Pogovor, ki je trajal 49 minut, smo snemali z avdio snemalno napravo. Na podlagi analize pilotne fokusne skupine smo se odločili, da bomo poleg avdio snemanja uporabili tudi video snemanje pogovora posamezne fokusne skupine in tako olajšali prepise pogovorov, medtem ko nabora vprašanj nismo spreminjali.

Tabela 6.2: Realizacija izvedbe načrta pilotne fokusne skupine

Oznaka	Kraj	Lokacija	Datum	Trajanje pogovora	Udeleženci		
					Ženske	Moški	Skupaj
FS Test	Ljubljana	Zdravstvena fakulteta UL	22. 1. 2014	49 minut	5	2	7

Načrtovali smo, da bomo minimalno teoretično zasičenost⁷³ dosegli s tremi fokusnimi skupinami iz vsake ciljne skupine udeležencev.

V skladu s priporočili (Krueger in Casey prav tam; Klemenčič in Hlebec prav tam) smo v okviru načrta fokusnih skupin za vodenje evidenc oblikovali posamezne obrazce: seznam udeležencev fokusne skupine, obrazec s podatki o udeležencih, obrazec sedežni red⁷⁴ ter opomnik za organizacijsko skupino. Za vsako fokusno skupino smo predvideli točen termin izvedbe (datum, uro), lokacijo (prostor) ter potrebno opremo. Prostor smo izbrali glede na obstoječe zmožljivosti, termin pa prilagodili razpoložljivemu času sodelujočih. Z izjemo FS/A2⁷⁵ so bili vsi pogovori opravljeni v popoldanskem času.

6.2.2.2 Oblikovanje vzorca in pridobivanje udeležencev

Opredelili smo naslednje kriterije za vključitev v fokusno skupino: a) polnoletna oseba; b) oseba, ki nima končane formalne zdravstvene izobrazbe ter c) pripravljenost za sodelovanje. V posamezni fokusni skupini smo predvideli od 6 do 8 udeležencev, vendar je v treh primerih prišlo do odstopanja: v primeru FS/A2 je bila pripravljenost mladih za sodelovanje v skupini večja, kot smo pričakovali, zato jih

⁷³Klemenčič in Hlebec (2007, 22) poudarjata, da je fokusnih skupin dovolj, »ko dosežemo t. i. teoretično zasičenost (angl. *theoretical saturation*) oziroma ko razkrijemo celoten obseg obravnavanega problema. Povedano drugače: nove fokusne skupine ne dajo dodatnih informacij. Če je tema zahtevna ali raznovrstna, bomo vsekakor potrebovali več fokusnih skupin (od 3 do 5). Če uporabljamo pri zbiranju podatkov triangulacijo, to pomeni, da imamo na voljo več različnih virov podatkov, je lahko tudi manj fokusnih skupin«.

⁷⁴ Sedežnega reda nismo predvideli vnaprej, pač pa smo na obrazec vpisali imena udeležencev posamezne fokusne skupine v zaporedju, v kakršnem so se posedli. To je olajšalo komunikacijo moderatorja z udeleženci in tudi prepis pogovora, v katerem je pomembno, da se posamezna izjava pripiše ustreznemu udeležencu.

⁷⁵ Pogovor FS/A2 je bil opravljen dopoldne, v okviru programa Projektno učenje mladih.

nismo odklonili, v primeru FS/B1 in FS/B3 pa je v zadnjem trenutku prišlo do odpovedi udeležbe⁷⁶.

Udeležence smo pridobili na različne načine: deloma po principu snežene kepe, deloma smo izrabili utečeno sodelovanje s posamezniki in ustanovami ter s kombinacijo obeh pristopov⁷⁷. Za pridobivanje udeležencev smo sestavili dokument z naslovom Povabilo za sodelovanje v fokusni skupini in osnovne informacije za udeležence (priloga B), ki smo ga morebitnim udeležencem posredovali prek e-pošte. Izhajali smo iz predpostavke, da lahko prav vsak udeleženec s svojimi edinstvenimi izkušnjami in osebnimi mnenji pomembno prispeva k osvetlitvi obravnavane problematike.

Udeležencem, ki so pristali na sodelovanje, smo posredovali še podrobnejša navodila, tj. dokument z naslovom Dodatne informacije za sodelujoče v fokusni skupini (priloga C). V primerih, ko smo k sodelovanju povabili skupino oseb (FS/A2, FS/C1, FS/C2 in FS/C3), smo stopili v stik z odgovorno osebo (s članico mentorskega tima Projektnega učenja mladih (PUM-a), s predsednikom društva upokojencev, predsednico Krajevne organizacije RK, vodjo skupine starih ljudi za samopomoč), ki je nato našo prošnjo prenesla članom svoje skupine.

Oblikovali smo po starosti homogene skupine udeležencev. Zlasti so nas zanimale razlike v opredelitvah do dajanja prve pomoči ter v motivaciji za usposabljanje iz prve pomoči med tremi starostnimi skupinami (med mlajšo generacijo (do 30 let), srednjo (od 31 do 60 let) in starejšo (61 let ali več)). Predvideli smo tudi, da bo v takih, tj. glede na starost homogenih skupinah, pogovor bolj sproščen in da bodo lahko prav vsi udeleženci izrazili svoje mnenje o izbrani temi. V posameznih primerih so bile skupine po naključju homogene še glede drugih demografskih značilnosti:

- v FS/A1 in v FS/C1 so bile vključene same ženske, v FS/C1 članice skupine starih za samopomoč;
- FS/A2 so tvorili mladi, ki so v času izvedbe pogovora v skupini obiskovali PUM;

⁷⁶ Krueger in Casey (2000, 10) priporočata, da naj posamezno skupino tvori od 6 do 10 oseb, lahko tudi 4 do 12 oseb. Poudarjata, da mora biti skupina dovolj majhna, da lahko vsak udeleženec pove svoje mnenje, in hkrati dovolj velika, da dobimo raznovrstnost mnenj, stališč, pogledov.

⁷⁷ Klemenčič in Hlebec (2007, 27) opozarjata, da posamezniki v sodelovanje v fokusnih skupinah hitreje privolijo, če so člani kakih organizacij oziroma formalnih ali neformalnih skupin in imajo z njimi dober odnos.

- vsi udeleženci FS/B2 so bili iz Škofje Loke, vsi udeleženci FS/C2 pa iz Ankarana;
- udeleženci FS/C3 so bili člani Društva upokojencev Škofja Loka.

6.2.2.3 Izpeljava srečanj

Vse sodelujoče smo na začetku prosili, da izpolnijo obrazec Demografski podatki o udeležencih (priloga Č) ter preberejo in podpišejo izjavo Soglasje udeleženca za prostovoljno sodelovanje v raziskavi (priloga D).

Pogovori so potekali po vnaprej določenih vprašanjih, pri čemer smo si prizadevali ohraniti potrebno prožnost. Razpravo je usmerjal moderator, ki pozna obravnavano tematiko in ima hkrati izkušnje z vodenjem pogovorov v skupini. Moderator je uvodoma nagovoril udeležence, jih seznanil z namenom in pravili pogovora v skupini, jih povabil, da se predstavijo, s pripravljenimi vprašanji ter podvprašanji spodbudil in vodil pogovor ter na koncu pogovor povzel. Pri tem si je pomagal z vnaprej določenimi petimi različnimi tipi vprašanj (Krueger in Casey prav tam, 43–46): z začetnimi, uvodnimi, prehodnimi, ključnimi in končnimi (priloga E). V povprečju je pogovor o obravnavani tematiki trajal 36 minut, najmanj v FS/A2 (22 minut) in največ v FS/C3 (51 minut).

V izpeljavo pogovora nekaterih fokusnih skupin (FS/Test, FS/A1, FS/B3) je bil glede na priporočila (Klemenčič in Hlebec prav tam, 38) vključen tudi asistent, ki je skrbel za nemoten potek srečanja in snemal pogovor.

V vseh primerih smo stole za udeležence razporedili v polkrogu. S tako razporeditvijo smo želeli omogočiti, da bi se vsi udeleženci počutili enakovredni sogovorniki, tj. da vse obravnavamo kot poznavalce, ki lahko pomembno pripomorejo k osvetlitvi obravnavane tematike, bolj učinkovito je bilo tudi snemanje pogovora. Pogovore smo snemali z avdio snemalno napravo (OLYMPUS WS-832) in digitalnim fotoaparatom (Sony HX50), s snemanjem pa smo udeležence vnaprej seznanili. Hkrati smo jim uvodoma tudi povedali, da če bi kdorkoli želel, da se kateri del posnetka na koncu

zbriše, to lahko tudi zahteva, vendar nihče od sodelujočih te možnosti ni uveljavil. Pridobljeni posnetki so bili osnova za prepis in nadaljnjo analizo.

Sodelujočim smo se na koncu zahvalili za njihov čas in sodelovanje ter jim v zahvalo ponudili prikaz temeljnih postopkov oživljanja na modelu (Leardal Resusci Anne Basic) z uporabo AED-ja (ZOLL® AED Plus Trainer) ali prikaz ukrepov prve pomoči v primeru zapore dihalne poti zaradi tujka na učnem modelu odraslega (Choking Charlie, Leardal) z možnostjo vadbe postopka. Vse skupine so ponudbo sprejele. Prikazali smo jim postopke prve pomoči, ki so jih izbrali, večina udeležencev jih je tudi vadila. Posebna zahvala je bila namenjena sodelujočim, ki so se udeležili pogovora v okviru fokusne skupine kljub temu, da so morali sami kriti stroške prevoza. Da bi se udeleženci čim bolj počutili, smo poskrbeli tudi za sadni napitek in piškote.

Izvedba posamezne fokusne skupine (neposredne priprave, sprejem udeležencev, izvedba pogovora, demonstracija TPO, zahvala ter končno delo) je trajala od ure in pol (FS/C3) do največ dve uri in pol (FS/C3) (tabela 6.3, tabela 6.4 in tabela 6.5).

Tabela 6.3: Realizacija izvedbe načrta fokusnih skupin za starostno skupino do 30 let

Oznaka	Kraj	Lokacija	Datum	Trajanje pogovora	Udeleženci		
					Ženske	Moški	Skupaj
FS A1	Ljubljana	Zdravstvena fakulteta UL	27. 3. 2014	23 minut	7	–	7
FS A2	Škofja Loka	Projektno učenje mladih (PUM)	1. 4. 2014	22 minut	3	10	13
FS A3	Ljubljana	Zdravstvena fakulteta UL	11. 9. 2014	49 minut	2	4	6
SKUPAJ				94 minut	12	14	26
Starost \bar{x} let				31 minut	24,3	22,3	23,2

Tabela 6.4: Realizacija izvedbe načrta fokusnih skupin za starostno skupino od 31 do 60 let

Oznaka	Kraj	Lokacija	Datum	Trajanje pogovora	Udeleženci		
					Ženske	Moški	Skupaj
FS B1	Ljubljana	Zdravstvena fakulteta UL	31. 3. 2014	32 minut	3	2	5
FS B2	Škofja Loka	Območno združenje RK	24. 9. 2014	41 minut	3	4	7
FS B3	Škofja Loka	Območno združenje RK	2. 4. 2014	36 minut	2	3	5
SKUPAJ				109 minut	8	9	17
Starost \bar{x} let					47,4	45	46

Tabela 6.5: Realizacija izvedbe načrta fokusnih skupin za starostno skupino 61 let ali več.

Oznaka	Kraj	Lokacija	Datum	Trajanje pogovora	Udeleženci		
					Ženske	Moški	Skupaj
FS C1	Škofja Loka	Krajevna skupnost	8. 4. 2014	28 minut	7	–	7
FS C2	Ankaran	Krajevna skupnost	9. 4. 2014	40 minut	3	3	6
FS C3	Škofja Loka	Društvo upokojencev	24. 4. 2014	51 minut	5	1	6
SKUPAJ				119 minut	15	4	19
Starost \bar{x} let					72,3	68,5	71,5

6.2.2.4 Analiza in oblikovanje izsledkov

Posnetke pogovorov in dokumentacijo o fokusnih skupinah hrani avtor, ki jamči za varstvo podatkov. Naredili smo prepise pogovorov fokusnih skupin v skupnem obsegu 81 strani⁷⁸ (tabela 6.6). Avtentičnost prepisov, ki sta jih naredila prepisovalca, je avtor v celoti še enkrat preveril. Dokumentacijo smo uredili, kodirali, oblikovali kategorije in podkategorije, te pa združili v posamezne tematske sklope. Iz zbranega gradiva smo v naslednjem koraku opredelili povezave med posameznimi temami in kategorijami (Mesec 1998, 102). Podatkov, pridobljenih s pogovorom FS test, v analizi nismo zajeli.

⁷⁸ A4-format, tip črk arial, velikost črk 10, z enojnim razmikom med vrsticami.

Tabela 6.6: Dokumentacija o fokusnih skupinah

Oznaka	Dokumentacija		Prepis	Število strani
	Avdio posnetek	Video posnetek		
FS Test	✓	–	✓	15
FS A1	✓	✓	✓	6
FS A2	✓	✓	✓	6,5
FS A3	✓	✓	✓	7,5
FS B1	✓	✓	✓	8
FS B2	✓	✓	✓	7
FS B3	✓	✓	✓	7
FS C1	✓	✓	✓	7
FS C2	✓	✓	✓	8
FS C3	✓	✓	✓	9
SKUPAJ				81

Imena posameznih udeležencev smo zaradi zagotavljanja anonimnosti v prepisih zamenjali in označili s pripadajočimi kodami. Pri tem posamezna oznaka pomeni:

- FS – fokusna skupina,
- A – starost udeležencev do 30 let; B – starost udeležencev od 31 do 60 let; C – starost udeležencev 61 let ali več,
- 1, 2 ali 3 – zaporedna številka skupine,
- Ž – udeleženka, sledi zaporedna številka udeleženke,
- M – udeleženec, sledi zaporedna številka udeleženca.

6.2.3 Zbiranje podatkov s terenskimi eksperimenti o skladnosti med opredelitvami do dajanja prve pomoči in ravnanji v vsakdanjih praksah

V tretji metodološki pristop sočasnega triangulacijskega načrta je spadalo šest terenskih eksperimentov. To je različica eksperimenta, kjer so bili podani vsi logični pogoji za eksperiment, vendar tega nismo izvedli v laboratoriju, temveč v določenih »naravnih okoliščinah«, kjer bi do takšne situacije sicer lahko prišlo, vendar pa je bila povzročena umetno (Flere 2000, 106). Za tak metodološki pristop smo se odločili z namenom proučevanja odziva naključnih opazovalcev simuliranega dogodka, v

katerem oseba z znamenji akutnega koronarnega sindroma (AKS) potrebuje prvo pomoč.

Zamisel za izvedbo terenskih eksperimentov v okviru disertacije smo črpali iz podobnega eksperimenta, ki so ga leta 2004 izvedli študenti Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani na Čevljarškem mostu v starem delu Ljubljane (Ahčan 2006a) in v katerem je imitator, »namišljeni bolnik« (mlajši moški oz. študent), zaigral, da se je opotekel, zgrudil, izgubil zavest, občasno pa so ga stresali krči. V protokol izvedbe eksperimentov smo vnesli določene spremembe in ga že prej preizkusili na vaji Potres Idrija 2011 (Slabe in drugi 2012). Protokol je predvideval, da bo gospod zgodnjih srednjih let sprva simuliral hudo prsno bolečino, nato pa se po dveh minutah zgrudil in odigral nezavestno osebo, ki diha normalno. Dve minuti kasneje bo »očividec« prinesel vadbeni AED in vprašal, ali ga zna kdo uporabiti. Za te spremembe smo se odločili, ker nas je zanimalo:

- Ali bodo bolniku z znamenji AKS očividci dali prvo pomoč?
- Ali bo bolniku kdo od očividcev pomagal, ali mu bo sam priskočil na pomoč, ali bo to šele potem, ko bo bolnik zaradi stiske prosil za pomoč?
- Ali bo prva pomoč očividcev bolniku z znamenji AKS v skladu z veljavnimi doktrinarnimi napotki?
- Ali bodo očividci znali preveriti znake življenja (odzivnost, dihanje)?
- Ali bodo očividci znali nezavestnega bolnika, ki diha normalno, namestiti v stabilni bočni položaj?
- Ali bodo očividci znali uporabiti AED?

Prošnjo (priloga F) z zahtevanimi prilogami za presojo etičnosti in izdajo soglasja k raziskovalnemu predlogu – izvedbi terenskih eksperimentov v okviru raziskave »Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi« smo 17. septembra 2013 naslovili na Komisijo RS za medicinsko etiko. Komisija je na seji 24. septembra 2013 ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva in dala soglasje za izvedbo (priloga G).

Eksperimente smo izvedli po vnaprej določenem protokolu in načrtno izbranih lokacijah (tabela 6.7): 1. večje mesto (Ljubljana), 2. manjši kraj ali mesto (Koper) in 3.

podeželje (Primskovo). Eksperiment, ki smo ga izvedli na Primskovem, smo zaradi delne realizacije ter naknadne ugotovitve, da ne ustreza kriteriju »podeželje«, ponovili na Rečici ob Savinji, kjer smo izpeljali tri ponovitve na dveh lokacijah.

Tabela 6.7: Izvedeni terenski eksperimenti v okviru raziskave Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi

Zap. št.	Datum	Kraj	Število prebivalcev ^{79, 80}	Dogodek umestitve eksperimenta
1.	13. 9. 2014	Ljubljana	276000	Otroški bazar – svetovni dan PP ⁸¹
2.	27. 9. 2014	Koper	26000	XX. državno preverjanje usposobljenosti ekip PP CZ in RK
3	14. 10. 2014	Primskovo	5000 ⁸²	Praznik Krajevne skupnosti Primskovo – zbiralna akcija in predstavitev RK
4	6. 6. 2015	Rečica ob Savinji ⁸³ (A, B in C)	2300 ⁸⁴	XXI. preverjanje ekip PP, CZ in RK Celjske regije

Vse eksperimente smo umestili v okvir načrtovanih dogodkov Uprave republike Slovenije za zaščito in reševanje (URSZR) in/ali Rdečega križa Slovenije (RKS). Tako smo skušali zagotoviti, da bi bili udeleženci vnaprej okvirno seznanjeni z dogodkom, povezanim s prvo pomočjo, vendar ne tudi s samim eksperimentom. Eksperimente smo načrtovali kot simulacijo dogodka na javnem kraju, ko bo v navzočnosti naključnih oseb »namišljeni bolnik« potreboval prvo pomoč.

Za sodelovanje smo prosili prostovoljca, ki imata z imitiranjem stanj poškodovanih in obolelih na različnih vajah URSZR ter RKS že večletne izkušnje. Protokol smo razložili imitatorju (gospodu zgodnjih srednjih let), ki je bil predviden za igranje vloge

⁷⁹ Vir: Republika Slovenija, Statistični urad RS.

⁸⁰ Podatki veljajo za leto izvedbe eksperimenta in smo jih smiselno zaokrožili.

⁸¹ PP – prva pomoč.

⁸² Podatek velja za celotno KS Primskovo, ki jo sestavljajo vasi Gorenje, Primskovo in Klanec ter naselje Planina III (Krajevna skupnost Primskovo).

⁸³ Izvedli smo tri eksperimente.

⁸⁴ Sam kraj Rečica ob Savinji ima približno 700 prebivalcev (preveril avtor telefonsko na Občini Rečica ob Savinji 27. novembra 2015).

bolnika z AKS (imitator 1). Ocenili smo, da gospod zgodnjih srednjih let in nekoliko močnejše postave ustreza predstavi o osebi s povečanim tveganjem za AKS⁸⁵ ter se tako skušali čim bolj približati morebitnemu dejanskemu primeru. Masker je imitatorja temu primerno naličil⁸⁶ (prikazal bledico obraza in pot), ta pa je dobil tudi navodila o posnemanju stanja: da naj oteženo diha, kaže trpeč izraz na obrazu, se drži za prsni koš, nato išče stik z navzočimi in toži o hudi bolečini v prsih. Po približno treh minutah naj se zgrudi in nepremično obleži. Na klice naj se ne odziva, vendar naj bo opazno, da diha. Na tak način smo želeli zmanjšati tveganje, da bi kdo od očividcev na imitatorju začel izvajati zunanjo masažo srca. Imitator 2 – prinašalec AED-ja (mlajši upokojenec) je bil predviden, da po približno dveh minutah (od trenutka, ko bo namišljeni bolnik obležal na tleh) prinese AED ter vpraša, ali zna kdo aparaturo uporabiti. V prvih treh eksperimentih smo uporabili učni AED – Defibtech TRAINER AED, v zadnjem pa učni ZOLL® AED Plus Trainer.

V vseh eksperimentih sta bila imitatorja isti osebi, razen v eksperimentu na Rečici ob Savinji, ko je imitatorja 2 zaradi odsotnosti nadomestil študent 2. stopnje zdravstvene nege Zdravstvene fakultete Univerze v Ljubljani. Priprave z imitatorji so poleg navodil glede imitiranja stanja oz. vloge obsegale tudi dogovor o sodelovanju, pri čemer smo posebej poudarili prostovoljni pristanek na sodelovanje. Dogovorili smo se tudi, da lahko imitator ali avtor disertacije v katerem koli trenutku prekine oz. odstopi od eksperimenta, če bi tako presodil. Zlasti bi bilo to nujno, če bi očividci nameravali na imitatorju izvajati kakršen koli nevaren postopek.

Eksperimente smo prikrito snemali z digitalnima fotoaparatom (Sony HX50 s 30-kratnim optičnim zumom in z 20,4 milijona slikovnih točk ločljivosti ter s fotoaparatom Nikon COOLPIX S9400 z 18-kratnim optičnim super zumom in z 18 milijoni točk ločljivosti) z dveh različnih zornih kotov. Imitator 1 je zaradi morebitne potrebe po preverljivosti pogovora navzočih ob »bolniku« imel v žepu tudi govorno snemalno napravo (OLYMPUS WS-832), ki pa pri tretjem eksperimentu (Primskovo) ni delovala.

⁸⁵ Poj in Kovač (2006, 124) navajata, da je tveganje večje pri moških, starejših osebah, kadilcih, pri bolnikih s povečanim krvnim tlakom, povečano vsebnostjo krvnih maščob in holesterola in pri diabetikih.

⁸⁶ V eksperimentu na Rečici ob Savinji maskerja ni bilo.

Dogodek smo želeli umestiti v prostor, kjer bo v trenutku izvedbe navzočih različno število ljudi. Tik pred začetkom izvedbe smo na telefonsko številko 112 v pristojni Regijski center za obveščanje (ReCO) sporočili, da bomo začeli eksperiment. To je bilo nujno zato, da bi operater v ReCO eksperiment ločil od morebitnih resničnih primerov nujnega stanja na isti lokaciji oz. v neposredni bližini. Z izvedbo eksperimenta je bila vnaprej seznanjena le ožja skupina ljudi: imitatorja, masker, eden ali dva snemalca, ključni organizator(ji) prireditve, v katero smo umestili posamezni eksperiment, ter operater v regijskem centru za obveščanje (v ReCo Kranj sta bila dva), v primeru eksperimenta 3 (Primskovo) pa še skupina šestih osnovnošolcev – članice in član ekipe prve pomoči ter njihova mentorica in avtor disertacije, ki je bil (z izjemo Primskovega) hkrati tudi v vlogi snemalca. Po vsaki izvedbi smo se udeležencem zahvalili, jim pojasnili namen eksperimenta ter jih povabili, da si ogledajo dejavnosti, povezane s prvo pomočjo na prireditvi, v katero je bil eksperiment umeščen. Poleg tega smo v ReCO oz. na dogovorjeno telefonsko številko sporočili, da je eksperiment končan.

Kljub skrbnemu načrtovanju in predhodnemu testiranju metodologije na vaji Potres Idrija 2011 je med izvedbo posameznih eksperimentov prihajalo tudi do nepredvidenih dogodkov. Določene izkušnje pri izvedbi posameznih eksperimentov smo uporabili pri izvedbi naslednjih, kar je razvidno iz opisa protokolov eksperimentov v nadaljevanju.

6.2.3.1 Protokoli izvedbe terenskih eksperimentov

V nadaljevanju podrobneje opisujemo fazo priprave in izvedbe za vsak eksperiment posebej.

6.2.3.1.1 Prvi terenski eksperiment – Ljubljana

Od 11. do 14. septembra 2014 je na Gospodarskem razstavišču v Ljubljani potekal 9. otroški bazar⁸⁷. V okviru prireditve se je na stojnici ter s prikazom TPO predstavil tudi Rdeči križ Slovenije – zveza združenj. Izvedbo eksperimenta smo načrtovali za soboto, 13. septembra, prav na svetovni dan prve pomoči.

Po predhodnem telefonskem pogovoru in odobritvi izvedbe eksperimenta v okviru otroškega bazarja smo opis protokola eksperimenta po elektronski pošti (12. septembra 2014) naslovili na pristojno službo Gospodarskega razstavišča – Prireditveni center Ljubljana (GR Ljubljana). Na enak način je potekala tudi komunikacija z vodjo URSZR, Izpostava Ljubljana. Dogovor z Izpostavo URSZR Ljubljana je bil potreben zaradi dogovora z ReCO Ljubljana, v pristojnosti katerega je številka za klic v sili (112) na območju Ljubljanske regije. Sodelovanje z RKS je bilo ustno dogovorjeno (11. september 2014). Študenta ZF UL sta bila ta dan zadolžena za predstavitveno stojnico ter za prikaz TPO zainteresiranim obiskovalcem prireditve na eni izmed aktivnosti RKS v okviru svetovnega dneva PP.

Uro pred začetkom smo se zbrali vsi člani ekipe eksperimenta (imitator 1, imitator 2, masker, snemalec 1, odgovorna oseba GR ter avtor). Dogovorili smo se glede mikrolokacije ter določili položaje snemalcev. Preverili smo tudi, ali je stojnica RKS postavljena ter ali poteka predstavitvev TPO. Po sporočilu na ReCo Ljubljana smo ob približno 12.00 uri začeli z izvedbo. Po zaključku smo se vsem, ki so pomagali bolniku in so bili še ob imitatorju ali v neposredni bližini, pojasnili, da je dogodek umeščen v okvir svetovnega dneva PP ter jih povabili na predstavitvev TPO ob stojnici RKS. Dva očividca sta pokazala zanimanje za uporabo AED-ja, in smo jima to tudi pojasnili. Eksperiment je trajal 5 minut in 10 sekund.

⁸⁷ Otroški bazar je prireditev izobraževalno-sejemske narave, ki staršem ponuja raznovrstne informacije in nakup izdelkov, ideje za počitnice, za otroke pa pripravlja delavnice, športne aktivnosti in drugo (Otroški bazar 2015).

6.2.3.1.2 Drugi terenski eksperiment – Koper

26. in 27. septembra 2014 je bilo v Kopru XX. državno preverjanje usposobljenosti ekip PP CZ in RK⁸⁸. Z izvedbo načrtovanega eksperimenta v soboto, 27. septembra, je bil na sestanku seznanjen organizacijski odbor preverjanja (23. septembra 2014). Dogovor z regijskim centrom za obveščanje je potekal prek vodje izpostave URSZR Koper, ki je bil hkrati tudi član organizacijskega odbora XX. državnega preverjanja.

Načrtovali smo, da bomo eksperiment izpeljali zjutraj, še pred začetkom preverjanja usposobljenosti ekip, ki je ta dan potekalo v mestnem jedru Kopra. S tem smo se želeli izogniti možnosti, da bi bila naša simulacija preveč očitna in bi jo lahko kdo od očividcev zamenjal s simulacijami naravnih in drugih nesreč, na katerih so preverjali znanje pripadniki ekip PP. Ker je bilo dokaj zgodaj, je bilo na Titovem trgu le malo ljudi. V skrajnem jugozahodnem delu trga je že potekala priprava enega od delovišč za državno preverjanje (s pripravo so bili zaposleni trije pripadniki CZ), ki se je začelo uro kasneje, zato smo mikrolokacijo izvedbe eksperimenta določili blizu trgovine Mercator na skrajnem jugovzhodnem delu trga. Ta lokacija je omogočala dober pogled snemalca na prizorišče z balkona nad prehodom s trga proti južnemu delu mesta. Ob približno 8.30 smo vodji Izpostave URSZR Koper na odgovorjeno številko sporočili, da bomo eksperiment začeli, ta pa je to sporočil dežurnemu operaterju v ReCO Koper. Po zaključku smo navzočim pojasnili, da gre za dogodek v okviru XX. državnega preverjanja, ter jih povabili, da si prireditev ogledajo. Vsem, ki so pomagali bolniku, smo se zahvalili za izkazano pomoč. Eksperiment je trajal 5 minut in 47 sekund.

⁸⁸ Vsakoletno državno preverjanje usposobljenosti ekip prve pomoči na pobudo Strokovnega centra za PP pri RKS organizirajo URSZR, Glavni odbor RKS in občina, kjer preverjanje gostuje. Namen preverjanja je okrepiti delo na področju prve pomoči v občinah, organizacijah, zavodih in podjetjih (ustanavljanje ekip, kadrovske dopolnjevanje, usposabljanje članov in opremljanje), da bi tako izboljšali stanje na področju znanja prve pomoči v Sloveniji. Gre za odmeven dogodek, ki poteka v mestnih središčih in na katerem sodelujejo najboljše uvrščene ekipe na predhodnih regijskih preverjanjih, zmagovalna ekipa pa se udeleži evropskega festivala prve pomoči (First Aid Convention in Europe – FACE) (Uprava RS za zaščito in reševanje in Rdeči križ Slovenije 2014, 5).

6.2.3.1.3 Tretji terenski eksperiment – Primskovo

14. oktobra 2014 je v domu krajanov Primskovo pri Kranju v okviru praznika KS potekala zbiralna akcija Rdečega križa s prikazom TPO. Po vnaprejšnjem telefonskem dogovoru s sekretarko RKS Območno združenje Kranj (1. oktober 2014) smo na organizacijo istega dne prek elektronske pošte naslovili še pisno prošnjo z opisom protokola eksperimenta. Na njen odgovor (2. oktobra 2014) in predlog smo se glede konkretne izvedbe eksperimenta telefonsko dogovorili s predsednikom Krajevne organizacije RK Primskovo (9. oktober 2014). Predsednik je naknadno (na dan izvedbe) izrazil željo oziroma predlagal, da bi eksperiment lahko opazovali tudi člani osnovnošolske ekipe PP, ki so zelo dejavni⁸⁹. To naj bi bila nekakšna nagrada in priznanje za njihovo zavzeto delo. S predlogom smo se strinjali.

Glede obveščanja ReCO Kranj smo se najprej osebno dogovarjali z vodjem Izpostave URSZR Kranj, nato pa mu posredovali še pisno prošnjo (10. oktober 2014) z opisom protokola eksperimenta. Ta je predlagal, da dežurni operater v ReCO morebitni klic očividcev eksperimenta preveže v konferenčno zvezo z avtorjem disertacije, ki bo ves čas navzoč v bližini lokacije (namesto na NMP Kranj). Avtor nato potrdi, da gre zgolj za eksperiment, saj bo lahko lociral kličočega, operater v ReCO pa bo pogovor poslušal. Če kličoči ne bo na lokaciji eksperimenta in bi šlo za resnični nujni primer, bo operater takoj vzpostavil konferenčno zvezo z NMP Kranj. Zaradi boljše koordinacije je vodja izpostave predlagal, da se avtor na dan izvedbe osebno oglasi v ReCO Kranj ter se z dežurnima operaterjema dogovori o podrobnostih, kar se je tudi zgodilo.

V Domu krajanov je bilo v torek, 14. oktobra, zgodaj popoldne nekaj prostovoljk in prostovoljcev RK, občasno so prihajali dokaj redki obiskovalci dobrodelne prireditve. Tam je bila tudi skupina šestih osnovnošolcev z mentorico, ki so bili seznanjeni s tem, da bo izvedena »vaja s področja PP«, ne pa s podrobnostmi (za kakšno stanje

⁸⁹ Člani ekipe so maja istega leta tekmovali na državnem tekmovanju ekip PP osnovnih šol na Debelem rtiču.

oz. poškodbo bo šlo)⁹⁰. Po določitvi mikrolokacije, tj. levo od vhoda v trgovino Mercatorja na vzhodni strani doma krajanov, ter po predhodnem telefonskem javljanju na ReCO Kranj, smo ob približno 16. uri začeli eksperiment. Po zaključku smo zaploskali osnovnošolcem, ki so prikazali svoje znanje, pojasnili dogodek očividkama, ki sta pomagali bolniku, povabili navzoče na delavnico TPO v dom krajanov ter na ReCo Kranj sporočili, da smo eksperiment končali. Operaterjema v ReCO smo se zahvalili za pomoč pri izvedbi. Eksperiment je trajal 5 minut in 20 sekund.

6.2.3.1.4 Četrti terenski eksperiment – Rečica ob Savinji

V soboto, 6. junija 2015, je na Rečici ob Savinji potekalo XXI. regijsko preverjanje usposobljenosti ekip PP CZ in RK Celjske regije. Izvedbo zadnjega eksperimenta smo preložili na toplejše obdobje v letu 2015, po eni strani zato, da zaradi mraza ne bi izpostavljali zdravja imitatorja, pa tudi zato, ker prej nismo našli ustrežnejše priložnosti za izvedbo eksperimenta v manjšem kraju na podeželju. Glede izvedbe smo se prej ustno dogovarjali s predstavnico izpostave URSZR Celje na posvetu za izvedbo regijskih in državnega preverjanja usposobljenosti ekip PP CZ in RK v letu 2015 (lg, 12. marec 2015), ki je izrazila interes za izvedbo eksperimenta na njihovem območju.

Z namenom in okvirnim potekom eksperimenta smo člane organizacijskega odbora za pripravo in izvedbo regijskega preverjanja usposobljenosti ekip PP CZ in RK Celjske regije seznanili na sestanku 13. maja 2015 na Rečici ob Savinji ter jih prosili, da informacija ostane znotraj kroga članov organizacijskega odbora, saj nismo želeli ponoviti scenarija s Primskovega, ko so namišljenemu bolniku (pre)hitro pomagali člani ekipe PP OŠ, ki so bili vnaprej seznanjeni z izvedbo eksperimenta. Določili smo tudi mikrolokacijo izvedbe eksperimenta ter pozicijo enega izmed snemalcev (balkon

⁹⁰ Avtor disertacije je to preveril v telefonskem pogovoru s predsednikom KO RK Primskovo (17. oktobra 2015).

zasebnega stanovanja v večstanovanjskem objektu nasproti Marketa Rečica, katerega lastnik je uporabo ustno dovolil).

Prek predstavnice izpostave URSZR Celje smo se dogovorili tudi glede komuniciranja z ReCO Celje in predlagali protokol vzpostavitve konferenčne zveze med kličočim, operaterjem v ReCO Celje ter avtorjem disertacije na isti način kot v primeru eksperimenta na Primskovem. Bilo je dogovorjeno, da bo dežurni operater prevezal v konferenčno zvezo avtorja disertacije (namesto NMP), ki bo potrdil, da gre zgolj za eksperiment, saj bo lahko lociral kličočega, operater v ReCO Celje pa bo pogovor poslušal. Če kličoči ne bo na lokaciji eksperimenta in bo šlo za resnični nujni dogodek, bo operater takoj vzpostavil konferenčno povezavo z območno službo NMP.

Na dan izvedbe, v soboto zjutraj, smo še enkrat preverili mikrolokacijo, opravili priprave z nadomestnim imitatorjem 2, razporedili snemalca, pred začetkom izvedbe ob približno 8.30 na ReCo Celje (številko 112) sporočili točno lokacijo (terasa pred lokalom Drago Bifé) in da bomo začeli eksperiment. Glede na splet okoliščin smo eksperiment trikrat ponovili.

A-izvedba: očividec je ob ugotovitvi nujnega stanja poiskal pomoč zdravstvenih delavcev (ocenjevalcev na regijskem preverjanju), ki so bili ta čas na vrtu lokala in za katere izvajalci eksperimenta nismo vedeli. Dva od njih sta takoj začela dajati prvo pomoč, eden je poklical ReCO. Po šestih minutah in 27 sekundah smo eksperiment prekinili.

B-izvedba: predvidevali smo, da so vsi zdravstveni delavci že na svojih deloviščih v okviru regijskega preverjanja, zato smo eksperiment nekoliko kasneje na isti lokaciji ponovili, toda tudi v tem primeru so očividci takoj, ne da bi preverili znake življenja, iskali pomoč zdravstvenih delavcev, ki so bili (še vedno) gostje lokala in vidno označeni z brezrokavniki RK. Po minuti in 25 sekundah smo eksperiment prekinili.

C-izvedba: odločili smo se, da bomo eksperiment ponovili kasneje, ko bodo zdravstveni delavci, tj. ocenjevalci na preverjanju, zaposleni s svojim delom, poleg tega pa na drugi lokaciji – pred lokalom Café del Moro. Spremembo smo sporočili na ReCo Celje. S pomočjo predstavnika lokalne CZ smo se dogovorili za novo lokacijo za enega od snemalcev, in sicer z balkona zasebne stanovanjske hiše, katere lastnik je uporabo ustno dovolil. Na koncu smo vsem navzočim pojasnili dogodek, se jim zahvalili za izkazano pomoč ter jih povabili, da si ogledajo regijsko preverjanje. Eksperiment je trajal 7 minut in 36 sekund.

6.2.3.2 Analiza

Dokumentacija o terenskih eksperimentih je obsegala video in avdio posnetke (tabela 6.8) ter protokole izvedbe in korespondenco s pristojnimi službami. Dokumentacijo hrani avtor.

Tabela 6.8: Video in avdio dokumentacija o terenskih eksperimentih

Oznaka eksperimenta	Ura pričetka	Oznaka	Trajanje posnetka	
Ljubljana	12.00	VP 1	3 min 59 sek	
		VP 2	7 min 7 sek	
		AP 1	6 min 30 sek	
Koper	8.30	VP 1	7 min 47 sek	
		VP 2	6 min 2 sek	
		AP 1	7 min 55 sek	
Primskovo	16.00	VP 1	5 min 35 sek	
		VP 2	8 min 7 sek	
Rečica	A	8.30	VP 1	11 min 26 sek
			VP 2	5 min 40 sek
			AP 1	13 min 30 sek
	B	8.45	VP 2	11 min 29 sek
			AP 1	3 min 58 sek
C	9.30	VP 1	13 min 15 sek	
		VP 2	7 min 45 sek	
		AP 1	5 min 35 sek	

Legenda: VP – video posnetek

AP – avdio posnetek

Analiza posameznega eksperimenta je potekala po spodaj opisanih fazah.

1. Najprej smo s pregledom videoposnetkov opredelili vlogo oz. stanje imitatorja 1 ter imitatorja 2 v posameznih časovnih sekvencah. Časovne sekvence smo določili glede na pomembne spremembe stanja imitatorja 1 (bolnika) oziroma glede na odziv imitatorja 2 (prinašalca AED-ja). Opredelili smo sedem ključnih sekvenc: simulacija znamenj AKS, prošnja za pomoč, opotekanje, posedanje, izguba zavesti, AED je na razpolago in ovedenje. V posameznih primerih smo glede na dinamiko dogajanja določili še podsekvence.
2. Sledil je večkratni pregled video in avdio posnetkov, da smo lahko opredelili odziv posamezne očividke oziroma očividca dogodka. Te smo označili glede na vrstni red »vpletanja« v dogodek: ženske smo označili z Ž in zaporedno številko, moške z M in zaporedno številko ter člane ekipe PP osnovne šole z OŠ in zaporedno številko.
3. Nazadnje je prišla na vrsto še validacija analize, ki sta jo opravila dva nepristranska eksperta.
4. Za analizo ustreznosti ukrepov prve pomoči smo smiselno priredili ocenjevalni list iz nabora ocenjevalnih pol, ki se uporabljajo za oceno praktičnega dela laičnih ekip PP (Slabe in Šutanovac 2015). Uporabili smo ocenjevalno polo 2 – bolnik z znaki AKS, ki gre v srčni zastoj, s tem da smo upoštevali le ukrepe, za katere smo ocenili, da jih je smiselno ocenjevati glede na predvideni scenarij v eksperimentu.

7 PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA ZBRANIH PODATKOV

V tem poglavju najprej predstavljamo, analiziramo in interpretiramo rezultate kvantitativne študije. Sledi predstavitev, analiza in interpretacija rezultatov kvalitativne študije: fokusnih skupin in terenskih eksperimentov. Rezultate primerjamo z ugotovitvami dostopnih domačih in tujih raziskav, pojasnujemo v skladu s teoretičnimi izhodišči in širšim družbenim okvirom.

7.1 PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA KVANTITATIVNIH PODATKOV

7.1.1 Usposabljanje iz prve pomoči

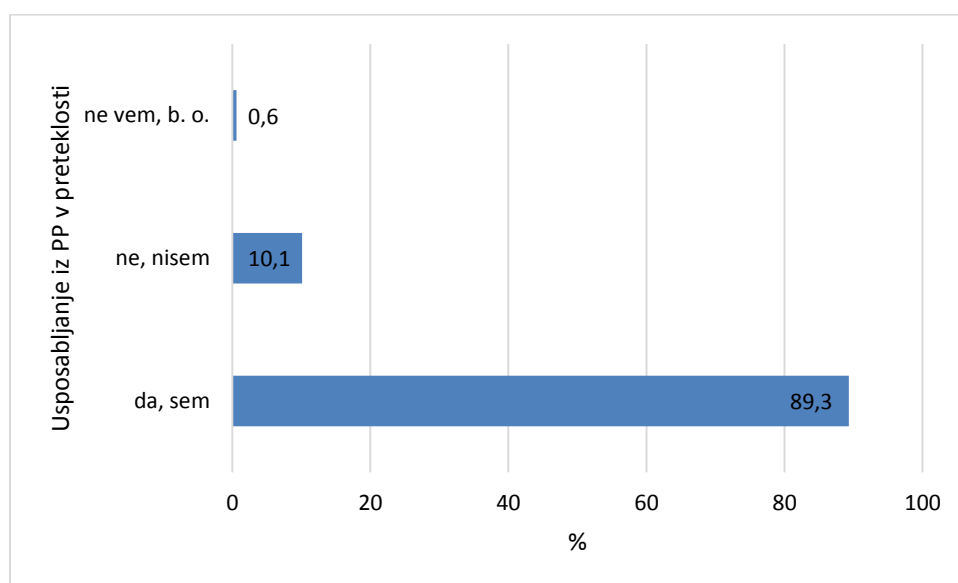
V nadaljevanju so najprej predstavljeni rezultati kvantitativne študije disertacije, ki se nanašajo na usposabljanje anketiranih iz prve pomoči v preteklosti in sklop o njihovih opredelitvah do usposabljanja iz prve pomoči v prihodnje.

7.1.1.1 Usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti

Velika večina anketiranih prebivalcev Slovenije (89,3 %) se je v preteklosti vsaj enkrat usposabljala iz prve pomoči (slika 7.1), kar Slovenijo uvršča med države v Evropi, ki z usposabljanji iz prve pomoči zajamejo največji delež prebivalcev. K temu pomembno pripomore zakonsko določilo (ZVoz, 2010), po katerem med obveznosti kot del izpita za voznike motornih vozil spada tudi opravljanje preizkusa iz prve pomoči (več glej poglavje Pravne regulative prve pomoči v Sloveniji), kar je v

Sloveniji zakonska obveznost vse od leta 1971 (Zakon o varnosti cestnega prometa 1971, čl. 38). Po dostopnih podatkih za 22 evropskih držav zajame z usposabljanji iz prve pomoči večji (95 %) delež prebivalcev le Norveška⁹¹ (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies 2009, 3).

Slika 7.1: Delež anketiranih glede na usposabljanje ali druge oblike pridobitve znanja prve pomoči v preteklosti (n = 853)



Največ anketiranih je znanje prve pomoči pridobilo v okviru tečaja prve pomoči za voznike motornih vozil (85,1 %), nekaj več kot četrtna (27,8 %) na usposabljanjih v okviru službe in nekaj manj kot četrtna (24,0 %) med šolanjem (slika 7.2). V večini primerov (88,7 %) so se anketirani udeležili usposabljanja iz prve pomoči prav zato, ker je bilo to obvezno. Čeprav morajo po zakonu (ZVoz, 67. čl.) bodoči vozniki motornih vozil obvezno opravljati le izpit iz prve pomoči, ne pa tudi tečaja, se po podatkih RKS (2014) velika večina (86 %) kandidatov udeleži tudi 10-urnega usposabljanja. Veliko držav z visoko ravno usposobljene populacije iz prve pomoči ima sprejeto zakonodajo, ki opredeljuje obvezno usposabljanje iz prve pomoči v

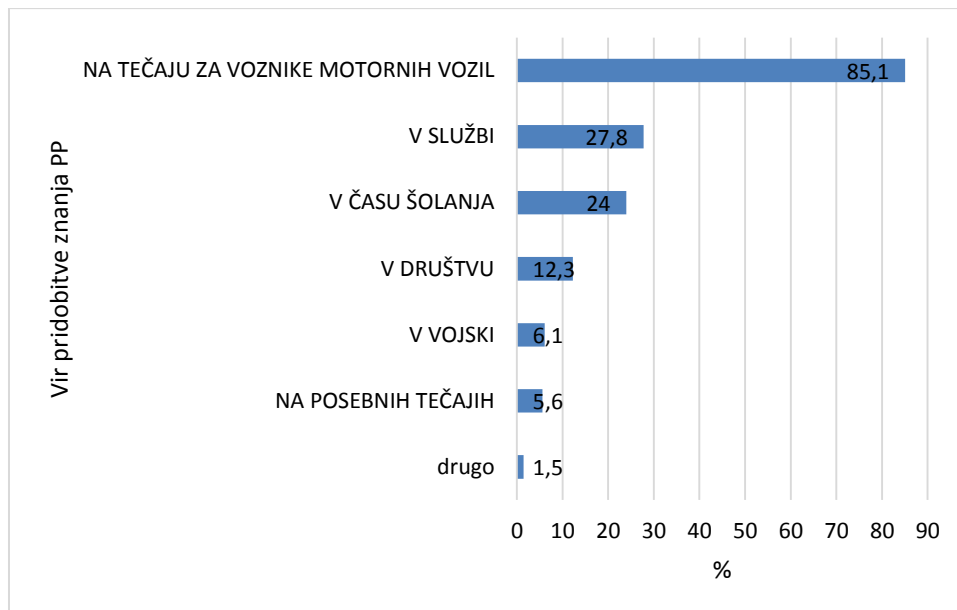
⁹¹ Visok delež (80 %) populacije zajamejo z usposabljanji iz prve pomoči tudi v Avstriji in Nemčiji (prav tam).

šolah, na delovnem mestu ali v okviru postopka pridobitve voziškega dovoljenja⁹². V približno četrtini (27 %) evropskih držav je uveljavljeno obvezno usposabljanje iz prve pomoči za učitelje, v več kot polovici (55 %) za bodoče voznike motornih vozil ter v več kot dveh tretjinah (70 %) za zaposlene (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies prav tam). Velik delež (70 %) oseb z usposabljanjem iz prve pomoči v Sloveniji je ugotovila tudi Rajapakse (2008, 34). Čeprav se je avtorica osredotočila na ugotavljanje usposabljanja temeljnih postopkov oživljanja kot enega ključnih znanj dajalca prve pomoči, podatek odstopa od naše ugotovitve, da se je 85-odstotni delež prebivalcev Slovenije usposabljal iz prve pomoči na tečaju za voznike motornih vozil. Obvezen del tega usposabljanja in izpita so tudi temeljni postopki oživljanja (Pravilnik o opravljanju tečajev in izpitov iz prve pomoči, 2013).

Na osnovi teh ugotovitev sklepamo, da je zakonska obveza pridobitve znanja prve pomoči izjemno pomemben sistemski ukrep oziroma oblika normativnega pritiska v državi na makro ravni. Čeprav znanje temeljnih postopkov oživljanja (TPO) plahni sorazmerno s časom, ki je pretekel od opravljanja tečaja, pa tisti, ki so se kadarkoli učili oživljanja, pokažejo bistveno več znanja od tistih, ki se ga niso nikoli (Rajapakse prav tam, 35). Tak pristop prispeva h graditvi družbe, bolj odporne za različna zdravstvena tveganja, ki jim je izpostavljena (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies prav tam). Zato toliko bolj presenečajo politična prizadevanja v Sloveniji leta 2013 za črtanje zakonske določbe o obveznem izpitu iz prve pomoči kot delu izpita za voznike motornih vozil kategorij A1, A2, A, B1, B, BE, C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D in DE, ki ga kandidat opravi pri pristojni organizaciji Rdečega križa (Vlada Republike Slovenije 2013). Ukinitvev tečaja prve pomoči za bodoče voznike motornih vozil bi bil korak nazaj (Simončič 2013), kar pa ni bilo sprejeto.

⁹² V Avstriji je uveljavljeno obvezno usposabljanje iz prve pomoči za voznike motornih vozil od leta 1973, na Norveškem se otroci učijo prve pomoči v šolah (prav tam, 4).

Slika 7.2: Deleži anketiranih glede možnosti, v okviru katere so pridobili znanje prve pomoči (n = 762)



Ugotovili smo, da se prebivalci Slovenije v veliko manjšem deležu usposobijo iz prve pomoči v okviru delovnih organizacij (27,8 %) in med šolanjem (24 %). K usposabljanju zaposlenih iz prve pomoči delodajalce zavezujeta zlasti Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu (2006) in Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč (2007). Prav pravilnik (prav tam) je v zadnjih desetih letih spodbudil obnavljanje znanja iz prve pomoči zaposlenih, saj je to znanje v skladu s predpisom obvezen obnoviti določen delež populacije v petletnih intervalih, kar potrjuje primerjava statističnih podatkov RKS; v osmih letih (od leta 2005 do leta 2013) se je število tečajev in udeležencev letno povečalo za petkrat (vir: Rdeči križ Slovenije 2006 in 2014)⁹³.

Usposabljanje iz prve pomoči med šolanjem je po deležu tretje po vrsti med viri, v okviru katerih se prebivalci Slovenije usposobijo iz prve pomoči. Strokovni svet RS za splošno izobraževanje je na pobudo Zavoda RS za šolstvo in RKS, da bi namesto izvajanja vsebin prve pomoči v obliki medpredmetne vključenosti te vsebine vsaka osnovna šola v Sloveniji v zadnjem triletju ponudila v obliki celovitega tečaja prve

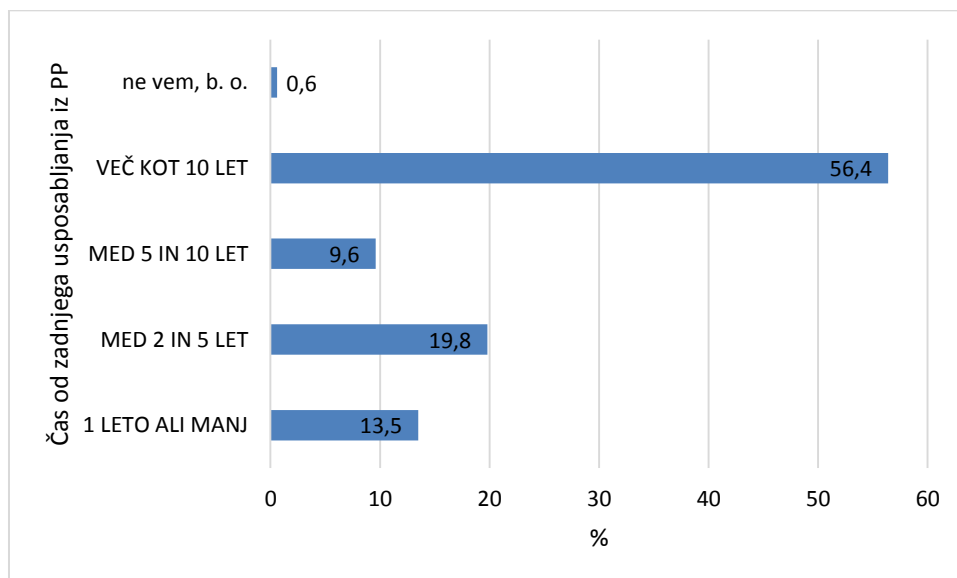
⁹³ Če je bilo leta 2005 v Sloveniji v enem letu zgolj 59 tovrstnih usposabljanj z 820 udeleženci, je bilo leta 2013 število usposabljanj 322, teh pa se je udeležilo 4298 slušateljev.

pomoči, zavzel stališče, da se prva pomoč vključi med interesne vsebine (Strokovni svet RS za splošno izobraževanje, 2006). Pobudo je RKS podprl z izdajo učbenika Prva pomoč za učence in dijake (Ahčan 2007), v sodelovanju z Zavodom RS za šolstvo pa z usposabljanji iz prve pomoči za učitelje izvajalce programa prve pomoči v osnovnih šolah in s tekmovanji osnovnošolskih ekip v prvi pomoči. Dolenc in drugi (2015) so s pregledom učnih načrtov predmetov ugotovili, da se učenci v osnovni šoli seznanijo z izbranimi vsebinami prve pomoči pri nekaterih obveznih (biologija, kemija in šport) in izbirnih predmetih (šport za zdravje, varstvo pred naravnimi in drugimi nesrečami), znanje pa nadgradijo tudi v srednješolskem izobraževanju. Vendar avtorji (prav tam) obenem ugotavljajo, da z izjemo srednješolskih programov zdravstvena nega, kemijski tehnik in farmacevtski tehnik učenci in dijaki usvojijo predvsem znanja o preprečevanju nesreč, prepoznavi nekaterih poškodb in bolezenskih stanj in o prvi pomoči pri ranah, redkeje pa pridobijo praktične veščine oživljanja, uporabe AED-ja in druge veščine nujnih ukrepov prve pomoči. Vrzal vsaj deloma dopolnjujejo različni projekti promocije in usposabljanja iz prve pomoči, med katerimi prevladujejo projekti organizacij t. i. tretjega sektorja (Kolarič 1997), javnih neprofitnih organizacij in v manjšem obsegu tudi zasebnih, profitno usmerjenih organizacij.

Dobrih 12 % anketiranih se je usposabljal iz prve pomoči v društvu, katerega člani so: pri gasilcih, gorskih reševalcih, planinskem društvu, civilni zaščiti, tabornikih/skavtih ipd., kar kaže poleg vloge Rdečega križa Slovenije in drugih (glej poglavje Vloga javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij ter neformalnih mrež na področju prve pomoči v Sloveniji) tudi na prispevek različnih prostovoljskih organizacij k dvigu ravni znanja prve pomoči prebivalcev Slovenije. Primer take organizacije je Planinska zveza Slovenije, ki prek društev in klubov v okviru t. i. alpinističnih šol, šol športnega plezanja in planinskih šol kandidate usposablja za varno izvajanje športne oziroma rekreativne dejavnosti, del usposabljanja pa so tudi vsebine prve pomoči (Dolenc in Slabe prav tam, 214). Avtorja (prav tam, 127) sta ugotovila, da je teoretično znanje prve pomoči anketiranih alpinistov in športnih plezalcev boljše od znanja splošne javnosti.

Več kot polovica anketiranih (56,4 %) se je usposabljanja iz prve pomoči nazadnje udeležila pred več kot desetimi leti, ena tretjina (33,3 %) anketiranih pa pred manj kot petimi leti (slika 7.3).

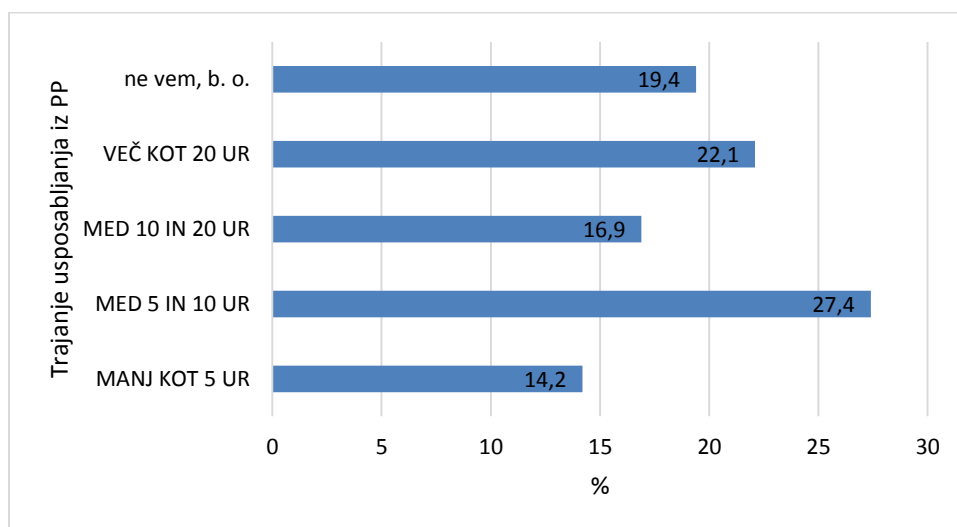
Slika 7.3: Delež anketiranih glede na čas od zadnjega usposabljanja iz prve pomoči (n = 762)



Še večji delež oseb, ki so se zadnjega usposabljanja iz prve pomoči udeležile pred več kot 10 leti (64 %), je ugotovila Dolenc (2014, 21). Da se je velika večina anketiranih (blizu 80 %) učila TPO pred več kot desetimi leti, je ugotovila Rajapakse (prav tam). Tako velik delež oseb, pri katerih je od zadnjega usposabljanja preteklo toliko časa, nas vodi do sklepanja, da je njihovo usvojeno znanje pozabljeno in ne posodobljeno. Nujna sistematična uvedba obnavljanja znanja je ena ključnih skupnih ugotovitev mnogih domačih avtorjev strokovnih člankov in raziskav o prvi pomoči (Ahčan in drugi 2004, 655; Bizjak in Slabe 2009; Slabe in Fink 2012, 406; Dolenc in Slabe prav tam, Dolenc prav tam, 44; 127; Strnad in Rataj 2015, 160). Stališče RKS je, »da bi morala država zakonsko urediti, da je znanje prve pomoči potrebno obnavljati vsaj na vsakih pet let, ne pa, da pridobljenega znanja prve pomoči državljanom ni potrebno nikoli obnavljati« (Rdeči križ Slovenije, 2013b). Bossaert in drugi (2015, 8) opozarjajo, da se večine TPO pozabijo že v prvih mesecih po učenju, zato po njihovem mnenju obnavljanje znanja samo na eno leto ni dovolj.

Največ anketiranih (41,6 %) se je nazadnje udeležilo krajšega tečaja prve pomoči (deset ur ali manj), nekaj manjši delež (39 %) anketiranih pa je prisostvoval daljšemu tečaju, ki je trajal več kot deset ur (slika 7.4). Da prevladuje udeležba na krajših tečajih, povezujemo z dejstvom, da tudi usposabljanja iz prve pomoči, ki se jih je udeležil največji delež anketiranih, trajajo do deset ur⁹⁴.

Slika 7.4: Delež anketiranih glede na čas trajanja zadnjega usposabljanja iz prve pomoči (n = 762)

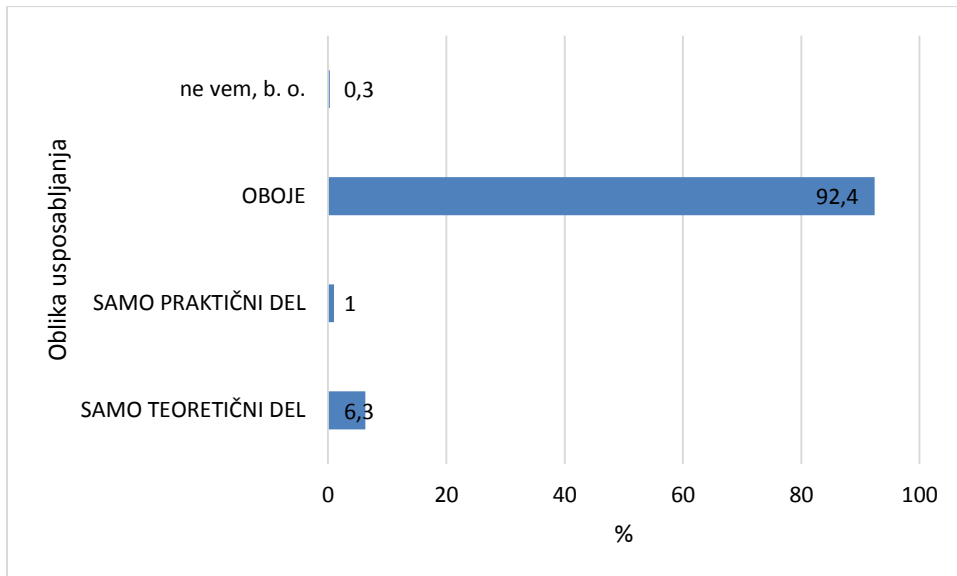


Pri dajanju prve pomoči je pomembno tako teoretično znanje kot obvladovanje praktičnih veščin, zato ne preseneča ugotovitev, da med usposabljanji iz prve pomoči, ki so se jih anketirani nazadnje udeležili, prevladujejo usposabljanja (92,4 %), pri katerih so bile vsebine podane tako teoretično kot praktično (slika 7.5).

Praviloma (92,4 %) so bila usposabljanja iz prve pomoči, pri katerih je šlo za kombiniranje teoretičnega in praktičnega podajanja vsebin.

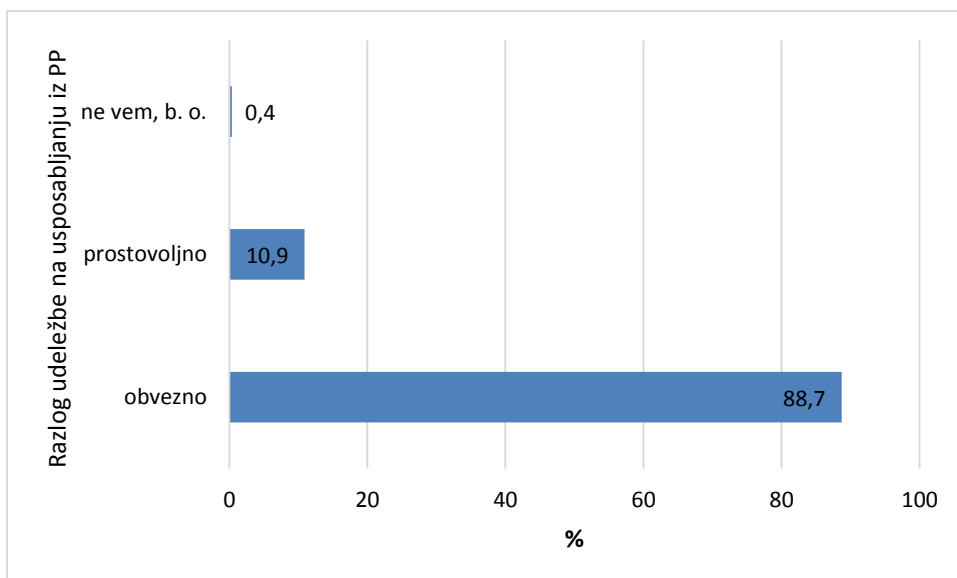
⁹⁴ Tečaji prve pomoči, ki jih izvaja RKS, trajajo v naslednjem obsegu: za delovne organizacije 8 ur, za bodoče voznike motornih vozil 10 ur, za reševalce iz vode 20 ur in za bolničarje prostovoljce 70 ur (Pravilnik o opravljanju tečajev in izpitov iz prve pomoči 2013).

Slika 7.5: Delež anketiranih glede na obliko zadnjega usposabljanja iz prve pomoči (n = 762)



V večini primerov (88,7 %) so se anketirani udeležili usposabljanja iz prve pomoči, ker je to bilo obvezno (slika 7.6).

Slika 7.6: Delež anketiranih glede na razlog za udeležbo na zadnjem usposabljanju iz prve pomoči (n = 762)



V preteklosti se je iz prve pomoči usposabljal nekaj večji delež moških (10,7 %) v primerjavi z ženskami (tabela 7.1), vendar je povezanost med spolom in usposabljanjem iz prve pomoči v preteklosti šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,177).

Tabela 7.1: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na spol in stopnjo statistične značilnosti

		v2 STE SE SAMI V PRETEKLOSTI KDAJ IZOBRAŽEVALI IZ NUDENJA PP?		Total
		1 da, sem	2 ne, nisem	
spol SPOL	1 moški	95,4 %	4,6 %	100,0 %
	2 ženska	84,7 %	15,3 %	100,0 %
Total		89,9 %	10,1 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,177	,000	
	Cramer's V	,177	,000	
N of Valid Cases		848		

S starostjo upada delež tistih, ki so se že usposabljali iz prve pomoči (tabela 7.2). Največji delež anketiranih, ki se je v preteklosti usposabljal iz prve pomoči, je starih med 31 in 45 let (95,9 %), najmanjši delež z usposabljanjem iz prve pomoči (77,8 %) zavzemajo stari nad 61 let. To razliko med mlajšo in starejšo generacijo pripisujemo obveznemu opravljanju izpita prve pomoči v okviru pridobitve vozniškega dovoljenja. Starost ima med proučevanimi dejavniki drugi največji vpliv na že opravljeno usposabljanje iz prve pomoči. Povezava med starostnimi skupinami in usposabljanjem iz prve pomoči je zmerna (Cramerjev V-koeficient = 0,230).

Tabela 7.2: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na starost in stopnjo statistične značilnosti

		v2 STE SE SAMI V PRETEKLOSTI KDAJ IZOBRAŽEVALI IZ NUDENJA PP?		Total
		1 da, sem	2 ne, nisem	
rstar STAROST	30,00 ->30	93,5 %	6,5 %	100,0 %
	45,00 31 - 45	95,9 %	4,1 %	100,0 %
	60,00 46 - 60	91,3 %	8,7 %	100,0 %
	99,00 61 ->	77,8 %	22,2 %	100,0 %
Total		90,0 %	10,0 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,230	,000	
	Cramer's V	,230	,000	
N of Valid Cases		842		

Delež tistih, ki so se že usposabljali iz prve pomoči, narašča z višino stopnje dokončane izobrazbe (tabela 7.3). Podpovprečni (72 %) delež z opravljenim usposabljanjem iz prve pomoči smo ugotovili med anketiranimi z najnižjo stopnjo izobrazbe. Izobrazba se kaže kot najmočnejši dejavnik za usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti (Cramerjev V-koeficient = 0,325).

Tabela 7.3: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti

		v2 STE SE SAMI V PRETEKLOSTI KDAJ IZOBRAŽEVALI IZ NUDENJA PP?		Total
		1 da, sem	2 ne, nisem	
izob IZOBRAZBA	1 OSNOVNA	72,0 %	28,0 %	100,0 %
	2 POKLICNA	92,1 %	7,9 %	100,0 %
	3 SREDNJA	96,5 %	3,5 %	100,0 %
	4 VIŠJA, VISOKA	96,1 %	3,9 %	100,0 %
Total		89,9 %	10,1 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,325	,000	
	Cramer's V	,325	,000	
N of Valid Cases		842		

Glede na kraj bivanja je bil največji delež anketiranih z usposabljanjem iz prve pomoči (93,6 %) iz manjšega kraja ali mesta (tabela 7.4), najmanj pa se je usposobilo živečih na podeželju (razlika je 9 %). Povezava med krajem bivanja in usposabljanjem iz prve pomoči v preteklosti je zelo šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,138).

Tabela 7.4: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz prve pomoči, glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti

		v2 STE SE SAMI V PRETEKLOSTI KDAJ IZOBRAŽEVALI IZ NUDENJA PP?		Total
		1 da, sem	2 ne, nisem	
tipk KRAJ BIVANJA	1 PODEŽELJE	84,6 %	15,4 %	100,0 %
	2 MANJŠI KRAJ, MESTO	93,6 %	6,4 %	100,0 %
	3 VEČJE MESTO	92,2 %	7,8 %	100,0 %
	4 LJ, MB	92,7 %	7,3 %	100,0 %
Total		89,9 %	10,1 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,138	,001	
	Cramer's V	,138	,001	
N of Valid Cases		842		

Anketirani s podpovprečnim dohodkom so se v preteklosti v nekoliko manjšem deležu usposabljali iz prve pomoči kot anketirani s povprečnim ali nadpovprečnim dohodkom (tabela 7.5). Povezava med višino dohodka in usposabljanjem iz prve pomoči je zelo šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,140).

Tabela 7.5: Delež anketiranih, ki so se ali se niso v preteklosti usposabljali iz dajanja prve pomoči, glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti

			v2 STE SE SAMI V PRETEKLOSTI KDAJ IZOBRAŽEVALI IZ NUĐENJA PP?		Total
			1 da, sem	2 ne, nisem	
d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	1 POD POVPREČJEM		83,0 %	17,0 %	100,0 %
	2 V POVPREČJU		92,5 %	7,5 %	100,0 %
	3 NAD POVPREČJEM		91,2 %	8,8 %	100,0 %
Total			89,8 %	10,2 %	100,0 %
Symmetric Measures					
			Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal		Phi	,140	,000	
		Cramer's V	,140	,000	
N of Valid Cases			803		

Glede na posamezne demografske kategorije je usposabljanje anketiranih iz prve pomoči v preteklosti v največji meri odvisno od izobrazbe in starosti, sledijo spol, višina dohodka in kraj bivanja (tabela 7.6).

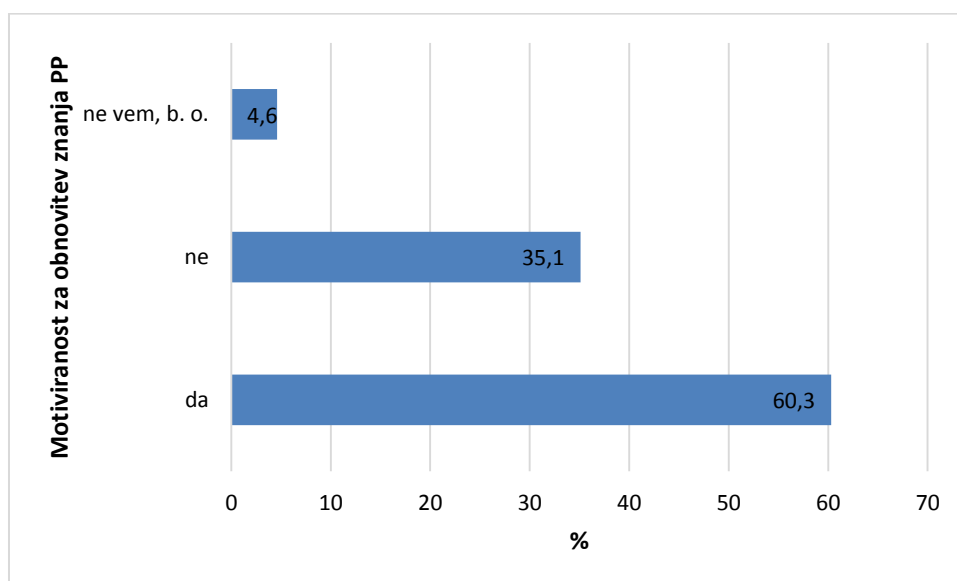
Tabela 7.6: Vpliv demografskih kategorij na usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti

DEMOGRAFSKE KATEGORIJE	Podkategorije z nadpovprečnimi vrednostmi	Podkategorije s podpovprečnimi vrednostmi	Cramerjev koeficient	p
Izobrazba	poklicna, srednja, višja	osnovna	0,325	0,000
Starost	do 30, 31 do 45, 46 do 60	61 in več	0,230	0,000
Spol	moški	ženski	0,177	0,000
Višina dohodka	povprečje, nad povprečjem	pod povprečjem	0,140	0,000
Kraj bivanja	manjši kraj/mesto, večje mesto, Ljubljana/Maribor	podeželje	0,138	0,001

7.1.1.2 Opredelitev glede pripravljenosti za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje

Več kot polovica vprašanih (60,3 %) se je opredelila, da bi morali obnoviti znanje prve pomoči (slika 7.7).

Slika 7.7: Delež anketiranih glede na motiviranost za obnovev znanja prve pomoči (n = 762)



Največji delež motiviranih za usposabljanje iz prve pomoči (70,1 %) je starih med 31 in 45 let (tabela 7.7), najnižjo motiviranost smo zaznali v starostni skupini nad 61 let (38,0 %). Povezanost med motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči in starostjo je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,174), vendar statistično značilna ($p = 0,000$).

Tabela 7.7: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na starost in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
rstar STAROST	30,00 ->30	62,1 %	35,1 %	2,9 %	100,0 %
	45,00 31 - 45	70,1 %	27,3 %	2,6 %	100,0 %
	60,00 46 - 60	63,3 %	32,2 %	4,5 %	100,0 %
	99,00 61 ->	38,0 %	52,0 %	10,0 %	100,0 %
Total		60,1 %	35,3 %	4,6 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,246		,000	
	Cramer's V	,174		,000	
N of Valid Cases		754			

Podobno, kot smo ugotovili za usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti, velja tudi za motiviranost glede usposabljanja v prihodnje. S pridobljeno višjo stopnjo izobrazbe narašča tudi motiviranost vprašanih za usposabljanje iz prve pomoči (tabela 7.8). Povezanost med stopnjo izobrazbe in motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,168), vendar statistično značilna ($p = 0,000$).

Tabela 7.8: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
izob IZOBRAZBA	1 OSNOVNA	38,5 %	55,6 %	5,9 %	100,0 %
	2 POKLICNA	62,2 %	32,0 %	5,8 %	100,0 %
	3 SREDNJA	64,0 %	30,5 %	5,5 %	100,0 %
	4 VIŠJA, VISOKA	70,8 %	28,7 %	,6 %	100,0 %
Total		60,6 %	34,9 %	4,5 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,237		,000	
	Cramer's V	,168		,000	
N of Valid Cases		753			

Do podobne ugotovitve sta prišla tudi Šterbenc in Slabe (2009); strinjanje s trditvijo »želim si obnoviti znanje prve pomoči« je izrazilo 54 % nižje in 69 % višje izobraženih.

Glede na kraj bivanja smo ugotovili za 16,5 % nižjo motiviranost za učenje prve pomoči med anketiranimi, ki živijo na podeželju, v primerjavi z živečimi v Ljubljani ali Mariboru. Ti so pokazali največjo motiviranost (tabela 7.9). To kaže na svojstven paradoks, saj ima služba NMP prav do takih krajev daljši dostopni čas⁹⁵, kar pomeni, da so v primeru nezgode prebivalci podeželja dalj časa odvisni od lastnega (ne)znanja in učinkovitosti medsebojne pomoči. To dodatno utemeljuje smiselnost uvajanja in usposabljanja prvih posredovalcev v okviru NMP. Povezava med krajem bivanja in motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje je zelo šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,124).

Tabela 7.9: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
tipk KRAJ BIVANJA	1 PODEŽELJE	57,1 %	35,0 %	7,9 %	100,0 %
	2 MANJŠI KRAJ, MESTO	59,5 %	37,1 %	3,4 %	100,0 %
	3 VEČJE MESTO	53,0 %	44,6 %	2,4 %	100,0 %
	4 LJ, MB	73,6 %	25,0 %	1,4 %	100,0 %
Total		60,6 %	34,9 %	4,5 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,175		,001	
	Cramer's V	,124		,001	
N of Valid Cases		753			

Anketirani s podpovprečnim dohodkom so izrazili najnižjo motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje (tabela 7.10), vendar nismo ugotovili značilne povezanosti med višino dohodka in motiviranostjo za usposabljanje iz prve

⁹⁵ Slabe in Kovač (2006, 55) navajata, da je povprečni dostopni čas ekip NMP v mestu 5–8 minut, zunaj mesta 9–12 minut.

pomoči (Cramerjev V-koeficient = 0,068). Ocenjujemo, da se tudi tako kažejo posledice naraščanja revščine v Sloveniji.

Tabela 7.10: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	1 POD POVPREČJEM	56,0 %	41,2 %	2,7 %	100,0 %
	2 V POVPREČJU	62,2 %	33,2 %	4,6 %	100,0 %
	3 NAD POVPREČJEM	71,0 %	29,0 %		100,0 %
Total		61,0 %	35,1 %	3,9 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,096		,162	
	Cramer's V	,068		,162	
N of Valid Cases		716			

Glede na zaposlitev (tabela 7.11) smo ugotovili najvišjo motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči v skupini anketiranih, ki so svojo zaposlitev opredelili kot »drugo« (83,3 %), sledijo zaposleni v negospodarstvu (77,6 %). Najnižjo motiviranost so izrazili upokojenci (45,5 %), podpovprečno tudi brezposelni (53,2 %) in samozaposleni (54,3 %). Predvidevamo, da si brezposelni plačljivo usposabljanje iz prve pomoči težko privoščijo in da samozaposleni v takem usposabljanju vidijo predvsem strošek. Povezava med vrsto zaposlitve in motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči je zmerna (Cramerjev V-koeficient = 0,214).

Tabela 7.11: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na zaposlitev in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
zap ZAPOSLENOST	1 GOSPODARSTVO	64,6 %	32,3 %	3,0 %	100,0 %
	2 NEGOSPODARSTVO	77,6 %	21,6 %	,7 %	100,0 %
	3 SAMOZAPOSLEN	54,3 %	45,7 %		100,0 %
	4 KMET	60,0 %	20,0 %	20,0 %	100,0 %
	5 GOSPODINJA	70,6 %	11,8 %	17,6 %	100,0 %
	6 UPOKOJENEC	45,5 %	45,5 %	9,1 %	100,0 %
	7 ŠTUDENT, DIJAK	64,8 %	35,2 %		100,0 %
	8 BREZPOSELN	53,2 %	36,2 %	10,6 %	100,0 %
	9 DRUGO...	83,3 %	16,7 %		100,0 %
Total		60,6 %	34,8 %	4,6 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,303		,000	
	Cramer's V	,214		,000	
N of Valid Cases		753			

Zdravstveni delavci so v primerjavi z nezdravstvenimi izrazili le malenkost nižjo (2,4 %) motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči (tabela 7.12). Značilne povezanosti med motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči in zdravstvenim oziroma nezdravstvenim poklicem nismo ugotovili (Cramerjev V-koeficient = 0,079).

Tabela 7.12: Primerjava v motiviranosti anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	1 da	58,3 %	41,7 %		100,0 %
	2 ne	60,7 %	34,3 %	5,0 %	100,0 %
Total		60,5 %	35,0 %	4,5 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,079		,096	
	Cramer's V	,079		,096	
N of Valid Cases		752			

Verni so izrazili večjo motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči kot neverni (tabela 7.13). Povezava med motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči in vernostjo je zelo šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,104).

Tabela 7.13: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
reg1 VERNOST	1 sem veren	58,0 %	37,5 %	4,4 %	100,0 %
	2 nisem veren	65,0 %	33,0 %	1,9 %	100,0 %
	3 nekaj vmes	61,3 %	28,2 %	10,5 %	100,0 %
Total		60,5 %	34,7 %	4,8 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,147		,003	
	Cramer's V	,104		,003	
N of Valid Cases		735			

Anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči višje ocenili, so izrazili tudi večjo motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči (tabela 7.14), vendar povezava med samooceno znanja prve pomoči in motiviranostjo za usposabljanje ni značilna (Cramerjev V-koeficient = 0,092).

Tabela 7.14: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na samooceno znanja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti

		v21a UDELEŽIL BI SE TEČAJA PP, ČE BI ME LE KDO OBVESTIL, KDAJ IN KJE BO.			Total
		1 da, drži	2 ne, ne drži	3 ne vem, b. o.	
V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	1,00 SLABO	52,4 %	37,9 %	9,7 %	100,0 %
	2,00 SREDNJE	60,5 %	33,3 %	6,1 %	100,0 %
	3,00 DOBRO	64,8 %	30,9 %	4,2 %	100,0 %
	99,00 ne vem, b. o.	42,9 %	39,3 %	17,9 %	100,0 %
Total		60,0 %	33,5 %	6,5 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,130		,026	
	Cramer's V	,092		,026	
N of Valid Cases		844			

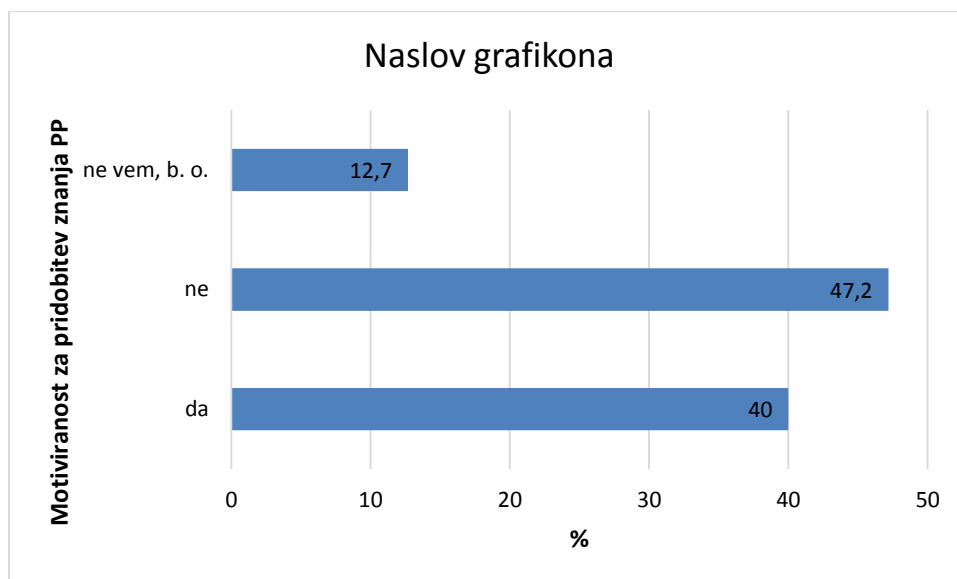
Anketirani, ki so imetniki vozniškega dovoljenja, so bolj motivirani za usposabljanje iz prve pomoči kot tisti, ki tega nimajo (tabela 7.15). Povezava med motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči in posedovanjem vozniškega dovoljenja je šibka (Cramerjev V-koeficient je 0,166), vendar statistično značilna ($p = 0,000$). Visok delež (85 %) motiviranih voznikov za udeležbo na brezplačnem obnovitvenem tečaju prve pomoči, če bi bil organiziran v domačem kraju, je ugotovila tudi Dolenc (2014, 45), vendar se je osebnemu vabilu na tak ponujeni tečaj odzvalo le 3 % vabljenih.

Tabela 7.15: Motiviranost anketiranih za obnovitev znanja prve pomoči glede na to, ali imajo vozniško dovoljenje ali ne, in stopnjo statistične značilnosti

		v8a ALI MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PP?			Total
		1 da	2 ne	3 ne vem, b. o.	
d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	1 da	63,1 %	32,8 %	4,1 %	100,0 %
	2 ne	34,8 %	56,1 %	9,1 %	100,0 %
Total		60,6 %	34,8 %	4,5 %	100,0 %
Symmetric Measures					
		Value		Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,166		,000	
	Cramer's V	,166		,000	
N of Valid Cases		752			

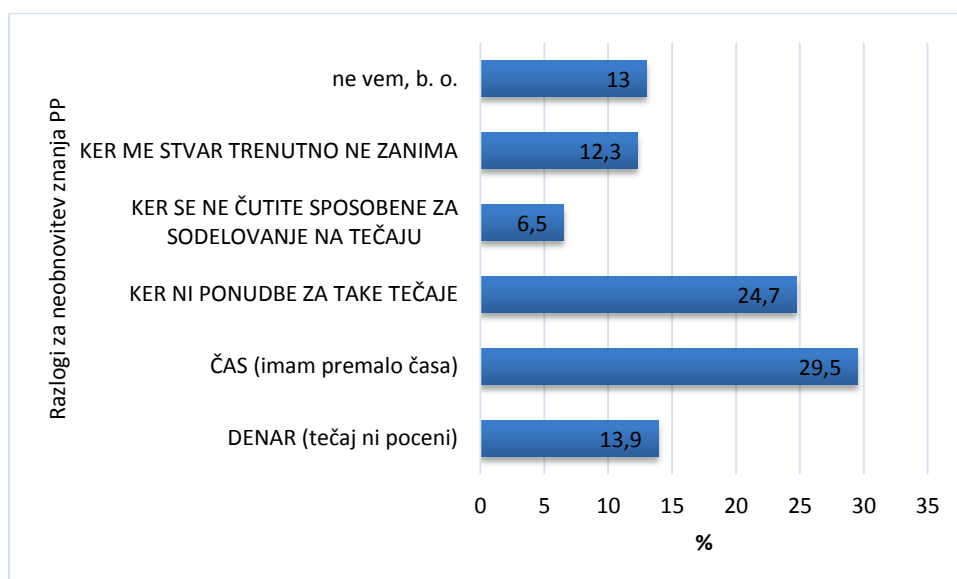
V vzorcu smo zajeli tudi delež oseb ($n = 89$), ki v preteklosti niso pridobile znanja prve pomoči (slika 7.8). Motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči je v tej skupini podpovprečna (40 %).

Slika 7.8: Delež anketiranih, ki v preteklosti še niso pridobili znanja prve pomoči, glede na motiviranost za pridobitev takega znanja (n = 89)



Kot najpomembnejša razloga, zakaj določen delež anketiranih (n = 491) še ni obnovil znanja prve pomoči, se kažeta pomanjkanje časa (29,5 %) in slaba ponudba usposabljanj (24,7 %) (slika 7.9). To ugotovitev si lahko razlagamo kot priročen izgovor ali pa kot kritiko organizacij, ki delujejo na področju usposabljanja iz prve pomoči. Manjši delež anketiranih (6,5 %) se za tako usposabljanje ne čuti sposoben.

Slika 7.9: Delež anketiranih, ki so motivirani za obnovitev/pridobitev znanja prve pomoči, glede na razloge, da tega še niso udeležili (n = 491)



Največ anketiranih (66,5 %) se je opredelilo, da bi se udeležili tečaja prve pomoči kljub temu, da bi morali temu nameniti nekaj svojega prostega časa (tabela 7.16). Približno enak delež (65,9 %) jih je izjavilo, da znajo poiskati informacije o napotkih za prvo pomoč na svetovnem spletu.

Tabela 7.16: Delež za usposabljanje motiviranih anketiranih glede na strinjanje s trditvami o možnih načinih izboljšanja znanja prve pomoči (n = 491)

TRDITEV	STRINJANJE	da %	ne %	ne vem, b. o. %
UDELEŽIL BI SE TEČAJA PP, ČE BI ME LE KDO OBVESTIL, KDAJ IN KJE BO TEČAJ.		59,2	33,1	7,6
UDELEŽIL BI SE TEČAJA PP, ČE BI BIL ZASTONJ.		61,5	32,0	5,3
UDELEŽIL BI SE TEČAJA, TUDI ČE BI MORAL ZA TO NAMENITI SVOJ PROSTI ČAS.		66,5	26,9	6,6
ZNAM POISKATI INFORMACIJE O NAPOTKIH ZA PRVO POMOČ NA INTERNETU.		65,9	31,8	2,4
RAJE KOT NA INTERNETU BI NAPOTKE ZA PRVO POMOČ ISKAL V PRIROČNIKU.		53,6	39,8	6,6

Glede na posamezne demografske kategorije je motiviranost anketiranih iz prve pomoči v prihodnje v največji meri odvisna od zaposlitve in starosti, sledijo izobrazba, posedovanje vozniškega dovoljenja in kraj bivanja (tabela 7.17).

Tabela 7.17: Vpliv demografskih kategorij na opredelitev glede motiviranosti za usposabljanje iz prve pomoči

	Podkategorije z nadpovprečnimi vrednostmi	Podkategorije s podpovprečnimi vrednostmi	Cramerjev koeficient	p
Zaposlitev	študent/dijak, gospodarstvo, gospodinja, negospodarstvo, drugo	upokojenec, brezposeln, samozaposlen, kmet	0,214	0,000
Starost	do 30, 31 do 45, 46 do 60	nad 61	0,174	0,000
Izobrazba	poklicna, srednja, višja	osnovna	0,168	0,000
Vozniško dovoljenje	da	ne	0,166	0,000
Kraj bivanja	Ljubljana/Maribor	večje mesto, podeželje, manjši kraj/mesto	0,124	0,001

Slovenska družba je na ravni opredeljevanja naklonjena usposabljanju iz prve pomoči, vendar Dolenc (prav tam) opozarja na neskladje med izraženimi stališči in dejanskim odzivom na usposabljanje. Tudi Ule (2005, 138) opozarja, da »ni mehanične zveze med simboličnim in dejanskim obnašanjem oziroma med besedo in akcijo«.

7.1.2 Znanje prve pomoči

V nadaljevanju najprej predstavljamo rezultate kvantitativne študije disertacije, povezane s samooceno znanja prve pomoči med anketiranimi. Sledi predstavitev rezultatov o teoretičnem poznavanju izbranih vsebin prve pomoči.

7.1.2.1 Samoocena znanja prve pomoči

Ne lestvici od 0 (čisto nič) do 10 (odlično) so anketirani svoje znanje prve pomoči v povprečju ocenili s 5,45 (tabela 7.18).

Tabela 7.18: Deleži anketiranih glede na samooceno znanja prve pomoči (n = 853)

ocena	nič										odlično		ne vem, b. o.	\bar{X}
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
%	0,7	1,3	3,5	9,0	13,6	24,9	14,9	13,6	8,8	3,6	2,4	3,7	5,5	

Ženske svoje znanje prve pomoči v primerjavi z moškimi ocenjujejo nižje (tabela 7.19). Povezava samoocene znanja prve pomoči in spola je zelo šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,116).

Tabela 7.19: Samoocena znanja prve pomoči glede na spol in stopnjo statistične značilnosti

		spol SPOL		Total
		1 moški	2 ženska	
V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	1,00 SLABO	40,0 %	60,0 %	100,0 %
	2,00 SREDNJE	47,1 %	52,9 %	100,0 %
	3,00 DOBRO	56,8 %	43,2 %	100,0 %
	99,00 ne vem, b. o.	40,0 %	60,0 %	100,0 %
Total		48,6 %	51,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,116	,009	
	Cramer's V	,116	,009	
N of Valid Cases		854		

S starostjo upada delež tistih, ki so svoje znanje prve pomoči ocenili kot dobro, in v obratnem sorazmerju narašča delež tistih, ki so svoje znanje ocenili kot slabo (tabela 7.20). Povezanost med starostjo in samooceno znanja prve pomoči je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,165).

Tabela 7.20: Samoocena znanja prve pomoči glede na starost in stopnjo statistične značilnosti

		rstar STAROST				Total
		30,00 - >30	45,00 31 - 45	60,00 46 - 60	99,00 61 ->	
V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	1,00 SLABO	9,7 %	24,2 %	33,1 %	33,1 %	100,0 %
	2,00 SREDNJE	19,1 %	30,5 %	25,3 %	25,1 %	100,0 %
	3,00 DOBRO	36,9 %	28,4 %	22,9 %	11,9 %	100,0 %
	99,00 ne vem, b. o.		29,6 %	25,9 %	44,4 %	100,0 %
Total		22,1 %	29,0 %	25,8 %	23,2 %	100,0 %
Symmetric Measures						
		Value			Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,286			,000	
	Cramer's V	,165			,000	
N of Valid Cases		842				

Zdravstveni delavci svoje znanje prve pomoči ocenjujejo višje kot nezdravstveni delavci (tabela 7.21). Znotraj skupine zdravstvenih delavcev je 74 % anketiranih svoje znanje prve pomoči ocenilo kot dobro, v skupini nezdravstvenih delavcev pa le

24 %. Povezava med samooceno znanja prve pomoči in zdravstvenim poklicem je močna (Cramerjev V-koeficient = 0,315).

Tabela 7.21: Primerjava samoocene znanja prve pomoči med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti

		d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?		Total
		1 da	2 ne	
V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	1,00 SLABO	2,4 %	97,6 %	100,0 %
	2,00 SREDNJE	3,5 %	96,5 %	100,0 %
	3,00 DOBRO	22,8 %	77,2 %	100,0 %
	99,00 ne vem, b. o.		100,0 %	100,0 %
Total		8,6 %	91,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,315	,000	
	Cramer's V	,315	,000	
N of Valid Cases		844		

Več avtorjev opozarja na neskladje med samooceno znanja prve pomoči in dejanskim objektivnim znanjem prve pomoči. Veliko razliko med subjektivno in objektivno oceno znanja temeljnih postopkov oživljanja navaja Rajapakse (prav tam); polovica anketiranih je menila, da bi znali oživljati, četrtnina se je opredelila, da bi začela oživljati, če bi bilo treba, dejansko teoretično znanje postopkov oživljanja pa je bilo slabo (npr. pravilno razmerje masaže srca in vpihov je navedlo 2,2 % vprašanih). Slabe in Plut (2012, 3) sta ugotovila, da se je 74 % zaposlenih v lesni industriji opredelilo, da pozna napotke prve pomoči za oskrbo amputiranega dela, vendar je vsak drugi anketirani (51 %) navedel, da bi najprej oskrbel amputirani del in šele nato rano na roki, kar ni ustrezno. Glede na doktrinarne napotke je treba najprej zaustaviti krvavitev, ustrezno oskrbeti krn ter šele nato amputirani del (Ahčan 2006c, 402). Slabe in Fink (2012, 406) sta ugotovila, da vzgojiteljice predšolskih otrok in njihove pomočnice v slovenskih vrtcih precej boljše (po)znajo nenujne kot nujne ukrepe prve pomoči. Dolenc (prav tam) pa navaja, da so vozniki motornih vozil samozavestni glede pripravljenosti dajanja prve pomoči pri lažjih in srednje težkih poškodbah in

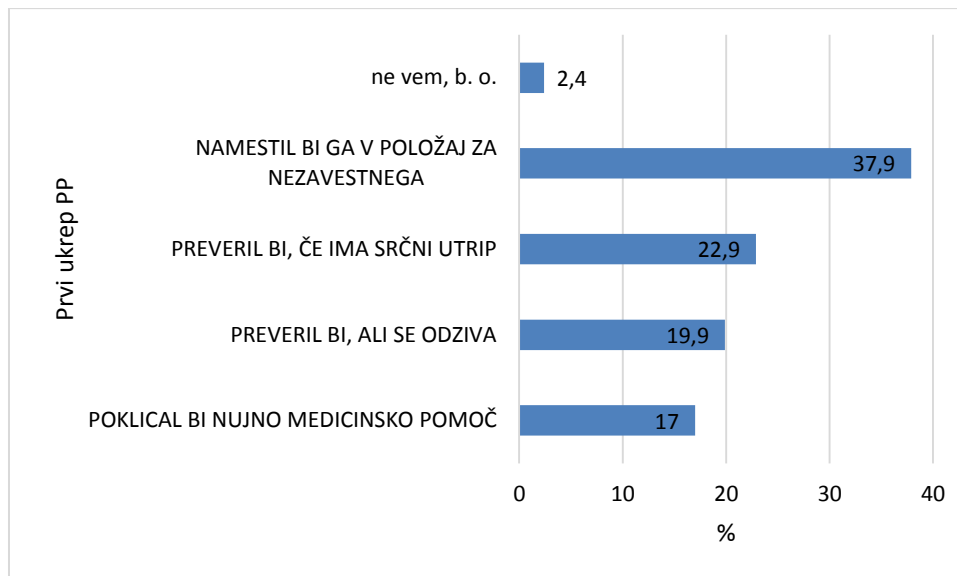
obolenjih, manj pa pri težjih in življenje ogrožajočih stanjih⁹⁶. Vendar avtorica (prav tam) ugotavlja razlike v samooceni znanja pri vseh v raziskavi navedenih primerih poškodb in stanj med skupino, ki se pri svojem delu ali konjičku srečuje z vsebinami prve pomoči, in skupino, ki v vsakdanjem življenju nima teh izkušenj. Večjo kritičnost anketiranih do svojega znanja prve pomoči sta ugotovila Šterbenc in Slabe (prav tam), saj se jih je le dobra četrtina (27 %) opredelilo, da so dovolj usposobljeni za dajanje prve pomoči. Tudi Laharnar in drugi (2011, 52) navajajo, da je približno dve tretjini anketiranih svoje znanje prve pomoči na splošno ocenilo kot slabo.

7.1.2.2 Teoretično znanja prve pomoči

V največjem deležu (37,9 %) bi anketirani v primeru, da bi se znašli ob osebi, ki ne kaže znakov življenja, to osebo namestili v položaj za nezavestnega (slika 7.10), kar ni ustrezen ukrep. V položaj za nezavestnega namestimo osebo, ki je neodzivna, vendar diha normalno, kar je treba prej preveriti (Derganc 1994, 46–47; Handley in drugi 2005, 10; Gradišek 2006, 68; Nolan in drugi 2010, 1224; Vlahovič 2010, 11; Perkins in drugi 2015, Gradišek in drugi 2015, 110). Glede na deleže odgovorov (22,9 %) je na drugem mestu kot prvi ukrep, ki bi ga anketirani izvedli, preverjaje srčnega utripa. Pravilna ocena pulza pri osebi, ki ne kaže znakov življenja, je nezanesljiva, zato za laike že zadnjih deset let velja, da namesto tipanja pulza preverjajo posredne znake življenja, kot so premikanje, dihanje in kašljanje (Handley in drugi prav tam, 12). V opisanem primeru je med ponujenimi odgovori prvi ustrezeni ukrep preverjanje odzivnosti, ki pa je na tretjem mestu glede na deleže odgovorov anketiranih (19,9 %). Podoben delež (17 %) anketiranih bi takoj poklical NMP. Takojšnji klic 112 je nujen, vendar je prepoznavna srčnega zastoja ključna, da se aktivira službo NMP ter da očividec začne izvajati TPO, zato je po algoritmu ukrepanja v takem primeru preverjanje znakov življenja pred klicem NMP (Perkins in drugi prav tam; Gradišek in drugi prav tam, 12).

⁹⁶ Avtorica (prav tam) je opredelila resnost posameznega primera poškodbe ali obolenja na osnovi triažnih kategorij.

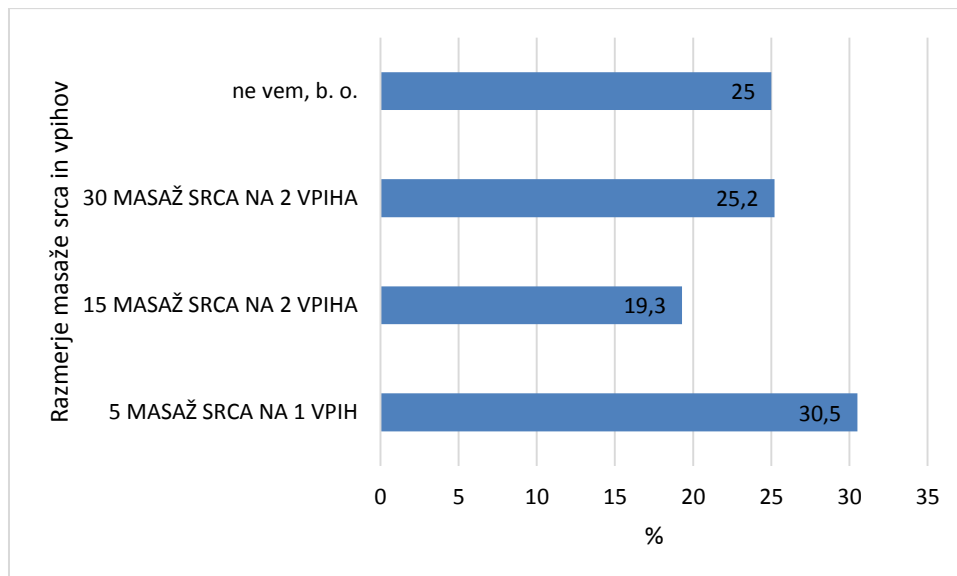
Slika 7.10: Deleži anketiranih glede na prvi ukrep, ki bi ga naredili v primeru, da bi se znašli ob osebi, ki se zgrudi in negibno obleži (n = 853)



Legenda: * trditev je pravilna

Med anketiranimi ena četrtnina (25,2 %) pozna pravilno razmerje med zunanjo masažo srca in vpihi v primeru oživljanja odrasle osebe (slika 7.11). Kot smo že omenili, je bistveno manjši (2,2 %) delež poznavanja pravilnega razmerja pri TPO ugotovila Rajapakse (prav tam, 30). Vendar je treba pri primerjanju in interpretiranju izsledkov naše in avtoričine raziskave upoštevati razliko v metodološkem pristopu in časovni zamik izvedbe obeh raziskav: v našem primeru so anketirani izbrali razmerje zunanje masaže srca in vpihov med štirimi ponujenimi odgovori (vključno z možnostjo odgovora »ne vem«), v vzorcu predstavljajo 7,8-odstotni delež zdravstveni delavci, naša raziskava je bila opravljena približno pet let kasneje, v avtoričinem primeru pa je šlo za vprašanje odprtega tipa, anketirani so bili samo laiki, ki so sami navedli po njihovem mnenju ustrezno razmerje med masažo srca in vpihi. Škufca Sterle in Baznik (2013, 219) navajata, da so v petletnem obdobju (2008–2012) na področju Prehospitalne enote Ljubljana očividci izvajali TPO v 354 primerih (50,6 %) pred prihodom ekipe PHE, pravilne postopke TPO pa je izvajalo 36,5 % očividcev.

Slika 7.11: Deleži anketiranih glede na strinjanje o pravilnem razmerju med masažo srca in vpihi v primeru oživljanja odrasle osebe (n = 853)



Legenda: * trditev je pravilna

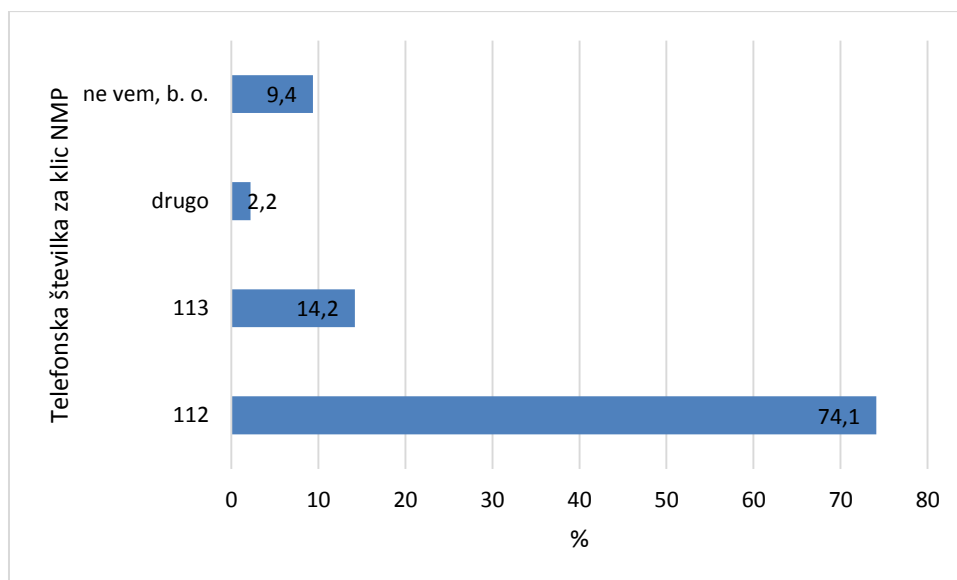
V primerjavi s poznavanjem pravilnega razmerja masaže srca in vpihov anketirani precej bolje (74,1 %) poznajo številko za klic NMP v Sloveniji (slika 7.12). Če sta Slabe in Medja (2009, 171) ugotovila celo 90-odstotni delež poznavanja številke za klic v sili⁹⁷, je precej nižji delež (59,6 %) poznavanja te številke ugotovila Rajapakse (prav tam, 26). Ker ni šlo za metodološko razliko pri postavitvi vprašanja v zvezi s klicem v sili med našo in avtoričino raziskavo⁹⁸, sklepamo, da se je v šestih letih, kolikor znaša časovna razlika med obema raziskavama, poznavanje številke 112 med prebivalci Slovenije izboljšalo. Številko 112 pozna tudi več kot 60 % anketiranih gluhih in naglušnih oseb, ki tudi vedo, katere podatke je treba ob nujnem klicu posredovati (Dolenc in drugi 2013, 177). Avtorji (prav tam) ugotavljajo, da bi se med možnimi načini največ gluhih in naglušnih anketirancev odločilo za klic na 112 prek sporočila SMS, kar kaže, da je bila uvedba te možnosti klica v sili z vidika gluhih in naglušnih oseb koristna pridobitev. Poleg uporabe klasične telefonije morajo namreč

⁹⁷ Anketirani so v tej raziskavi izbirali med petimi ponujenimi odgovori.

⁹⁸ V obeh raziskavah je šlo za vprašanje odprtega tipa in so anketirani odgovarjali na priklic.

države EU spodbujati uporabo novih tehnologij za doseg storitev prek številke 112⁹⁹ ter zagotoviti dostopnost številke 112 tudi ljudem s posebnimi potrebami¹⁰⁰.

Slika 7.12: Deleži anketiranih glede na telefonsko številko, ki bi jo poklicali v Sloveniji, če bi potrebovali nujno medicinsko pomoč (n = 853)



Legenda: * številka je pravilna

Občutno nižji delež (30,1 %) anketiranih pozna skupno evropsko številko za klic v sili¹⁰¹ (slika 7.13). Da poznavanje nacionalne in skupne evropske številke ni soodvisno, ugotavlja tudi raziskava Flash Eurobarometer¹⁰² (2012), ki navaja še nižji delež (22 %) poznavanja skupne evropske številke za klic v sili med Slovenci, kar uvršča Slovenijo med sedemindvajsetimi državami na začetek zadnje tretjine glede poznavanja te številke. Flash Eurobarometer (prav tam) navaja, da je poznavanje te

⁹⁹ Tak primer je obvezna uvedba t. i. eCalla – sistema za samodejni klic v sili v prometnih nesrečah (Evropska komisija 2013). »Klic eCall se sproži samodejno, takoj ko senzorji v vozilu zaznajo hudo trčenje. Nato pokliče evropsko številko za klic v sili 112, vzpostavi telefonsko povezavo z ustreznim centrom za pomoč ter reševalnim službam posreduje podatke o nesreči, med drugim o času nesreče, točni lokaciji udeleženega vozila in smeri potovanja (kar je zelo pomembno na avtocestah in v predorih). Klic eCall lahko na primer priča hude nesreče s pritiskom na gumb v vozilu sproži tudi ročno.« (prav tam)

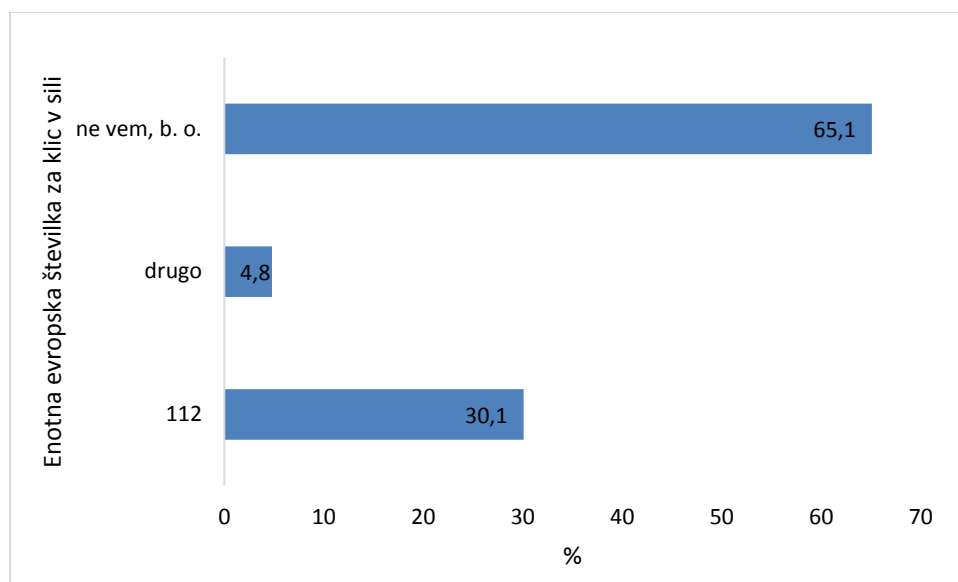
¹⁰⁰ Gluhe in naglušne osebe lahko poleg govornega klica na 112 v sili pošljejo sporočilo SMS, kontaktirajo regijski center za obveščanje prek storitve WAP in prek Klicnega centra za osebe z okvaro sluha ali za pomoč prosijo druge osebe (prav tam).

¹⁰¹ Konsenz o uvedbi skupne evropske številke za klic v sili sega v leto 1991 (European Council), Slovenija pa jo je uvedla med prvimi državami v Evropi leta 1997 (Slabe in Medja prav tam, 171).

¹⁰² Razkisa je potekala leto prej, kot je bilo objavljeno poročilo.

številke v evropskih državah nizko (v povprečju jo pozna 26 % vprašanih), se je pa v Sloveniji glede na leto 2008 povečalo za 9 %. Slabe in Medja (prav tam, 172) sta ugotovila, da so anketirani v skromnem deležu (9 %) (pre)poznali številko za klic v sili v sosednji Hrvaški, in to navkljub temu, da je Hrvaška pogosta turistična destinacija Slovenk in Slovencev, medtem ko med gluhi in naglušni številko za klic v sili v Hrvaški pozna blizu 20 % anketiranih (Dolenc in drugi prav tam) ¹⁰³.

Slika 7.13: Deleži anketiranih glede na poznavanje enotne evropske telefonske številke za klic v sili (n = 853)



Legenda: * številka je pravilna

Med izbranimi ukrepi prve pomoči anketirani v največjem deležu (80,8 %) vedo, da poškodovanca s sumom na zlom kolka ne smemo sami odpeljati v najbližjo zdravstveno ustanovo (tabela 7.22), ampak moramo poklicati NMP (Herman 2006, 493). Vendar jih skoraj 16 % meni ravno obratno. Do zelo podobnega (19 %) deleža anketiranih, ki menijo, da je v primeru zloma kolka poškodovanca najbolje čim prej odpeljati v osebni avtomobilu do najbližje zdravstvene ustanove, so prišli tudi Laharnar in drugi (2011, 53) v raziskavi na področju Tolmina.

¹⁰³Pri tem velja upoštevati, da gre za časovno razliko med eno in drugo raziskavo.

Tabela 7.22: Deleži anketiranih glede na oceno pravilnosti trditve, povezane z ukrepi prve pomoči (n = 853)

UKREP PP	da %	ne %	ne vem, b. o. %
A.* HUDO KRVAVITEV LAHKO ZAUSTAVIMO TAKO, DA PRITISNEMO NA KRVAVEČO RANO.	53,6	43,0	3,4
B.* AMPUTIRANEGA DELA (NPR. PRSTA) NIKOLI NE DAMO NA LED.	24,6	63,0	12,4
C. OPEKLINSKO RANO ČIM PREJ NAMAŽEMO Z MAZILOM.	24,7	69,6	5,7
D.* V KOMPLETU ZA PRVO POMOČ V AVTU SO TUDI ROKAVICE.	66,2	17,7	16,1
E.* PRI POŠKODBAH KOSTI IN SKLEPOV NAJ POŠKODOVANI NE JE IN NE PIJE PRED PREGLEDOM PRI ZDRAVNIKU.	57,2	33,6	9,1
F. POŠKODOVANCA S SUMOM NA ZLOM KOLKA ČIM PREJ SAMI ODPELJIMO V NAJBLIŽJO ZDRAVSTVENO USTANOVO.	15,9	80,8	3,4
G.* ČE SE MED KOSILOM KOMU ZALETI IN ZAČNE MOČNO KAŠLJATI, GA MORAMO SPODBUJATI, DA ŠE NAPREJ KAŠLJA.	47,2	45,8	7,0

Legenda: * trditev je pravilna

Več kot dve tretjini (69,6 %) anketiranih ve, da opeklinke rane v okviru prve pomoči ne smemo mazati z mazilom, kar spada med najpogostejše napake pri oskrbi opeklinških ran v prvi pomoči (Ahčan 2006d, 429), in nekaj manjši delež (66,2 %), da so v kompletu prve pomoči za avtomobiliste poleg drugih pripomočkov tudi rokavice. Anketirani vozniki sicer slabo poznajo posamezne pripomočke iz kompleta za prvo pomoč, še najbolj prvi povoj, za katerega je 75 % anketiranih vedelo, da je sterilen in je sestavljen iz blazinice gaze in povoja za obvezo rane (Šterbenc in Slabe prav tam, 48–49). Dobra polovica (57,2 %) se je strinjala s pravilno trditvijo »pri poškodbi kosti in sklepov naj poškodovani ne je in ne pije pred pregledom pri zdravniku« (Zorman in Ahčan 2006, 450; Al Mawed in Ahčan 2006; 468).

Zaustavitev zunanje krvavitve spada med pglavitne veščine prve pomoči (Cassan in drugi 2011, 51). Da lahko hudo krvavitev zaustavimo z direktnim pritiskom v rano, ve približno vsak drugi anketirani (53,6 %). Neposreden pritisk (s sterilno gazo, čisto

krpo, kosom oblačila ali kar s prsti) je učinkovit način ustavljanja zunanje krvavitve (Ahčan in Špan 2006, 107¹⁰⁴; Cassan in drugi prav tam).

Najmanjši delež (24,6 %) strinjanja s pravilno trditvijo zasledimo v povezavi z oskrbo amputiranega dela. Ahčan in drugi (2004, 651) navajajo, da bi amputirani del telesa neustrezno oskrbelo 87 % laične populacije, 43 % študentov medicine in 33 % zdravnikov. Boljše teoretično znanje prve pomoči v primeru amputacije prsta roke sta ugotovila Slabe in Plut (prav tam, 3) med zaposlenimi v lesni industriji, kjer je 46 % vprašanih poznalo ustrezne napotke za prvo pomoč. Ugotovitve naše raziskave kažejo na določen napredek v znanju laične javnosti glede pravilne oskrbe amputiranega dela telesa v zadnjih 10 letih. Ahčan in drugi (prav tam) so predlagali, da bi bilo treba pravilno oskrbo amputiranega uda sistematično uvesti v izobraževalne programe ter opozarjati laično in strokovno javnost na napake pri oskrbi, kar je bilo s prenovo priročnikov prve pomoči v letu 2006 in kasneje v Sloveniji tudi uresničeno.

Namen nove generacije priročnikov prve pomoči, ki se je v slovenskem prostoru začel z izidom knjige Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri (Ahčan 2006a), je ob nazornem slikovnem gradivu in videoposnetkih¹⁰⁵ pripraviti potencialnega dajalca prve pomoči na soočenje z realnostjo (z ranami, krvavitvami, deformacijami udov in drugim). Avtor meni (prav tam, XII), da s »stvarnimi slikami bolj spodbudimo poslušalce in predstavimo resnost položaja, ki nastane, in v katerem moramo ostati mirni, preudarni in ustrezno pomagati«. Tudi Mesec in drugi (2015b, 78) so ugotovili, da z uporabo simuliranih tujkov v rani tečaje prve pomoči ne samo popestrimo, temveč hkrati tudi izboljšamo praktično znanje udeležencev o oskrbi rane s tujkom.

V raziskavi smo preverili tudi, kakšno je strinjanje anketiranih glede uporabe alkohola v prvi pomoči. Približno polovica anketiranih (51 %) meni, da je alkohol ustrezno

¹⁰⁴ Avtorja (prav tam) opozarjata na izjemo poškodbe očesa.

¹⁰⁵ Ena od možnosti priprave udeležencev usposabljanj prve pomoči na soočenje z realnimi primeri je tudi učenje na realistično ponazorjenih poškodbah (Šutanovac 2012, 13).

sredstvo za razkuževanje ran v okviru prve pomoči, kar je napačno (tabela 7.23). Alkohol v nobenem od navadnih primerov ni ustrezno sredstvo za uporabo v okviru prve pomoči, Cassan in drugi (prav tam, 76) pa priporočajo razkuževanje z alkoholom (ali drugo antiseptično raztopino) na mestih ugriza klopa po njegovi odstranitvi. Dornik in drugi (2013) so ugotovili, da se je priporočanje uporabe alkohola v prvi pomoči pri ranah in omrzlinah v slovenski strokovni literaturi opustilo po letu 1950, v prvi pomoči pri ugrizu kače pa približno dvajset let kasneje. Kljub temu bi ga za razkuževanje rane uporabilo več kot 80 % obiskovalcev gora (Rožanec 2009, 29).

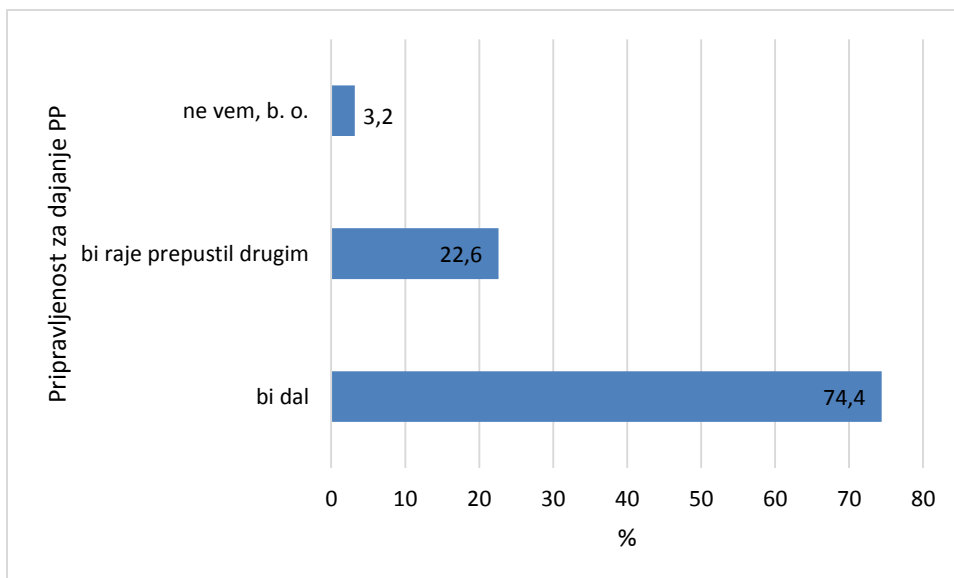
Tabela 7.23: Deleži anketiranih glede na mnenje o uporabi alkohola v prvi pomoči (n = 853)

PRIMER UPORABE ALKOHOLA V PP	da %	ne %	ne vem, b. o. %
ZA RAZKUŽEVANJE RAN	51,0	44,6	4,3
ZA ZMANJŠANJE BOLEČIN PRI POŠKODBAH	13,2	81,3	5,5
ZA POMIRITEV PONESREČENCA	4,2	92,1	3,7
ZA OBKLADEK	41,0	53,7	5,4
PRI ŽELODČNIH TEŽAVAH	19,4	75,7	5,0

7.1.3 Opredelitev do dajanja prve pomoči

Večina anketiranih (74,4 %) se je opredelila, da bi bila pripravljena dati prvo pomoč, če bi se znašli v položaju, ko bi na ulici nekdo potreboval prvo pomoč (slika 7.14).

Slika 7.14: Deleži anketiranih glede pripravljenosti za dajanje prve pomoči (n = 853)



15,9 % več moških je v primerjavi z ženskami izrazilo pripravljenost dajanja prve pomoči (tabela 7.24). Povezanost med spoloma glede dajanja prve pomoči je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,188).

Tabela 7.24: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na spol in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
spol SPOL	1 moški	84,8 %	15,2 %	100,0 %
	2 ženska	68,9 %	31,1 %	100,0 %
Total		76,6 %	23,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,188	,000	
	Cramer's V	,188	,000	
N of Valid Cases		826		

Največji delež (79,7 %) pripravljenosti za dajanje prve pomoči smo ugotovili med anketiranimi prve starostne skupine (do 30 let), najmanjšega med anketiranimi tretje (76,3 %) in četrte starostne skupine (76,3 %) (tabela 7.25). Pripravljenost dajanja

prve pomoči in starostna skupina nista značilno povezani (Cramerjev V-koeficient = 0,051).

Tabela 7.25: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na starost in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
rstar STAROST	30,00 ->30	79,7 %	20,3 %	100,0 %
	45,00 31 - 45	73,5 %	26,5 %	100,0 %
	60,00 46 - 60	76,3 %	23,7 %	100,0 %
	99,00 61 ->	76,3 %	23,7 %	100,0 %
Total		76,3 %	23,7 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,051	,542	
	Cramer's V	,051	,542	
N of Valid Cases		817		

S pridobljeno višjo stopnjo izobrazbe narašča tudi pripravljenost za dajanje prve pomoči anketiranih (tabela 7.26). Povezava med stopnjo izobrazbe in pripravljenostjo dajanja prve pomoči je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,141).

Tabela 7.26: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
izob IZOBRAZBA	1 OSNOVNA	67,2 %	32,8 %	100,0 %
	2 POKLICNA	73,1 %	26,9 %	100,0 %
	3 SREDNJA	80,9 %	19,1 %	100,0 %
	4 VIŠJA, VISOKA	82,6 %	17,4 %	100,0 %
Total		76,4 %	23,6 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,141	,001	
	Cramer's V	,141	,001	
N of Valid Cases		818		

Glede na kraj bivanja smo ugotovili najvišjo pripravljenost dajanja prve pomoči med anketiranimi, ki živijo v manjšem kraju ali mestu (80,4 %), in najnižjo (73,8 %) med tistimi, ki prebivajo v Ljubljani ali Mariboru (tabela 7.27), vendar kraj bivanja in pripravljenost dajanja prve pomoči nista značilno povezana (Cramerjev V-koeficient = 0,068).

Tabela 7.27: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti

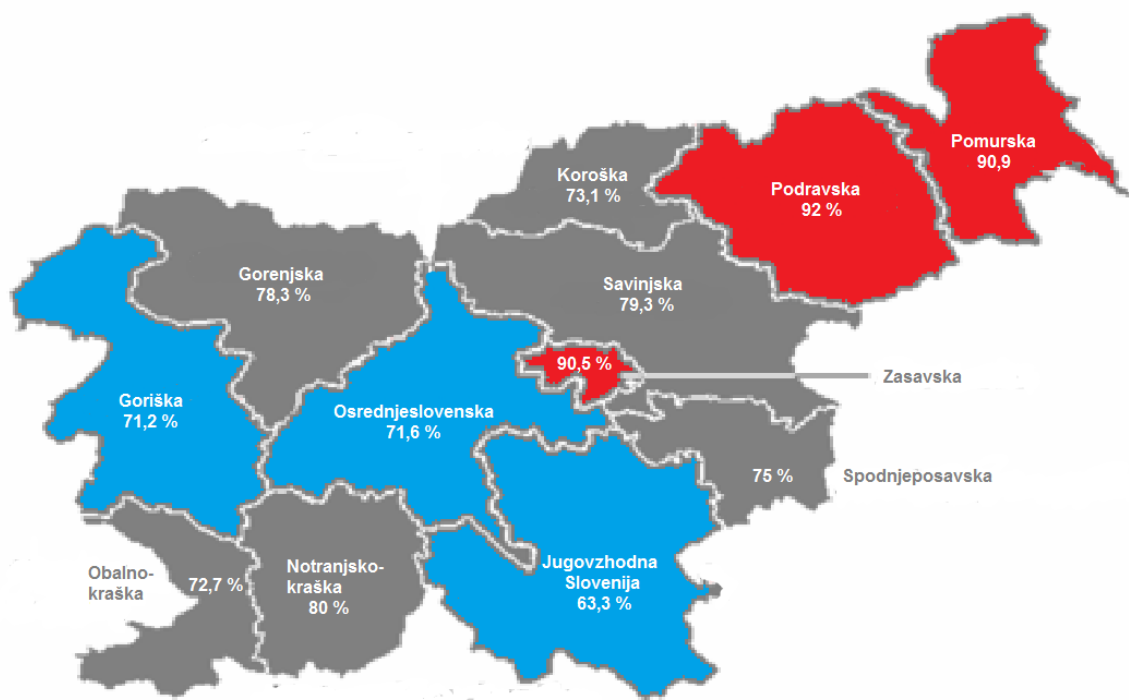
		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
tipk KRAJ BIVANJA	1 PODEŽELJE	74,4 %	25,6 %	100,0 %
	2 MANJŠI KRAJ, MESTO	80,4 %	19,6 %	100,0 %
	3 VEČJE MESTO	77,0 %	23,0 %	100,0 %
	4 LJ, MB	73,8 %	26,2 %	100,0 %
Total		76,6 %	23,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,068	,286	
	Cramer's V	,068	,286	
N of Valid Cases		816		

Smo pa ugotovili šibko povezanost med regijo bivanja in pripravljenostjo za dajanje prve pomoči (Cramerjev V-koeficient = 0,191) (tabela 7.28 in slika 7.15). Največjo pripravljenost za dajanje prve pomoči so izrazili anketirani, ki prebivajo v Podravski regiji (92,0 %), in najnižjega prebivalci Dolenjske (63,3 %). Razlika med regijo z najvišjo in regijo z najnižjo pripravljenostjo za dajanje prve pomoči je 28,7 %.

Tabela 7.28: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na regijo bivanja in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
Regija	1 POMURSKA	90,9 %	9,1 %	100,0 %
	2 PODRAVSKA	92,0 %	8,0 %	100,0 %
	3 KOROŠKA	73,1 %	26,9 %	100,0 %
	4 SAVINJSKA	79,3 %	20,7 %	100,0 %
	5 GORENJSKA	78,3 %	21,7 %	100,0 %
	6 ZASAVSKA	90,5 %	9,5 %	100,0 %
	7 OSREDNJA	71,6 %	28,4 %	100,0 %
	8 SPODNJEPOSAVSKA	75,0 %	25,0 %	100,0 %
	9 DOLENJSKA	63,3 %	36,7 %	100,0 %
	10 GORIŠKA	71,2 %	28,8 %	100,0 %
	11 OBALNO-KRAŠKA	72,7 %	27,3 %	100,0 %
	12 KRAŠKA	80,0 %	20,0 %	100,0 %
Total		76,7 %	23,3 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,191	,002	
	Cramer's V	,191	,002	
N of Valid Cases		825		

Slika 7.15: Delež izražene pripravljenosti za dajanje prve pomoči anketiranih po regijah



Legenda:

- nadpovprečna pripravljenost za dajanje PP
- pripravljenost za dajanje PP blizu povprečja
- podpovprečna pripravljenost za dajanje PP

Največji (87,1 %) delež anketiranih, ki so izrazili pripravljenost dajanja prve pomoči, smo v povezavi z višino dohodka ugotovili med anketiranimi z nadpovprečnim dohodkom (tabela 7.29), vendar višina dohodka in pripravljenost za dajanje prve pomoči nista značilno povezani (Cramerjev V-koeficient = 0,076).

Tabela 7.29: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	1 POD POVPREČJEM	71,5 %	28,5 %	100,0 %
	2 V POVPREČJU	76,6 %	23,4 %	100,0 %
	3 NAD POVPREČJEM	87,1 %	12,9 %	100,0 %
Total		75,6 %	24,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,076	,106	
	Cramer's V	,076	,106	
N of Valid Cases		780		

Pri anketiranih, ki so se v preteklosti izobraževali iz prve pomoči, smo zaznali 24,2 % večjo pripravljenost dajanja prve pomoči v primerjavi s tistimi, ki se v preteklosti niso izobraževali iz prve pomoči (tabela 7.30). Povezava med usposabljanjem in pripravljenostjo dajanja prve pomoči je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,171).

Tabela 7.30: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na to, ali so se v preteklosti izobraževali iz prve pomoči, in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
v2 STE SE SAMI V PRETEKLOSTI IZOBRAŽEVALI IZ NUDENJA PP?	1 da, sem	79,1 %	20,9 %	100,0 %
	2 ne, nisem	54,9 %	45,1 %	100,0 %
Total		76,6 %	23,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,171	,000	
	Cramer's V	,171	,000	
N of Valid Cases		822		

Več časa ko je preteklo od zadnjega usposabljanja iz prve pomoči, manjša je pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči (tabela 7.31). Povezava med leti, ki so minila od zadnjega usposabljanja prve pomoči, in pripravljenostjo za dajanje prve pomoči, je zmerna (Cramerjev V-koeficient = 0,210).

Tabela 7.31: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na čas od zadnjega usposabljanja za prvo pomoč in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
v4 KOLIKO LET JE MINILO OD VAŠEGA ZADNJEGA USPOSABLJANJA ZA PP?	1 1 LETO ALI MANJ	94,2 %	5,8 %	100,0 %
	2 MED 2 IN 5 LET	86,7 %	13,3 %	100,0 %
	3 MED 6 IN 10 LET	81,4 %	18,6 %	100,0 %
	4 VEČ KOT 10 LET	71,9 %	28,1 %	100,0 %
Total		79,0 %	21,0 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,210	,000	
	Cramer's V	,210	,000	
N of Valid Cases		737		

Glede na trajanje zadnjega usposabljanja iz prve pomoči smo ugotovili največji delež (93,8 %) pripravljenosti dajanja prve pomoči med anketiranimi, ki so se udeležili obsežnejšega usposabljanja (več kot 20 ur), in najnižjo med tistimi, ki so se udeležili od 11 do 20 ur dolgega tečaja (tabela 7.32). Povezava med trajanjem tečaja in pripravljenostjo dajanja prve pomoči je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,191).

Tabela 7.32: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na trajanje zadnjega usposabljanja ali tečaja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
v5 KOLIKO UR JE TRAJALO TO USPOSABLJANJE VAŠE ALI TEČAJ?	1 MANJ KOT 5 UR	82,9 %	17,1 %	100,0 %
	2 MED 5 IN 10 UR	78,2 %	21,8 %	100,0 %
	3 MED 11 IN 20 UR	75,2 %	24,8 %	100,0 %
	4 VEČ KOT 20 UR	93,8 %	6,2 %	100,0 %
Total		82,7 %	17,3 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,191	,000	
	Cramer's V	,191	,000	
N of Valid Cases		590		

Med anketiranimi, ki imajo izkušnjo s prvo pomočjo (bodisi da so jo dali ali da so jo prejeli), smo ugotovili večjo pripravljenost za dajanje prve pomoči kot med tistimi, ki te izkušnje nimajo (tabela 7.33). Povezava med izkušnjo s prvo pomočjo in pripravljenostjo dajanja prve pomoči je zelo šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,146).

Tabela 7.33: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na to, ali so v življenju imeli izkušnjo s prvo pomočjo, bodisi da so jo dali ali da so jo prejeli, in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
v10 STE V SVOJEM ŽIVLJENJU IMELI IZKUŠNJO Z NUDENJEM PP?	1 da, imel	82,3 %	17,7 %	100,0 %
	2 ne, ni imel	69,9 %	30,1 %	100,0 %
Total		76,6 %	23,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,146	,000	
	Cramer's V	,146	,000	
N of Valid Cases		821		

Med anketiranimi, ki imajo voziško dovoljenje, smo ugotovili za 11,8 % večji delež tistih, ki so pripravljeni dati prvo pomoč, kot med tistimi, ki voziškega dovoljenja nimajo (tabela 7.34). Povezava med voziškim dovoljenjem in pripravljenostjo za dajanje prve pomoči je zelo šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,100).

Tabela 7.34: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na to, ali imajo voziško dovoljenje, in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	1 da	78,2 %	21,8 %	100,0 %
	2 ne	66,4 %	33,6 %	100,0 %
Total		76,5 %	23,5 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,100	,004	
	Cramer's V	,100	,004	
N of Valid Cases		816		

Anketirani zdravstveni delavci so izrazili za 7,9 % večjo pripravljenost za dajanje prve pomoči kot nezdravstveni delavci (tabela 7.35), vendar povezava med zdravstvenim oziroma nezdravstvenim poklicem in pripravljenostjo za dajanje prve pomoči ni značilna (Cramerjev V-koeficient = 0,053).

Tabela 7.35: Primerjava pripravljenosti anketiranih za dajanje prve pomoči glede na zdravstveni oziroma nezdravstveni poklic in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	1 da	83,6 %	16,4 %	100,0 %
	2 ne	75,7 %	24,3 %	100,0 %
Total		76,4 %	23,6 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,053	,130	
	Cramer's V	,053	,130	
N of Valid Cases		817		

Vernost (tabela 7.36) ni dejavnik, ki bi značilno vplival na večjo pripravljenost za dajanje prve pomoči (Cramerjev V-koeficient = 0,015).

Tabela 7.36: Pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti

		v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		Total
		1 bi nudil	2 bi raje prepustil drugim	
reg1 VERNOST	1 sem veren	77,2 %	22,8 %	100,0 %
	2 nisem veren	75,8 %	24,2 %	100,0 %
	3 nekaj vmes	76,2 %	23,8 %	100,0 %
Total		76,6 %	23,4 %	100,0 %
Symmetric Measures				
		Value	Approx. Sig.	
Nominal by Nominal	Phi	,015	,911	
	Cramer's V	,015	,911	
N of Valid Cases		796		

Glede na posamezne demografske kategorije je pripravljenost anketiranih za dajanje prve pomoči v največji meri odvisna od zaposlitve in časa, ki je minil od zadnjega usposabljanja iz prve pomoči, sledijo trajanje zadnjega usposabljanja, regija bivanja,

spol, izobraževanje iz prve pomoči v preteklosti, izkušnja s prvo pomočjo, izobrazba in vozniško dovoljenje (tabela 7.37).

Tabela 7.37: Vpliv demografskih kategorij na opredelitve do dajanja prve pomoči

DEMOGRAFSKE KATEGORIJE	Podkategorije z nadpovprečnimi vrednostmi	Podkategorije s podpovprečnimi vrednostmi	Cramerjev koeficient	p
Zaposlitev	študent/dijak, gospodarstvo, gospodinja, negospodarstvo, drugo	upokojenec, brezposeln, samozaposlen, kmet	0,214	0,000
Čas od zadnjega usposabljanja	1 leto ali manj, med 2 in 5 let, med 6 in 10 let	več kot 10 let	0,210	0,000
Trajanje zadnjega usposabljanja iz PP	več kot 20 ur, manj kot 5 ur	med 5 in 10 ur, med 11 in 20 ur	0,191	0,000
Regija bivanja	Podravska, Pomurska, Zasavska, Kraška, Savinjska, Gorenjska	Dolenjska, Goriška, Osrednja, Obalno-kraška, Koroška, Spodnjeposavska	0,191	0,002
Spol	moški	ženski	0,188	0,000
Izobraževanje iz PP v preteklosti	da	ne	0,171	0,000
Izkušnja s PP	da	ne	0,146	0,000
Izobrazba	srednja, višja	osnovna, poklicna	0,141	0,000
Vozniško dovoljenje	da	ne	0,100	0,004

7.1.3.1 Opredelitve do spodbujevalnih dejavnikov za dajanje prve pomoči

Najvišjo povprečno stopnjo strinjanja (4,71) s trditvami, povezanimi z razlogi oziroma s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, so anketirani izrazili pri trditvi »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« in najnižjo (2,68) s trditvijo »pomagal bi, ker mi tako nalaga zakonodaja« (tabela 7.38).

Tabela 7.38: Deleži anketiranih glede na stopnjo strinjanja s trditvami, povezanimi z razlogi za dajanje prve pomoči (n = 853)

STOPNJA STRINJANJA	sploh ne drži					ne vem, b. o. %	x
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %		
TRDITEV							
ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	0,6	0,5	2,3	20,5	74,5	1,6	4,71
KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	2,8	3,4	6,5	20,1	65,5	1,8	4,45
VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.	0,9	0,7	13,5	35,3	48,0	0,7	4,31
POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	7,3	10,2	7,2	26,0	47,8	1,4	3,98
POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.	30,5	21,4	14,5	21,1	19,4	2,1	2,68

Glede na izbrane demografske kategorije in trditve, ki so povezane s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, smo ugotovili največ (5) statistično značilnih razlik v stopnji strinjanja s trditvama »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« in »pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja« ter najmanj (2) pri trditvi »pomagal bi, ker se mi človek smili« (tabela 7.39).

Tabela 7.39: Ugotovljene statistično značilne razlike v strinjanju anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči glede na demografske kategorije

TRDITEV	Spol	Starost	Kraj bivanja	Izobrazba	Vozniško dovoljenje	Višina dohodka	Zdravstveni poklic	Vernost	Samooce- na znanja PP	Skupaj
Čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu.	✓		✓			✓	✓		✓	5
Kdor zna pomagati, je občudovanja vreden.	✓	✓		✓	✓					4
Verjamem, da bi tudi meni kdo pomagal, če bi potreboval pomoč.	✓	✓					✓		✓	4
Pomagal bi, ker se mi človek smili.	✓			✓					✓	2
Pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja.		✓		✓			✓	✓		5
Skupaj	4	3	1	3	1	1	3	1	3	20

Strinjanje anketiranih s trditvijo »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,011$), kraja bivanja ($p = 0,000$), višine dohodka ($p = 0,001$), zdravstvenega poklica ($p = 0,021$) in poznavanja prve pomoči ($p = 0,048$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, anketirani, ki ne prebivajo v Ljubljani ali Mariboru, tisti s povprečno višino dohodka in tisti, ki so ocenili svoje znanje prve pomoči kot dobro. Tudi Slabe in drugi (2012, 248) ugotavljajo, da se očividci čutijo dolžne pomagati človeku v stiski. Do sklepa, da so humane vrednote posameznika osnova, zaradi katere posameznik čuti dolžnost pomagati, so prišli tudi Axelsson in drugi (2000, 79).

Strinjanje s trditvijo »kdor zna pomagati, je občudovanja vreden« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,000$), starosti ($p = 0,018$), izobrazbe ($p = 0,032$) in posedovanja vozniškega dovoljenja ($p = 0,013$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 61 let in več (le malo nad povprečjem tudi stari 46 do 60 let), tisti s končano osnovnošolsko in srednješolsko izobrazbo ter anketirani, ki nimajo vozniškega dovoljenja. Zvišanje lastne vrednosti in priznanje drugih je možen motiv za altruistično dejanje, vendar tudi Uletova (2005, 243) opozarja, da ga vsi avtorji, ki obravnavajo altruistično vedenje, ne uvrščajo med prave altruistične motive, in dodaja, da je rezultat socializacije prakse »tudi, da se naučimo spoštovati ljudi, ki so požrtvovalni, velikodušni, uslužni« (prav tam, 242).

Strinjanje s trditvijo »verjamem, da bi tudi meni kdo pomagal, če bi potreboval prvo pomoč« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,009$), starosti ($p = 0,001$), zdravstvenega poklica ($p = 0,010$) in samoocene znanja prve pomoči ($p = 0,001$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 46 let in več, nezdravstveni delavci ter anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči opredelili kot »srednje«.

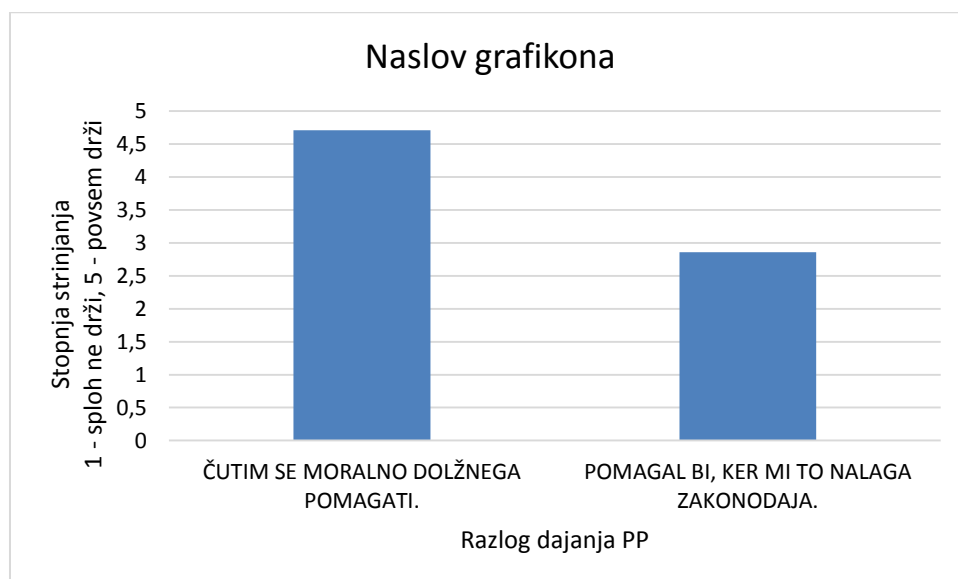
Strinjanje s trditvijo »pomagal bi, ker se mi človek smili« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,000$), izobrazbe ($p = 0,006$) in znanja prve pomoči ($p = 0,011$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, anketirani s končano

osnovnošolsko izobrazbo (malo nad povprečjem tudi s končano višjo in visokošolsko izobrazbo) ter anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči opredelili kor »srednje«.

Strinjanje s trditvijo »pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja« je statistično značilno odvisno od starosti ($p = 0,039$), izobrazbe ($p = 0,013$), zdravstvenega poklica ($p = 0,000$) in vernosti ($p = 0,050$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 61 let in več, tisti s končano osnovnošolsko izobrazbo, zdravstveni delavci in verni anketirani.

Primerjava povprečne stopnje strinjanja anketiranih s trditvama, s katerima smo merili moč spodbujevalnih dejavnikov za dajanje prve pomoči – pravne dolžnosti dajanja prve pomoči na eni in moč moralne dolžnosti dajanja prve pomoči na drugi strani –, pokaže razliko 1,85 stopnje (slika 7.16). Anketirani so se na splošno močno strinjali s trditvijo, da se čutijo moralno dolžne pomagati oziroma dati prvo pomoč (+ 1,71 stopnje nad nevtralno oceno »niti – niti«), medtem ko stopnja strinjanja s trditvijo, da bi pomagali, ker jim to nalaga zakonodaja, kaže tendenco nestrinjanja (– 0,32 stopnje pod nevtralno oceno »niti – niti«).

Slika 7.16: Primerjava povprečne stopnje strinjanja anketiranih z razlogi za dajanje prve pomoči med moralno in pravno dolžnostjo dajanja prve pomoči ($n = 853$)



Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in spolom je pokazala, da so ženske v primerjavi z moškimi izrazile statistično značilno večjo stopnjo strinjanja s trditvami »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu«, »pomagal bi, ker se mi človek smili«, »kdor zna pomagati, je občudovanja vreden« in »verjamem, da bo tudi meni kdo pomagal, če bom potreboval pomoč« (tabela 7.40).

Tabela 7.40: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na spol in stopnjo statistične značilnosti

spol SPOL		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.
1 moški	Mean	4,65	3,80	2,65	4,29	4,24
	N	409	408	406	408	408
	Std. Deviation	,608	1,354	1,476	1,059	,792
2 ženska	Mean	4,76	4,15	2,70	4,60	4,38
	N	431	433	430	430	432
	Std. Deviation	,572	1,186	1,543	,834	,799
Total	Mean	4,71	3,98	2,68	4,45	4,31
	N	839	841	835	838	840
	Std. Deviation	,592	1,282	1,510	,962	,798
ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU. * spol SPOL	Between Groups (Combined)	2,236	1	2,236	6,433	,011
	Within Groups	291,160	837	,348		
	Total	293,396	838			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * spol SPOL	Between Groups (Combined)	26,658	1	26,658	16,519	,000
	Within Groups	1353,404	839	1,614		
	Total	1380,062	840			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * spol SPOL	Between Groups (Combined)	,538	1	,538	,236	,628
	Within Groups	1902,501	833	2,283		
	Total	1903,039	834			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * spol SPOL	Between Groups (Combined)	20,164	1	20,164	22,342	,000
	Within Groups	754,433	836	,903		
	Total	774,598	837			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * spol SPOL	Between Groups (Combined)	4,285	1	4,285	6,772	,009
	Within Groups	530,115	838	,633		
	Total	534,400	839			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in starostjo je pokazala, da so anketirani najstarejše starostne skupine izrazili najvišjo stopnjo strinjanja s trditvami »pomagal

bi, ker mi to nalaga zakonodaja«, »kdor zna pomagati, je občudovanja vreden« in »verjamem, da bo tudi meni kdo pomagal, če bom potreboval pomoč« (tabela 7.41). Pri navedenih trditvah je razlika glede na starostne skupine statistično značilna.

Tabela 7.41: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na starost in stopnjo statistične značilnosti

rstar STAROST		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.
30,00 ->30	Mean	4,68	3,89	2,56	4,35	4,11
	N	186	186	186	186	186
	Std. Deviation	,637	1,338	1,480	1,125	,936
45,00 31 - 45	Mean	4,68	3,99	2,69	4,36	4,30
	N	243	242	242	242	243
	Std. Deviation	,580	1,230	1,508	1,071	,842
60,00 46 - 60	Mean	4,74	3,88	2,53	4,46	4,39
	N	215	216	214	213	215
	Std. Deviation	,616	1,390	1,509	,884	,693
99,00 61 ->	Mean	4,72	4,16	2,93	4,62	4,42
	N	192	194	191	194	193
	Std. Deviation	,534	1,153	1,520	,675	,668
Total	Mean	4,71	3,98	2,67	4,45	4,31
	N	836	838	832	835	837
	Std. Deviation	,592	1,283	1,510	,963	,799
ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU. * rstar STAROST	Between Groups (Combined)	,652	3	,217	,619	,603
	Within Groups	292,490	832	,351		
	Total	293,142	835			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * rstar STAROST	Between Groups (Combined)	10,064	3	3,355	2,046	,106
	Within Groups	1366,897	834	1,640		
	Total	1376,962	837			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * rstar STAROST	Between Groups (Combined)	18,972	3	6,324	2,793	,039
	Within Groups	1875,830	828	2,265		
	Total	1894,802	831			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * rstar STAROST	Between Groups (Combined)	9,363	3	3,121	3,393	,018
	Within Groups	764,324	831	,920		
	Total	773,688	834			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * rstar STAROST	Between Groups (Combined)	11,042	3	3,681	5,873	,001
	Within Groups	521,938	833	,627		
	Total	532,979	836			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in krajem bivanja anketiranih je pokazala statistično

značilne razlike v stopnji strinjanja pri trditvi »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« (tabela 7.42). Pri tej trditvi so najvišjo stopnjo strinjanja izrazili anketirani, ki prebivajo v večjem mestu, in najnižjo tisti, ki prebivajo v Ljubljani ali Mariboru.

Tabela 7.42: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti

tipk KRAJ BIVANJA		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA .	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVAN JA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.	
1 PODEŽELJE	Mean	4,71	4,05	2,84	4,49	4,33	
	N	315	315	314	315	316	
	Std. Deviation	,565	1,296	1,520	,964	,811	
2 MANJŠI KRAJ, MESTO	Mean	4,73	3,96	2,57	4,43	4,25	
	N	283	283	280	283	283	
	Std. Deviation	,565	1,258	1,496	1,033	,866	
3 VEČJE MESTO	Mean	4,88	4,15	2,68	4,35	4,36	
	N	90	90	89	89	90	
	Std. Deviation	,355	1,141	1,458	1,008	,742	
4 LJ, MB	Mean	4,55	3,77	2,56	4,45	4,36	
	N	151	151	151	148	149	
	Std. Deviation	,755	1,363	1,536	,779	,660	
Total	Mean	4,71	3,98	2,68	4,45	4,31	
	N	839	839	834	836	838	
	Std. Deviation	,592	1,283	1,511	,963	,799	
ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU . * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups	(Combined)	6,610	3	2,203	6,415	,000
	Within Groups		286,730	835	,343		
	Total		293,341	838			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups	(Combined)	10,697	3	3,566	2,175	,090
	Within Groups		1369,364	835	1,639		
	Total		1380,062	838			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups	(Combined)	13,908	3	4,636	2,037	,107
	Within Groups		1888,467	830	2,276		
	Total		1902,375	833			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups	(Combined)	1,394	3	,465	,500	,682
	Within Groups		772,848	832	,928		
	Total		774,242	835			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups	(Combined)	1,672	3	,557	,873	,454
	Within Groups		532,589	834	,638		
	Total		534,261	837			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in izobrazbo anketiranih je pokazala statistično značilne razlike pri trditvah »pomagal bi, ker se mi človek smili«, »pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja« in »kdor zna pomagati, je občudovanja vreden« (tabela 7.43). S prvo trditvijo so se nadpovprečno strinjali anketirani z najnižjo in najvišjo izobrazbo, z drugo anketirani s končano osnovnošolsko izobrazbo in s tretjo anketirani s končano osnovno- ali srednješolsko izobrazbo.

Tabela 7.43: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti

izob IZOBRAZBA		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.
1 OSNOVNA	Mean	4,73	4,22	3,00	4,53	4,42
	N	185	186	185	183	186
	Std. Deviation	,522	1,045	1,424	,890	,702
2 POKLICNA	Mean	4,66	3,76	2,63	4,27	4,29
	N	190	190	186	190	190
	Std. Deviation	,681	1,422	1,561	1,115	,900
3 SREDNJA	Mean	4,70	3,95	2,55	4,51	4,32
	N	286	286	286	286	286
	Std. Deviation	,527	1,327	1,501	,905	,780
4 VIŠJA, VISOKA	Mean	4,74	4,01	2,61	4,45	4,20
	N	179	178	178	178	177
	Std. Deviation	,653	1,245	1,527	,931	,799
Total	Mean	4,71	3,98	2,68	4,45	4,31
	N	839	840	835	837	839
	Std. Deviation	,592	1,283	1,511	,962	,798
ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combine d) ,705	3	,235	,671	,570
	Within Groups	292,691	835	,350		
	Total	293,396	838			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combine d) 20,153	3	6,718	4,129	,006
	Within Groups	1359,909	836	1,627		
	Total	1380,062	839			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combine d) 24,509	3	8,170	3,613	,013
	Within Groups	1878,169	831	2,261		
	Total	1902,677	834			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combine d) 8,115	3	2,705	2,941	,032
	Within Groups	766,325	833	,920		
	Total	774,440	836			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combine d) 4,443	3	1,481	2,334	,073
	Within Groups	529,881	835	,635		
	Total	534,324	838			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in posedovanjem vozniškega dovoljenja je pokazala statistično značilne razlike pri trditvi »kdor zna pomagati, je občudovanja vreden« (tabela 7.44). Pri tej trditvi so anketirani, ki nimajo vozniškega dovoljenja, izrazili nadpovprečno stopnjo strinjanja z navedeno trditvijo.

Tabela 7.44: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na posedovanje vozniškega dovoljenja in stopnjo statistične značilnosti

d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.
1 da	Mean	4,71	3,96	2,67	4,41	4,29
	N	716	715	712	714	715
	Std. Deviation	,579	1,291	1,497	,991	,794
2 ne	Mean	4,69	4,07	2,73	4,65	4,41
	N	122	123	121	122	123
	Std. Deviation	,666	1,240	1,592	,748	,824
Total	Mean	4,71	3,98	2,68	4,45	4,31
	N	838	839	833	836	838
	Std. Deviation	,592	1,283	1,510	,963	,799
ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups (Combined)	,027	1	,027	,076	,782
	Within Groups	293,249	836	,351		
	Total	293,276	837			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups (Combined)	1,157	1	1,157	,703	,402
	Within Groups	1378,122	837	1,647		
	Total	1379,280	838			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups (Combined)	,361	1	,361	,158	,691
	Within Groups	1897,962	831	2,284		
	Total	1898,323	832			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups (Combined)	5,745	1	5,745	6,235	,013
	Within Groups	768,267	834	,921		
	Total	774,012	835			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups (Combined)	1,364	1	1,364	2,141	,144
	Within Groups	532,539	836	,637		
	Total	533,904	837			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in višino osebnega dohodka je pokazala statistično značilne razlike pri trditvi »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« (tabela 7.45). Pri tej trditvi so anketirani, ki so opredelili sebe s povprečnim dohodkom, izrazili nadpovprečno stopnjo strinjanja s trditvijo.

Tabela 7.45: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti

d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.
1 POD POVPREČJEM	Mean	4,65	4,00	2,59	4,34	4,31
	N	219	221	218	219	221
	Std. Deviation	,593	1,275	1,532	1,057	,747
2 V POVPREČJU	Mean	4,76	4,03	2,78	4,50	4,29
	N	546	545	543	545	545
	Std. Deviation	,544	1,259	1,517	,887	,809
3 NAD POVPREČJEM	Mean	4,46	3,53	2,37	4,33	4,29
	N	34	34	34	34	34
	Std. Deviation	,944	1,471	1,430	1,046	1,028
Total	Mean	4,72	4,00	2,71	4,45	4,30
	N	800	800	795	798	800
	Std. Deviation	,584	1,276	1,520	,946	,802
ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	Between Groups	4,526	2	2,263	6,738	,001
	Within Groups	267,549	797	,336		
	Total	272,074	799			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	Between Groups	8,182	2	4,091	2,524	,081
	Within Groups	1292,088	797	1,621		
	Total	1300,270	799			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	Between Groups	9,805	2	4,902	2,129	,120
	Within Groups	1824,374	792	2,302		
	Total	1834,178	794			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	Between Groups	4,760	2	2,380	2,673	,070
	Within Groups	708,059	795	,890		
	Total	712,818	797			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINJSTVA	Between Groups	,103	2	,051	,080	,923
	Within Groups	513,822	797	,645		
	Total	513,925	799			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in zdravstvenim oziroma nezdravstvenim poklicem anketiranih je pokazala statistično značilne razlike pri trditvah »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu«, »pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja« in »verjamem, da bo tudi meni kdo pomagal, če bi potreboval pomoč« (tabela 7.46). S prvima dvema trditvama so se nadpovprečno strinjali zdravstveni delavci, z zadnjo pa nezdravstveni delavci.

Tabela 7.46: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti

		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.	
d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?							
1 da	Mean	4,86	3,88	3,31	4,39	4,08	
	N	73	72	72	73	72	
	Std. Deviation	,433	1,260	1,583	1,158	,816	
2 ne	Mean	4,69	3,99	2,62	4,45	4,33	
	N	766	767	762	763	766	
	Std. Deviation	,603	1,286	1,492	,943	,794	
Total	Mean	4,71	3,98	2,68	4,45	4,31	
	N	839	839	834	836	838	
	Std. Deviation	,592	1,283	1,511	,963	,799	
ANOVA Table							
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	1,851	1	1,851	5,315	,021
	Within Groups		291,489	837	,348		
	Total		293,341	838			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	,738	1	,738	,448	,503
	Within Groups		1379,323	837	1,647		
	Total		1380,062	838			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	31,618	1	31,618	14,060	,000
	Within Groups		1870,757	832	2,249		
	Total		1902,375	833			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	,253	1	,253	,272	,602
	Within Groups		773,989	834	,928		
	Total		774,242	835			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	4,276	1	4,276	6,748	,010
	Within Groups		529,985	836	,634		
	Total		534,261	837			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in vernostjo je pokazala statistično značilne razlike pri trditvi »pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja« (tabela 7.47). Pri tej trditvi so anketirani, ki so se opredelili za verne, izrazili nadpovprečno stopnjo strinjanja s trditvijo.

Tabela 7.47: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti

reg1 VERNOST		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVA NEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.
1 sem veren	Mean	4,71	4,05	2,81	4,43	4,31
	N	458	458	457	457	459
	Std. Deviation	,571	1,249	1,491	,950	,806
2 nisem veren	Mean	4,74	3,94	2,55	4,47	4,30
	N	224	224	223	222	223
	Std. Deviation	,554	1,268	1,540	,978	,784
3 nekaj vmes	Mean	4,72	3,98	2,54	4,56	4,39
	N	134	134	130	134	133
	Std. Deviation	,581	1,314	1,504	,860	,710
Total	Mean	4,72	4,01	2,70	4,46	4,32
	N	816	816	811	814	815
	Std. Deviation	,568	1,265	1,510	,944	,785
ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined) ,127	2	,064	,198	,821
	Within Groups	262,268	813	,323		
	Total	262,395	815			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined) 2,207	2	1,104	,690	,502
	Within Groups	1301,096	813	1,600		
	Total	1303,304	815			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined) 13,631	2	6,815	3,003	,050
	Within Groups	1833,214	808	2,270		
	Total	1846,845	810			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined) 1,925	2	,962	1,080	,340
	Within Groups	722,072	811	,891		
	Total	723,996	813			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined) ,835	2	,417	,677	,508
	Within Groups	500,425	812	,616		
	Total	501,260	814			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in samooceno znanja prve pomoči (tabela 7.48) je pokazala, da stopnja strinjanja s trditvijo »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« narašča v povezavi s samooceno znanja prve pomoči. Stopnja strinjanja s trditvijo »pomagal bi, ker se mi človek smili« je nadpovprečna pri tistih, ki so svoje znanje prve pomoči opredelili kot slabo ali srednje. Nadpovprečno so se strinjali s trditvijo »verjamem, da bo tudi meni kdo pomagal, če bom potreboval pomoč« anketirani z največ znanja prve pomoči glede na samooceno znanja prve pomoči.

Tabela 7.48: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na samooceno znanja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti

V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI		v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.	v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.	v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.	v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.	v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.
1,00 SLABO	Mean	4,58	4,07	2,39	4,56	4,27
	N	119	121	119	119	121
	Std. Deviation	,614	1,152	1,419	,767	,771
2,00 SREDNJE	Mean	4,71	4,08	2,71	4,48	4,39
	N	456	456	453	455	455
	Std. Deviation	,587	1,206	1,472	,913	,715
3,00 DOBRO	Mean	4,76	3,77	2,77	4,33	4,15
	N	237	236	236	237	236
	Std. Deviation	,599	1,447	1,596	1,090	,953
99,00 ne vem, b. o.	Mean	4,78	3,73	2,65	4,42	4,55
	N	28	28	27	27	28
	Std. Deviation	,424	1,354	1,696	1,255	,507
Total	Mean	4,71	3,98	2,68	4,45	4,31
	N	839	841	835	838	840
	Std. Deviation	,592	1,282	1,510	,962	,798
ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v19a ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combine d) 2,769	3	,923	2,653	,048
	Within Groups	290,628	835	,348		
	Total	293,396	838			
v19b POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combine d) 18,336	3	6,112	3,755	,011
	Within Groups	1361,726	837	1,628		
	Total	1380,062	840			
v19c POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combine d) 12,017	3	4,006	1,761	,153
	Within Groups	1891,022	831	2,275		
	Total	1903,039	834			
v19d KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combine d) 5,434	3	1,811	1,964	,118
	Within Groups	769,164	834	,922		
	Total	774,598	837			
v19e VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combine d) 11,087	3	3,696	5,903	,001
	Within Groups	523,312	836	,626		
	Total	534,400	839			

7.1.3.2 Opredelitve do zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči

Najvišjo povprečno stopnjo strinjanja (3,47) s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, so anketirani izrazili pri trditvi »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« in najnižjo (1,21) s trditvijo »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta za prvo pomoč« (tabela 7.49).

Tabela 7.49: Deleži anketiranih glede stopnje strinjanja s trditvami, povezanimi z razlogi za nedajanje prve pomoči (n = 853)

STOPNJA STRINJANJA TRDITEV	sploh ne drži		povsem drži			ne vem, b. o. %	\bar{x}
	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %		
PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PRVO POMOČ KOT JAZ.	4,8	7,7	38,0	30,3	16,0	3,2	3,47
BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU ŠKODOVAL.	7,4	13,1	27,9	35,7	13,7	2,2	3,36
MED NUDEJEM PP SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	12,6	17,7	22,3	28,3	14,8	4,3	3,16
BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI.	22,7	30,5	21,2	17,3	4,2	4,2	2,48
ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	40,5	21,7	17,1	11,8	7,3	1,7	2,22
SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.	31,0	34,3	16,2	13,5	1,2	3,8	2,16
SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLETA ZA PRVO POMOČ.	81,2	13,1	1,4	0,7	0,7	2,9	1,21

Glede na izbrane demografske kategorije in trditve, povezane z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, smo ugotovili največ (9) statistično značilnih razlik pri trditvi »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« in najmanj (2) pri trditvah »med nudenjem prve pomoči se človek lahko okuži« ter »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta za prvo pomoč« (tabela 7.50).

Tabela 7.50: Ugotovljene statistično značilne razlike v strinjanju anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na demografske kategorije

DEMOGRAFIJA	Spol	Starost	Kraj bivanja	Izobrazba	Vozniško dovoljenje	Višina dohodka	Zdrav. poklic	Vernost	Samoocena znanja PP	Pripravljenost dajanja PP	Skupaj
Prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz.	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9
Bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval.	✓	✓							✓	✓	4
Med nudenjem PP se človek lahko okuži.					✓		✓				2
Bojim se, da me lahko poškodovani kasneje toži.		✓				✓		✓	✓	✓	5
Že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro.	✓	✓				✓	✓	✓	✓	✓	7
Skrbi me, kako bodo drugi ocenili mojo pomoč.		✓		✓	✓					✓	4
Sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta za prvo pomoč.				✓						✓	2
Skupaj	3	5	0	3	3	3	3	3	4	6	33

Strinjanje s trditvijo »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« je statistično značilno povezano s spolom ($p = 0,000$), starostjo ($p = 0,000$), izobrazbo ($p = 0,005$), posedovanjem voznškega dovoljenja ($p = 0,008$), višino dohodka ($p = 0,000$), zdravstvenim poklicem ($p = 0,000$), vernostjo ($p = 0,012$), samooceno znanja prve pomoči ($p = 0,000$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 46 let in več, anketirani s podpovprečnim dohodkom, tisti, ki nimajo voznškega dovoljenja, ki niso zdravstveni delavci, anketirani, ki so se glede vernosti opredeli kot »nekaj vmes«, ki so svoje znanje prve pomoči ocenili kot »slabo« ali »srednje« in tisti, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugi osebi.

Strinjanje s trditvijo »bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval« je statistično značilno povezano s spolom ($p = 0,001$), starostjo ($p = 0,006$), samooceno znanja prve pomoči ($p = 0,000$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, anketiranci, stari od 31 do 45 let in stari 61 let in več, anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči ocenili kot »slabo« ali »srednje«, in tisti, ki niso izrazili pripravljenosti za dajanje prve pomoči.

Strinjanje s trditvijo »med nudenjem prve pomoči se človek lahko okuži« je statistično značilno povezano s posedovanjem vozniškega dovoljenja ($p = 0,008$) in z zdravstvenim poklicem ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali anketirani, ki nimajo vozniškega dovoljenja, in zdravstveni delavci. »Strah pred okužbo je lahko eden od pomembnejših vzrokov za odlašanje začetkov postopkov oživljanja. Samo ustrezno usposobljen in poučen izvajalec prve pomoči se bo oživljanja lotil brez odlašanja in bo pri tem ustrezno varoval tako sebe kot poškodovanca ali bolnika« (Petrovec 2006, 94).

Strinjanje s trditvijo »bojim se, da me lahko poškodovanec kasneje toži« je statistično značilno povezano s starostjo ($p = 0,001$), višino dohodka ($p = 0,011$), vernostjo ($p = 0,000$), znanjem prve pomoči ($p = 0,002$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali anketirani, stari od 31 do 45 let, malenkostno tudi stari od 46 do 60 let, s podpovprečnim ali povprečnim dohodkom, verni in tisti, ki so se glede vere opredelili kot »nekaj vmes«, anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči ocenili kot slabo ali srednje, ter anketirani, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim.

Strinjanje s trditvijo »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« je statistično značilno povezano s spolom ($p = 0,000$), starostjo ($p = 0,000$), višino dohodka ($p = 0,010$), zdravstvenim poklicem ($p = 0,001$), vernostjo ($p = 0,024$) in znanjem prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, starejši od 46 let, tisti s podpovprečnim osebnim dohodkom, nezdravstveni delavci, verni in tisti, ki so

se glede vere opredelili kot »nekaj vmes«, taki s samooceno znanja prve pomoči »slabo« ali »srednje«, in anketirani, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim.

Strinjanje s trditvijo »skrbi me, kako bodo drugi ocenili mojo pomoč« je statistično značilno povezano s starostjo ($p = 0,007$), stopnjo izobrazbe ($p = 0,045$), posedovanjem voznškega dovoljenja ($p = 0,002$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali stari 60 let in manj, nižje izobraženi (s končano osnovno ali srednjo šolo), taki, ki nimajo voznškega dovoljenja, in anketirani, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim.

Strinjanje s trditvijo »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta za prvo pomoč« je statistično značilno odvisno od izobrazbe ($p = 0,006$) in splošne pripravljenosti za dajanje prve pomoči ($p = 0,003$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali nižje in visoko izobraženi ter anketirani, ki so se opredelili, da bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim.

Vendar so v zvezi s kompletom prve pomoči za avtomobiliste in za motoriste pomembni še drugi vidiki. Interpretacija Pravilnika o kompletu za prvo pomoč, ki spada k obvezni opremi motornih vozil (2004), da morajo biti vsa vozila opremljena z novim kompletom, je sprožila močan odpor laične javnosti (zlasti nezadovoljstvo voznikov, ki so bili primorani zamenjati komplet prve pomoči, polemike na spletnih forumih ter razprave v medijih), to pa je spodbudilo sprejetje Pravilnika o spremembi Pravilnika o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil (2007). Ta je v členu 10.a (prav tam) dodatno opredelil, da je lahko v vozilih, ki so bila prvič registrirana v Sloveniji pred 1. januarjem 2005, vsebina obstoječih kompletov za prvo pomoč, ki pa mora biti higiensko vzdrževana, nepoškodovana in z veljavnim rokom uporabe. Danes določa vsebino kompleta za prvo pomoč ter način shranjevanja Pravilnik o delih in opremi vozil (2013). Čeprav pravilnik (prav tam) določa, da mora biti v seznamu vsebine na prvem mestu napisan napotek, da je treba vsak porabljeni ali manjkajoči del takoj nadomestiti, se občasno pojavijo razlage, da je treba ob vsakem porabljenem kosu vsebine iz kompleta zamenjati ves

komplet. Kmetič (2015) pojasnjuje, da je menjava celotnega kompleta prve pomoči pogosto cenejša od menjave nekaj posameznih kosov vsebine, in dodaja, da gre pri vsem skupaj za kar veliko denarja. »V Sloveniji je bilo konec leta 2014 registriranih 1.092.670 osebnih avtomobilov. To pomeni, da mora vsako leto 218.534 lastnikov avtomobilov nabaviti novo škatlo za prvo pomoč« (Kmetič 2015). Avtor (prav tam) opozarja tudi na okoljski vidik pretečenega roka obvezilnega materiala. Sklepamo, da je komplet prve pomoči za avtomobiliste najbolj razširjen komplet prve pomoči in kot tak tudi najbolj dostopen. Ustrezno poučen in usposobljen dajalec prve pomoči bo, če bo treba, posegel po njegovi vsebini in lažje oskrbel poškodbo, kot če kompleta ne bi imel na voljo. Ob tem pa Šterbenc in Slabe (2009, 51) opozarjata, da večina anketiranih voznikov motornih vozil v svojem vozilu sicer ima komplet za prvo pomoč, da pa vozniki slabo poznajo njegovo vsebino. Aktualni priročnik prve pomoči za voznike (Ahčan in drugi 2007) predstavi vsebino kompleta, je pa treba udeležence usposabljanj prve pomoči z vsebino kompleta tudi praktično seznaniti. Šterbenc in Slabe (prav tam) dodajata, da je treba bodoče voznike motornih vozil usposabljati za dajanje prve pomoči predvsem s tistimi pripomočki, ki jih komplet prve pomoči za avtomobiliste tudi vsebuje. Ena od možnosti koristne uporabe prvih pomočev in drugega obvezilnega materiala iz kompleta prve pomoči za avtomobiliste, ki mu je pretekel rok uporabe, so prav tečajji prve pomoči.

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in spolom je pokazala, da so ženske v primerjavi z moškimi izrazile statistično značilno večjo stopnjo strinjanja s trditvami »bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval«, »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« in »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« (tabela 7.51).

Tabela 7.51: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na spol in stopnjo statistične značilnosti

spol SPOL		v20a MED NUDENJ EM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKOD OVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
1 moški	Mean	3,12	3,17	1,21	3,34	2,04	2,43	2,20
	N	400	406	408	401	408	401	401
	Std. Deviation	1,303	1,136	,574	1,072	1,199	1,184	1,112
2 ženska	Mean	3,19	3,54	1,21	3,58	2,40	2,52	2,13
	N	416	428	420	425	431	416	420
	Std. Deviation	1,230	1,055	,562	,950	1,362	1,136	1,019
Total	Mean	3,16	3,36	1,21	3,47	2,22	2,48	2,16
	N	816	834	828	826	839	818	821
	Std. Deviation	1,266	1,110	,568	1,018	1,297	1,160	1,066
ANOVA Table								
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NU DENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * spol SPOL	Between Groups	(Combined)	,939	1	,939	,585	,444	
	Within Groups		1305,383	814	1,603			
	Total		1306,322	815				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * spol SPOL	Between Groups	(Combined)	29,117	1	29,117	24,282	,000	
	Within Groups		997,540	832	1,199			
	Total		1026,658	833				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * spol SPOL	Between Groups	(Combined)	,003	1	,003	,010	,919	
	Within Groups		266,625	826	,323			
	Total		266,628	827				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * spol SPOL	Between Groups	(Combined)	12,438	1	12,438	12,160	,001	
	Within Groups		842,695	824	1,023			
	Total		855,132	825				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * spol SPOL	Between Groups	(Combined)	26,737	1	26,737	16,187	,000	
	Within Groups		1382,626	837	1,652			
	Total		1409,363	838				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * spol SPOL	Between Groups	(Combined)	1,756	1	1,756	1,305	,254	
	Within Groups		1097,310	816	1,345			
	Total		1099,066	817				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * spol SPOL	Between Groups	(Combined)	,918	1	,918	,808	,369	
	Within Groups		929,885	819	1,136			
	Total		930,803	820				

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in starostjo (tabela 7.52) je pokazala, da so anketiranci druge (31 do 45 let) in zadnje (61 let in več) starostne skupine izrazili nadpovprečno stopnjo strinjanja s trditvijo »bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval«, medtem ko so se s trditvijo »prepričan sem, da znajo drugi bolje pomagati kot jaz« nadpovprečno strinjali anketiranci tretje in četrte starostne skupine (46 let in več). Strinjanje s trditvijo »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« s starostjo narašča. S trditvijo »bojim se, da me lahko poškodovanec toži« so se nadpovprečno strinjali anketiranci druge in tretje, s trditvijo »skrbi me, kako bodo drugi ocenili mojo pomoč« pa anketiranci prve in zadnje starostne skupine. Pri navedenih trditvah je razlika znotraj starostnih skupin statistično značilna.

Tabela 7.52: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na starost in stopnjo statistične značilnosti

rstar STAROST		v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČ AN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKOD OVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
30,00 ->30	Mean	3,35	3,24	1,15	3,21	1,93	2,24	2,18
	N	180	186	183	184	186	186	186
	Std. Deviation	1,364	1,268	,455	1,164	1,115	1,225	1,173
45,00 31 - 45	Mean	3,11	3,54	1,23	3,30	2,13	2,70	2,06
	N	236	243	241	239	243	239	241
	Std. Deviation	1,248	1,066	,501	,921	1,355	1,092	,961
60,00 46 - 60	Mean	3,14	3,22	1,20	3,58	2,38	2,49	2,07
	N	212	213	214	212	216	212	210
	Std. Deviation	1,263	1,053	,593	,955	1,328	1,173	1,024
99,00 61 ->	Mean	3,07	3,39	1,27	3,81	2,47	2,42	2,39
	N	185	189	188	189	191	178	181
	Std. Deviation	1,169	1,038	,702	,932	1,290	1,127	1,108
Total	Mean	3,16	3,36	1,21	3,47	2,23	2,48	2,16
	N	813	831	825	823	836	815	818
	Std. Deviation	1,263	1,112	,569	1,016	1,297	1,162	1,067
ANOVA Table								
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * rstar STAROST	Between Groups	(Combined)	8,729	3	2,910	1,829	,140	
	Within Groups		1287,563	809	1,591			
	Total		1296,292	812				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * rstar STAROST	Between Groups	(Combined)	15,349	3	5,116	4,188	,006	
	Within Groups		1010,088	827	1,222			
	Total		1025,436	830				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * rstar STAROST	Between Groups	(Combined)	1,627	3	,542	1,682	,169	
	Within Groups		264,866	821	,322			
	Total		266,493	824				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * rstar STAROST	Between Groups	(Combined)	44,241	3	14,747	15,015	,000	
	Within Groups		804,322	819	,982			
	Total		848,564	822				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * rstar STAROST	Between Groups	(Combined)	35,581	3	11,860	7,203	,000	
	Within Groups		1370,064	832	1,647			
	Total		1405,645	835				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * rstar STAROST	Between Groups	(Combined)	22,550	3	7,517	5,664	,001	
	Within Groups		1075,840	811	1,327			
	Total		1098,390	814				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * rstar STAROST	Between Groups	(Combined)	13,609	3	4,536	4,029	,007	
	Within Groups		916,015	814	1,126			
	Total		929,624	817				

Pri primerjavi strinjanja trditev, povezanih s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na kraj bivanja anketiranih nismo ugotovili statistično značilnih razlik (tabela 7.53).

Tabela 7.53: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na kraj bivanja in stopnjo statistične značilnosti

tipk KRAJ BIVANJA		v20a MED NUDENJE M PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
1 PODEŽELJE	Mean	3,18	3,33	1,22	3,53	2,22	2,51	2,22
	N	299	312	307	306	315	305	309
	Std. Deviation	1,298	1,174	,587	,987	1,294	1,179	1,033
2 MANJŠI KRAJ, MESTO	Mean	3,21	3,29	1,22	3,39	2,24	2,43	2,17
	N	281	283	283	280	283	272	278
	Std. Deviation	1,222	1,121	,597	1,068	1,278	1,138	1,093
3 VEČJE MESTO	Mean	2,99	3,56	1,17	3,52	2,23	2,45	1,87
	N	88	88	88	90	89	89	87
	Std. Deviation	1,325	1,018	,408	,914	1,496	1,120	1,003
4 LJ, MB	Mean	3,11	3,43	1,21	3,44	2,19	2,51	2,20
	N	147	151	151	149	151	151	146
	Std. Deviation	1,252	,993	,566	1,041	1,221	1,193	1,098
Total	Mean	3,16	3,36	1,21	3,46	2,22	2,48	2,16
	N	815	833	828	825	838	818	821
	Std. Deviation	1,266	1,111	,568	1,018	1,296	1,160	1,066
ANOVA Table								
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups (Combined)	3,512		3	1,171	,729	,535	
	Within Groups	1302,253		811	1,605			
	Total	1305,765		814				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups (Combined)	6,174		3	2,058	1,673	,171	
	Within Groups	1020,164		829	1,230			
	Total	1026,338		832				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups (Combined)	,232		3	,077	,240	,869	
	Within Groups	266,396		824	,323			
	Total	266,628		827				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups (Combined)	3,501		3	1,167	1,127	,337	
	Within Groups	849,789		821	1,035			
	Total	853,290		824				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups (Combined)	,186		3	,062	,037	,991	
	Within Groups	1406,708		834	1,686			
	Total	1406,894		837				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups (Combined)	1,183		3	,394	,292	,831	
	Within Groups	1097,884		814	1,349			
	Total	1099,066		817				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * tipk KRAJ BIVANJA	Between Groups (Combined)	8,917		3	2,972	2,633	,049	
	Within Groups	921,886		817	1,129			
	Total	930,803		820				

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in izobrazbo anketiranih je pokazala statistično značilne razlike pri trditvah »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta a

prvo pomoč«, »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« in »skrbi me, kako bodo drugi ocenili mojo pomoč« (tabela 7.54). S prvo trditvijo so se podpovprečno strinjali anketirani s srednjo izobrazbo, strinjanje z drugo in tretjo trditvijo pada s stopnjo pridobljene izobrazbe.

Tabela 7.54: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na izobrazbo in stopnjo statistične značilnosti

izob IZOBRAZBA		v20a MED NUDENJ EM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČ AN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKOD OVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
1 OSNOVNA	Mean	3,32	3,27	1,28	3,67	2,40	2,50	2,34
	N	175	181	177	183	184	171	174
	Std. Deviation	1,190	1,162	,573	,980	1,411	1,193	1,068
2 POKLICNA	Mean	3,13	3,30	1,27	3,52	2,24	2,47	2,20
	N	179	188	186	187	190	184	186
	Std. Deviation	1,284	1,194	,649	1,022	1,239	1,150	1,093
3 SREDNJA	Mean	3,06	3,36	1,12	3,36	2,15	2,40	2,09
	N	282	285	286	278	285	284	285
	Std. Deviation	1,276	1,085	,395	1,054	1,250	1,163	1,011
4 VIŠJA, VISOKA	Mean	3,17	3,51	1,24	3,35	2,13	2,58	2,06
	N	179	179	179	176	179	178	176
	Std. Deviation	1,299	,995	,680	,963	1,296	1,135	1,104
Total	Mean	3,16	3,36	1,21	3,46	2,22	2,48	2,16
	N	815	833	828	825	838	818	821
	Std. Deviation	1,266	1,111	,568	1,018	1,296	1,160	1,066
ANOVA Table								
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combined)	7,110	3	2,370	1,481	,218	
	Within Groups		1298,655	811	1,601			
	Total		1305,765	814				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combined)	6,331	3	2,110	1,715	,162	
	Within Groups		1020,007	829	1,230			
	Total		1026,338	832				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combined)	3,974	3	1,325	4,157	,006	
	Within Groups		262,654	824	,319			
	Total		266,628	827				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combined)	13,344	3	4,448	4,348	,005	
	Within Groups		839,946	821	1,023			
	Total		853,290	824				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combined)	9,031	3	3,010	1,797	,146	
	Within Groups		1397,863	834	1,676			
	Total		1406,894	837				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combined)	3,561	3	1,187	,882	,450	
	Within Groups		1095,505	814	1,347			
	Total		1099,066	817				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * izob IZOBRAZBA	Between Groups	(Combined)	9,153	3	3,051	2,703	,045	
	Within Groups		921,651	817	1,129			
	Total		930,803	820				

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in posedovanjem vozniškega dovoljenja je pokazala statistično značilne razlike pri trditvah »med nudenjem prve pomoči se človek lahko okuži«, »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« in »skrbi me, kako bodo drugi ocenili mojo pomoč« (tabela 7.55). Pri vseh trditvah so anketirani, ki nimajo vozniškega dovoljenja, izrazili nadpovprečno stopnjo strinjanja s trditvami.

Tabela 7.55: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na posedovanje vozniškega dovoljenja in stopnjo statistične značilnosti

		v20a MED NUDENJ EM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKOD OVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?								
1 da	Mean	3,11	3,39	1,20	3,38	2,19	2,50	2,12
	N	699	711	711	703	716	701	708
	Std. Deviation	1,282	1,092	,550	1,007	1,274	1,151	1,037
2 ne	Mean	3,44	3,18	1,26	3,96	2,42	2,35	2,44
	N	116	122	117	122	123	117	113
	Std. Deviation	1,130	1,203	,666	,933	1,410	1,213	1,198
Total	Mean	3,16	3,36	1,21	3,46	2,22	2,48	2,16
	N	815	833	828	825	838	818	821
	Std. Deviation	1,266	1,111	,568	1,018	1,296	1,160	1,066
ANOVA Table								
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups	(Combined)	11,361	1	11,361	7,139	,008	
	Within Groups		1294,404	813	1,591			
	Total		1305,765	814				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups	(Combined)	4,506	1	4,506	3,665	,056	
	Within Groups		1021,831	831	1,229			
	Total		1026,338	832				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups	(Combined)	,336	1	,336	1,042	,308	
	Within Groups		266,292	826	,322			
	Total		266,628	827				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups	(Combined)	35,652	1	35,652	35,891	,000	
	Within Groups		817,637	823	,993			
	Total		853,290	824				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups	(Combined)	5,552	1	5,552	3,313	,069	
	Within Groups		1401,342	836	1,676			
	Total		1406,894	837				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups	(Combined)	2,015	1	2,015	1,498	,221	
	Within Groups		1097,051	816	1,345			
	Total		1099,066	817				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * d0 ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?	Between Groups	(Combined)	10,445	1	10,445	9,289	,002	
	Within Groups		920,358	819	1,124			
	Total		930,803	820				

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in višino osebnega dohodka je pokazala statistično značilne razlike pri trditvah »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz«, »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« in »bojim se, da me lahko poškodovani kasneje toži« (tabela 7.56). Strinjanje s prvo in drugo trditvijo pada v obratnem sorazmerju z višino dohodka, strinjanje s tretjo pa je izrazito najnižje v skupini anketiranih z nadpovprečnim dohodkom.

Tabela 7.56: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na višino dohodka in stopnjo statistične značilnosti

d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA		v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOV ANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.	
1	POD	Mean	3,20	3,28	1,18	3,70	2,41	2,50	2,28
	POVPREČJ	N	216	219	218	218	219	211	215
	EM	Std. Dev.	1,247	1,121	,446	,931	1,426	1,094	1,064
2	V	Mean	3,17	3,39	1,24	3,44	2,17	2,51	2,13
	POVPREČJ	N	529	542	536	537	545	536	537
	U	Std. Dev.	1,286	1,091	,612	1,006	1,243	1,162	1,054
3	NAD	Mean	2,81	3,44	1,21	2,65	1,79	1,90	1,95
	POVPREČJ	N	34	34	34	34	34	34	34
	EM	Std. Dev.	1,211	1,190	,726	1,212	1,143	1,166	1,181
Total		Mean	3,16	3,36	1,22	3,48	2,22	2,48	2,16
		N	778	795	789	789	799	781	786
		Std. Dev.	1,273	1,103	,576	1,016	1,298	1,149	1,064
ANOVA Table									
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.		
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA	Between Groups	(Combined)	4,571	2	2,286	1,412	,244		
	Within Groups		1254,920	775	1,619				
	Total		1259,492	777					
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA	Between Groups	(Combined)	1,906	2	,953	,782	,458		
	Within Groups		964,799	792	1,218				
	Total		966,704	794					
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA	Between Groups	(Combined)	,474	2	,237	,714	,490		
	Within Groups		261,328	786	,332				
	Total		261,802	788					
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA	Between Groups	(Combined)	34,995	2	17,498	17,664	,000		
	Within Groups		778,791	786	,991				
	Total		813,787	788					
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA	Between Groups	(Combined)	15,413	2	7,706	4,616	,010		
	Within Groups		1329,092	796	1,669				
	Total		1344,504	798					
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA	Between Groups	(Combined)	11,793	2	5,897	4,503	,011		
	Within Groups		1018,135	778	1,309				
	Total		1029,928	780					
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * d1 VIŠINA DOHODKA GOSPODINSTVA	Between Groups	(Combined)	5,104	2	2,552	2,261	,105		
	Within Groups		884,010	783	1,129				
	Total		889,114	785					

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in zdravstvenim oziroma nezdravstvenim poklicem anketiranih je pokazala statistično značilne razlike pri trditvah »med nudenjem prve pomoči se človek lahko okuži«, »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« in »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« (tabela 7.57). S prvo so se nadpovprečno strinjali zdravstveni delavci, z drugo in tretjo pa nezdravstveni delavci.

Tabela 7.57: Primerjava strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, med zdravstvenimi in nezdravstvenimi delavci in stopnjo statistične značilnosti

		v20a MED NUDENJ EM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOV ANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKOD OVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?								
1 da	Mean	3,70	3,32	1,17	3,06	1,73	2,33	1,93
	N	73	73	73	72	73	73	73
	Std. Deviation	1,174	1,323	,399	1,062	,929	1,086	,806
2 ne	Mean	3,10	3,36	1,22	3,50	2,27	2,49	2,18
	N	742	760	755	753	765	744	747
	Std. Deviation	1,263	1,089	,581	1,006	1,317	1,167	1,086
Total	Mean	3,16	3,36	1,21	3,46	2,22	2,48	2,16
	N	815	833	828	825	838	818	821
	Std. Deviation	1,266	1,111	,568	1,018	1,296	1,160	1,066
ANOVA Table								
		Sum of Squares		df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	23,743	1	23,743	15,063	,000	
	Within Groups		1282,022	813	1,576			
	Total		1305,765	814				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	,158	1	,158	,128	,721	
	Within Groups		1026,180	831	1,235			
	Total		1026,338	832				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	,121	1	,121	,374	,541	
	Within Groups		266,507	826	,323			
	Total		266,628	827				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	12,755	1	12,755	12,491	,000	
	Within Groups		840,535	823	1,021			
	Total		853,290	824				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	19,297	1	19,297	11,630	,001	
	Within Groups		1387,597	836	1,659			
	Total		1406,894	837				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	1,650	1	1,650	1,226	,268	
	Within Groups		1097,417	816	1,346			
	Total		1099,066	817				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * d2 ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?	Between Groups	(Combined)	4,181	1	4,181	3,693	,055	
	Within Groups		926,623	819	1,132			
	Total		930,803	820				

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in vernostjo je pokazala statistično značilne razlike pri trditvah »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz«, »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« in »bojim se, da me lahko poškodovani kasneje toži« (tabela 7.58). Pri vseh treh trditvah so anketirani, ki so se opredelili glede vere kot »nekaj vmes«, izrazili nadpovprečno stopnjo strinjanja.

Tabela 7.58: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na vernost in stopnjo statistične značilnosti

reg1 VERNOST		v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
1 sem veren	Mean	3,09	3,38	1,24	3,42	2,27	2,54	2,24
	N	440	455	450	450	456	444	448
	Std. Deviation	1,261	1,051	,574	,988	1,298	1,168	1,053
2 nisem veren	Mean	3,20	3,29	1,17	3,39	2,04	2,15	2,06
	N	220	222	222	221	223	223	220
	Std. Deviation	1,343	1,227	,513	1,061	1,249	1,041	1,073
3 nekaj vmes	Mean	3,23	3,46	1,15	3,70	2,39	2,80	2,12
	N	131	131	133	130	134	128	130
	Std. Deviation	1,181	1,084	,562	,991	1,339	1,191	1,085
Total	Mean	3,15	3,37	1,21	3,46	2,23	2,47	2,17
	N	792	808	805	801	813	794	798
	Std. Deviation	1,272	1,107	,556	1,013	1,296	1,158	1,065

ANOVA Table								
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined)	2,806	2	1,403	,867	,420	
	Within Groups		1276,471	789	1,618			
	Total		1279,277	791				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined)	2,551	2	1,276	1,041	,354	
	Within Groups		986,992	805	1,226			
	Total		989,543	807				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined)	1,249	2	,624	2,022	,133	
	Within Groups		247,683	802	,309			
	Total		248,932	804				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined)	9,024	2	4,512	4,431	,012	
	Within Groups		812,194	798	1,018			
	Total		821,218	800				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined)	12,466	2	6,233	3,736	,024	
	Within Groups		1351,816	810	1,668			
	Total		1364,282	812				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined)	39,425	2	19,713	15,229	,000	
	Within Groups		1024,346	791	1,294			
	Total		1063,771	793				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * reg1 VERNOST	Between Groups	(Combined)	5,159	2	2,580	2,280	,103	
	Within Groups		898,910	795	1,131			
	Total		904,069	797				

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in samooceno znanja prve pomoči (tabela 7.59) je pokazala, da stopnja strinjanja s trditvijo »bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval«, »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz«, »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« in »bojim se, da me lahko poškodovani kasneje toži« pada v obratnem sorazmerju z višino samoocene znanja prve pomoči.

Tabela 7.59: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na samooceno znanja prve pomoči in stopnjo statistične značilnosti

V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI		v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
1,00 SLABO	Mean	3,16	3,74	1,26	3,94	2,59	2,67	2,34
	N	117	122	118	122	121	113	113
	Std. Deviation	1,201	,843	,691	,855	1,370	1,194	1,180
2,00 SREDNJE	Mean	3,09	3,43	1,22	3,51	2,30	2,52	2,18
	N	447	450	450	445	454	445	448
	Std. Deviation	1,249	1,045	,569	,963	1,319	1,169	1,064
3,00 DOBRO	Mean	3,30	3,07	1,20	3,11	1,87	2,26	2,04
	N	231	236	234	232	237	236	236
	Std. Deviation	1,334	1,254	,521	1,056	1,111	1,106	1,010
99,00 ne vem, b. o.	Mean	2,87	3,06	1,05	3,72	2,37	2,86	2,14
	N	22	26	26	27	27	24	24
	Std. Deviation	1,125	1,247	,212	1,214	1,454	1,069	,974
Total	Mean	3,16	3,36	1,21	3,47	2,22	2,48	2,16
	N	816	834	828	826	839	818	821
	Std. Deviation	1,266	1,110	,568	1,018	1,297	1,160	1,066

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combined)	8,645	3	2,882	1,803	,145
	Within Groups		1297,677	812	1,598		
	Total		1306,322	815			
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combined)	41,882	3	13,961	11,765	,000
	Within Groups		984,776	830	1,187		
	Total		1026,658	833			
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combined)	,969	3	,323	1,002	,391
	Within Groups		265,659	824	,322		
	Total		266,628	827			
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combined)	59,277	3	19,759	20,406	,000
	Within Groups		795,855	822	,968		
	Total		855,132	825			
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combined)	50,213	3	16,738	10,284	,000
	Within Groups		1359,150	835	1,628		
	Total		1409,363	838			
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combined)	19,782	3	6,594	4,970	,002
	Within Groups		1079,285	814	1,327		
	Total		1099,066	817			
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * V12R POZNAVANJE PRVE POMOČI	Between Groups	(Combined)	7,211	3	2,404	2,125	,096
	Within Groups		923,592	817	1,131		
	Total		930,803	820			

Primerjava povezave med strinjanjem s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, in pripravljenostjo za dajanje prve pomoči (tabela 7.60) je pokazala statistično značilne razlike med skupinama pri trditvah »bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval«, »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta za prvo pomoč«, »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz«, »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro«, »bojim se, da me lahko poškodovani kasneje toži« in »skrbi me, kako bodo drugi ocenili mojo pomoč«. Pri vseh navedenih trditvah so anketirani, ki so se opredelili, da bi dali prvo pomoč, izrazili nižjo stopnjo strinjanja.

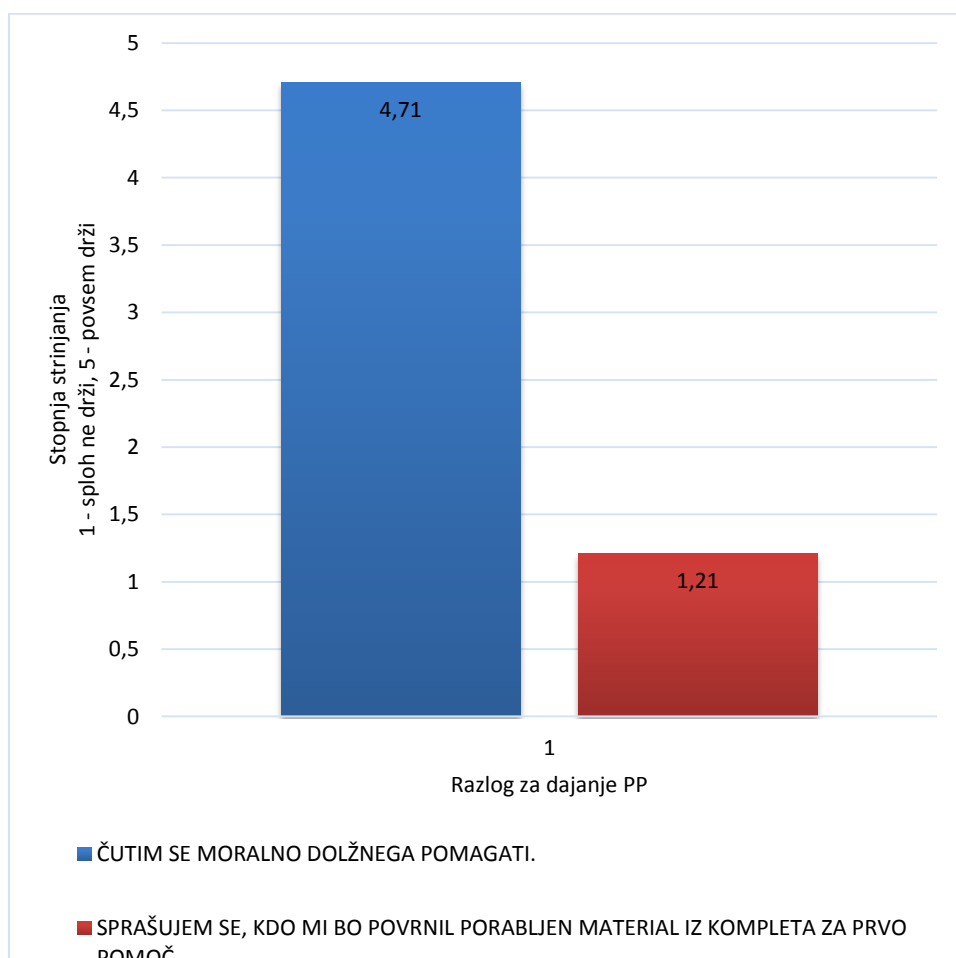
Tabela 7.60: Stopnja strinjanja anketiranih s trditvami, povezanimi z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, glede na njihovo pripravljenost za dajanje prve pomoči in stopnja statistične značilnosti

v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?		v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.	v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO	v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE	v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ.	v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.	v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI.	v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.
1 bi nudil	Mean	3,17	3,20	1,19	3,37	2,09	2,39	2,07
	N	607	617	616	613	621	613	611
	Std. Deviation	1,243	1,112	,514	1,031	1,241	1,098	1,033
2 bi raje prepustil drugim	Mean	3,09	3,81	1,33	3,74	2,66	2,74	2,41
	N	185	190	187	188	191	181	187
	Std. Deviation	1,353	1,000	,731	,937	1,372	1,297	1,123
Total	Mean	3,15	3,35	1,22	3,46	2,22	2,47	2,15
	N	793	807	803	801	812	794	798
	Std. Deviation	1,269	1,116	,575	1,021	1,295	1,155	1,064
ANOVA Table								
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
v20a MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI. * v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?	Between Groups	(Combined)	1,023	1	1,023	,635	,426	
	Within Groups		1273,913	791	1,611			
	Total		1274,936	792				
v20b BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU LAHKO ŠKODO * v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?	Between Groups	(Combined)	53,872	1	53,872	45,609	,000	
	Within Groups		950,978	805	1,181			
	Total		1004,850	806				
v20c SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLE * v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?	Between Groups	(Combined)	2,899	1	2,899	8,861	,003	
	Within Groups		262,195	801	,327			
	Total		265,094	802				
v20d PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PP KOT JAZ. * v1 PRIPRAVLJENI NUDITI PP?	Between Groups	(Combined)	19,134	1	19,134	18,757	,000	
	Within Groups		814,788	799	1,020			
	Total		833,922	800				
v20e ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO. * PRIPRAVLJENI NUDITI PP?	Between Groups	(Combined)	47,033	1	47,033	29,030	,000	
	Within Groups		1312,804	810	1,620			
	Total		1359,836	811				
v20f BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI. * v1 PRIPRAVLJENI NUDITI PP?	Between Groups	(Combined)	16,963	1	16,963	12,915	,000	
	Within Groups		1039,930	792	1,313			
	Total		1056,893	793				
v20g SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ. * v1 ALI BI BILI VI PRIPRAVLJENI NUDITI PP?	Between Groups	(Combined)	16,796	1	16,796	15,096	,000	
	Within Groups		885,287	796	1,113			
	Total		902,083	797				

Primerjava povprečne stopnje strinjanja anketiranih s trditvama, s katerima smo merili moč spodbujevalnega in zaviralnega dejavnika za dajanje prve pomoči, moralne dolžnosti dajanja prve pomoči na eni (prosocialni vidik) in moč zaviralnega dejavnika na drugi strani (asocialni vidik) (slika 7.17), pokaže razliko 3,5 stopnje.

Anketirani so se močno strinjali s trditvijo, da se čutijo moralno dolžne pomagati oziroma dati prvo pomoč (+ 1,71 stopnje nad nevtralno oceno »niti – niti«), medtem ko stopnja strinjanja s trditvijo, da se sprašujejo, kdo jim bo povrnil porabljeni material iz kompleta za prvo pomoč, kaže izrazito nestrinjanje (– 1,79 stopnje pod nevtralno oceno »niti – niti«).

Slika 7.17: Primerjava povprečne stopnje strinjanja anketiranih med razlogom za dajanje in razlogom za nedajanje prve pomoči (n = 853)



7.2 PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA KVALITATIVNIH PODATKOV, ZBRANIH S POGOVORI V FOKUSNIH SKUPINAH

V nadaljevanju so prikazani in interpretirani rezultati analize kvalitativnih podatkov zbranih s pogovori v fokusnih skupinah. Rezultati so urejeni v naslednje tematske sklope: opredelitve do usposabljanja iz prve pomoči; spodbujevalni dejavniki za dajanje prve pomoči; zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči: prva pomoč kot moralna in kot pravna dolžnost; kdor zna pomagati, je občudovanja vreden. Pripadajoče kategorije in podkategorije k posameznemu tematskemu sklopu prikazuje tabela 7.61. Ker so nas zanimale razlike v opredelitvah anketiranih glede na starost, navajamo izjave udeležencev, urejene po treh starostnih skupinah (prva do 30 let, druga od 31 do 60 let in tretja 61 let ali več).

Tabela 7.61: Tematski sklopi s pripadajočimi kategorijami in podkategorijami

TEMATSKI SKLOP	SPODBUJEVALNI DEJAVNIKI	ZAVIRALNI DEJAVNIKI	OPREDELITVE DO OBNAVLJANJA ZNANJA
KATEGORIJE	SUBJEKTIVNI	SUBJEKTIVNI	POZITIVNA
Podkategorije	INSTINKT	UČINEK ŠOKA	ODOBRAVANJE
	UČINEK PROTIŠOKA		
	OSEBNOSTNE LASTNOSTI altruizem sočutje empatija humanost pogum nastopaštvo	OSEBNOSTNE LASTNOSTI pomanjkanje sočutja ignoranca egoizem	VEČ USPOSABLJANJA
	ODGOVORNOST moralna solidarnostna	STRAH zaradi neznanja pred napako pred sodbami drugih zaradi nevarnosti okužbe pred tožbo	OBVEZNO OBNAVLJANJE
	OSEBNA BLIŽINA	PANIKA	NAČINI OBNAVLJANJA
		PREDSODKI ODPOR DO KRVI	USPOSABLJANJE ŽE OD OTROŠTVA
	ZNANJE	NEZNANJE POZABLJANJE	POGOSTOST OBNAVLJANJA
	IZKUŠNJE	POMANJKANJE IZKUŠENJ NEGOTOVOST POMANJKANJE VZGOJE	KORIŠČENJE TEHNOLOGIJE/ MEDIJEV
		OBČUTEK SRAMU	
	LASTNA IZKUŠNJA S POŠKODBO/ BOLEZNIJO	ODPOR DO KRVI/RAN SLABA IZKUŠNJA Z DAJANJEM PRVE POMOČI	
KATEGORIJE	OBJEKTIVNI	OBJEKTIVNI	NEGATIVNA
Podkategorije	ODSOTNOST/ PASIVNOST DRUGIH OSEB	VPLIV PASIVNIH OPAZOVALCEV dvom o potrebnosti pomoči prelaganje odgovornosti	NEODOBRAVANJE
	RAZPOLOŽLJIVA TEHNOLOGIJA	POTREBEN ČAS	
		NEVARNE OKOLIŠČINE FIZIČNA NEMOČ	

7.2.1 Rezultati analize tematskega sklopa Opredelitve do obnavljanja znanja prve pomoči

V nadaljevanju so prikazani rezultati analize tematskega sklopa Opredelitve do obnavljanja znanja prve pomoči po posameznih starostnih skupinah (tabela 7.62).

Tabela 7.62: Povzetek analize sklopa Opredelitve do obnavljanja znanja prve pomoči v treh starostnih skupinah (do 30 let, od 31 do 60 let in 61 let ali več)

KATEGORIJE	PODKATEGORIJE	FS	KLJUČNE BESEDE IZJAV	
POZITIVNA	ODOBRAVANJE OBNAVLJANJA ZNANJA	A	<i>naredijo šoferski izpit in pol nič; obnavljat; ima narejen izpit za avto, pa ne zna pomagat</i>	
		B	<i>pozabiš; bi rabil; fajn, da bi bil tečaj vsake toliko let; nujno; noben ne zna; so bile vse navdušene; so rabile; če ne bi bilo tečaja, otrok ne bi imel zoba</i>	
		C	<i>nikoli preveč ne znaš; pozabiš; zelo prav, da kaj zveš; da znaš pomagat otroku; država kriva – država, to smo mi; seveda; na vsak način; nujno</i>	
	VEČ USPOSABLJANJA	A	<i>več, kot je bilo tega v šoli; več ozaveščanja</i>	
		B	<i>je usposobljen, a ni skoz tam; če bi redno obnavljali, bi več ljudi pomagalo</i>	
		C	<i>bi moralo biti več tega</i>	
	OBVEZNO OBNAVLJANJE	A	<i>obvezna izobraževanja; uzakonjeno</i>	
		B	<i>obvezno v vsako službo, kot imaš zdravniški pregled; sam od sebe bi redko kdo šel; obvezen tečaj</i>	
		C	<i>obnavljat izpit za prvo pomoč in za avto</i>	
	NAČIN OBNAVLJANJA	A	<i>scenariji; predavanje; teorija na netu, samo teorija je en del tega; ne preveč teorije; aplikacija; praksa; več praktičnega dela na lutkah; skupina; realistične fotografije; kot hiter izpit; osnove (TPO, krvavitve, nezavest)</i>	
		B	<i>praktično; bi demonstrirali eno akcijo; čim več primerov; moram probat; kartico, ki jo moraš vzdrževati kot izpit; brezplačne delavnice; kot učijo, kako se umikat na avtocesti, pogledaš mimogrede; brezplačne delavnice, a si vseeno obremenjen; tečaj financiran iz zdravstvenega zavarovanja</i>	
		C	<i>praktično; v ambulantah, da prebereš; usposabljanja prek Civilne zaščite; skupno usposabljanje (bolničarji, laiki) ob pomoči strokovnjakov; podkrepljeno s primeri; v okviru skupin (planinci, pohodniki, kolesarji, ribiči, rekreativci); prva pomoč v krajevni skupnosti, ki jo organizira Rdeči križ; praktično v manjših skupinah; tečaj kot darilo za rojstni dan</i>	
	POGOSTOST OBNAVLJANJA	A	<i>večkrat na leto; vsako leto; na pet let</i>	
		B	<i>na dve leti; na par let; za voznike, vsaj vsakih 5 ali 10 let; že od majhnega naprej; že v osnovni šoli</i>	
		C	<i>vsaj enkrat na leto:</i>	
	OBSEG OBNAVLJANJA	A	<i>en teden; cel dan; skrajšat na minimum; kakšno uro</i>	
	S POMOČJO TEHNOLOGIJE/ MEDIJEV	A	<i>POZITIVNO: na telefonih; aplikacija prva pomoč; probajo na lutkah, nato oskrbo drug na drugem; praksa NEGATIVNO: bodo videli aplikacijo, si vizualizirajo, probajo pa ne</i>	
		B	<i>POZITIVNO: mobilna aplikacija: poznam; aplikacijo že pogledaš PRIPOMBE: mobilna aplikacija: da bi se učil iz tistega?; dajem na telefon pa nikoli ne gledam; po televiziji je najbolj učinkovito; v gledanih terminih – kratka navodila; namesto reklam; če te zanima več, še dodatne informacije; filmček na internetu – problemsko učenje na 10 do 20 primerih s pohvalo/potrdilom na koncu; bolje, da se ljudje zberejo in naredijo</i>	
		C	<i>POZITIVNO: mobilna aplikacija: odlična stvar, ko se v to poglobiš PRIPOMBE: mobilna aplikacija: rabiš veliko časa, da to spoznaš; ti mora nekdo naložit in povedat; da boš na mobilnih telefonih reševal?!; televizija: nimam predstave, kako je v resnici; bi moralo bit bolj poljudno</i>	
	NEGATIVNA	NESTRINJANJE	A	<i>si mislijo, da ne bodo nikoli rabil; naredil sem in tukaj se stvar konča</i>
			C	<i>pri teh letih ne več, sem prestara; bi že tisti dan pozabila</i>

Udeleženci prve starostne skupine (FS/A1, FS/A2 in FS/A3) so izrazili naslednja mnenja o obnavljanju znanja prve pomoči:

– odobravanje usposabljanja v smislu »to je potrebno«:

FS/A1_Ž3: *Ja, določeni imajo sam prvo pomoč, ko naredijo šoferski izpit, in pol nič. FS/A2_M1: Ja, obnavljat. FS/A3_M2: Ker dejansko, po mojem mnenju, ne vem, če 90 % ljudi, ki ima narejen izpit za avto, zna pomagat človeku. Pa imajo vsi prvo pomoč narejeno.;*

– menijo, da bi bilo treba več usposabljanja:

FS/A2_M8: *Mal več, kolikor je bilo pri nas tega v šoli, je po moje treba.;* FS/A1_Ž5: *Več ozaveščanja.;*

– da bi moralo biti obvezno obnavljanje znanja:

FS/A1_Ž7: *Obvezna izobraževanja, večkrat na leto. Za šoferski izpit, ki ga majo eni ne vem do katerega leta, ko že zdaj vidiš, da mu ne bo šlo. Ne moreš kar avtomatično podaljševat. Tle bi morala bit tudi avtomatična ta izobraževanja za laike. Kar obvezno nekak, uzakonjeno.;*

– na eni strani, da bi moralo biti obnavljanje znanja vsako leto:

FS/A2_M8: *Ne vem, to bi moral vsak let en teden imet. FS/A2_M6: Ja, recimo, da bi imel tako vsako leto, kot kakšen hiter izpit iz tega. FS/A3_M2: Vsak, ki ima izpit za avto, bi rabil enkrat na let ponovitev, vaje. Saj tudi pozabimo. FS/A1_Ž5: Ja, obnavljat, na pet let.;*

– hkrati pa, da je to prepogosto (spreminjanje doktrine, finančni strošek, zahteva tudi trud za organiziranje usposabljanj):

FS/A3_M4: *Jaz bi reku na pet let, se tudi spreminja na 5 let, tako da bi reku, na pet let. Da bi jaz moral zdaj vsak let hodit, to je res dost pogosto, pa še plačat bi moral.;* FS/A3_Ž1: *Pa to bi bilo treba tudi ljudi na kup spraviti, pa organizacija, pa vse.*

Predlagali so različne načine obnavljanja znanja, še zlasti praktično:

FS/A1_Ž3: *Vaje. FS/A1_Ž5: Scenariji, tako se največ naučiš. Še mal prakse zraven. Nekaj, kar vidiš, ne sam teorija. FS/A2_Ž1: Pa boš šel nekam, na en predavanje, boš pa spet neki zraven zvedel. FS/A2_M6: Ne vem, maš ful teorije na netu o tem, sam teorija je sam en del tega. FS/A2_M8: Narediš aplikacijo. FS/A2_M8: Praksa, praksa. Sem hodu v Železnike v osnovno, smo imel en teden te prve pomoči. FS/A3_Ž1: Več praktičnega dela, da bi vsak moral opraviti prvo pomoč, pa več prakse na teh lutkah. Se spomnim, takrat ko so bile sam te osnove, smo sam mal tisto Ančko (pokaže masažo srca), oživljanje, sam vsega pa pač ni bilo. FS/A4_M4: Ko učim plavanje, pa imamo obnavljanje licence enkrat na dve leti; je samo en dan treba. Pa si tam, pa greš na bazen, pa je mal teorije, predvsem pa imamo prakso, tako da vsak proba reševanje iz vode na bazenu. Pol je pa sam še prva pomoč, pa oživljanje. Je tako skupina, pa*

takole cel dan traja, pa se rotirajo. FS/A3_Ž1: Da bi se skrajšala na minimum ta prva pomoč, tisto obnavljanje recimo, tisto, kar je res, da morajo pomagat tem, ki so poškodovani. FS/A3_Ž1: Mogoče mal bolj realistične, nazorne fotografije glede nesreč, da ljudje dejansko vejo, da je to grda stvar, ki pride, ne pa neke skice, da tam en leži. Da se malo bolj pokaže. Pač, vsak mora bit pripravljen, vsaj s sliko.

Obenem so poudarili izrabljanje sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije in medijev pri posredovanju vsebin o prvi pomoči:

FS/A3_M2: Najrajši na telefonih. FS/A3_Ž2: No, saj ta aplikacija prva pomoč, pa če že imajo tak telefon, pa si jo naložijo. Je prikazana teorija, filmčki, pa potem, da mogoče še sami probajo na lutkah delat te stvari, poveje drug na drugem. Sam ne preveč teorije. Praksa, pa čist tiste osnove: oživljanje, hude krvavitve, pa prepoznat nezavestnega, res sam te osnove, nič družga. FS/A3_Ž1: Ja, sam te osnove bi bilo res dobro tako praktično ohranjat. Ker ljudje tako, ko bodo vidli tisto aplikacijo, si že vizualizirajo, sprobajo pa ne, ane. Ko boš pa v realni situaciji, boš pa reku: »Ja, saj to sem pa na aplikaciji vidu!« Boš pa še zmeraj bled gledal, kaj boš pa zdaj naredil?

V prvi starostni skupini smo zaznali tudi dve nasprotni mnenji: da obnavljanje znanja prve pomoči ni potrebo oziroma da tega znanja ne bodo rabili:

FS/A1_Ž6: Ja, dostikrat si ljudje tud mislijo, da ne bodo nikoli rabil tega. FS/A1_Ž4: Rečejo: »Naredil sem in tukaj se stvar konča.«

Podobna mnenja do obnavljanja znanja prve pomoči so izrazili tudi intervjuvanci druge starostne skupine (FS/B1, FS/B2 in FS/B3). Močno so zastopana različna mnenja, ki izražajo odobravanje obnavljanja znanja prve pomoči:

FS/B1_Ž2: Ja, pozabiš. FS/B1_M1: Bi rabil. FS/B2_Ž3: Bi. Ne vem, kolkrat moram vpihnit, kolkrat moram masirat. FS/B3_Ž1: Jaz mislim, da ja. Smo se v službi pogovarjal o tem. Noben ne zna nič več. Kje je že to, ne vem, če bi še znal. Povit roko že ali pa nogo imobilizirat. Ampak umetno dihanje od vseh desetih z mano vred niti eden ne zna. In je reku sodelavec: »To bi bilo fajn, da bi bil kakšen tečaj ali pa da bi dal na vsake tok let tiste petnajst minut, da obnoviš. Ker to se mi zdi pa dost pomembno, sam ne znam.« FS/B3_Ž2: Men se zdi, da bi bilo to nujno. Glede na to, da sama vidim, kolk pozabljam pa sem v šoli enkrat učila prvo pomoč, se prav bi mogla imet (tlesk) takole noter, kolk teh vpihov je pa masaže srca, pa se tud pod razno ne spomnim. FS/B3_Ž2: Ja, zdaj ko se pogovarjamo, se mi zdi čudno, da to res ni, ker to je osnova. Če je 500 ljudi v firmi, pa noben ne zna, to je res grozno. FS/B1Ž1: Sem govorila z eno prijateljico, ki dela v vrtcu. So imeli ravno prejšnje leto izobraževanje in je rekla, da so bile vse navdušene in da so komaj čakale, da bo ta izobraževanje, ker so res že rabile. In tud premalo informacij imajo. Že za to osnovno prvo pomoč, za otroke, ki padejo. Je rekla: Vse smo to res

rabile. Tako da očitno so ljudje navdušeni nad tem. FS/B2_Ž1: Imam en takle primer: po tečaju prve pomoči v šoli je otrok zgubil zob. To je za starše zelo pomemben, za otroka pa še bolj. In si je učiteljica tisto zapomnila. Čez par dni je nucala. Otrok je zgubil zob v lijak! So tekli po hišnika, je odspod tisti sifon odprl; zob so našli in so ga nesli k zobozdravniku in zob je še zmeri tak, kot je bil. In če ne bi bilo tega tečaja prve pomoči, otrok ne bi imel zoba. Pa je bilo kar problematično do njega pridet. Tako da mogoče to ni slabo.

Po drugi strani pa, da:

– bi rabili več usposabljanja iz prve pomoči:

FS/B1_M1: Žena, ki dela v javni upravi, se je tam javila in glih tako imela tečaj. Ampak ona se je javila za celo tisto ministrstvo tam, kjer dela, ane. Se prav, zdaj če bi se nekaj zgodilo, pa sej ni skoz tam zraven.; FS/B3_Ž2: Če bi to bolj redno obnavljal, bi tud v ljudski zavesti bilo bol logično, da se obnavlja, da je prisotno in mogoče bi tud več ljudi z več korajže pomagal. Če to skoz neki govoriš in maš v zavesti, da prva pomoč je važna. Zdaj če to znaš, se mi zdi, da tud lažje ljudje pristopijo.;

– bi moralo biti usposabljanje iz prve pomoči obvezno:

FS/B1_Ž1: Jaz bi dala kar obvezno v vsako službo. Tako kot imaš zdravniški pregled. Mogoče na dve, tri leta, na pet let. Da moraš kar it. FS/B1_Ž3: Tako sam od sebe bi redkokdo šel. FS/B2_M2: Obvezen tečaj. Samo ne tako, da bi moral nek izpit delat. Tako, da prideš, da se spomniš, da prideš spet. Jaz sem se zadnjič zgrozil: dvajset let imam že vozniški izpit, zdaj je pa sin začel delat izpit. Je šel na prvo pomoč, sem začel premišljevat, pa še kaj vem? Okej, rano že znaš obvezat pač nekak. Da bi moral pa enemu tako prvo pomoč nudit, se mi pa sanja ne, priznam. Ajde, to se spomniš, da ga je treba na bok obrnit, jezik ven potegniti, pa to, okej, če ni treba umetnega dihanja delat pa oživljat. Ne bi upal tolik pritisnit. Pa niti ne vem točno, kam pritisnit.

Enako kot prejšnja skupina so predlagali uporabo različnih učnih metod in oblik pri obnavljanju znanja:

FS/B1_M1: Teoretično še nekaj vem, praktično sem pa bolj štorast. Na vsake tolik časa ne bi bilo slabo, ker teorije, recimo, sem se naučil, ko smo izpit delal. FS/B1_M2: Dejansko ti ostane bolj, ko ti enkrat to vidiš. Takrat ti ostane, recimo, če bi demonstrirali eno akcijo, tisto si zapomniš. FS/B1_Ž1: Čim več primerov. Ti reče situacija je taka in taka, vidiš to in to, kaj bi naredil? Ko pa dobiš deset različnih situacij med tem, ko bi bil v naravnem okolju, bi pa znal povezati. Jaz sem za čist praktično. To, da bi si prebrala na internetu, jaz si ne bi nič spomnila. Pa tud če bi bila slikica, mogoče, če bi bili filmčki, ja. Ne, jaz moram probat. FS/A1_M2: Da imaš pač neko kartico, ki jo moraš vzdrževati tako kot izpit, sej dejansko je tolik enih stvari, ko moraš iti na občino vsake tolik časa delat in ki se ti zdijo totalno brezvezne. S tem, da je treba opozoriti, da naj ne rata to tako, kot v nekaterih firmah varnost pri delu: tole imate, ta najdaljši odgovor je

tisti pravi in obkrožite, da mam papirje. Se hitro to sprevrže v služenje denarja. FS/B2_M3: Delavnice, brezplačno, kdor hoče. FS/B1_Ž3: To, kar nas učijo, kako se umikat na avtocesti, kako vozit, to je odlično. FS/B2_Ž1: Men je to super. Na tak način bi bilo odlično. Pogledaš mimogrede. Mene to zanima, mene ja. FS/B2_Ž2: Jaz sem zdajle zasledila kar nekaj brezplačnih delavnic, ampak enostavno si obremenjen, pa mam to, pa mam ono. FS/B3_Ž1: Mislim, da bi bil kakšen tečaj primeren. FS/B3_M2: Če država financira, pa pregledujejo zdravstveno stanje, ko imaš pri 40 letih, dobiš zastoj celoten pregled. Zakaj pa ne bi bil še obnovitveni tečaj prve pomoči? Zato, ker od besed do dejanj je kar razlika: velik govorimo, naredimo mal. Če te pa že nekam dajo, če že za zdravje skrbijo, pa naj še za to, da bomo na cestah znal pomagat.

Izrazili so različna mnenja o pogostosti usposabljanja:

FS/B1_M1: Ja, vsake par let, če bi se stvar ponovila že od majhnega naprej. Bi si mal več zapomnil, pa interes bi imel mogoče večji. FS/B1_Ž1: Krožki po šolah ali pa izbirne vsebine. FS/B1_M2: Na osnovnošolski ravni je dovolj, da se sam tega zavedaš, da to obstaja in da se nekak vcepi in da je pol to, ko je treba izpit delat, da je to neki važnega, ne zgolj še en kartonček, ki ga rabiš za to, da prideš do izpita. FS/B2_M3: Bi moral to enkrat na dve leti met. FS/B3_Ž2: Bi bilo za vse koristno, da bi kakšno uro na par let pač tud v tovarnah ali pa ne vem, v ustanovah, imel obnovitvene tečaje glede na to, da res zadeve, ki je ne prakticiraš, pozabiš, je pa ključna takrat, ko gre za življenje, da to znaš. FS/B2_M2: Mislim, da bi moral za voznike, vsaj na vsakih 5 ali pa 10 let, obvezen tečaj.

Naklonjeni so bili uporabi sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije ter medijev, prek katerih bi dobivali informacije o prvi pomoči:

FS/B1_M1: Poznam mobilno aplikacijo, no, ja. Mislim poznam, malo sem že pogledu, ampak da bi se prav učil iz tistega? FS/B2_Ž3: Mogoče po televiziji. FS/B2_M2: Mogoče je to še najbolj učinkovit, to na televizij. FS/B2_M2: To je pa učinkovito, v nekih gledanih terminih da imaš te dvominutne, ta kratka, jasna navodila, kako postopati. FS/B2_Ž2: Namesto reklam. FS/B2_M2: Mogoče pa še, če te kaj več zanima, pa še napis, se pa obrni na to in to. FS/B2_Ž2: Pa ta aplikacija, ki je tudi na telefonu o nudenju prve pomoči. To, aplikacijo že pogledaš. FS/B2_M2: Je pa sto stvari na telefonu, vse dajem na telefon, če bom enkrat rabil, pa nikoli tistega ne gledam. FS/B2_M4: Sem na internetu zasledil tak filmček, odličen film je bil, realno stanje, ko je tam en gospod padu v nezavest. In pol se je pa filmček ustavu, kaj bi zdaj naredil? A, b ali c? Če si ta pravo izbral, je šel filmček naprej. In spet, kaj bi naredil? A, b ali c? Tisti filmček je bil tko posnet, kot en film, me je potegnil tok noter, da sem šel do konca. Mal sem sam sebe sprobaval, sej je bil angleški, kakšno besedo nisem razumel. Pol bi dal umetno dihanje, ko sem ta pravo dal, kaj bi zdaj? To, to pa to? Od tega defibrilatorja naprej. In so ga priklopil gor: Kaj bo zdaj? Morebiti pet minut je bil dolg. Tko ne, da sodeluješ zraven. V bistvu nek filmček je, ti pa še pritiskaš tam a, b ali c. Če si dal napačno, ne, to je nepravilno, ponovno izberi. Takole, za na internetu, odlično. 10, 20 takih primerov, tiste osnovne. Če tam gledaš, je nekaj učinka, če

moraš pa mičken zraven mislit, je pa po moje ta učinek še dvakrat večji. Pol si pa še pohvaljen. FS/B3_Ž2: Po moje da ja, če prav se mi zdi, da smo toliko zasuti s temi mediji, da mogoče res boljše, da se ljudje zberejo in tist narediš. Sicer pa rajši en fuzbal pogledajo.

Mnenja o obnavljanju znanja prve pomoči so izrazili tudi intervjuvanci tretje starostne skupine (FS/C1, FS/C2 in FS/C3). Močno so se strinjali:

– da je obnavljanje znanja pomembno tudi zanje:

FS/C1_Ž3: Nikol preveč človek ne zna. Nikol. FS/C1_Ž7: Pa tud pozabiš. FS/C1_Ž7: Moram priznat, da se mi zdi zelo prav, da človek majčkeno kaj zve, ne tko, da bi ne vem kolk velik ur, ampak da sem pa tja kaj sliši spet. Glih za take stvari kaj naredit, če je nekdo, ki ga je rahla kap. Ali pa nekdo, če nekdo pade nekje. A je pametno ga premikat, a je bolj ga pustit pa poklicat, da ni še kej polomljen. Da ne narediš več škode kot koristi. To, to mene zmeri zanima, tud rada kakšne stvari preberem, če kje kaj piše. Tudi tukaj imamo kdaj kakšna zdravstvena predavanja, ene dvakrat na leto. FS/C1_Ž2: Da znaš pomagat kakšnemu otroku, če se kej naredi. FS/C2_M2: In tudi to, da je država kriva. To je abstraktna zadeva. Država, to smo mi. Mi smo krivi, da je taka situacija tukaj. FS/C3_Ž1: Seveda. FS/C3_Ž4: Na vsak način. FS/C3_M1: Nujno, nujno bi moral človek mal obnovit, mal videt. Jebenti, saj ne znaš nič. Mal ga obvezat, mal un, mal tret. In jaz se počutim čist laik, kar je hudo.;

– da je treba zagotoviti več usposabljanja:

FS/C2_M1: V firmah imaš tudi tiste tečaje varnosti, pa to, moraš opravit vsake tolik časa. Malo obnoviš znanja, a je to še vedno premalo. Bi moralo biti več tega. To, ko imaš za izpit, pride toliko let stran, pozabiš vse. To gre.;

– da bi obnavljanje znanja moralo biti obvezno:

FS/C3_Ž2: To izobraževanje za prvo pomoč, jaz mislim, da bi moral nujno tako tudi izpite za avto obnavljati. Bi bilo tudi manj nesreč. Cel kup zadev je na novo, ki jih kakšni poznajo, kakšni ne, pa krožišča pa vse sorte novih predpisov je. Mislim, da ne bi bilo slabo, čeprav bi nas to verjetno koštal, obnavljat izpit za prvo pomoč in za avto.

Predlagali so različne možnosti obnavljanja znanja:

FS/C1_Ž7: Bolj praktično, nam tudi več ostane. Vsi nismo taki, da bi šli na internet, da bi tudi znal literaturo poiskat, je bolj v redu tako, če nam nekdo pokaže. FS/C2_M1: Večkrat dobiš v ambulantah, da lahko kaj prebereš, maš navodila. Jest si kar pogledam. FS/C2_Ž3: So bila, čeprav mogoče smešno zveni, imenitna tista izobraževanja prek Civilne zaščite, tekmovanja, ki niso bila tekmovanja, ampak usposabljanje. FS/C2_Ž3: Ne bi tisto strogo, kot je, ko prideš v predavalnico, ampak bi nekje neko situacijo ustvaril in bi potem v tisti situaciji ... Da bi mi potem na licu mesta. FS/C2_Ž3: Praktično in podkrepjeno s primeri. Recimo, mi smo tukaj ob morju, utopitve, potem če padeš iz jadrnice, potem, kot je Ž1 rekla, sončarica, opeklina in to. V tem

smislu. Mislim, da ne bi bilo problema, da bi zelo radi. FS/C2_M3: Da kako se znamo povezovat v raznorazne akcijske skupine: planinci, pohodniki, kolesarji, ribiči, telovadba ... Kako bi prišli do teh ljudi, pet minut pred pričetkom, tisti, ki opravlja to telovadbo, če je sposoben, ali pa nekdo, ki je usposobljen, in bi na hitro povedal ... Vsi imamo super obleke, čevlje, anorake, super smo, ampak nobeden pa nima časa, da bi se nam posvetil, bi reku, zdaj bomo šli gor v ta hrib, možno, da kašnemu zdrsne, kakšne pade, glejte na ta in ta način se da tako stvar rešit. Tega ne znamo. Kako prit med te ljudi, med nas in nas usposobit, čist na kratko, brez vsiljevanj. Pa bi bilo mogoče, pristop, čist drugačen. FS/C2_M3: Recimo, ko smo hodili na izlete z župnikom; župnik se je znašel in je prvih deset minut povedal mal stvari, usmerjujočih za svoj posel, prav tako bi lahko prostovoljstvo na ta način. Recimo v Kopru, v Taverni, se izvede akcija, merijo pritisk, merijo sladkor, merijo ono, nobenega primera ni, kako se da prvo pomoč. Tisti dan je tam tavžent ljudi, pa nihče. Več kot tisoč ljudi pride. Jaz sem bil parkrat, ampak nikoli ni bilo, kako se zdaj defibrilatorje, kako se naredi karkoli pod prvo pomoč. Kaki, večkrat na leto. FS/C3_Ž4: Pri nas v krajevni skupnosti imamo ravno to, prvo pomoč, ki jo Rdeči križ organizira. To je zdele v ponedeljek. Jaz sem najprej mislila, da je to to, kar naj bi imeli, zato se mi je čudno zdel, a ni to v krajevni skupnosti? Tako, da to je dobrodošlo. Prvič: če ti to večkrat uporabljaš, potem ne pozabiš toliko tega, če pa nimaš takih primerov, pa to znanje gre v pozabo. Je prav, je prav, da se obnavlja. FS/C3_Ž4: Praktično, tako v manjših skupinah, recimo kot smo zdaj. FS/C3_Ž4: Če hočem kej dobit, moram to sama preizkusit. Ne, ni dost, da mi samo povedo. To moraš preizkusit. FS/C3_M1: Trenirat, če pride do tazga slučaja. FS/C3_Ž3: Lahko bi komu kupili bon za tečaj, kot darilo za rojstni dan. Men so na primer kupil ure vožnje, da sem malo povadila.

Izrazili so tudi mnenje, kako pogosto naj bo obnavljanje znanja:

FS/C3_Ž2: Ja, obnoviti vsaj enkrat na leto. Jaz sem vsako priliko izkoristila, če je bla. Smo hodil v hribe, na Šmarni gori... So bili pač ena skupina iz Ljubljane in so imeli lutko in vso opremo s seboj. »Poskusite prostovoljno, brezplačno!« Merli so nam pol še pritisk. Seveda v začetku imaš malo treme, ker je tam polno ljudi okoli. Ampak sem kar. Takrat mi ni šlo, čez kakšen teden smo šli pa na Veliko planino, isto gor pred enim domom, tam sem pa bila že bolj samozavestna. Mi je reku: »U, vi pa fajn znate pritisnit.« Ampak to pozabiš. Jaz danes ne bi več vedla, kolkrat moram pritisnit, kako glavo nazaj dat, kako očistit, tako da ponovit vsaj enkrat na let.

Po eni strani so pokazali naklonjenost do uporabe sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije ter medijev kot možnosti za obnavljanje znanja prve pomoči, a hkrati tudi pomisleke o učinkovitosti širjenja znanja na tak način:

FS/C2_Ž3: To je odlična stvar, ko se v to poglobiš. Vendar rabiš veliko časa, da to spoznaš. To ti mora nekdo, ki je strokovnjak, naložit in povedat. Za ostalo populacijo bi moralo bit to vseeno majčkeno bolj poljudno. Zelo je treba uporabljat možgane, da prideš skoz vso aplikacijo do veliko stvari. To sem jaz povedala že na Glavnem odboru. Odlična stvar, vendar v praksi – lepo te prosim, da boš na mobilnih telefonih reševal? FS/C3_Ž1: Sem že velikokrat gledala po televiziji tud to Ančko, pa ko dajo umetno dihanje pa to. Ampak nimam predstave, kako je to v

resnici. Vem, da je tisto pritiskanje, 30 ali kolkrat, pa pol vpihi, pa spet, dokler ... Praktično, že samo v lutko oziroma v človeka; a pihneš not al ven? Saj še tega ne vem. Ne vem, po pravic povem.

Zaznali smo tudi dve nestrinjanji z mnenjem, da je treba znanje prve pomoči obnavljati:

FS/C1_Ž5: Pri teh letih pa ne več. Sem že prestara.; FS/C1_Ž2: Nekaj bi zamirkala, pa bi že tisti dan pozabila.

Sodelujoči v fokusnih skupinah so sicer naklonjeni obnavljanju znanja prve pomoči, še zlasti praktičnemu. V vseh treh starostnih skupinah je bilo poudarjeno mnenje, da bi na splošno moralo biti več usposabljanja iz prve pomoči, da bi moralo biti obnavljanje znanja obvezno oziroma celo z zakonom določeno. Glede pogostosti obnavljanja znanja se mnenja precej razlikujejo: znanje prve pomoči bi po njihovem mnenju morali obnavljati vsako leto ali celo nekajkrat letno, na dve, pet ali deset let. Mnenje, da je optimalni čas obnavljanja znanja vsakih pet let, je bilo podkrepljeno z utemeljitvijo, da se tudi smernice za oživljanje spremenijo v petletnih intervalih, da izvedba takega usposabljanja zahteva določena sredstva in organizacijo, zato se nekateri ne strinjajo s (pre)pogostim obnavljanjem znanja. Cassan in drugi (2011, 114) poudarjajo, da ni zanesljivih podatkov, na podlagi katerih bi lahko priporočili pogostost obnavljanja znanja prve pomoči. Kljub temu sklepajo, da je morda realen interval med posameznimi obnavljalnimi tečaji, zlasti za laično javnost, ki postopkov prve pomoči ne uporablja pogosto, 6–12 mesecev. Hkrati avtorji (prav tam) dodajajo, da bi potrebovali dobro načrtovane raziskave, na osnovi katerih bi lahko določili optimalno strategijo pridobivanja in obnavljanja znanja prve pomoči. Da najbolj primerni razmiki glede obnavljanja znanja TPO niso znani, da pa je pogosto kratko obnovitveno usposabljanje koristno, ugotavljajo tudi Bossaert in drugi (2015).

Udeleženci fokusnih skupin so menili, da je najučinkovitejši praktični način obnovitve znanja. Pričakovano so mlajši bolj naklonjeni uporabi sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (računalnikov, pametnih telefonov, svetovnega spleta) kot pripomočka za obnavljanje znanja prve pomoči, medtem ko je starejšim bližje obnavljanje znanja v interesnih skupinah. Udeleženci so omenili še nekatere druge

možne oblike obnavljanja znanja prve pomoči: kratka video navodila, ki bi bila javnosti posredovana prek TV-zaslonov (še zlasti v najbolj gledanih terminih), učenje prek scenarijev, resnih računalniških iger oz. simulacij, z uporabo realističnih in nazorno prikazanih slik poškodb, obnavljanje znanja, ki bi se financiralo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, informacije o ukrepih prve pomoči, posredovane v čakalnicah (npr. osebnih zdravnikov) ter obnovitveni tečaj kot darilo za rojstni dan. Močno je bilo izraženo tudi mnenje, da je treba z učenjem prve pomoči začeti že pri otrocih. Danes so uporabnikom na voljo različne tehnološke rešitve tudi za učenje prve pomoči, med katerimi prevladujejo aplikacije na t. i. pametnih telefonih. Mnogi avtorji (Zanner in drugi 2007; Ertl in Christ 2007; Low in drugi 2011; Dolenc in drugi 2014b) ugotavljajo prednosti uporabe mobilnih aplikacij in druge informacijsko-komunikacijske tehnologije za učenje prve pomoči. Vendar so intervjuvanci fokusnih skupin ob poudarjanju prednosti sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije opozorili tudi na njene slabosti kot pripomočka za pridobitev oziroma obnavljanje znanja prve pomoči: množica različnih aplikacij na mobilnih telefonih, ki jih potem uporabnik ne uporablja, spoznavanje aplikacij zahteva določen čas, starejši uporabniki potrebujejo pomoč druge osebe, da si aplikacijo naložijo, in pomoč, da jim nekdo pojasni njeno uporabo, vsebina bi morala biti poljudna in razumljiva laiku, uporabnike je treba spodbujati, da veščine prve pomoči tudi praktično vadijo. Da mobilne aplikacije ne morejo povsem nadomestiti praktičnega znanja, so opozorili tudi že Zanner in drugi (prav tam, 493), hkrati pa Bossaert in drugi (prav tam) poudarjajo, da je uporaba naprav, ki spodbujajo izvajanje TPO in dajejo povratno informacijo o njihovem izvajanju, koristna za določitev položaja rok, za izboljšanje frekvence in globine stiskov prsnega koša pri izvajanju zunanje masaže srca.

7.2.2 Rezultati analize tematskega sklopa Spodbujevalni dejavniki za dajanje prve pomoči

Udeleženci fokusnih skupin so skupaj izpostavili enajst različnih spodbujevalnih dejavnikov za dajanje prve pomoči (tabela 7.63).

Tabela 7.63: Povzetek analize sklopa Spodbujevalni dejavniki za dajanje prve pomoči treh starostnih skupin (do 30 let, od 31 do 60 let in 61 let ali več)

KATEGORIJE	PODKATEGORIJE	FS	KLJUČNE BESEDE IZJAV
SUBJEKTIVNI DEJAVNIKI	INSTINKT	A	<i>instinkt</i>
		B	<i>imaš prirojen; to je čist primarno; dokler reakcija traja, vse preneseš; sploh ne razmišljaš</i>
		C	<i>avtomatsko priskočiš; takrat ne razmišljaš – napraviš, kar je treba; ti je vgrajeno, moraš; nekaj te žene</i>
	UČINEK PROTI-ŠOKA	B	<i>dokler reakcija traja, vse preneseš; te adrenalin nese</i>
	OSEBNOSTNE LASTNOSTI		
	altruizem	A	<i>pomagaš sočloveku v stiski</i>
	sočutje	A	<i>vidiš tisto bolečino na obrazu</i>
		B	<i>sočutje do dojenčka, majhnih otrok</i>
		C	<i>smili se ti, misliš, a bo umrl</i>
	empatija	B	<i>moraš se postaviti v ponesrečenčevo kožo</i>
	humanost	B	<i>vzgib človeškost</i>
	pogum	C	<i>ali bova obadva ostala tukaj ali se bova rešila</i>
	nastopaštvo	B	<i>človek, ki se rad izpostavlja, bo prej pomagal</i>
	ODGOVORNOST		
	moralna	A	<i>dolžnost; kako bi lahko kontra razmišljal; sem šel takoj do njega, da mu bom pomagal; vest ti govori; je prevzela odgovornost</i>
		B	<i>neka dolžnost</i>
		C	<i>ne moreš it mimo; moraš pristopiti; ne moreš gledat, pa mu ne pomagaš; ni vprašanje, je brezpogojno; veš, da je to tvoja dolžnost; to ti že sama vest narekuje; greš pomagat, da si ne bi pol očital</i>
	iz solidarnosti	B	<i>zavest, da enkrat ti rabiš tud pomoč, ali pa nekdo od tvojih; solidarnost; kaj pa, če se tebi naredi</i>
		C	<i>če bi jaz padla, pa mi noben ne bi pomagal; znanec ali ni znanec, človek je</i>
	NEZGODA BLIŽNJE OSEBE	A	<i>ker je bil prijatelj</i>
B		<i>domačim lažje pomagaš; so ga poznal sosedje; svojega otroka bi zagrabila, za drugega bi pomislila</i>	
C		<i>do bližnjih še bolj čutiš dolžnost; svojim – tam sploh ne preišljuješ; je majhno mesto, se poznamo</i>	
ZNANJE	A	<i>če ne bi imel pojma, pol bi ga ranjenega pustu; še najbolj znanje; tisti, ki zna, zakaj ne bi</i>	
	B	<i>znanje; izkušnje; sem nekje vedel, kaj je treba naredit</i>	
	C	<i>če človek zna pomagat, prej priskoči</i>	
IZKUŠNJE	B	<i>ponavljanje, izkušnje</i>	
OBČUTEK SRAMU	B	<i>sram, če ne bi prav pomagala</i>	
OSEBNA IZKUŠNJA	A	<i>ko človek to sam doživi, začne drugače gledat</i>	
OBJEKTIVNI DEJAVNIKI	ODSOTNOST/PASIVNOST DRUGIH	A	<i>ona ni mogla razmišljat</i>
		B	<i>če ni nobenega, pomagaš</i>
		C	<i>grejo mimo – to jaz ne bi mogla</i>
	TEHNOLOGIJA	C	<i>mobilni telefon, zavrtiš ono številko</i>

Na vprašanje *Kaj menite, da vas je oziroma bi vas najbolj spodbudilo k temu, da ste/bi nekomu dali prvo pomoč?* so anketirani prve starostne skupine (FS/A1, FS/A2 in FS/A3) navajali naslednje subjektivne spodbujevalne dejavnike:

– instinkt:

FS/A1_Ž7: *Men se je zdel čist instinkt, ne vem.;*

– osebni lastnosti, kot sta altruizem:

FS/A3_M1: *Pač pomagaš sočloveku, no, v stiski.*

in sočutje:

FS/A3_Ž2: *Vidiš tisto bolečino na obrazu, pa bi mu rad pomagal. Hočeš pomagat, da mu bo lažje.;*

– prevzemanje moralne odgovornosti:

FS/A1_Ž5: *Ta vest, ki ti govori, da je treba pomagat, ane. Takoj pristopit. FS/A3_M4: Pomagat. Jaz sploh ne vem, kako bi lahko kontra razmišljal. Jaz, ko sem vidu, sem šel takoj do njega, da mu bom pomagal. FS/A3_Ž1: Takrat vem, ko sva se z mami zaletela, čeprav sva bile midve krive za nesrečo, je mami prevzela to odgovornost, da je nudila prvo pomoč.;*

– pomoč, če/ker je to bližnja oseba:

FS/A3_M4: *Mogoče, ker je bil prjatu, mogoče to? Jaz sem ga poznal, pa sem šel do njega.;*

– znanje:

FS/A2_M6: *Če ne bi imel pojma, kaj bi delu, pol bi ga ranjenega pustu, ker ne bi tolk zaupal vase, da bi prav naredil. FS/A2_M8: To je še najbolj, po moje, ja, znanje. Tisti, ki ne zna, ne pomaga, tisti ki pa, pa itak, zakaj ne bi, ane.;*

– lastno izkušnjo z boleznijo ali poškodbo:

FS/A1_Ž4: *Ko človek to sam doživi ali pa na svojem bližnjem, začne on malo drugače gledat, ane. Dokler se njemu ne zgodi, je vse super in fajn. Pač, nekak mislijo, da to ni možno, da se njemu kej takega naredi.*

Od objektivnih dejavnikov so poudarili pasivnost drugih:

FS/A3_M1: *Pri meni predvsem to, da je bila mami čist šokirana, da sploh trezen ni mogla razmišljat. Sam zaradi tega. Čist je zmrznila (smeh). Zaradi tega. Pa sem bil edini doma.*

Udeleženci srednje starostne skupine (FS/B1, FS/B2 in FS/B3) so navedli naslednje subjektivne dejavnike, ki posameznika spodbujajo k dajanju prve pomoči:

– instinkt:

FS/B2_M2: *Saj po moje imamo prirojen čut oziroma neko dolžnost, da priskočiš na pomoč.*

FS/B3_Ž2: *Nekak se mi zdi to čisto primarno, da če vidiš, da je nekdo hudo v stiski, pol, upam, da me nikoli ne bo tolik strah, da se ne bi ustavila.* FS/B3_M3: *Jaz mislim, da nekak maš prirojeno, da pomagaš sočloveku.;*

– učinek protišoka:

FS/B3_Ž2: *Al pa tudi če si v šoku in tudi če si občutljiv, pa da teh stvari ne prenašaš, takrat, dokler reakcija traja, vse preneseš. Pol pa pride za tabo, pa padeš dol.* FS/B3_Ž3: *Takrat te verjetno itak tudi adrenalin mal nese. Sploh ne razmišljaš.;*

– osebne lastnosti posameznika, kot so:

– sočutje:

FS/B1_M1: *Eden od vzgibov je tudi sočutje, do dojenčka, majhnih otrok.;*

– sposobnost empatije:

FS/B2_Ž1: *Ja, moraš se postaviti v ponesrečenčevo kožo. Kaj pa, če si ti na tistem mestu? Kaj bi želel? Želel bi, da ti vsi pomagajo.;*

– humanost:

FS/B1_M1: *Po moje je tisti vzgib človeškost. Kolk si, kolk nisi ..., ta humanost, no.;*

– nastopaštvo:

FS/B1_Ž2: *Je precej odvisno od osebe same. En, ki je navajen nastopati, ali tako vodilen na kakšnem področju, bo prej ukrepal, kot eden, ki je čisto skozi neki zadaj. Ne glede na to, recimo, če bi imela obadva isto znanje, je bolj to, kakšen človek je, da se rad izpostavlja.;*

– moralno odgovornost:

FS/B2_Ž3: *Neka dolžnost, imaš kar dolžnost.;*

– odgovornost iz solidarnosti:

FS/B1_Ž3: *Najbrž zavest, da enkrat ti rabiš tudi pomoč ali pa jo bo nekdo od mojih rabil. Sicer nekega blaznega znanja o prvi pomoči nimam, ampak recimo tako, če bi bila tam, bi recimo vsaj vprašala, ali je kdo klical že rešilca?* FS/B2_M3: *Sigurno neka solidarnost, ne.* FS/B3_Ž1: *Ja saj moraš pomagati sočloveku. Kaj pa, če se tebi naredi?;*

– nezgodo bližnje osebe:

FS/B1_Ž1: *Ja, domačim lažje pomagaš, ker jih poznaš, ker veš, kakšni so, poznaš, kakšni so njihovi odzivi.* FS/B1_M1: *Oče, ki je imel sladkorno, res tisto hudo, kaj je že? Ta, hipa. Če je bila vročina, se je znalo zgoditi, da je skup padu. So ga večina poznal sosedje v dolini, so vedeli, kaj je treba. Da je treba sladkor in tako naprej.* FS/B1_Ž3: *Jaz bi mojega otroka najbrž tud zagrabila, za kašnega drugega bi pa že pomislila.;*

– znanje:

FS/B2_Ž2: *To, da točno vem, kaj to je, kaj naredit. Znanje v bistvu.* FS/B2_M3: *Sigurno je bilo znanje tisto. Jaz sem nekje približno vedel, kaj je treba naredit. Ker če tega ne bi vedel, si ne bi upal naredit. Rabiš pa znanje za to, absolutno.*

– izkušnje:

FS/B2_Ž2: *Ponavljanje, izkušnje.;*

– občutek sramu, če ne bi znali pravilno pomagati:

FS/B2_Ž2: *Pa v bistvu bi me bilo zdaj tud ful sram, če ne bi prav pomagala.;*

– odsotnost drugih morebitnih dajalcev prve pomoči:

FS/B1_M1: *Če bi v hribih z enim plezal ali pa nekje da si, da je nesreča ali karkoli, okej, takoj bi pomagal. Greš tja, če ni nobenega, okej, ja, prideš, pomagaš.*

Udeležence tretje starostne skupine (FS/C1, FS/C2 in FS/C3) k dajanju prve pomoči najbolj spodbujajo naslednji subjektivni dejavniki:

– instinkt:

FS/C1_Ž2: *V takšnem momentu človek niti ne razmišlja, dela avtomatsko, veste. Avtomatsko priskočiš.* FS/C2_Ž2: *Ampak takrat ni kaj drugega kot gledat, da boš rešil situacijo. Takrat ne razmišljaš, kaj, kako, ampak napraviš v tistem momentu, kar se napraviti da, kar je treba in se napraviti mora.* FS/C2_Ž3: *Ti je to že vgrajeno nekako. Te že žene naprej, moraš.* FS/C3_Ž1: *Kar nekaj te žene. Ne znaš niti povedat, kaj. Moraš to narediti, moraš to speljat.;*

– osebni lastnosti sočutje:

FS/C1_Ž2: *Ja, smili se ti, misliš, a bo umrl? Misliš, ja obrnit ga je treba, da ne bi umrl.*
FS/C2_Ž5: *Ja men se smili človek, ki leži tam.*

in pogum:

FS/C2_M2: *Ko sem bil v mlajših letih, nisem mogel videt krvi. Pri vojakih, ko sem bil, se je en vojak ustrelil. Jaz sem bil takrat kurir, pač prvi, da bom teku po pomoč. In so mi ga naložili: »Beži, bomo že prišli za tabo!« In jaz sem šel, kri mu je tako tekla dol, sem vedel, da je to kri in sem reku: »Ali bova obadva ostala tukaj ali se bova rešila?« No, takrat sem pregnal ta strah. Zdaj lahko vidim kri, tudi grozne rane lahko vidim. Mogoče pride za mano. Ampak tisti trenutek lahko mirno gledam.;*

– moralna odgovornost:

FS/C1_Ž7: *Ne bi mogla it naprej, če ga ne bi obrnila pa pogledala, za kaj gre. To pa sigurno ne bi mogla. Men ne bi vest dala. Bom čist po pravic povedala, pa naj bo kar če: tud če je en pijan, pa karkoli. FS/C2_Ž1: Če vidiš nekoga, ki rabi pomoč, to moraš pristopit. Ne moreš gledat, da je nekdo potreben pomoči, pa mu ne pomagaš. To moraš biti aktiven pri tem. To ti že sama vest narekuje, da moraš nekaj naredit. Boljše je, da greš pomagat, kakor da bi si pol očital: lahko bi, pa nisi. Tudi to te žene, da greš. FS/C2_Ž3: Ker bi se ob tem počutil slabo. Tukaj ni vprašanje, tukaj je brezpogojno, brez omahovanja! FS/C3_Ž4: Enostavno sem priskočila na pomoč. Hitro sem odreagirala. Veš, da je to tvoja dolžnost.*

– odgovornost iz solidarnosti:

FS/C1_Ž5: *Kaj če bi jaz padla, pa mi noben ne bi pomagal? Jaz zmeri tako pomislim.*
FS/C2_M2: *Tukaj ni vprašanje, ali je znanec ali ni znanec, človek je. Tudi če bi bila žival! Živo bitje je, je treba pomagat. FS/C3_Ž2: Pomoč je tista, ki ti prva pride na pamet, šele pol je čas za solze, za jok, za vse ostale stvari.;*

– nezgoda bližnje osebe:

FS/C3_Ž2: *Pravzaprav ne vem, ker nisem imela izkušanje s kakšnimi nepoznanimi, ker nikoli nisem bila v taki situaciji. Bila sem pa dostikrat s svojimi: s hčerko, s sinom, ki sta že oba pokojna. Ampak tam sploh ne preišljuješ. Tam ni vprašanje. FS/C3_Ž4: Ko vidiš, da je to otrok, ki si sam ne more pomagat. Pa kaj vem, že do tistih, ki so ti bližnji, še bolj nekak čutiš dolžnost. FS/C3_Ž4: Pri nas je še zmeraj majhen mest, se še zmeri med sabo kolikor toliko poznamo. Tudi to se mi zdi, da je. So pa mesta, ko si ljudje mislijo, bojo že pomagal. Če ga poznaš, praktično skoraj ne moreš, da mu ne bi pomagal. Tako. To je verjetno tudi ena od zadev. FS/C3_Ž2: Sem tudi naletela na eno gospo pred Tehnikom in je moža držala. Videla sem, da je nekaj. Pa sem prišla pol mimo, pa sem rekla: »Gospa, kaj je? A je kej za pomagat?« In je rekla: »Bom sama, sam nimam telefona, da bi hčerko poklicala.« »Sem rekla: »Kolk pa ima številko?« In sem poklicala in ji dala telefon, da je sama govorila.;*

– znanje:

FS/C3_Ž1: *Na vsak način se mi zdi, da če človek zna pomagat, tudi prej priskoči na pomoč. Zelo pomembno je, da ti obvladaš tisto, kar boš počel. Ker drugače je pa vprašanje, a se boš v to podal, če nisi siguren.*

Od objektivnih dejavnikov, ki posameznika spodbujajo k dajanju prve pomoči, so intervjuvanci tretje starostne skupine poudarili:

– pomoč zaradi pasivnosti drugih navzočih oseb:

FS/C1_Ž5: Pravijo za kakšnega, da ga kar pustijo, pa grejo kar mimo. Se tud naredi. Kar pogledate, kolk gre ljudi mimo, ko eden leži pa ga pustijo. To jaz ne bi mogla naredit.;

– razpoložljivo tehnologijo:

FS/C3_M1: V današnjem času ni razloga, da ne bi hitro odreagiral vizavi tehnike, katero imamo. Od mobilcev, vsak ga že ima. Če ne znaš pomagat osebno nekemu, potem zavrtiš ono številko, ane, za razliko od 20 let nazaj, ko tega ni bilo.

7.2.3 Rezultati analize tematskega sklopa Zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči

Udeleženci fokusnih skupin so navedli šestnajst različnih zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči, dvanajst subjektivnih in štiri objektivne (tabela 7.64).

Tabela 7.64: Povzetek analize sklopa Subjektivni zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči treh starostnih skupin (do 30 let, od 31 do 60 let in 61 let ali več)

KATEGORIJE	PODKATEGORIJE	FS	KLJUCNE BESEDE IZJAV
SUBJEKTIVNI DEJAVNIKI	UČINEK ŠOKA	A	<i>v šoku tako odreagirajo; se ustrašijo; zamrznejo; ji je bilo grozno; zablokira</i>
	OSEBNOSTNE LASTNOSTI		
	pomanjkanje sočutja	A	<i>nimajo sočutja, mu je za sočloveka vseeno</i>
	ignoranca	A	<i>se dela, kot da nič ne vidi</i>
	egoizem	A	<i>egoizem; brigaj se zase</i>
	STRAH		
	zaradi neznanja	A	<i>zaradi neznanja se bojijo pristopit</i>
	pred napako	A	<i>kaj narobe naredil</i>
		B	<i>narobe naredil; dodatno poškodoval; trajno poškoduješ, da ne hodi</i>
	pred sodbami drugih	A	<i>bi bilo tebi nerodno</i>
	pred okužbo	A	POMEMBNO: <i>že zadah je grozen; se bojijo teh stvari</i> NI POMEMBNO: <i>ne bi pomislil; bi šele pol razmišljal</i>
		B	<i>pomisliš »sori, jaz ali ti«; je resna dilema; deset igel – stopiš stran; ebola – tud če umira, ne upaš</i>
		C	POMEMBNO: <i>če bi imel aids</i> NI POMEMBNO: <i>ni me strah; še nisem pomislila; ne bi bila prva misel; bi za tabo prišlo</i>
	pred tožbo	A	POMEMBNO: <i>kaj narobe narediš; bi rebra zlomil; je vse več tega</i> NI POMEMBNO: <i>izgovor; nova moda; mi nima nič vzet; ne razmišljam; šele pol razmišljaš; je čist mimo; tak tožbe ne bi dobu; je bogi, da te gre tožit; veš, kaj naredit; veš, da nisi nič napačnega naredil</i>
		B	POMEMBNO: <i>bolje pustit; če bi narobe naredil</i> NI POMEMBNO: <i>ne misliš; pomagaš, ne glede na tožbe; tega se ne bojim; kdor bo začel o tem razmišljat, ne bo pomagal</i>
		C	NI POMEMBNO: <i>tega pri nas ni; niso tožil vzgojiteljice, ampak vrtec; nisem pomislila; takrat ne pomisliš; te spomnijo drugi</i>
	PANIKA	B	<i>panika zagrabi</i>
	PREDSODKI	B	DA: <i>starejši, zanemarjeni moški; pijan, zadrogiran odpor (do tujca, neznanca); klošar</i>
		C	DA: <i>nacukan, pijan</i> NE: <i>je treba pristopit, tud če je pijan</i>
	ODPOR DO KRVI/RAN	A	<i>ne prenašajo krvi; so občutljivi</i>
		C	<i>bom sposobna rane pogledat</i>
	NEZNANJE	A	<i>neznanje; poškodbe hrbtenice</i>
		B	<i>neznanje; neznanje umetnega dihanja</i>
	POMANJKANJE IZKUŠENJ	A	<i>ne delaš vsak dan</i>
	POZABLJANJE	A	<i>pozabijo ljudi</i>
	NEGOTOVOST	A	<i>ne veš, kaj mu je; lahko ima zlomljeno hrbtenico; si čist bled, kaj boš sploh naredil človeku</i>
POMANJKANJE VZGOJE	A	<i>razmišljajo drugače, niso vsi podučeni, niso socializirani nekak</i>	
SLABE IZKUŠNJE	C	S POLICIJO: <i>šla pomagat, še danes hod po sodiščih; prvo je hotel moje podatke</i>	
		ZLORABA POMOČI: <i>kot da je ponesrečenec, drugi je pa avto odpeljal; so jo okradli</i>	

Intervjuvanci so izpostavili tudi štiri objektivne zaviralne dejavnike za dajanje prve pomoči (tabela 7.65).

Tabela 7.65: Povzetek analize sklopa Objektivni zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči treh starostnih skupin (do 30, od 31 do 60 let in nad 61 let)

OBJEKTIVNI DEJAVNIKI	VPLIV PASIVNIH OPAZOVALCEV	A	<i>v gužvi ni bilo šans; se je zgrudil sred gruče, ljudje pa kar čakal; če je več ljudi, vedno čakajo</i>
		B	<i>mimo hodijo in si misliš, mogoče mu nič ni; so samo gledali; februarja, noben je ni pobral; če je 50 ljudi, začneš razmišljat, a bi stopu naprej</i>
		C	<i>nihče ni pomagal; se zberejo zijala; opazovali od daleč; množice hodile mimo; odvisno, koliko je ljudi</i>
	dvom o potrebnosti pomoči	A	<i>sej ni nič kej tazga, bo že; lahko si samo domišljam; ne vem razloga, zakaj je pač on na tleh</i>
		B	<i>sem imel razbit nos in gre mimo; saj ne rab nič; je padu skupi in niso vedli, kaj mu je</i>
	prelaganje odgovornosti	A	<i>bo že en drug; noče noben tveganja prevzet; izšolan, bo on</i>
		B	<i>če jih je več, se ne boš mešal; pričakuje, da bo nekdo drug, ki bolj zna</i>
	ČAS	A	<i>meni se je v službo mudil; čas gre</i>
	NEVARNE OKOLIŠČINE	B	<i>reševanje iz vode; ne bi reševal 45 let starega, ki hlasta za vodo; preslab plavalec; požar; bi bila v dilemi; če ogrožaš sebe, ne pomagaš</i>
		C	<i>se utaplja v deroči vodi</i>
	FIZIČNA NEMOČ	B	<i>močnemu moškemu ne bi lahko pomagala</i>
		C	<i>sama ne morem vzdigovat</i>

Udeleženci prve starostne skupine (FS/A1, FS/A2 in FA/A3) so izpostavili naslednje subjektivne dejavnike:

– učinek šoka:

FS/A1_Ž3: *Ljudje tud v šoku tako odreagirajo.*; FS/A1_Ž5: *Zdaj, spet določeni se ustrašijo ali pa zamrznejo.*;

– osebnostne lastnosti, kot so:

– pomanjkanje sočutja:

FS/A1_Ž4: *Po moje, da nimajo nobenega sočutja. Da mu je za sočloveka vseeno, po domače rečen. Je brat pravil, ko so enega dal ven: »Smo ga prijel za glavo, so kar prsti not popadli. Oni pa še trobijo!«¹⁰⁶;*

– ignoranca:

FS/A3_Ž1: *Boš najprej mal pomislil, a bom jaz sploh reskiral pa njega reševal? A mu bo nekdo drug, pa se bom naredil, ne vem, mal trapastega, kot da nič ne vidim.* FS/A3_M4: *Pač, pridejo tako do enega, da bi mu tam pomagal, pa se raje naredijo kar neumne, pa grejo.;*

– egoizem:

FS/A1_Ž7: *Egoizem je tud prisoten. Tako, brigaj se zase, ane. Ko fijakarski konj, ne vidim nič. Imam svojega dost, ne da se mi sploh s tem ukvarjat. Se mi zdi, da obstajajo ljudje, ki se ne bodo ukvarjal s tem: zdaj me bo pa tožil, pa krvi ne prenesem. Se prav, če nič od tega ne razmišlja. Briga me! Vidiš grozljivke, resnične, ki jih poslušáš: ugrabljeni otroci, vsi sosedje vse tko vejo ... Za znoret, ane? Veš, pa nič ne narediš. Nedopustno.*

Kot pomemben subjektivni zaviralni dejavnik so izpostavili strah zaradi različnih vzrokov:

– strah zaradi neznanja:

FS/A3_M1: *Največ je po moje teh problemov: če si en zlom hrbtenico, saj ne vem, kaj bi naredil v takem primeru?* FS/A3_M2: *Zdaj v teh letih, grem tja in naredim tisto, kar znam, ostalo pustim raje pri miru. Včasih pa vem, da sem imel mal strahu in sem se raje ustavil, ker nisem še imel velik znanja.;*

– strah pred napako:

FS/A3_Ž2: *Ljudje se zaradi tistega neznanja mal bojijo pristopit, da bojo kaj narobe naredil. Sam, več narediš narobe, če ne pomagaš.* FS/A3_M3: *Pa kakšen strah, npr. pred tem, tudi če že hočeš pomagat, se bojiš, da boš še zmer neki narobe naredil. Na primer, če pride do odprtega zloma, bi se potrudil, da bo čist pravilen, ko je toliko enih pravil, da nisi čist gotov. Razen če se res poglobiš.;*

– strah pred sodbami drugih:

FS/A2_M9: *Je brez veze tisto, da zaženeš paniko. Ne vem, samo zaradi tega, da bi bilo tebi nerodno, nič zaradi družga.;*

– strah pred okužbo:

¹⁰⁶ Izjava se nanaša na opis posredovanja brata udeleženke, ki je pomagal ob prometni nesreči. Medtem ko je on z nekaterimi drugimi očitci pomagal pri izvlačenju poškodovanca iz avtomobila, so nekateri vozniki nestrpno trobili.

FS/A3_M1: *Malo pa, malo pa.* FS/A3_M3: *Že zadah je lahko grozen in jih tudi to lahko mal odvrča. Tudi kakšnemu brezdomcu ful težje dajo npr. umetno dihanje, ker se bojijo teh stvari.*

Vendar nekateri na možno okužbo med dajanjem prve pomoči ne pomislijo oziroma bi pomislili šele kasneje:

FS/A3_M1: *Verjetno mal kasneje.* FS/A3_M4: *To sploh ne bi bila prva stvar, na katero bi pomislil, da bi se okužil. Kje, to bi pol prišlo enkrat od zad. Jaz bi najprej naredil, sploh ne bi razmišljal. Bi šele pol. Recimo, da bi se nekaj zgodil, pa bi šel pomagat, bi šele pol razmišljal, kaj pa če sem se okužil? To sploh najprej mi ne bi bilo v mislih, pol bi šele mal pomislil.*

– strah pred tožbo:

FS/A2_M3: *Če mu kaj narobe narediš, ane.* FS/A3_M3: *Sem enkrat slišal enega, da se boji, da bi dal prvo pomoč nekemu, ki je dobil srčni napad, da bi mu rebra zlomil. Da zaradi tega raje ne bi pomagal. Kar se mi zdi mal butast, po svoje, ker te potem lahko toži, če si mu rebra zlomu?!*

Hkrati je bilo izraženih več mnenj, s katerimi so intervjuvanci oporekali strahu pred tožbo, češ da je to samo priročen izgovor za nedajanje prve pomoči:

FS/A1_Ž7: *Ampak men je to čist mimo, da se bojiš nekih tožb! Ne vem, to je men tko tuje. Res, neka čudna hecna moda. Izhajam iz tega, da saj boš pomagala, ker tebi bodo pa tud. Delaš to, kar želiš, da bodo tebi drugi delal. Da se bo en mimo mene peljal, pa se bo bal, da ga bom tožila? To je zdaj neka nova moda.* FS/A2_M1: *Dost je bogi, da te gre tožit, če mu hočeš pomagat. Bil je jezen sam nase, pol bo pa krivdo zvalil na enega drugega.* FS/A2_M8: *Kar naj me toži, sej mi nima nič vzet.* FS/A2_Ž1: *Zakaj boš dal na drugega krivdo, če veš, da si bil sam kriv? Po moje, da človek ve, da lahko malo pomaga, ane. Ti pa itak sam veš, da v tistem momentu nisi nič napačnega naredil.* FS/A2_M9: *Saj itak lahko veš, kaj naredit. Če je tam en čist polomljen, ga ne boš kar sam tam neki vleku. Do ene mere lahko pomagaš. Najmanj, kar lahko narediš, je, da pokličeš.* FS/A3_Ž1: *Vsak, ki bo hotel najt izgovor, ga bo našel.* FS/A3_Ž1: *Jaz mislim, da tak tožbe ne bi kar tako dobu, no. Mislim, ne vem, glede na to, da je dost nerealno? Saj si hotel pomagat.* FS/A3_Ž2: *Ni bilo v moji moči (izgovor).* FS/A3_M4: *Meni se zdi, da je to sam izgovor. Da pač ljudem ..., jim je bed. Pol imajo pa neke izgovore, pa recimo povejo to, da kaj pa če me toži, ane? Čeprav, tudi če ne bi bilo tega, vseeno bi tako ravnali. Pač, nekje poiščejo te izgovore.*

V nasprotju s tistimi, ki so izpostavili strah pred tožbo, so tudi taki, ki o tem ne razmišljajo:

FS/A3_M1: *Jaz na to niti nisem pomislil.* FS/A3_M2: *Jaz o tem nikoli ne razmišljam, pač šele pol začneš razmišljat. Maš pa ljudi, ki so na to ful mahnjeni, da razmišljajo o tem, kako bi čim lažje do denarja prišli.* FS/A3_Ž2: *Mogoče, mi sploh nismo pomisli na to, ker tega ne bi naredili, je pa vse več tega.*

In taki, ki menijo, da je kljub strahu oziroma pomislekom potrebno pomagati oziroma dati prvo pomoč:

FS/A1_Ž5: Ja kljub temu je treba pomagat po svojih zmožnostih, kolikor zmoreš. Vsaj to, da pokličeš reševalce. Karkoli, če si že družga ne upaš. Pač, pristopit do njega. FS/A2_M2: Ja sam če je folk kmet, je kmet! Če te bo tožil, ti ne moreš v bistvu nič naredit glede tega: zdaj pa, da ga boš pustil, da bi umrl zaradi tega, ker te je pač mal strah tega, če se bo kdo sprdnu pa te tožil, to se mi pa zdi, da je mal brez veze. Mislim, mu pač greš pomagat.

Kot zaviralne dejavnike za dajanje prve pomoči so udeleženci prve starostne skupine izpostavili tudi:

– neznanje:

FS/A3_M2: Jaz na primer pojma nimam pa imam narejeno prvo pomoč.;

– pomanjkanje izkušenj:

FS/A1_Ž3: To je zato, ker tega ne obnavljaš, ker tega ne delaš vsak dan.;

– pozabljanje:

FS/A3_M3: Samo hiter pozabijo ljudje.;

– negotovost:

FS/A3_Ž1: Ne veš dejansko, kaj je narobe z njim? Lahko ima zlomljeno hrbtenico, lahko pač, ne, ne moreš vedet. Sploh če je človek nezavesten. Marsikdaj ne veš, kaj mu je, ane. Marsikdaj je čist neprepoznavno, si čist bled, kaj boš sploh naredu človeku.;

– pomanjkanje ustrezne vzgoje:

FS/A3_M2: Pri enih res ne veš, a razmišljajo drugače, ali jim je jasno, da mu moraš pomagat, če se en poškoduje? Gledajo pač. Niso vsi podučeni, ali kako bi temu reku? Niso socializirani nekak. Saj je majhen procent takih, ampak še zmer se najdejo taki, ki kar gledajo.;

– odpor do krvi:

FS/A1_Ž5: Eni ne prenašajo krvi, so že tako bolj občutljivi.;

– slabo izkušnjo z dajanjem prve pomoči:

FS/A1_Ž4: Imam sosedo, ki je bila zraven, ko je en avto zbil kolesarja, in je šla zraven pomagat. Avto je pač šel in so prišli policaji, pa še danes hod po sodiščih in zasliševanjih, da kdo bi lahko

bil, kakšen avto ... Naslednjič bi bilo boljše, da bi se obrnila, tako kot jih je deset šlo mimo, in bi šla stran in se ne bi ustavila. Ne pa, da je od tega že eno leto in ona še zmer hod po tem.

Izpostavili so tudi objektivne zaviralne dejavnike za dajanje prve pomoči:

– vpliv pasivnih opazovalcev, kadar je navzočih (pre)več ljudi:

FS/A2_M9: Sem bil takrat tam v oni gužvi (primer Lipa). Ja, sam to itak ni bilo šans, da bi kaj naredil. FS/A3_Ž1: Če bi se tam en sred gruče 30 ljudi zgrudil, bi ljudje najprej kar obstal, pa kar čakal, a bo kdo prvi skočil. FS/A3_M3: Če je več ljudi, ponavadi vedno čakajo, da bo en prej šel, pol se pa zgodi, da noben ne gre. Na primer če bi kdo dobil srčni napad sred mesta, sam gledajo ljudje, kdo bo kaj naredil, na koncu pa nič ni.;

– dvom o potrebnosti pomoči:

FS/A2_M9: Si misliš: »Ja, sej ni nič kej tazga.« Ali pa: »Bo že.« FS/A3_Ž2: Včasih, ko sem v Ljubljani, pa ne vem, a grem tja, ker je morda samo pijan, pa ga bom rukala. Lahko si pa tudi samo domišljam, da je pijan, bo pa spal. FS/A3_M2: Imam dostikrat problem, to recimo, ker ne vem razloga, zakaj je pač on na tleh oziroma zakaj. In takrat imam težave pomagat temu človeku, ker ne vem v bistvu, do česa je prišlo? In imam težave takrat, ko se hočeš pogovarjat, ti on nič ne odgovori. Imaš pač eno težavo, ker ne veš, za kaj gre. Ne vem, a mu je slabo, ali je bolnik od prej, ali se je poškodoval, ga je en udaru? Imaš več možnosti. In takrat mi je težko, pač ne vem, takrat najraje pokličem in nič ne naredim.;

– prelaganje odgovornosti:

FS/A2_M2: Ker si mislijo bo že en drug, ane. FS/A3_Ž1: Noče noben tveganja prevzet. FS/A3_Ž2: Jaz sem se kdaj ustrašila, da imam premalo znanja za to, pa saj je tukaj mogoče kakšen, ki je že izšolan, pa bo on verjetno, pa ne bom jaz, ko še študiram.;

– čas, potreben za dajanje pomoči:

FS/A1_Ž6: Služba, ne. Meni se je takrat v službo mudil. Sem mogla pol poklicat, da bom zamudila, pol pa to eni malo težje zastopijo. Sem bila namenjena v nočno. Ampak dobr, nisem mela enih težav takrat. FS/A1_Ž6: Čas gre, ane. FS/A1_Ž7: Kaj ti je pa tega treba, ne, se hkrati vprašaš.

Podobne razloge za opustitev pomoči so izpostavljali tudi udeleženci druge starostne skupine (FS/B1,FS/B2 in FS/B3):

– strah pred napako:

FS/B1_Ž2: Se mi zdi, da marsikdo bi kaj naredil, pa je večji strah, da bo kaj narobe naredil, pa da bo imel zaradi tega sitnosti, kot pa da ne bi hotel. Bolj je strah pred tem, da boš kaj narobe

naredil. Tista tožba res ni. FS/B1_Ž3: Imaš pol na vesti to, da si nekoga še dodatno poškodoval, ali pa, da bi bilo bolje, če bi ga pustil. FS/B1_Ž3: Nekoga lahko pač trajno poškoduješ, da ne hodi. Če bi ga pa pustil pri miru, bi ga pa oni zrihtal tako, kot se zagre, ane.;

– strah pred okužbo:

FS/B1_Ž3: Zelo velik se zdaj govori o raznih boleznih, ki jih lahko dobiš, ono, tretjo in pol pomisliš: »Glej, sori, glej, jaz ali ti«. FS/B3_M1: V Afriki je ebola. Tud če tam vidiš, da umira, ne upaš it k njemu, ker se ti zdi, da te bo takoj pobral. Tako kot njega, ko ni zdravila. FS/B3_M3: To je resna dilema. Ja, te okužbe. Saj obstaja določena preventiva, ampak vprašanje je, kolk si lahko pomagaš na tistem kraju, ko se kaj zgodi. Da boš imel neko rutko tam, da boš to dal čez usta, ali pa da boš imel rokavičke ali pa kaj tazga. Vidiš, da je tam zraven deset igel, pač stopiš stran pa pokličeš 112 pa mu pomagajo. Jaz pravim, spet ogrožaš sebe.;

– strah pred tožbo:

FS/B1_Ž2: Tud to, ja. Da se bojiš, da boš kej narobe naredil. FS/B3_M2: Kar sem opazil pri mlajših, so jih pa že mal naučil na ta celoten sistem: bolj pustit kot pa če slučajno narediš kakšno napako, pa te on potem še pol toži.

V zvezi s strahom pred tožbo so bila izražena tudi nasprotna mnenja, ki kažejo na to, da ta vrsta strahu kot možni vzrok za nedajanje pomoči v drugi starostni skupini intervjuvancev ni močno navzoča:

FS/B1_M2: Takrat, ko je treba, recimo iz mojih izkušenj, takrat ko je panika, ne misliš ti na tiste tožbe. FS/B2_M3: Pomagaš, ne glede na to, da je neka nevarnost neke tožbe. Zakaj bi te on tožil, če pokličeš 112, pa mu hočeš pomagat? FS/B3_M1: Tisti, ki pomagamo, na tožbo niti ne pomislimo. Kdor bo pa začel o tem razmišljat, ne bo šel pomagat. FS/B3_Ž2: Jaz ne. Glej, jaz sem naredila, kar sem mogla. Če me boš pa tožil, tega se ne bojim. Saj pravim, da sem naivna. O tem sploh nočem premišljevati.;

– paničen odziv očitidca:

FS/B1_M2: Recimo moja mama ve, da ni sposobna pomagat. Ko je enkrat foter neki mutil in je avto v bistvu padu na njega, ampak mu ni nič bilo. Sam pač tok, da ni mogel ven zlest. Ona vse, kar je lahko naredila v tisti paniki, je bilo, da se je zaprla v hišo in klicala mene. Njo je pač preveč, recimo ji bilo grozno, da bi karkoli. Zablokira čist. FS/B3_M2: Če kakšnega panika zagrabi.;

– predsodki:

FS/B1_Ž2: Se mi zdi res tako, da bi prej k enemu otroku pristopu ali pa k eni ženski, da pol čist zadnja skupina so pa kakšni taki starejši moški, ki že tako malo čudni zgledata pa so zanemarjeni. Bi res mal bolj pomislil, ker ne veš, ali je res, a je pijan, a je zadrogiran?

FS/B1_Ž2: Ker tam že mogoče kar mal dobiš odpora (do tujca, neznanca). Ne da ne bi hotel, ampak kar mal enega odpora vmes pride. FS/B1_Ž2: Zdaj tako, če bi en tam ležal, recimo v parku, pa da bi bil videt klošar, se sigurno ne bi ustavila, pa bi ga šla dregat, a je v redu ali ni v redu. Če bi ga pa v hribih na poti našla, pa stoprocentno bi. Če je tam en park, ane, si misliš: pa sej jih je že tolk šlo mimo, pa bi že kaj, bi že kakšen drug. Čist odvisno, kje bi bil. FS/B3_Ž2: Mi je bilo pol mal žal. Zato, ker je bla pijana in je smrdel in je bilo grozen, ampak glej, posedel smo jo pol tja.;

– neznanje:

FS/B3_Ž1: Največji problem je to, a znamo pomagat, a lahko naredimo še večjo škodo? Smo se o tem enkrat pogovarjal v službi: nihče nič ne zna. Umetno dihanje: ni debate, da bi kakšen znal, pa nas je deset, pa niti en. Pa tud jaz lahko rečem, da ne znam, in to, se mi zdi, je zlo velik problem. FS/B3_Ž1: Jaz umetnega dihanja ne bi dala, ker ga ne znam dajat. Bi lahko človeku bolj škodovala. Tega ne bi upala dajat. Saj tud ne bi pristopila. Sploh ne vem, kaj bi naredila. FS/B3_M2: Prva stvar, kar je, je to, a ima ali nima znanja, pa se boji. FS/B3_M2: Ja tko, da včasih tud ljudje se ne počutijo sigurne, da bi pomagal. Ljudje niso vedli, ne da ne bi hotel pomagat. Niso vedli, kaj bi naredil.;

– negotovost:

FS/B1_M1: Se je pa tudi zgodil, da je padu skupi in neki časa tam bil ob cesti, in ker niso vedli, ali pa je kakšen mislil »A ta je pa pijan ali pa karkoli«, ne? Mu ne pomagajo iz strahu, ker ne vedo, kaj mu je.

Med objektivnimi zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči so udeleženci druge starostne skupine izpostavili:

– vpliv pasivnih opazovalcev:

FS/B1_M1: Ali pa včasih, tam v mestu vidiš: klošar, pa ne veš, a je živ, ali se mu je res kaj zgodil? In pol vidiš, ljudje mimo hodijo, in pol si misliš, sej mogoče mu pa nič ni, drugače bi kdo že kej pomagal. FS/B1_M2: Zdaj če je pa tam že 50 ljudi okoli, pa sigurno, da pol začneš razmišljat, a bi stopu naprej. FS/B2_M3: Tri minute ni bilo sploh nobenega zraven. Vsi so samo gledali, ne? In potem se je naenkrat plaža spraznila. FS/B3_Ž2: Če greš po mestu pa kakšen na tleh leži, jaz vem, da ljudje stopajo čez in da se izognejo temu. Je bilo v Šentvidu, tako je ena ležala po tleh, je pa bilo februarja, pa jo čist noben ni pobral.;

– dvom o potrebnosti pomoči:

FS/B1_M1: Se je pa tud zgodil, da je padu skupi in neki časa tam bil ob cesti in niso vedli, kaj mu je. FS/B1_M2: Sem doživel na sebi. Je bilo v srednji šoli, ko sem bil napaden s strani neznancev, in dejansko sem imel razbit nos, pred Maximarketom. Oni se razbežijo in pride človek, me pogleda v oči in gre mimo mene, kot da me ni. S tem da nekdo drug je pa kričal in

tam so bile neke tetke. Ja, v bistvu je še tako: imel je še telefon, prav spomnim se, tko pogleda: »Ah, saj ta ne rab nič«.;

– prelaganje odgovornosti:

FS/B1_Ž2: Če jih je več tam, se ne boš mešal. FS/B3_M2: Drugič pa, da pričakuje, da bo nekdo drug, ki bolj zna, ane. Pol pa tistega, ki bolj zna, ga ni pa nikjer.;

– nevarne okoliščine:

FS/B1_M1: Ali pa strah, da si sam ogrožen, če je voda, požar, ogenj, pa take stvari. A sploh lahko njemu pomagaš? Bo en tretji moral še tebe reševati. FS/B1_Ž2: Kar je takšnih okoliščin, za enega svojega bi še reskiral, za tujega pa že ne. FS/B1_M2: Reševanje iz vode? Težko bi. Pač takoj presodiš svoje plavalne sposobnosti. Sigurno ne bi šel 45 let starega, ki hlata za vodo. Da bi ga šel jaz reševati? Skoraj gotovo ne. Zdaj, nekoga, ki ga je kap, pa leži negiben, bi ga že privleku ven. FS/B1_Ž2: Kar se vode tiče, jaz tud ne bi probala, sem čist preslab plavalec. FS/B3_Ž2: Jaz bi bila v hudi dilemi, če bi vidla, da men tud pol grozi neka nevarnost. Bi se pač bala, da bi življenje zgubila glede na to, da mam štiri otroke in se mi zdi, tukaj bi bila v zelo hudi stiski. No, ali skočit za nekom v deročo reko ali ne? Po moje, da bi. Ne vem, glej, tukaj se pa ustavim. Ne vem, kaj bi naredila. Upam, da mi ne bo nikoli treba o tem premišljevat. FS/B3_M3: Če je to neka skrajnost, sploh ne razmišljam. V večini primerov bi pa zagotovo pomagal. Deroča reka tik pred slapom, jasno. Saj v bistvu je neko splošno mnenje, da če ogrožaš tudi sebe ali pa drugo življenje, pač ne pomagaš, ane? Se pač odločaš med manjšim zlom.;

– fizično nemoč:

FS/B1_Ž3: Jaz recimo kakšnemu zelo močnemu moškemu, ne vem, kaj bi mu lahko pomagala. Tako pač je. Tam kličeš, prekucneš, ga z mal ihte daš na bok. Kaj dosti več pa bi z mojo kilažo že težko.

Udeleženci treh fokusnih skupin v starosti 61 let ali več so kot vzroke za nedajanje prve pomoči izpostavili:

– strah pred okužbo, ki ga intervjuvanci tretje starostne skupine niso izpostavljali kot pomemben zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči, prej obratno, da jih okužbe ni strah oziroma da nanjo (še) niso pomislili:

FS/C1_Ž1: Ne, ni me strah. FS/C1_Ž6: Ja edin če bi imel aids. Sej drugače se ne okužiš kar tako. FS/C1_Ž7: Jaz tega še nikoli nisem pomislila.;

– da bi pa na nevarnost okužbe pomislili za nazaj, potem ko so že dali prvo pomoč:

FS/C2_Ž2: Zavisi, če bi mel takrat čas razmišljati ali pa da bi sploh pomislil na to. Ne verjamem, da bi bila prva misel to. Prva misel bi bila pomagat. Mogoče bi potem pa za tabo prišlo, da je to.

Ampak mislim, da tisti človek, ki hoče pomagat, na to niti ne pomisli, veste. Da ni prva misel to, kako se bo okužil, ampak je prva misel, kako mu bo pomagal. FS/C3_Ž4: Jaz na to verjetno ne bi pomislila. Mogoče potem kasneje, ko bi bilo že vse mimo, bi šla in bi se razkužila, pa tako naprej. Takrat pa zase mislim, da ne bi.

Udeleženec fokusne skupine v naslednji izjavi predlaga tudi konstruktiven odgovor v zvezi s tveganjem za okužbo med dajanjem prve pomoči - seznanjanje udeležencev usposabljanj prve pomoči, kako se zavarujejo pred tveganjem:

FS/C2_M3: No ja, saj to ni tako enostavno. Sestavni del te vzgoje o prvi pomoči bi moralo biti tudi to, seznanjat ljudi z nevarnostmi, ki pretijo tistemu, ki hoče pomagat. Ne zato, da ne bi pomagal, ampak zato, da bi se znal zavarovat pred to nevarnostjo.

Udeleženci so menili, da podobno kot strah pred okužbo tudi strah pred tožbo ni tisti zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči, na katerega bi najprej pomislili, se pa ta pomislek pojavi retrogradno:

FS/C1_Ž1: Takrat ne pomisliš na to. Ja, če bi bilo kaj narobe, pa bi lahko. FS/C1_Ž4: A zato, da mu pomagaš, da bi te kakšen tožil? FS/C2_Ž2: Na to niti ne pomisliš. Na to te mogoče čez par dni spomnijo drugi. Tako je moje mnenje, no. Poveš zgodbico, kaj se je zgodilo, pa ti nekdo drug reče: »Ma zakaj si pa to naredil? Kaj če bi to in to ?« Potem se mal zamisliš. Da bi pa jaz sama o tem takoj začela razmišljat, pa verjetno ne. FS/C2_M2: Zdaj, v taki družbi, v odprti družbi, mislim da ne bo prišlo do tožb, če bo nekdo z dobrim namenom nekomu želel pomagati, še posebej, če mu bo pomagal v stiski, v nesreči. FS/C2_Ž3: V tistem trenutku človek, sem jaz prepričana, nima to v mislih. Ampak potem, ko se malo poglobi, pa če si bolj tuhtač, da premisliš, kako si ti to izvedel in pomagal in da se ti vsadi neki črv, potem pa trpiš in trepetiš: »Joj, kaj pa, če bi se to meni zgodil?! Kaj pa, če pa pride do tega?« Potem si pa popolnoma nemočen. Padeš v to kolesje, čeprav veš, da si naredil vse in je to ena zelo huda dilema in to velikokrat pripelje potem do takih hudih posledic. Ne za tistega, ki toži, ampak za tistega, ki je potem tožen. FS/C3_Ž2: Do zdaj nisem pomislila na to.

Gre za udeležence fokusnih skupin, ki so očitno globoko ponotranjili etično normo altruizma, in so pripravljeni dati prvo pomoč ne glede na morebitne posledice (sankcije, pa tudi nagrade). Vendar ima udeleženka FS/C2_Ž3 tudi odgovor na dvome, s katerimi se sooči dajalec prve pomoči, kar je razvidno iz dela dialoga med njo in avtorjem:

Avtor: Zanimivo metaforo ste uporabili: črv. Kaj bi bilo po vašem mnenju najboljša obramba ali pa odgovor na tega črva, ki potem vrta, pa nam da razmišljat, ko nekomu pomagamo: Smo prav naredili ali nismo prav naredili?

FS/C2_Ž3: *Če si toliko močen, če se poglobiš v to, če si toliko miren: naredil si vse, kar si lahko v tistem trenutku. Zavedat se moraš, jaz sem laik, nisem zdravnik, da sem po svojih najboljših možnih močeh nekomu pomagal, ostalo pa ni v moji moči in se pač potem nekje, bom rekla, soočiš, če se da te stvari še z nekom delit, s strokovnjakom, nikakor pa ne, bi človek reku, z ostrino.*

Strah pred tožbo v naši družbi po mnenju intervjuvancev (še) ni navzoč, vendar pa obstaja nevarnost, da se bomo z njim morali soočiti v prihodnje, zlasti zaradi vpliva ameriške kulture. To je razbrati iz dela dialoga med avtorjem in udeležencem FS/C3_M3:

FS/C2_M3: *Jaz mislim, da v naši družbi še ni tako daleč zavedanje, v kaj se pravzaprav spuščamo. Ko pa gledamo raznorazne tiste ameriške filme, pa vidiš, kaj vse te lahko doleti zaradi dobre vere, zaradi pomoči. Tega pri nas ni. In zato še dolgo, upam, ne bo onemogočalo pomoči en drugemu. Pričakujem pa, da lahko v kratkem pride tudi do tega, ker ljudje bodo vedno bolj iskali načine, kako priti do nekega denarja, neke odškodnine iz dobronamernosti.*

AVTOR: *Zelo zanimiva misel, gospod M3. Ampak če se bo ta vaš črni scenarij uresničil, kako si potem predstavljate to družbo? Kam mislite, da nas bo to peljalo? Kako vi gledate na to?*

FS/C2_M3: *Pa mislim, da bo tako kavbojski sistem, kot je v zahodnih državah, v Ameriki in tako naprej, ne. Ampak se bomo v bistvu, ko bo nekdo doživel kaj takega, da bo imel za posledico pomoči tožbo ali premoženjske zahteve in ne vem kaj, bo bistveno manj možnosti prostovoljstva, pripadnosti reševanju, ane. Temu se je treba izogniti na en način, ki pa ne sme bit zakonska regulativa. To mora bit pristop do ljudi, da se jim razloži, kaj pravzaprav je lahko posledica takega delovanja na tem področju.*

Ena od udeleženk je izpostavila primer, ko so zaradi poškodbe otroka starši tožili vrtec za odgovornost:

FS/C3_Ž4: *Mi smo imeli v vrtcu precej let nazaj slučaj. Smo imel gugalnico, kjer je pa ena punčka tekla mimo gugalnice ravno v tistem trenutku, ko se je en otrok naprej zagugal in jo je gugalnica zadela v glavo. Punčko je nekako, kot da bi jo kap: roka in noga sta bili prizadeti. Ta punčka je hodila še naprej v vrtec, ko je pa odšla v šolo, so pa starši tožili. Niso tožili vzgojiteljice, da bi bila ona kriva, ampak vrtec, ker je bil odgovoren. Takrat mi še nismo imeli v vrtcu zavarovanja odgovornosti. Ona je sama prišla in je rekla tako: »Men so rekli, da imamo pravico do odškodnine, ker je vrtec odgovoren.« Je rekla, ker je bilo potem treba otroku veliko pomoči za šolo. Skratka, ne vem, kakšne so imel potem še večje stroške tud zaradi tega. Je šla pol vprašat tudi k odvetniku. In to se je vlekla tožba ne vem kolk časa. Takrat je dobila odškodnino, čeprav se ji je videlo, da ji je neprijetno, je rekla: »Jaz moram to zaradi otroka naredit.« Je prišla do vzgojiteljice in je rekla: »Vem, da niste vi kriva. Tako so mi povedal, da*

vrtec pač mora imet zavarovano odgovornost, da je odgovoren in da pač lahko dobi denar.« Je trajal kar precej let.

Intervjuvanci predlagajo, da se je pretiranemu poudarjanju strahu pred tožbo v sodobni družbi možno zoperstaviti z vzgojo otrok in ozaveščanjem javnosti o pomenu medsebojne pomoči in solidarnosti:

FS/C2_Ž3: Zato je tako pomembno, da je bla ta prva pomoč že v osnovni šoli, kar sedaj v učnem programu ni, ampak je samo občasno. To so te pasti, in ko se v to ujamemo, potem je groza. Čeprav sam veš, da moraš, da te to žene, ampak spet je pa potem lahko, kot je rekla gospa, čez par dni te pa to začne grist, ne. Ker te nekdo na to opomni. FS/C2_Ž2: Ja, jaz mislim, da je potrebno ponovno vzgajati že otroke, da je medsebojna pomoč najboljša pomoč, najboljša vzgoja za vse. Če bomo mi otroke vzgajali, da si pomagajo en drugemu, tako kot je bila pri nas v Sloveniji medsebojna, medsosedska pomoč zelo znana, to zdaj vse nekako opuščamo. In če bomo začeli tudi te humanitarne dejavnosti počasi opuščati, tako kot so zdaj že začeli v šoli opuščati te programe in tako, potem bomo prišli v eno družbo, bi rekla samo izkoriščevalno: miselnost, kako bomo koga, ne mu pomagal, ampak mu odmagal. FS/C2_M2: Ali bomo mi mislili na sočloveka in se obnašali kot človek do človeka, ali pa bomo individualisti, sami svoji, se zaprli vsak v svojo hišico in nobenemu ne bomo škodovali, ampak nočemo niti, da kdo pride k nam. Počasi to življenje, ki ga sedaj imamo, počasi leze v to drugo skrajnost. Usedli smo se pred televizorje, otroci imajo one igrice, ni več onih skupinskih izletov, dosti manj je družabnih srečanj, vse bolj je individualno. To moramo mi malo prekiniti, ne. Spet moramo mi priti do človeka. Od človeka do človeka, se z njim seznaniti, se z njim pogovarjati, ne ga gledati kot nasprotnika, tudi če drugače misli. Hvala bogu, da drugače misli, ampak dovoliti, da tudi on drugače misli, in sprejeti njegovo mnenje, vztrajati pa na poštenju svojega mnenja, ne. In take nesreče pri nas so. Poglejte, je bil žled gor, pa so imeli potrese, poplave in tko naprej. In ljudje so hodili pomagat, tudi nepoklicni, nepoklicani so hodili pomagat. Bi bilo nerodno, da takega človeka, ki je prišel z dobro voljo, srčno pomagat, pa še nekdo toži. Zdaj pa, da pride nekdo pomagati iz koristoljubja, ne, aha, zdaj bom pa pridobil na družbeni lestvici, ali materialni lestvici, ali na vem kaj, to ni dobro, ne. Če greš pomagat, greš brezpogojno pomagat, se pravi, ne greš zato, da boš nekaj dosegu sam, ampak zato, da boš dejansko nekaj dosegu pri tistem, ki mu boš pomagal.

Od subjektivnih zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči so intervjuvanci tretje starostne skupine izpostavili tudi predsodke do določenih skupin oseb, zlasti do alkoholiziranih:

FS/C1_Ž2: Sej je bil gotovo tud mal nacukan, ane, pa so ljudje kar mimo hodil. FS/C3_Ž1: Ne dolgo nazaj je v naši ulici en možak na tleh ležal. Je tud rad več popil. In je šel en mimo in reku: »Kar pustimo ga, saj je pijan.« FS/C3_Ž5: Gledam dol na pot in je en možakar ležal. Pa sem isto pomislila, da se ga je malo napil. Ljudje so mimo hodili, nobeden se ni za njega zmenil.

Nato sem poklicala 112. Lahko je kaj narobe. Pol so prišli pa so ga odpeljali. Ne vem, kaj se je potem z njim zgodilo. Zanimivo, mimo njega so hodil, noben se tud ozrl ni.

V povezavi s tem je ena od udeleženk na osnovi izkušnje svojega očeta zavzela odločno stališče, da je treba pristopiti k osebi, ki kaže znake prizadetosti, ne glede na morebitne zadržke:

FS/C3_Ž1: Jaz iz otroštva vem, da so za našega očeta tud rekli, da je kdaj tam ob cesti obležal. Pa je bilo rečen: »Pijan je!« Pa ni bil pijan, od sladkorne je padu v hipo. Je bila ta sladkorna pol močna. To imamo v družin, smo podedoval to sladkorno bolezen. Tako da v takih primerih nikoli ni za pustit človeka. Treba je zmeri pristopit pa pomagat, tud če je pijan, ni važno.

Zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči, ki izhajajo iz posameznika kot subjekta, so po mnenju udeležencev tretje starostne skupine še:

– odpor do krvi (in ran):

FS/C2_Ž1: Mene je bolj strah, če bi se znašla tako, da vidim, kaj vse se je zgodilo, ali bom sposobna vse te rane ali pa to prenest, pogledat, ne. Včasih že tista kri, ti je tako grozno za pogledat, pa mogoče ni tako hudo, ne. To je mene bolj strah pri ponesrečencu.;

– slabe izkušnje z dajanjem pomoči zaradi postopkov, ki jih izvaja policija:

FS/C3_Ž1: Nedolgo nazaj, ko sem šla proti postaj, pri temu bloku na Partizanski cesti, je en mlajši fant, mlad par sta bla, mlada punca, mlad fant, jo je tako pretepal! Punco nosečo, visoko nosečo. In tam je en fantek stal, je to gledal: »Gospa, gospa, glejte, kaj dela! Naredite kaj. Kaj boste naredila?« Poklicala sem takoj policijo 113 in tako, kot si rekla, najprej so želeli moje podatke. Jaz sem bila zgrožena. Sem rekla: »Poslušajte, dejte najprej pomagat. Jaz ne vem, on jo bo ubil.« Ne, on je hotel te podatke. Ja je reku: »Sej bomo takoj šli.« A so šli potem, kaj je bilo, ne vem? Ampak, predvidevam da so zamudil, pa da sta ona dva, ne vem, kako končala. Skratka, jaz bi vprašala vas, a ni boljše, da se najprej zdravstveni dom obvesti (112). FS/C3_Ž4: Poklicala sem policijo in sem bila prav ogorčena. Ni me vprašal nič, kje je, kaj je, kako je? Ta prvo je hotel moje podatke. Sem rekla: »Zakaj pa potrebujete podatke?«. Je reku: »Zato, ker moramo naredit prijavo.« Sem rekla: »Kakšno prijavo?« Je reku: »Vi ste ga pač našla, vi ste nam prijavila. Morate dat podatke.« Sem rekla: »Glejte, pa človek bi lahko ta čas že umrl. Jaz sem vam rekla, jaz sem vas poklicala, ker smo imeli doma take težave z očetom.« Od ogorčenja so se mi solze ulile. Ne vem, ali mora bit res tak postopek? Bi rekla, zame je bil nečloveški. Potem je reku, da bo vseeno nekoga poslal in, da me bo kasneje poklical. Ni minilo 5 minut, ko mi je že zvonil telefon. Dala sem mu podatke in sem mu povedala, da je to zelo nehumano. Jaz sem bila verjetno tudi zaradi tega prizadeta, ker sem vedla, kako je bilo z mojim očetom. Ne vem, ali mora bit res tak postopek? Pol me je takrat še tretjič klical. Je reku, da moram pridit tja zapisnik podpisat. Sem rekla: »Zakaj ga rabite?« Je reku: »Zato, ker bo šlo to na sodišče. Boste šla za pričo.« Sem rekla: »Ne bom. Ne bom prišla.« Nisem hotela.;

– slabe izkušnje zaradi zlorabe pomoči:

FA/C3_Ž4: *Sem bila zgrožena nad tem, ko sem slišala po obvestilih, da so tam nekje na cesti, da se je eden pač ulegel, kot da je nek ponesrečenec, eden je prišel iz avta ven, da mu bo pomagal, drugi pa je iz grmovja skočil, se je usedu v avtomobil, pa avto odpeljal, ne. Ali pa recimo, da so naštimal kot voziček na cesto, pa kot da je dojenček notri, pa je prišla ena ženska tam zraven in so jo potem tudi okradli. Ko slišiš take stvari, pa dejansko razmišljaš, nezaupanje dobiš, strah. Ni čudno, da gredo ljudje mimo nekoga tudi mogoče zaradi tega. FS/C3_M1: Je pa res, da prav taki dogodki, kot jih je danes že čedalje več, na parkiriščih, razna ustavljanja, potem pa te okradejo, marsikaterega odvrnejo, da ustavi. Sploh ker imaš v mislih, a igra poškodbo al neko pomoč rabi. In te to lahko spravi v dvom oziroma celo v nevarnost.*

Tudi sodelujoči v tretji starostni skupini so kot objektivni zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči izpostavili vpliv pasivnih opazovalcev:

FS/C1_Ž7: *Na tleh je ležal možakar, ves potolčen, krvav. Midva z možem sva takoj ustavila, mož ga je dvignil in ga je peljal, ker je vedel, od katere hiše je. Deset metrov stran so stali štirje, tudi iz sosednih hiš, in so debatirali. In nihče mu ni pomagal. Moj mož je pršu pol domov, neki mu je pomagal. Žena je bila mal huda, da ga je sploh pripeljal. Ampak, hočem reč, je pršu dam čist krvav. Tisto srajco sem lahko samo stran vrgla. Ampak jaz to še pol leta nisem mogla pozabit. In tiste ljudi sem malo drugače gledala, ne morem pomagat. FS/C2_M3: Mene moti predvsem to, da se takoj zberejo zijala, ne. Takoj cel kup ljudi in skoraj ne pustijo dihat tistemu, ki je ponesrečen. Tega ne razumejo, da ne moreš ti pol tam stiskat obroč in gledat. To je grozno, to je moteče. FS/C2_Ž1: Saj zato smo pa mi na Debelem rtiču samo opazovali od daleč, ker je bila tam že skupina ljudi, ki je pomagala, in ni bila niti potreba, da smo tam zraven. Smo bili gledalci, ampak v bistvu ne, kopalci. Samo nismo pa nobenega obroča naredil, zato smo lahko vse videli od daleč. So nekateri, ki tudi to vzamejo na znanje, ne, kaj lahko in kaj ne. To je katastrofa, kako se ljudje odzivajo, in tega je zmeraj več v svetu. FS/C3_Ž1: Sem gledala en film iz Kitajske, ko je otrok poškodovan ležal sredi ceste in so množice ljudi hodile mimo njega. Kako je možno, da so lahko ljudje tako brezčutni. Ne morem razumet. FS/C3_Ž4: To, a boš ali ne boš, je tudi odvisno tudi od tega, koliko je ljudi okrog. Ker če si sam, jaz verjamem, da boš priskočil na pomoč, če jih je pa več, boš pa gledal, kdo bo.*

Intervjuvanka FS/C3_Ž1 je izpostavila tudi nevarne okoliščine: te pomenijo lahko preveliko tveganje za dajalca prve pomoči, da bi sploh lahko dal prvo pomoč, vendar meni, da obstajajo posamezniki, ki kljub temu tvegajo in priskočijo žrtvi na pomoč:

FS/C3_Ž1: *Včasih premišljuje, ko gledam v kakšne nevarnosti se nekateri spustijo. Recimo v tistem trenutku ogromno ljudi gre mimo, vidijo nekoga, ki se utaplja v neki deroči vodi. So pa*

ljudje, ki butne notri, reagira, čisto spontano, notri in se poda v to nevarnost. Jez ne vem, kako bi reagirala, ker nisem bila še pred tako situacijo. Človek sam sebe spozna.

Ena od udeleženk je izpostavila še fizično nezmožnost kot dejavnik, zaradi katerega morda ne bi mogla pomagati:

FS/C1_Ž2: Enega jaz sama ne morem tam vzdigovat.

7.2.4 Rezultati analize tematskega sklopa Prva pomoč kot moralna in kot pravna dolžnost

V nadaljevanju so najprej prikazani rezultati analize pogovorov o mnenjih udeležencev fokusnih skupin, povezanih z vidikom prve pomoči kot moralne dolžnosti, sledijo rezultati analize njihovih mnenj o pravni dolžnosti dajanja prve pomoči.

Udeleženki prve starostne skupine sta izrazili strinjanje z mnenjem, da je prva pomoč moralna obveza posameznika:

FS/A1_Ž7: Absolutno. FS/A1_Ž3: Če ne bomo drug drugemu pomagal, nam noben ne bo.

Podobno so se strinjale tudi udeleženke druge starostne skupine:

FS/B1_Ž1: Men se zdi to čisto neki normalnega. Sva z enim kolegom šla na kavo s kombijem in je zapeljal desno, mal slabo pogledal in je enega zbil. Res zelo počas, vse skupi je bilo na prehodu za pešce. Prvo, kar sem naredila, sem odprla vrata, skočila do gospoda: »Gospod, a ste v redu, a boste prišli do roba?« In pol je tud že ena medicinska sestra ali zdravnica prišla. »Dejte se usest, a je glava v redu?« To ni bila stvar razmišljanja; on je padu, ti ga pobereš, pobereš otroka, pobereš onega, ki si ga zbil. No, sej ni bilo nič hujšega. Ja, čisto avtomatično greš zraven. FS/B1_Ž2: Mislim, da je dolžnost, pol je pa od posameznika odvisno, kolk je to sposoben speljat. Ampak jaz bi pomislila, da je to dolžnost, sam pol pa spet: ali bi upala ali si ne bi upala? FS/B3_Ž2: Men se zdi, da je. Absolutno.

Enako tudi udeleženci tretje starostne skupine:

FS/C2_Ž1: Človek človeku mora pomagat. Tako je bilo in tako je. To je odvisno sicer tudi od karakterja, ampak mislim, da kadar je taka situacija, da te to žene. FS/C2_M1: Sto po sto, če vidiš koga, je dobro, če pomagaš. FS/C2_Ž5: Saj sem že rekla prej: to te prav nekaj žene naprej, da pomagaš.

Intervjuvanci prve starostne skupine ne odobravajo pravne določbe, da je dajanje prve pomoči zakonsko naložena dolžnost:

FS/A2_M9: *V zakonu je, da si ti sposoben pomagat, ali ne? Razen če nimaš te izobrazbe. Mislim, kako vejo, a si ti zdaj sposoben pomagat ali ne? Lahko pol večjo škodo narediš.*
FS/A2_M8: *Oni, ki sam zaradi zakona pomaga, vseeno, če ne.* FS/A2_M5: *Pomagaš zato, ker hočeš človeku dobro. Itak človek sam po sebi čuti, da je dolžan pomagat sočloveku.* FS/A3_M1: *Drugače je dost žalostno, da mora biti to z zakonom predpisan, to bi moral bit pač samoumevno.*

Tudi udeleženci druge starostne skupine so izrazili nasprotovanje temu, da je dajanje prve pomoči z zakonom določena obveznost:

FS/B3_Ž2: *Mogoče sem preveč romantična, ker men se zdi to grozno. Realno se kdaj kdo ustraš, in zdaj bo pa kaznovan. Jaz nisem za to, da se to pravno določa. Nekak, naj bi že od majhnega ljudi učil, da je treba pomagat, in se mi zdi, da ni treba vse z nekimi zakoni ali pa s kaznijo groziti. To naj bi bilo etično, moralno, in bi rekla, da ja, če kdo zmrzne, pa glej, zmrzne. Ampak ja, zdaj bo pa on kaznovan, že tko gre vse po zlu in pol pa še ... To se mi pa ne zdi.*
FS/B3_M2: *Da je z zakonom to določen, je zame čist brez zveze. Zato, ker tko ali tko, tistega, ki so ga od malega učil, kot otroka, da pomagamo, ko bo odrasel, bo isto pomagal. Če ga ne učijo ali pa – daj pust ga na mir, ne tega delat – pol bo pa tud kot odrasel, ko bo šel mimo njega, šel naprej. Ali se bo pa ustavil, pa 112 poklical, pa gledal. Ampak tud če je zakon tak, bo reku, ja jaz mu bom pomagal po svojih močeh, nimam pa nobenega znanja. Še zmerom se lahko izogneš temu. Učijo te pa že od malega naprej.*

Ali pa o tem vidiku ne razmišljajo:

FS/B1_Ž1: *Ne razmišljaš o teh stvareh. Če nekdo rabi pomoč, boš pač pristopu. To je čist človeško dejanje. Tu ne gre za to, ali se čutiš dolžan, ampak če nekoga nekaj boli, mu boš probal pomagat.* FS/B1_Ž2: *Jaz zakonov ne poznam, ampak ko bi enega vidu, bi kar mislil, da moraš. Pol je pa res, ane: če imaš enega zraven, bi mu hitro prepustu.*

Vendar je bilo izraženo tudi nasprotno mnenje, da je zakonska obveza lahko koristna, saj vsi ljudje ne čutijo moralne dolžnosti dajanja prve pomoči:

FS/B1_M2: *Ja, nekak človek misli, da vsak to naredi, ampak ko je moja punco zbil voznik, ji ni pomagal, ampak se je takoj lotu reševanja svojega problema, kako bo pač prav. Tako da so drugi njej pomagal, on je pa stopu stran in do prihoda policije ni pršu blizu. Tako da ne vem, kakšen je. Dejansko moraš najprej, da čutiš to dolžnost, ampak seveda je tudi v zakonu in najbrž ravno zaradi tega, ker očitno nimajo tega vsi v glav.*

Razmerje med strinjanjem oz. nestrinjanjem v mnenjih udeležencev fokusnih skupin o prvi pomoči kot moralni in pravni dolžnosti prikazuje slika 7.18.

Slika 7.18: Mnenje udeležencev fokusnih skupin o prvi pomoči kot moralni in kot pravni dolžnosti

STRINJANJE		
MORALNA DOLŽNOST	<p>je treba vzgajat za pomoč pomagaš, ker hočeš dobro je dobro, če pomagaš človek čuti, da mora pomagat pomagaš človeku v stiski avtomatično greš zraven je čist nekaj normalnega absolutno, je dolžnost to te žene človek človeku mora pomagat če ne bomo pomagal, nam noben ne bo</p>	PRAVNA DOLŽNOST
	<p>nekateri ne pomagajo – je prav kako vejo, a si sposoben pomagat lahko več škode narediš pomoč zaradi zakona ni pomoč žalostno, da mora biti predpisano je brez veze nisem za, da se to pravno določa je grozno, da mora biti predpisano je človeško, da se človek ustraši zmeraj se lahko izogneš ne poznam zakonov, to moraš</p>	
	NESTRINJANJE	

7.2.5 Rezultati analize tematskega sklopa Kdor pomaga, je občudovanja vreden

Intervjuvanci se v večini strinjajo, da je občudovanja vreden tisti, ki pomaga, vendar izražajo tudi nasprotna mnenja (slika 7.19).

Slika 7.19: Mnenja udeležencev fokusnih skupin o trditvi »Kdor pomaga, je občudovanja vreden«

STRINJANJE	NESTRINJANJE
<p><i>itak, da je se strinjam</i></p> <p><i>sigurno, da je je pohvalno</i></p> <p><i>občudovanja je vreden vsak, ki pomaga je super, če znaš prav pomagat</i></p> <p><i>ko nekomu pomagaš, rabiš pogum – pol je občudovanja vreden</i></p> <p><i>če se utaplja in reševalec skoči v vodo, pozimi – to je občudovanja vredno</i></p>	<p><i>nimaš časa premišljevat: bi pomagal, če me bodo vsi pohvalili</i></p> <p><i>kdor pomaga, ne pričakuje, da bo pohvaljen</i></p> <p><i>ne pomaga, da bo dobil priznanje</i></p>

Udeleženci se strinjajo z mnenjem, da je tisti, ki zna pomagati, občudovanja vreden:

FS/A2_Ž3: *Itak, da je.* FS/A3_M4: *Ja, se strinjam.* FS/A3_Ž1: *Hm, ja. Sigurno, da je.* FS/B3_Ž1: *Ja, je. Mislim, da je to pohvalno. Vsak, ki pomaga sočloveku, je pohvaljen.* FS/C3_Ž4: *Jaz mislim, da je občudovanja vreden vsak, ki pomaga. Vsaj, da pokliče. Dobro, ne bom rekla, da je to občudovanja vreden, je pa na vsak način super, če znaš prav pomagat. Jaz vem, da sem bila že večkrat na kakšnih, ko so nam kazal, kako pomagat. Ko sem šla zdajle skoz, sem razmišljala, če še prav znam. Ane. In bi verjetno, tudi če nas bi bilo več, bi razmišljala, kdo zna. Kdo bolj zna?*

A so izrazili tudi nasprotno mnenje:

FS/B3_Ž2: *Če je nekaj tko hitr, nimaš časa premišljevat: bi pomagal, če me bodo vsi pohvalili. Ne verjamem, da je to tako.* FS/C2_Ž1: *Kvečjemu, če bo tisti, ki je rabil pomoč, da se mu bo enkrat ob priliki, če ga bo še kdaj vidu, zahvalil. Ker bo hvaležen. Ma da bi pa zdaj dobu kakšno priznanje, pa verjetno niti ne pričakuje, ne. Ker to ne dela zato, da bo dobil priznanje.*

Izpostavili so tudi pogoj – pogum –, da si dajalec prve pomoči prisluži občudovanje:

FS/B3_Ž2: *Ja, men se po svoje zdi to logično, da si pomagamo in je neki zelo naravnega. Tako, kot je občudovanja vredno še kej drugega. Je pa sigurno, da zaradi tega, ko nekemu pomagaš, rabiš še določen pogum. Pol je občudovanja vreden. Drugače se mi zdi pa to zelo nekaj naravnega.* FS/B3_M1: *Mogoče na primer je, če se nekdo utaplja v reki in pol tisti, ki je reševalec, skoči noter v vodo, na primer pozimi – to pa je občudovanja vredno. Ker to pa vsak ne bi naredil. Drugače pa ne, se mi zdi pa samoumevno ... Samoumevno. Nekdo v eni taki bolj običajni situaciji ni občudovanja vreden, pomaga, ampak mogoče pohvale? Še pohvale mogoče ne, ampak je to normalno.*

7.3 PRIKAZ, ANALIZA IN INTERPRETACIJA PODATKOV, ZBRANIH S TERENSKIMI EKSPERIMENTI

V nadaljevanju so opisani rezultati analize eksperimentov »Ljubljana«, »Koper«, »Primskovo« ter »Rečica A«, »Rečica B« in »Rečica C«.

7.3.1 Analiza eksperimenta »Ljubljana«

Analiza eksperimenta »Ljubljana« (tabela 7.66), ki ga je opazovalo največ očividcev, je pokazala, da so se ti odzvali na stisko bolnika šele potem, ko je ta prosil za pomoč. Prva odrasla očividka je bolnika opazila v 12. sekundi, prvi odrasli očividec pa v 40. sekundi, a se mu nista približala. Enako tudi ne drugi očividec (M2), ki je deloval brezbržno, ko je šel povsem mimo bolnika. Druga očividka je pogledala bolnika, ko je šla čisto zraven njega, a prav tako nadaljevala pot proti izhodu z Gospodarskega razstavišča. Med prvimi je bolnika opazil tudi moški z otroškim vozičkom (M3 – spremljevalec Ž10), ki je bil dokaj oddaljen (cca 20 metrov), a je deloval ambivalentno (se je približal, nato oddaljil in ponovno približal) in ni pristopil, kasneje je odkimal, da ne zna uporabiti AED-ja. M3 se je z otroškim vozičkom pospešeno usmeril proti prikazni točki Jamarske reševalne službe in kasneje proti vozilu CZ, kar nas navaja na sklepanje, da je iskal pomoč kompetentnih oseb v smislu dajanja prve pomoči.

Bolnik je za pomoč najprej neposredno prosil žensko z dvema otrokoma (Ž3), ki se je takoj odzvala s klicanjem navzočih na pomoč. Očividka (Ž4), ki je bila od bolnika precej oddaljena (cca 15 metrov), vmes pa so bili še drugi očividci, je v trenutku, ko je opazila, da gre za nujno stanje, s spremljevalcem in otroki odločno spremenila smer hoje (za 90 stopinj) in se usmerila proti bolniku. V prvih 15 sekundah je vzela v roke mobilni telefon in telefonirala. Tretji, ki je pristopil k bolniku, je bil moški s spremljevalko in otrokom (M4), kot četrti pa M5, spremljevalec Ž4.

Bolnika so očividci namestili v ustrezen polsedeči položaj, po izgubi zavesti pa na bok. Vendar je eden od očividcev na bolniku začel za kratek čas že pred tem izvajati (blažje) stiske prsnega koša (zunanjo masažo srca), ne da bi prej preveril stanje zavesti (odzivnost) in dihanje. AED je očividka Ž4 sicer prijela v roke, izvlekla elektrode, a ga potem ni uporabila. Ž10 je delovala ambivalentno, saj je bila najprej le pasivna opazovalka, nato pa je pristopila k bolniku, se odmaknila in šele v drugem pristopu pokazala zavzetost za dajanje pomoči ter odločno zahtevala AED, vendar je bilo to takrat, ko smo eksperiment že prekinili.

Po večkratnem preverjanju videoposnetkov smo identificirali 19 odraslih oseb (12 žensk in 7 moških), ki so imele bolnika v prvi minuti in 20 sekund (preden je bolnik prosil za pomoč) v vidnem polju, šle mimo njega in niso pristopile, dogodek pa je krajši ali daljši čas gledalo najmanj 28 pasivih opazovalcev.

Tabela 7.66: Analiza eksperimenta »Ljubljana« glede na čas, stanje imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev

Čas		Stanje imitatorja	Odziv naključnih opazovalcev
od	do		
0 min	37 sek	Imitator 1 ob robu množice simulira znamenja AKS: drži se za prsi, briše potno čelo, težko diha, ima trpeč izraz na obrazu. Išče očesni stik.	Mimoidoči ne pristopijo. Očividka z otrokom (Ž1) opazi bolnika v 12. sek, a ne pristopi. Ne pristopi tudi moški srednjih let (M1), ki gre povsem mimo bolnika v 40. sek.
38 sek	1 min 17 sek	Imitator 1 stopi proti množici, večkrat se skloni naprej in nato zravnava, pri tem se z roko drži za prsi, simulira zelo močno bolečino.	Mlajši moški (M2), enako tudi mlajša ženska (Ž2).
1 min 18 sek	1 min 24 sek	Imitator 1 z roko nakaže proti mlajši ženski z dvema deklicama, da potrebuje pomoč, z drugo se drži za prsi.	Moški v sivi jopici in z otroškim vozičkom (M3) opazi dogodek, a ne pristopi. Mlajša ženska z dvema otrokoma (Ž3) prime bolnika za roko in ga sprašuje: »A vam je slabo?« Išče pomoč pri mimoidočih: »Dajte pomoč poklicat! Zdravnika rabimo! Kličite pomoč! ...«
1 min 25 sek	1 min 41 sek	Imitator 1 se opoteka, ima mehka kolena.	Mlajši moški (M4) hoče telefonirati, vendar ga spremljevalka z otrokom (Ž4) spodbudi, da pristopi k bolniku. K bolniku pristopi še drugi moški (M5) in pomaga pri opiranju bolnika. Dve ženski (Ž5 in Ž6) z otrokoma bolnika opazita, a ne pristopita. Enako tudi ne par z otrokom (Ž7 in M6). M3 pospešeno stopi proti prikazni točki jamarskih reševalcev.
1 min 42 sek	2 min 8 sek	Imitator 1 se sesede, napol sedi na tleh.	Ž3 in M4 pomagata bolniku, da sede. M4 in M5 opirata bolnika, Ž3 telefonira, telefonira tudi M3. Pristopi ženska zgodnjih srednjih let v zeleni halji (Ž8) in skuša telefonirati. Nato se odmakne in opozori na dogodek mimoidoča moška (M7 in M8), ki ne pristopita, M8 telefonira. Telefonira tudi mlajši moški v majici s kratkimi rokavi, otroškim vozičkom (M9) in partnerico (Ž9), ki se z roko drži za glavo. Moški (M3) išče pomoč pri avtomobilu CZ, ki je parkiran na ploščadi GR. K bolniku pristopi Ž3, sočasno telefonira.
2 min 9 sek	2 min 27 sek	Imitator 1 obleži na tleh. Leži na hrbtu – simulira nezavestno osebo (ima pa pokrčeno nogo v kolenu).	Več odraslih in otrok od daleč opazuje dogodek. Ž3 stopi nekoliko stran in poskrbi za svoja dva

			otroka.
2 min 28 sek	2 min 51 sek	Imitator 1 sprva leži na hrbtu, nato na boku (nezavest). Imitator 2 prinese AED in glasno kliče: »Pomagajte!« Sprašuje ljudi v bližini bolnika, ali zna kdo uporabiti AED.	M4 začne izvajati blažje stiske na prsni koš (odzivnosti in dihanja ne preveri, niti ne sprosti dihalne poti). Po nekaj stiskih M5 ugotovi, da bolnik diha. M4 in M5 obrneta bolnika na bok.
2 min 52 sek	3 min 36 sek	Imitator 2 preda AED očitvidki (Ž2). Gre z njo do bolnika. Nato še naprej sprašuje, ali zna kdo pomagati. Imitator 1 leži na boku, vmes kratek čas na hrbtu, nato ponovno na boku (nezavest).	Ž4 vzame v roke AED, izvleče elektrode AED-ja, M3 bolniku odpenja gumbe na srjaci. Ambivalentno pristopi še M10, a le opazuje. Ž4 uporabo AED-ja opusti. Ž10 telefonira, nato pristopi in dogodek opazuje iz neposredne bližine. Pristopi mlajši očitvidec (M11) in dogodek opazuje iz neposredne bližine.
3 min 37 sek	4 min 44 sek	Imitator 2 pobere AED ter sprašuje bližnje opazovalce dogodka, ali zna kdo uporabiti aparaturo. Imitator 1 leži na boku (nezavest).	Zavzeto pristopi mlajši očitvidec (M12), a se hitro odmakne. V neposredno bližino bolnika se vrne M3. Ž4 »drži« bolnika v bočnem položaju. Ugotovi: »Saj diha! Saj je še v redu.« OPOMBA: Avtorja kliče gospa iz uprave GR, ali bo eksperiment kmalu končan, ker je »tako grozno za pogledat«.
4 min 45 sek	4 min 53 sek	Imitator 2 preda AED drugi očitvidki. Imitator 1 leži na hrbtu – simulira nezavest.	Ž10 se skuša vplesti v dajanje pomoči, a se z otrokoma kmalu odmakne. Ž4 preverja bolnikov utrip na vratni arteriji: »Diha, srce mu še utripa.« Ž10 ponovno zavzeto pristopi in zahteva AED.
4 min 54 sek	5 min 10 sek	Imitator 1 se prebudi in počasi vstane.	Ž4 bolnika prepričuje, da naj ne vstaja. M4 in M5 pomagata bolniku, da vstane.

7.3.2 Analiza eksperimenta »Koper«

Tudi pri eksperimentu »Koper« (tabela 7.67) so se očitvidci odzvali šele na neposredno bolnikovo prošnjo za pomoč. Očitvidec, ki je prvi opazil bolnika (starejši gospod – M2), se je bolniku izognil v loku, nato ponovno s pogledom preveril dogajanje in nadaljeval pot. Tudi ženska zgodnjih srednjih let (Ž1), ki je šla iz trgovine naravnost v smeri bolnika, je dajala vtis, da bo šla mimo njega. Se pa je na bolnikovo neposredno prošnjo in kretnjo z roko zavzeto odzvala z ugotavljanjem njegovega stanja, s klicem »Na pomoč!« in takojšnjim klicem na številko 112. S svojim

ravnanjem je pritegnila pozornost mladeniča (M3), ki je šel že mimo bolnika, na poziv očividke pa stekel v smeri delovišča, na katerem so bili prostovoljci RK, po pomoč.

Očividca (M5 in M6) sta bolnika sicer posedla, a ga takoj zatem tudi polegla. Ko je ta izgubil zavest, sta ga obrnila na bok, vendar pred tem nista preverila njegove odzivnosti in dihanja. AED je pravilno uporabil pripadnik CZ (M10), ki ga je za pomoč prosil imitator 2. Med eksperimentom so očividci iskali pomoč pri »kompetentnih« v bližini: M3, ki je tekel po pomoč k prostovoljcem RK (maskerki v brezrokavniku RK in Ž1, ki je opazila pripadnika CZ v uniformi in rekla: »Kaj je tamle eden ...«). Ko je k bolniku pristopil pripadnik CZ, so se drugi očividci nekoliko umaknili, vendar z zanimanjem spremljali uporabo AED-ja. Po večkratnem preverjanju videoposnetkov smo identificirali 18 pasivnih opazovalcev (štiri ženske in dvanajst moških).

Tabela 7.67: Analiza eksperimenta »Koper« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev

Čas		Stanje imitatorja	Odziv naključnih opazovalcev
od	do		
0 min	49 sek	Imitator 1 se naslanja ob reklamni pano v bližini vhoda v trgovino, simulira znamenja AKS.	Trg je prazen, ni mimoidočih.
50 sek	1 min 37 sek	Imitator 1 se počasi sprehodi do v bližini parkiranega manjšega tovornega vozila komunalne službe ter se nanj nasloni, simulira močno prsno bolečino (izrazito trpeč izraz obraza, težko diha), išče očesni stik.	Mimoidoči (M1) ne pomaga (opomba: ker je bil bolnik nekoliko skrit za avtomobilom, ga morda res ni opazil). Drugi mimoidoči (starejši gospod – M2) opazi bolnika, vendar se mu izogne za panojem, nato pogleduje nazaj proti bolniku, a mu ne pomaga. V bližini si delavec RK v uniformi prizadeva namestiti količek, ki onemogoča dostop na trg.
1 min 38 sek	1 min 49 sek	Imitator 1 z roko nakaže proti ženski zgodnjih srednjih let, ki pride iz trgovine, da potrebuje pomoč: »A mi lahko pomagate?« Sklonjen je naprej, z eno roko naslonjen na avtomobil, težko diha, z drugo roko se drži za prsi v področju srca.	Iz trgovine pride ženska zgodnjih srednjih let (Ž1), bolnika hitro opazi, gre že povsem mimo. Sočasno iz nasprotne smeri pride mladenič s čopom (M3). Ko bolnik nakaže, da potrebuje pomoč, Ž1 bolnika vpraša: »Kaj pa vam je?« in s pogledom išče pomoč v bližini. Na bolnikov odgovor, da ga tišči v prsih, Ž1 reče M3: »Dajte poklicat rešilca! Rešilca pokličite takoj!« M3 steče do lokacije s prostovoljci RK, ki so bili vidno označeni z brezrokavniki RKS. Približa se tudi mlajši moški z očali (M4), ki dogajanje le opazuje.
1 min 50 sek	2 min	Imitator 1 se s hrbtom nasloni na avtomobil, drži se za prsni koš.	Približa se starejši moški (M5) ter delavec komunale (M6). Ž1 vzame v roko mobilni telefon in telefonira. M4 dogajanje opazuje izza panoja.
2 min 1 sek	2 min 15 sek	Imitator 1 proti očitvidcu (M5) nakaže, da potrebuje pomoč. Še vedno je naslonjen na avtomobil.	M5 bolnika prime pod roko. Pristopi tudi delavec komunale (M6), ki bolnika prav tako z druge strani prime pod roko. Ž1 telefonira.
2 min 16 sek	2 min 39 sek	Imitator 1 se začne opotekati. Pristopi imitator 2 z AED-jem.	M4 opazi imitatorja 2 in pokaže zanimanje za dogajanje, vendar ne pristopi. Ne vzame niti AED-ja, ko mu ga imitator 2 ponudi.
2 min 40 sek	2 min 50 sek	Imitator 1 se zgrudi na tla, a je še pri zavesti. Imitator 2 išče v bližini na trgu osebo, ki bi morebiti znala uporabiti AED.	M6 reče: »Pusti ga, da sedne.« M5 in M6 bolniku pomagata, da se posede, nato ga takoj poležeta.
2 min 51 sek	3 min 4 sek	Imitator 1 obleži na hrbtu – imitira nezavest.	Dogajanje opazuje M3, ki se vrne v bližino dogodka, iz razdalje opazujeta dogajanje še

		Imitator 2 išče v bližini na trgu osebo, ki bi morebiti znala uporabiti AED.	dva mlajša moška (M7 in M8). Starejša očividka (Ž2) se prizorišču izogne. Mlajši moški (M7) na neposredno vprašanje imitatorja 2 nakaže, da ne zna uporabiti AED-ja, in gre v trgovino.
3 min 5 sek	3 min 35 sek	Imitator 1 leži na boku (nezavest). Imitator 2 očividcu (M9) pokaže AED, ga vzame iz prenosne torbe in mu ga da v roke.	M6 iz avtomobila podlogo prinese, jo podloži bolniku pod glavo, nato reče: »Na stranu ga stavi.« Tudi Ž1 večkrat reče: »Na bok ga dajte.« In doda: »Če bo slučajno bruhal, da se ne zaduši.« M5 in M6 obrneta bolnika na bok (opomba: dihanja ne preverita). Pristopi očividec v uniformi CZ (M9). M3 in M4 opazujeta dogajanje iz bližine. Pristopi očividec, prav tako v uniformi CZ (M10), z AED-jem. Ž1 še vedno telefonira: »Halo, urgenca, prosim takoj na Titov trg. Gospod je padel v nezavest. Zgleda, da je srčni infarkt. Takoj prosim. Ja, Titov trg, tukaj pred Mercatorjem.« Mimoidoči (M11) komunicira z očividcem (M3), a ne pristopi, nato se oba umakneta.
3 min 36 sek	3 min 51 sek	Imitator 1 leži na boku. Imitator 2 spremlja dogajanje iz bližine, v roki drži prenosno torbo za AED.	Dogodek opazita očividki (Ž3 in Ž4), vendar ne pristopita. K bolniku pristopi M10. Preostali očividci (M5, M6, M9), ki so v bližini bolnika, se nekoliko odmaknejo. Ž1 še vedno telefonira, M4 z zanimanjem gleda uporabo AED-ja.
3 min 52 sek	5 min 47 sek	Imitator 1 leži na hrbtu. Nato se ove.	M10 obrne bolnika na hrbet, mu nalepi elektrode na prsni koš in pritisne gumb za vklop AED-ja. Sedem očividcev v polkrogu opazuje dogajanje. Avtorja kličejo iz ReCO in preverjajo, ali eksperiment že poteka. M10 se trudi z AED-jem (OPOMBA: presliši, da gre za učni AED), nato tipa utrip na vratni arteriji. Ugotovi, da bolnik diha, in mu odstrani elektrode. M9 in M10 pomagata bolniku, da vstane. Ž1 prepričuje operaterja v ReCO: »Kakšna vaja neki, pridite brž!« OPOMBA: Po približno 5 minutah na trg prispe motorist reševalec ter ekipa NMP z reševalnim avtomobilom. Avtor jim pojasni, da gre za eksperiment.

7.3.3 Analiza eksperimenta »Primskovo«

V primeru eksperimenta »Primskovo« (tabela 7.68) je bila prva očividka starejša gospa (Ž1), ki se je pred trgovino pripeljala s kolesom. Ko je kolo priklenila na stojalo, se na bolnika ni ozirala, čeprav je šla povsem mimo njega (na doseg roke). Kazalo je, da bo vstopila v trgovino, vendar se je odzvala na bolnikovo ustno prošnjo po pomoči in se ustavila. Kmalu zatem so (nepričakovano) pritekli na prizorišče člani ekipe PP OŠ. Organizacijo dajanja prve pomoči bolniku je prevzela vodja njihove ekipe, osnovnošolka. Pod bolnika so razgrnili odejo, bolnika namestili v ustrezen poldsedeči položaj, ena od članic ga je pri tem podpirala. Ž1 in Ž3 sta povsem prepustila iniciativo osnovnošolcem, Ž1 pa je poklicala številko 112, vendar je OŠ1 preverila, ali res kliče.

Po izgubi zavesti je ena izmed članic ekipe PP OŠ bolniku sprostila dihalno pot in preverila dihanje. Ko je ugotovila, da bolnik diha, so ga obrnili na bok – v stabilni bočni položaj. Nato so ga pokrili z odejo. Bolnika so nadzorovali; občasno so preverili dihanje in odzivnost. Nato je vodja ekipe zahtevala AED, ga vzela v roke, a ga ni uporabila. Ko je s kolenom nehote aktivirala AED in je aparatura zapiskala ter začela dajati govorna navodila, so se člani ekipe zdrznili, nato pa zasmeli. AED-ja niso uporabili, prav tudi ne nihče od mimoidočih, ki jih je Imitator 2 zelo zavzeto spraševal, ali ga znajo uporabiti. Identificirali smo 7 pasivnih opazovalcev (2 ženski in 5 moških).

Tabela 7.68: Analiza eksperimenta »Primskovo« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev

Čas		Vloga imitatorja	Odziv naključnih opazovalcev
od	do		
0 min	0 min 11 sek	Imitator 1 je naslonjen na steno levo od vhoda v trgovino Mercatorja. Opira se na stojalo za kolesa. Simulira znamenja AKS: drži se za prsi (v področju srca), briše potno čelo, težko diha.	Očividka (Ž1) zgodnjih srednjih let priklepa kolo na drugi strani stojala.
0 min 12 sek	0 min 59 sek	Je še vedno naslonjen na steno, nato prosi očividko (Ž1) za pomoč.	Ž1 gre že skoraj mimo bolnika v trgovino, na prošnjo bolnika se zaustavi, pogovarja z njim, nato ga prime pod roko.
1 min	1 min 14 sek	Imitator 1 simulira poslabšanje stanja: zelo močno bolečino (izrazito trpeč izraz obraza, težko diha), nato se opoteka.	M1 in Ž2 gresta mimo. Priteče šest članov ekipe PP OŠ, učencev. Vodja ekipe (OŠ1) se predstavi, koordinira delo. Ž1 deluje nekoliko presenečeno, vendar prepusti iniciativo osnovnošolcem. OŠ1 odredi drugi članici, naj po tleh razgrne odejo.
1 min 15 sek	1 min 54 sek	Imitator 1 išče stik s podajalko.	Dogodek opazi prodajalka v trgovini (Ž3), ki pristopi, nekaj trenutkov opazuje, nato pomaga bolniku – ga prime za roko. OŠ1 odredi, naj se bolnik usede na tla, druga članica (OŠ2) opira bolnika, da napol sedi. OŠ1 odredi klic na številko 112, preveri pri očividki (Ž1), ali kliče.
1 min 55 sek	2 min 20 sek	Imitator 1 se onesvesti (imitira nezavest).	Članica ekipe (OŠ3) sprosti bolniku dihalno pot in preveri dihanje (opomba: odzivnosti ne preveri). Ker ni prepričana, dihanje preveri še vodja ekipe (OŠ1). Dogajanje od blizu spremljata mentorica ekipe (Ž4) in še en odrasel moški (M2), ki ne posredujeta.
2 min 21 sek	3 min 35 sek	Imitator 2 prinese AED. Imitator 1 leži v stabilnem bočnem položaju.	OŠ1 odredi, da člani ekipe bolnika namestijo v položaj za nezavestnega, in preveri, ali je kdo klical številko 112. Nato pokrijejo bolnika z odejo. OŠ1 odredi članici, da ponovno preveri, ali bolnik diha. AED-ja nihče ne uporabi. Prodajalka (Ž3) se umakne. Tudi mlad par na parkirišču (M3 in Ž5)
3 min 36 sek	4 min 55 sek	Imitator 1 leži v stabilnem bočnem položaju. Imitator 2 ponudi AED vodji ekipe.	OŠ1 zahteva AED, ga vzame v roke, a ga ne uporabi. Ponovno preveri, ali bolnik diha. Člani ekipe občasno preverjajo, ali se bolnik odziva. OŠ1 nevede vklopi AED, ki začne dajati navodila, kar povzroči nekaj hihitanja med člani.
4 min 56 sek	5 min 20 sek	Imitator 1 se ove in počasi vstane. Imitator 2 pobere in pospravi AED.	Člani ekipe OŠ pospravijo odejo.

7.3.4 Analiza eksperimentov »Rečica ob Savinji«

7.3.4.1 A-izvedba

Tako kot pri vseh prejšnjih eksperimentih so tudi pri eksperimentu »Rečica A« (tabela 7.69) očitvidci pomagali bolniku šele po njegovi neposredni prošnji za pomoč. V lokalu je sicer na prošnjo dobil kozarec vode, vendar se ni nihče od navzočih zavzeteje odzval na njegovo tožbo, da mu ni dobro in da ga tišči v prsih. Eden izmed gostov mu je celo svetoval, naj spije šilce žganja. Ko je za pomoč prosil par zgodnjih srednjih let, sta se tako gospa kot gospod zelo zavzeto odzvala, vendar pomoč ni bila v skladu z veljavnimi napotki za PP v primeru AKS. Bolnik je ostal krajši čas brez nadzora, vendar se je Ž1 hitro in z veliko mero angažiranosti za pomoč vrnila s kozarcem vode, medtem ko si je M1 prizadeval poklicati pomoč. Medtem ko je M1 sprva poskušal poklicati pomoč prek mobilnega telefona, si je nato premislil in poiskal pomoč zdravstvenih delavcev na vrtu lokala. Sklepamo, da je že prej opazil obiskovalce lokala v brezrokavnikih RK in se med poskušanjem klicanja prek mobilnega telefona spomnil nanje. Očitvidka Ž1 je tudi zelo zavzeto močila bolnika po vratu, kar pa ni ukrep, ki bi bil lahko v pomoč v primeru AKS. Ko sta dajanje PP prevzela zdravstvena delavca, sta se očitvidca Ž1 in M1 nekoliko umaknila, a še vedno zelo zavzeto prisostvovala dajanju pomoči bolniku (M1 je še medtem, ko je stoje spil kavo, neprestano pogledoval proti bolniku), Ž1 pa je zaskrbljeno sodelovala pri pomirjanju bolnika, oba (Ž1 in M1) pa pri tem, da bolnik ne bi vstal s stola. AED-ja imitator 2 v tem eksperimentu ni prinesel. Identificirali smo 12 pasivnih opazovalcev dogodka (6 moških in 6 žensk), na kar pa je morda vplivala tudi navzočnost zdravstvene delavke v brezrokavniku RK.

Tabela 7.69: Analiza eksperimenta »Rečica A« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev

Čas		Vloga imitatorja	Odziv naključnih opazovalcev
od	do		
0 min	1 min 8 sek	Imitator 1 se kot naključni pohodnik (z nahrbtnikom in pohodnimi palicami) ustavi pred lokalom Drago Bifé in sede za prosto mizo.	Pri sosednji mizi (levo od bolnika) sedi par zgodnjih srednjih let (M1 in Ž1), zatopljen v pogovor ob jutranji kavi.
1 min 9 sek	1 min 55 sek	Imitator 1 si briše potno čelo (je izpostavljen soncu), maha s pokrivalom ter se tako hladi.	
1 min 56 sek	2 min 26 sek	Imitator 1 vstane in gre v lokal. V lokalju reče: »Nič mi ni dobro, tako me tišči.«	Eden od navzočih reče bolniku: »Moraš šnopc prej.«
2 min 27 sek	2 min 52 sek	Imitator 1 se vrne s kozarcem vode in sede na prejšnje mesto. Nato naredi požirek ter se nagne naprej, naslonjen je na mizo in palice.	
2 min 53 sek	3 min 27 sek	Imitator 1 simulira prsno bolečino: prime se za prsni koš (v področju srca), težko diha.	Očividka (Ž1) je obrnjena v smeri bolnika, a ne reagira. Mimo prideta mlajši dekleti (Ž2 in Ž3). Ena (Ž2) opazi bolnika, ne pristopi in nadaljuje pot.
3 min 28 sek	4 min 19 sek	Imitator 1 vstane in si sname nahrbtnik. Z eno roko se nasloni na mizo, z drugo se drži za srce. Nato sede, sklonjen je naprej, z roko se opira na mizo, težko diha.	K sosednji mizi pristopi točajka (Ž4) in se kmalu umakne. Ž1 stopi v lokal. M1 opazi bolnika (sicer je s hrbtom obrnjen proti bolniku), ki se drži za prsni koš, a ne pristopi. Vrne se Ž1, sede za mizo, bolnika ima v vidnem polju. Pred vhodom v trgovino (2 metra levo od bolnika, vmes pa so na stežaj oprta vrata) sta v pogovor zatopljeni starejši gospe (Ž4 in Ž5), slednja (Ž5) je s hrbtom obrnjena proti bolniku.
4 min 20 sek	4 min 45 sek	Imitator 1 vstane, se usmeri proti paru za sosednjo mizo (M1 in Ž1) in nakaže, da ima težave z zdravjem (drži se za prsi, težko diha): »Ali mi lahko pomagate, tako me tišči.«	Ž5 opazi bolnika, a ko vidi, da so težave, se obrne in nekoliko umakne. M1 in Ž1 se takoj odzoveta: vstaneta, Ž1 vpraša: »Kaj pa vam je?«, M1 prime bolnika za roko, Ž1 gre v lokal, le malo kasneje ji do vrat sledi M1.
4 min 46 sek	5 min 5 sek	Imitator 1 sede. Postaja mlahav.	M1 se vrne k bolniku, vzame iz torbice za pasom mobilni telefon: »A kličem jaz zdravniško pomoč?« Ž1 se vrne s kozarcem vode in jo ponudi bolniku. M1 skuša telefonirati, obenem mu Ž1 zakliče, naj pokliče rešilca. M1 gre do vrat lokala, nato se usmeri proti vrtu lokala, ki ni v vidnem polju dogajanja. Ž1 moči bolnika z vodo po vratu. Dogajanje opazi mlajši moški (M3), a gre v trgovino. Ž4 in Ž5 opazujeta dogajanje, nato gre Ž4 v trgovino, Ž5 pa se umakne iz vidnega polja kamere.
5 min	6 min	Imitator vstane, pod roko ga opira Ž1, nato sede. Bolnik	Iz lokala stopita k bolniku zdravstvena delavca (M4 in Ž6, ocenjevalca na preverjanju), ki ju je

6 sek	25 sek	skuša vstati, a ga M3 zadrži, da sedi.	poklical M1. M4 vpraša bolnika: »Kaj pa vam je? A ste kaj bolan? Koliko časa pa vas tišči? Koliko ste stari? Kam se širi tole?« Nato takoj kliče številko 112. M4 in Ž6 bolnika pomirjata in mu ne dovolita, da bi vstal. M4 bolnika sprašuje, ali je na kaj alergičen, ali je že jemal aspirin? M1 in Ž1 ostaneta zraven. M4 dobi zvezo z avtorjem in po telefonu izve, da gre za vajo, to pa na uho pove Ž5, bolniku prinese dežnik ter pomiri M1 in Ž1.
-------	--------	--	--

7.3.4.2 B-izvedba

Tudi analiza najkrajšega eksperimenta »Rečica B« (tabela 7.70) je pokazala, da so se naključni očividci dogodka odzvali šele na neposredno prošnjo bolnika. Poleg tega mu niso pomagali sami, ampak so zelo hitro vključili zdravstveno delavko, ki je bila v bližini (na terasi lokala, zunaj vidnega polja snovalcev eksperimenta). Bolnik je ostal kratek čas brez nadzora. K bolniku je zavzeto pristopila zdravstvena delavka, ki mu je pomagala: ugotovila je stanje, navzočim naročila, naj kličejo pomoč. Ob bolniku je bila še celo potem, ko ji je kolega že povedal, da gre za vajo. Le nekaj trenutkov zatem, ko je bolnik domnevno izgubil zavest, smo eksperiment prekinili. Preden je bolnik prosil za pomoč, so ga opazovale štiri odrasle osebe (2 ženski in 2 moška), nato pa so očividci poklicali na pomoč zdravstveno delavko, ki je prevzela dajanje prve pomoči.

Tabela 7.70: Analiza eksperimenta »Rečica B« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev

Čas		Vloga imitatorja	Odziv naključnih opazovalcev
od	do		
0 min	0 min do 6 sek	Imitator 1 sedi za mizo pred lokalom Drago Bifé, simulira znamenja AKS: drži se za prsi (v področju srca), ima trpeč izraz na obrazu, sklanja se naprej, težko diha.	Bolnika opazijo trije moški – mlajši moški z otroškimi vozičkoma (M1), mlajši moški s pokrivalom (M2), mlajši moški v beli majici (M3) – in dve ženski – mlajša ženska z očali (Ž1) in mlajša ženska v črni majici (Ž2), k bolniku ne pristopi nihče.
0 min do 7 sek	0 min 28 sek	Imitator 1 vstane, naslanja se na steno lokala, gre proti vhodu v lokal, se opoteka in prosi za pomoč: »Dajte mi pomagati. A zna kdo pomagati?«	Pri vhodu na vrt lokala se pojavi očitarka (Ž3), ki se hitro umakne v notranjost. Vsi očitarki se umaknejo iz vidnega polja, v oddaljenosti 5 metrov ostaja M1, ki bolnika le opazuje.
0 min 29 sek	0 min 41 sek	Imitator 1 je naslonjen na steno ob vhodu na vrt lokala, nato se zgrudi na hrbet, zvija se v bolečini in prevrne na bok.	K bolniku pristopi zdravstvena delavka (Ž4) v brezrokavniku RK in ga prime za roko: »A ste v redu? Jemljete kakšna zdravila?« Nato naroči: »Pokličite 112.« Ob njej je Ž2. Ž4 lovi bolnika za roko, da ta ne pade nenadzorovano na tla. Drži ga v bočnem položaju. Dogajanje opazita ženska v beli majici (Ž5) in ženska v črni majici (Ž6). Pristopi zdravstveni delavec (M4), ki ga je poklical nekdo od očitark in ki je posredoval že v prejšnjem primeru. Pojasni Ž4, da gre za vajo.
0 min 46 sek	1 min 8 sek.	Imitator 1 leži na hrbtu, drži se za prsnico, se zvija v bolečini.	Ž4 je še vedno ob bolniku: »Kličite 112.« Pet odraslih očitark (M1, M2, M3, Ž1 in Ž5) in otrok opazuje dogajanje (zdi se, da niso prepričani, ali je primer resničen ali gre za vajo). Ž4 vpraša: »A vas res boli? A igra ali res?« M4 stopi do avtorja disertacije. Mimo prideta še dve ženski, ki ne pristopita (Ž7 in Ž8).
1 min 9 sek	1 min 25 sek.	Imitator skuša sestati, nato nezavesten obleži na hrbtu.	Ž4 je ob bolniku. M4 se vrne, prekine eksperiment in pomaga bolniku, da vstane.

7.3.4.3 C-izvedba

V eksperimentu »Rečica C« (tabela 7.71) je očitarka, ki je prva opazila bolnika, takoj preverila, ali mu je slabo. To je bilo še pred tem, ko je za pomoč prosil bolnik. Hitro je zavzeto pristopil tudi drugi očitarec (M1), ki je bil gost na vrtu lokala in je videl tako bolnika kot tudi odziv očitark Ž1.

Očividca sta bolnika posedla na prag lokala, takoj zatem je Ž1 klicala ReCo (številko 112). Medtem se je očividec M1 znašel v zadregi, ki jo je izrazil z: »Jaz ne vem, kva naredit.« Ko je bilo stanje bolnika že zelo hudo, vendar je ta še vedno glasno dihal, je starejši gospod (M4), ki je bil zelo angažiran s klicanjem »Na pomoč!« v smeri enega od delovišč, na katerem so bili zdravstveni delavci – ocenjevalci na preverjanju, naročil M1, naj bolnika masira. Ta ga je zelo zavzeto masirala s krožnimi gibi po prsnem košu. Zdelo se je, da je takšna pomoč učinkovita, saj je bil bolnik veš čas pri zavesti, po približno minuti pa je celo sedel. M1 je bolniku očistil smeti s hrbta.

Ko je imitator 2 prinesel AED, je bila ob bolniku že zdravstvena delavka iz Hrvaške (Ž2, ki je bila v civilnem oblačilu, a z identifikacijsko kartico okrog vratu), ki je prevzela dajanje prve pomoči bolniku: preverila je znake življenja ter bolnika namestila v stabilni bočni položaj. M1 je stal tik za njo in od blizu opazoval dogajanje. S pregledom posnetkov smo identificirali dve osebi, ki nista pristopili (voznik motorja in voznik avtomobila). Drugi vpleteni v eksperiment so bili zelo angažirani glede dajanja ali klicanja pomoči.

Tabela 7.71: Analiza eksperimenta »Rečica C« glede na čas, vlogo imitatorjev in odziv naključnih opazovalcev

Čas		Vloga imitatorja	Odziv naključnih opazovalcev
od	do		
0 min	0 min 20 sek	Imitator 1 prispe pred lokal Café del Moro, naslanja se na pohodni palici, težko diha.	Iz lokala pride starejša gospa, točajka (Ž1), s kozarcem v roki, ki prva opazi prišleka in ga pozdravi z »dober dan«. Izpod čela ga pogleda in odhiti na teraso lokala.
0 min 21 sek	0 min 41 sek	Imitator 1 se opoteka. Odloži pohodni palici, prime se za steber nadstreška terase.	Ž1 pogleduje proti bolniku. Stopi do njega in vpraša: »A vam je kaj slabo? A pokličem koga?« Bolnika prime za roko. Pristopi očividec (M1) in prime bolnika za drugo roko.
0 min 42 sek	1 min 35 sek	Imitator 1 sede na stopnico pred vhodom v lokal. Imitira vedno hujšo bolečino, vstane, nato spet sede. Drži se za prsni koš in zvija v bolečini.	Ž1 vpraša: »A se boste usedu?« Nato Ž1 in M1 pomagata bolniku, da sede. Ž1 vpraša: »A pokličem rešilca?« M1 drži bolnika za roko, ga pomirja z »saj bo poklicala rešilca« in išče očesni stik z okolico (gleda proti vozniku in gradbenemu delavcu). Ž1 vzame z mize mobilni telefon in kliče številko 112. Voznik avtomobila (M2), ki pripelje mimo, ne ustavi. Dogajanje opazi tudi delavec na bližnjem gradbišču (M3).

1 min 36 sek	2 min 3 sek	Imitator 1 še vedno sedi in imitira zelo hudo prsno bolečino. Vstane, nato ponovno sede.	M1 drži bolnika za roko: »Jaz ne vem, kva naredit.« Nato mu sname nahrbtnik. »Saj bo poklicala rešilca,« pomirja bolnika. Nato obupano: »Jaz ga ne morem držat.« Iz terase lokala pristopi starejši moški (M4), maha in kliče na pomoč: »Infarkt, dajte pomagat!« M3 ima v vidnem polju eno od delovišč preverjanja, na katerem so zdravstveni delavci označeni z brezrokavniki RK, in zavzeto kliče na pomoč. Kliče tudi gradbeni delavec, ki je na odru (M5).
2 min 4 sek	2 min 9 sek	Imitator 1 omahne, leži na hrbtu, težko diha, se premika (roka, noge ima pokrčene).	M4 reče M1: »Masiraj ga, masiraj! Infarkt je.« M1 z eno roko masira bolnika s krožnimi gibi po prsih (pri tem je zelo vztrajen, masira ga 54 sek), z drugo ga drži za roko, Ž1 še vedno telefonira. Priteče mlajši moški v uniformi RK (M6), a se hitro umakne (avtor mu prišepne, da gre za vajo). M3 se umakne nazaj na teraso lokala. Moški na motorju ne ustavi (M7). Ž1: »Ne sme ležati, ne sme ležati!«
2 min 10 sek	4 min 20 sek	Imitator 1 se usede, nato ob opori napol sedi.	Ž1 dobi zvezo z avtorjem na prizorišču. Pride očividec – masker na preverjanju (M8) ter očividec (M9). M9 hoče klicati številko 112, a mu Ž1 pove, da je že klicala. M8 se umakne, M9 gre po pomoč. M1 pomaga bolniku, da se usede, in ga podpira v polsedečem položaju: »Daj mu ruzak pod glavo, no!« Avtor preveri pri Ž1, ali je poklicala številko 112, ta potrdi in doda: »Pa saj imamo tako tuki Rdeči križ, pa civilno zaščito!« Priske mlajša ženska v beli majici (Ž2) s hrvaškim naglasom – zdravstvena delavka, ki je gostja na preverjanju – in preveri, ali smo »zvali hitnu«. Ž2 preveri odzivnost, vpraša: »Kad je pao?« Ž1 opazuje dogajanje iz neposredne bližine. Vrneta se M4 in M5, ki od blizu opazujeta dogajanje.
4 min 21 sek	7 min 26 sek	Imitator 1 napol sedi, nato negibno obleži na hrbtu. Imitator 2 prinese AED in ga vzame iz torbe, nato ga preda Ž2.	Ž1, M4, M9 opazujejo dogajanje, Ž2 se ukvarja z bolnikom, M1 opira bolnika, mu potipa utrip s palcem na zapestju roke, nato ga na predlog Ž2 počasi spusti na hrbet, pod glavo mu podloži kapo. Ž1 in M4 najprej z zanimanjem gledata AED, nato se umakneta na teraso. Ž2 kontrolira utrip na bolnikovem zapestju in ugotovi, da ga je mogoče zatipati. Odpre pokrov AED-ja, ponovno tipa srčni utrip na zapestju, nato sprostí bolniku dihalno pot z zvrčanjem glave in preveri dihanje, tipa utrip na vratni arteriji, nato obrne bolnika v stabilni bočni položaj, večkrat preverja odzivnost, bolnika ima ves čas pod nadzorom. Priske še en očividec – gradbeni delavec M3 in predlaga, da bi bolniku dali malo vode, Ž2 to možnost zavrne. M1 in M4 se umakneta nazaj na teraso lokala.
7 min 27 sek	7 min 36 sek	Imitator 1 odpre oči in počasi vstane.	Ž2 bolniku reče, naj ne vstaja. Očividci so presenečeni, hkrati veseli, da je z bolnikom vse v redu.

7.3.5 Povzetek analize terenskih eksperimentov

Povzetek analize vseh šestih terenskih eksperimentov (tabela 7.72) kaže, da je bilo največ oseb navzočih pri eksperimentu »Ljubljana« in najmanj pri eksperimentu »Primskovo« (opomba: iz števila smo izvzeli tiste, ki so vnaprej vedeli za eksperiment).

Tabela 7.72: Število navzočih očividcev v terenskih eksperimentih

Eksperiment	Ljubljana		Koper		Primskovo		Rečica A		Rečica B		Rečica C	
	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Število	34	32	11	5	2	5	4	5	3	8	7	2
Skupaj	66		16		7		9		11		9	

Z izjemo eksperimenta »Rečica C« so v vseh primerih očividci pristopili k bolniku oz. mu pomagali šele potem, ko je ta sam prosil za pomoč (tabela 7.73). Po eni strani so bile v tistem trenutku v bližini le tri osebe (v nasprotju z eksperimentom »Ljubljana«, ko je bilo na ploščadi Gospodarskega razstavišča navzočih veliko več oseb), poleg tega je ta eksperiment potekal pred vhodom v zasebni gostinski lokal. Pasivnost opazovalcev povezujemo s paradoksom, na katerega sta opozorila že Latané in Darley (v Scott in Seglow 2007): več ko je prisotnih oseb na kraju dogodka, manjša je verjetnost in dlje časa je treba, da kdo pomaga. Tudi Slabe in drugi (2012, 248) so ugotovili, da se naključni opazovalci dogodka v prvih štirih minutah niso odzvali s pomočjo »bolniku« z znamenji AKS, čeprav je večina anketiranih očividcev kasneje zatrdila, da pozna prvo pomoč v primeru AKS. Model verige preživetja v prvem členu poudari pomen zgodnje prepoznave grozečega srčnega zastoja ter takojšnji klic NMP s ciljem preprečitve srčnega zastoja (Koster in drugi 2010, 1292). Tudi v eksperimentu v Idriji (prav tam) so se očividci odzvali s pomočjo »bolniku« šele, ko je ta sam poiskal fizični stik z navzočimi. Očitno so šele takrat presodili, da gre za nujno stanje, kar je po Latanéju in Darleyju (v Baron in drugi 2009, 314–316) eden izmed pogojev, da se žrtvi pomaga.

Tabela 7.73: Povzetek analize terenskih eksperimentov

EKSPERIMENT PRVA POMOČ	Ljubljana	Koper	Primskovo	Rečica A	Rečica B	Rečica C	Skupa j
PRISTOP K BOLNIKU							
Preden prosi bolnik za pomoč						✓	1/6
Potem ko bolnik prosi za pomoč	✓	✓	✓	✓	✓		5/6
UGOTAVLJANJE STANJA BOLNIKA							
Bolnika vpraša, kje ga boli, kako, ali je srčni bolnik	✓	✓	n. p.	✓*	✓*	✓	5/5
Bolnika vpraša, ali ima pri sebi zdravila			n. p.	✓*	✓*		2/5
KLIC 112	✓	✓	✓	✓*	✓*	✓	6/6
NAMESTITEV BOLNIKA V POLOŽAJ ZA PP							
Bolnika namesti v udoben (polsedeči) položaj	✓	✓	✓*	✓*	⊕	✓	5/5
UKREPI PO IZGUBI ZAVESTI							
Ugotavljanje stanja zavesti			✓*	⊕	⊕	✓*	1/4
Klic »Na pomoč!«	✓			⊕	⊕		1/4
Sprostitev dihalne poti			✓*	⊕	⊕	✓*	1/4
Ugotavljanje dihanja	✓		✓*	⊕	⊕	✓*	3/4
Stabilni bočni položaj	✓	✓	✓*	⊕	⊕	✓*	4/4
Nadzor bolnika	✓	✓*	✓*	⊕	⊕	✓*	4/4
UPORABA AED-ja							
Uporaba AED-ja		✓*		⊕	⊕		1/4

Legenda:

✓ – ukrep je bil izveden

✓* – ukrep je izvedel zdravstveni delavec, član ekipe PP OŠ ali član CZ

⊕ – ukrepa ni bilo možno izvesti

n. p. – ni podatka

8 SKLEPNE UGOTOVITVE

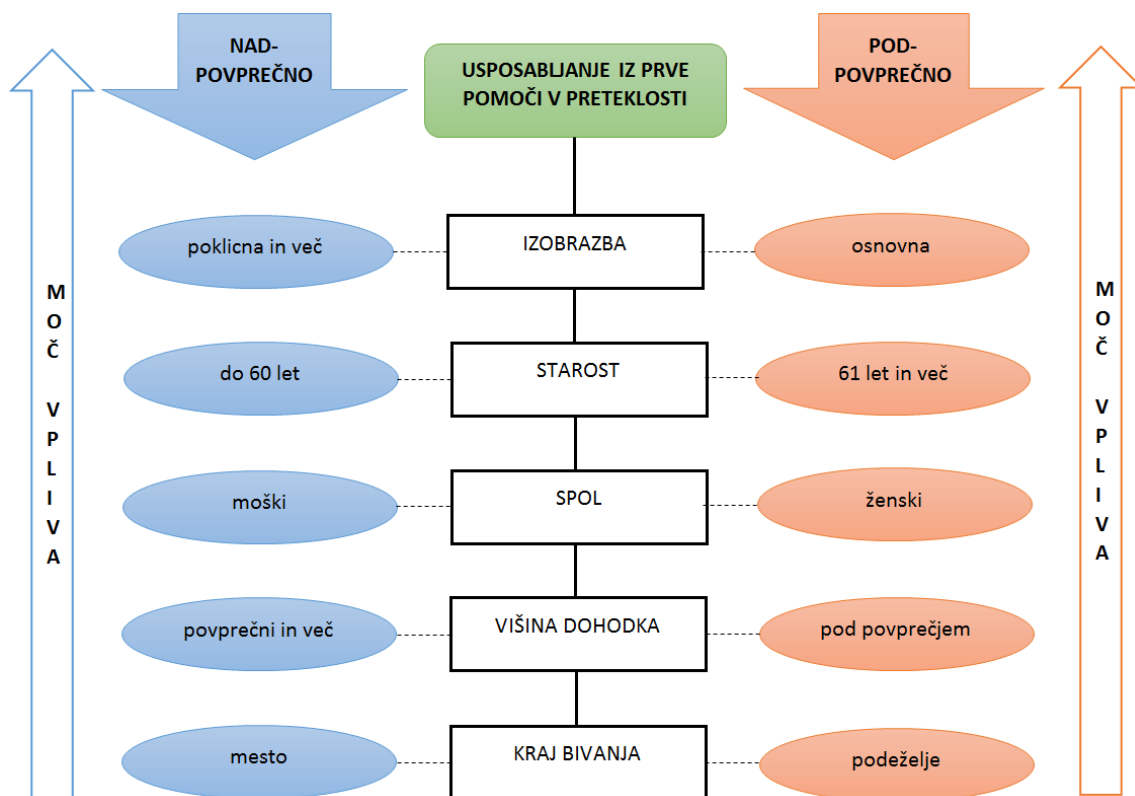
V tem poglavju združujemo ugotovitve analize podatkov kvantitativne študije, fokusnih skupin in terenskih eksperimentov ter na teh osnovah sprejemamo oziroma zavračamo postavljene teze.

8.1 USPOSABLJANJE PREBIVALCEV SLOVENIJE IZ PRVE POMOČI

8.1.1 USPOSABLJANJE V PRETEKLOSTI

V Slovenji se velika večina (89 %) polnoletnih prebivalcev vsaj enkrat usposablja iz prve pomoči, večji delež moških (95,4 %) kot žensk (84,7 %). Delež tistih, ki so se že usposabljali iz prve pomoči, narašča z višino stopnje dokončane izobrazbe. Podpovprečni (72 %) delež z opravljenim usposabljanjem iz prve pomoči smo ugotovili med anketiranimi z najnižjo stopnjo izobrazbe. Izobrazba se kaže kot najmočnejši dejavnik za usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti (Cramerjev V-koeficient = 0,325) (slika 8.1). S starostjo upada delež tistih, ki so se že usposabljali iz prve pomoči. Razlika je najočitnejša v starostni skupini 61 let in več, kjer je delež najnižji (77,8 %). Starost ima med proučevanimi dejavniki drugi največji vpliv na že opravljeno usposabljanje iz prve pomoči (Cramerjev V-koeficient = 0,230). Glede na kraj bivanja smo ugotovili podpovprečni (84,6 %) delež anketiranih z opravljenim usposabljanjem iz prve pomoči med prebivalci na podeželju (Cramerjev V-koeficient = 0,138), glede na višino dohodka pa med anketiranimi s podpovprečnim dohodkom (83 %, Cramerjev V-koeficient = 0,140).

Slika 8.1: Vpliv proučevanih demografskih dejavnikov na usposabljanje iz prve pomoči v preteklosti



V večini primerov (88,7 %) se prebivalci Slovenije udeležijo usposabljanja iz prve pomoči zato, ker je to obvezno, največ (85,1 %) kot del izpita voznikov motornih vozil. Prebivalci Slovenije se v veliko manjšem deležu usposobijo iz prve pomoči v okviru delovnih organizacij (27,8 %), med šolanjem (24 %) in v društvu, katerega člani so (12 %).

Največji delež anketiranih (41,6 %) se je nazadnje udeležil krajšega tečaja prve pomoči (deset ur ali manj), nekaj manjši delež (39 %) pa je prisostvoval daljšemu tečaju, ki je trajal več kot deset ur. Med usposabljanji iz prve pomoči, ki so se jih anketirani nazadnje udeležili, prevladujejo usposabljanja, pri katerih so bile vsebine podane tako teoretično kot praktično (92,4 %).

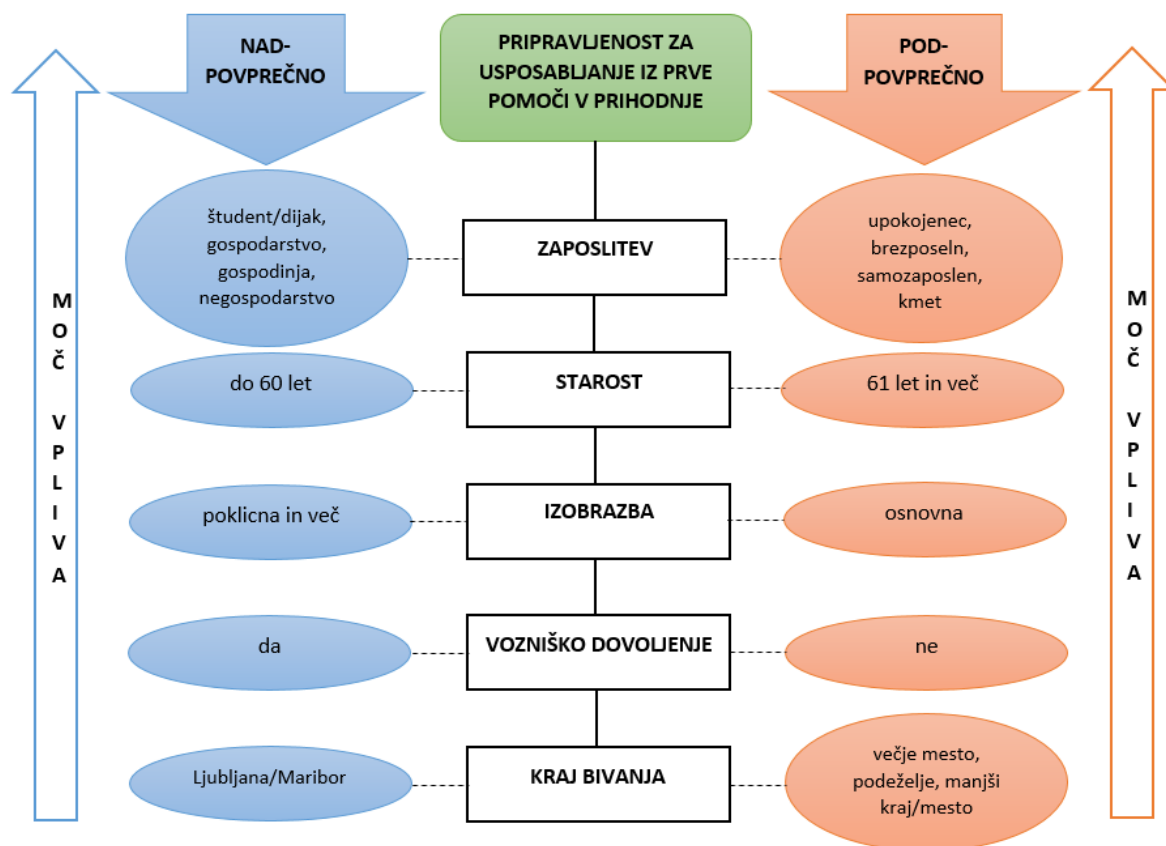
Na osnovi ugotovitev raziskave potrjujemo prvo tezo, ki se glasi: Starejši prebivalci Slovenije (61 let in več) so se v primerjavi z mlajšimi (60 let in manj) v preteklosti usposabljali iz prve pomoči v manjšem deležu.

8.1.2 OPREDELJENOST ZA USPOSABLJANJE V PRIHODNJE

Več kot polovica vprašanih (60,3 %) se je opredelila, da bi morala obnoviti znanje prve pomoči. Največji delež tako opredeljenih (70,1 %) smo ugotovili v drugi starostni skupini (od 31 do 45 let). Izrazito podpovprečna je pripravljenost v starostni skupini 61 let in več (38,0 %). Povezanost med motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči in starostjo je šibka (Cramerjev V-koeficient = 0,174), vendar statistično značilna ($p = 0,000$).

Motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči narašča s stopnjo pridobljene izobrazbe (Cramerjev V-koeficient = 0,168). Podpovprečno strinjanje s trditvijo, da bi morali obnoviti znanje prve pomoči, so izrazili anketirani s končano osnovnošolsko izobrazbo (38,5 %) in prebivalci podeželja (57,1 %) (Cramerjev V-koeficient povezanosti med krajem bivanja in motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje je 0,124). Za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje so podpovprečno motivirane tudi osebe s podpovprečnim dohodkom (56 %). Glede na zaposlitev smo ugotovili najvišjo motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči v skupini anketiranih, ki so svojo zaposlitev opredelili kot »drugo« (83,3 %), sledijo jim zaposleni v negospodarstvu (77,6 %). Najnižjo motiviranost so izrazili upokojenci (45,5 %), podpovprečno tudi brezposelni (53,2 %) in samozaposleni (54,3 %). Povezanost med vrsto zaposlitve in motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči je zmerna (Cramerjev V-koeficient je 0,214) (slika 8.2).

Slika 8.2: Vpliv proučevanih demografskih dejavnikov na pripravljenost za usposabljanje iz prve pomoči v prihodnje



Anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči višje ocenili, so izrazili tudi večjo motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči, vendar povezava med samooceno znanja prve pomoči in motiviranostjo za usposabljanje ni značilna (Cramerjev V-koeficient je 0,092). Anketirani, ki so imetniki voziškega dovoljenja, so bolj motivirani (63,1 %) za usposabljanje iz prve pomoči kot tisti, ki tega nimajo (32,8 %). Povezava med motiviranostjo za usposabljanje iz prve pomoči in posedovanjem voziškega dovoljenja je šibka (Cramerjev V-koeficient je 0,166), vendar statistično značilna ($p = 0,000$). Največji (66,5 %) delež anketiranih se je opredelil, da bi se udeležili tečaja prve pomoči navkljub temu, da bi morali temu nameniti nekaj svojega prostega časa, nekaj manjši (61,5 %) delež, če bi bil tečaj zastoj, in več kot polovica (59,2 %), če bi jih kdo obvestil, kdaj in kje bo tečaj.

Kot najpomembnejša razloga, zakaj 58 % anketiranih (n = 491) še ni obnovilo znanja prve pomoči, se kažeta pomanjkanje časa (29,5 %) in ponudbe usposabljanj (24,7 %). Manjši delež (6,5 %) anketiranih se za tako usposabljanje ne čuti sposoben. Prav o slednjem so spregovorile nekatere udeleženke FS/C1, ki so menile, da usposabljanje s tovrstno vsebino zanje ni (več) aktualno, pri čemer je treba poudariti, da je šlo za najstarejše intervjuvanke (starejše od 80 let). Udeleženka FS/C1_Ž2 je to pojasnila z naslednjo izjavo: »*Nekaj bi zamirkala¹⁰⁷, pa bi že tisti dan pozabila.*« Tudi s telefonsko anketo smo zajeli 89 oseb (10 %), ki v preteklosti niso pridobile znanja prve pomoči. Motiviranost za usposabljanje iz prve pomoči je v tej skupini pod povprečjem (40 %), največji delež (47 %) znotraj te skupine se je opredelil, da se tudi v prihodnje ne namerava usposablјati iz prve pomoči.

Sodelujoči v fokusnih skupinah so sicer naklonjeni obnavljanju znanja prve pomoči, še zlasti praktičnemu. V vseh treh starostnih skupinah je bilo poudarjeno mnenje, da bi na splošno morale biti več usposabljanja iz prve pomoči, da bi morale biti obnavljanje znanja obvezno oziroma celo z zakonom določeno. Glede pogostosti obnavljanja znanja se mnenja precej razlikujejo: znanje prve pomoči bi po njihovem mnenju morali obnavljati vsako leto ali celo nekajkrat letno, na dve, pet ali deset let. Mnenje, da je optimalni čas obnavljanja znanja vsakih pet let, je bilo podkrepljeno z utemeljitvijo, da se tudi smernice za oživljanje spremenijo v petletnih intervalih, da izvedba takega usposabljanja zahteva določena sredstva in organizacijo, zato se nekateri ne strinjajo s (pre)pogostim obnavljanjem znanja.

Udeleženci fokusnih skupin so menili, da je najučinkovitejši praktični način obnavljanja znanja. Pričakovano so mlajši bolj naklonjeni uporabi sodobne informacijsko-komunikacijske tehnologije (računalnikov, pametnih telefonov, svetovnega spleta) kot pripomočka za obnavljanje znanja prve pomoči, medtem ko je starejšim bližje obnavljanje znanja v interesnih skupinah. Udeleženci so omenili še nekatere druge možne oblike obnavljanja znanja prve pomoči: kratka video navodila, ki bi bila javnosti posredovana prek TV-zaslonov (še zlasti v najbolj gledanih terminih), učenje prek scenarijev, resnih računalniških iger oz. simulacij, z uporabo

¹⁰⁷ si zapomnila

realističnih in nazorno prikazanih slik poškodb, obnavljanje znanja, ki bi se financiralo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, informacije o ukrepih prve pomoči, posredovane v čakalnicah (npr. osebnih zdravnikov) ter obnovitveni tečaj kot darilo za rojstni dan. Močno je bilo izraženo tudi mnenje, da je treba z učenjem prve pomoči začeti že pri otrocih.

Na osnovi ugotovitev raziskave zavračamo drugo tezo, ki se glasi: Izobrazba ima med proučevanimi dejavniki največji vpliv na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije do usposabljanja iz prve pomoči v prihodnje.

8.2 ZNANJE PRVE POMOČI

Anketirani so svoje znanje prve pomoči v povprečju umestili v »zlato sredino«. Razvrstitev deležev pravilnih odgovorov na vprašanja, s katerimi smo preverjali teoretično znanje izbranih ukrepov prve pomoči v modelu prvih štirih členov reševalne verige (Derganc 1994), pokaže nižjo raven znanja, povezanega z neodložljivimi ukrepi (tabela 8.1) v primerjavi z odložljivimi. Ena petina anketiranih bi med naštetimi ukrepi pravilno kot prvi ukrep preverila odzivnost, če bi se pred njihovimi očmi nekdo zgrudil in negibno obležal na tleh, ena četrtnina je izbrala ustrezno razmerje med masažo srca in vpihi pri oživljanju odrasle osebe, nekaj manj kot polovica jih ve, da pri delni zapori dihalne poti s tujkom spodbujamo kašelj, in nekaj več kot polovica, da lahko hudo krvavitev zaustavimo s pritiskom na rano. Številko za klic NMP v Sloveniji pozna približno tri četrtine vprašanih.

Tabela 8.1: Primerjava poznavanja izbranih odložljivih in neodložljivih ukrepov prve pomoči

POZNAVANJE ODLOŽLJIVIH UKREPOV	% PRAVILNIH ODGOVOROV	POZNAVANJE NEODLOŽLJIVIH UKREPOV	% PRAVILNIH ODGOVOROV
Prva pomoč pri amputaciji prsta - amputiranega dela (npr. prsta) nikoli ne damo na led (drži)	24,6	Prvi ukrep ob osebi, ki se zgrudi in negibno obleži - preveril bi, ali se odziva (drži)	19,9
Prva pomoč pri poškodbah kosti in sklepov - pri poškodbah kosti in sklepov naj poškodovani ne je in ne pije pred pregledom pri zdravniku (drži)	57,2	Razmerje med masažo srca in vpihi v primeru oživljanja odrasle osebe - 30 masaž srca : 2 vpiha (drži)	25,2
Prva pomoč pri opekliniski rani - opeklinsko rano čim prej namažemo z mazilom (ne drži)	69,6	Delna zapora dihalne poti - če se med kosilom komu zaleti in začne močno kašljati, ga moramo spodbujati, da še naprej kašlja (drži)	47,2
Transport poškodovanca z zlomom kolka - poškodovanca s sumom na zlom kolka čim prej sami odpeljimo v najbližjo zdravstveno ustanovo (ne drži)	80,8	Prva pomoč pri hudi krvavitvi - hudo krvavitev lahko zaustavimo tako, da pritisnemo na krvavečo rano (drži)	53,6

Tudi pri opravljenih eksperimentih so očividci po pristopu k bolniku v večini primerov vprašali bolnika, kaj mu je, vendar v nobenem primeru niso preverili, ali morebiti jemlje zdravila. Klic na številko 112, ki so ga očividci v vseh eksperimentih opravili zelo hitro, se je pokazal kot (naj)močnejši člen verige preživetja oziroma reševalne verige.

Med izbranimi ukrepi prve pomoči četrtnina anketiranih ve, da amputiranega prsta nikoli ne damo na led, dobra polovica, da naj poškodovanec s poškodbo kosti ali sklepa ne je in ne pije pred pregledom pri zdravniku, nekaj več kot dve tretjini, da opekliniske rane v prvi pomoči ne smemo namazati z mazilom. Na vprašanje, s katerim smo preverjali poznavanje ustreznega napotka glede transporta poškodovanca s sumom na zlom kolka, jih je štiri petine vedelo, da takega

poškodovanca ne smemo sami odpeljati v zdravstveno ustanovo. Dve tretjini vprašanih ve, da so v kompletu za prvo pomoč tudi rokavice.

Pri prvih dveh eksperimentih očividci niso preverili stanja zavesti, v tretjem šele potem, ko so bolnika že namestili v stabilni bočni položaj. Prav tako v prvih dveh eksperimentih niso sprostili dihalne poti, kar je nujni ukrep v primeru neodzivne osebe. Stabilni bočni položaj so očividci uporabili v vseh štirih eksperimentih, ko je bil ta potreben. Nadzor bolnika so v treh od štirih eksperimentov zagotavljali bodisi pripadnik CZ, člani ekipe prve pomoči ali zdravstveni delavec. Uporaba AED-ja glede na scenarij eksperimenta ni bila potrebna, saj je bolnik ves čas kazal posredne znake življenja (je dihal).

Največji delež anketiranih (37,9 %) bi v primeru, da bi se znašli ob osebi, ki ne kaže znakov življenja, to osebo takoj namestil v položaj za nezavestnega. Tako so ukrepali tudi očividci v eksperimentih »Ljubljana« in »Koper«. Sprva so »bolnika« s hudo prsno bolečino namestili v ustrezen polsededeči položaj, po izgubi zavesti pa ga takoj poplegli na bok. V eksperimentu »Ljubljana« je eden izmed očividcev izvedel na »bolniku« nekaj blažjih pritiskov na prsni koš, ne da bi prej preveril odzivnost in dihanje. Tudi očividca v Kopru nista preverila odzivnosti in dihanja.

Klic na številko 112 je bil zelo hitro opravljen v vseh eksperimentih v okviru naše raziskave. To ponazarjata tudi odziva očividk v Ljubljani in Kopru. V eksperimentu »Ljubljana« je mlajša očividka (Ž3) bolnika prijela za roko in ga vprašala: »A vam je slabo?« Nato je takoj iskala pomoč pri mimoidočih: »Dajte pomoč poklicat! Zdravnika rabimo! Kličite pomoč! ...« Podobno je bilo tudi v eksperimentu »Koper«. Ko je bolnik nakazal, da potrebuje pomoč, ga je očividka (Ž1) vprašala »Kaj pa vam je?« in s pogledom iskala pomoč v bližini. Na bolnikov odgovor, da ga tišči v prsih, je takoj naročila moškemu v bližini (M3): »Dajte poklicat rešilca! Rešilca pokličite takoj!«

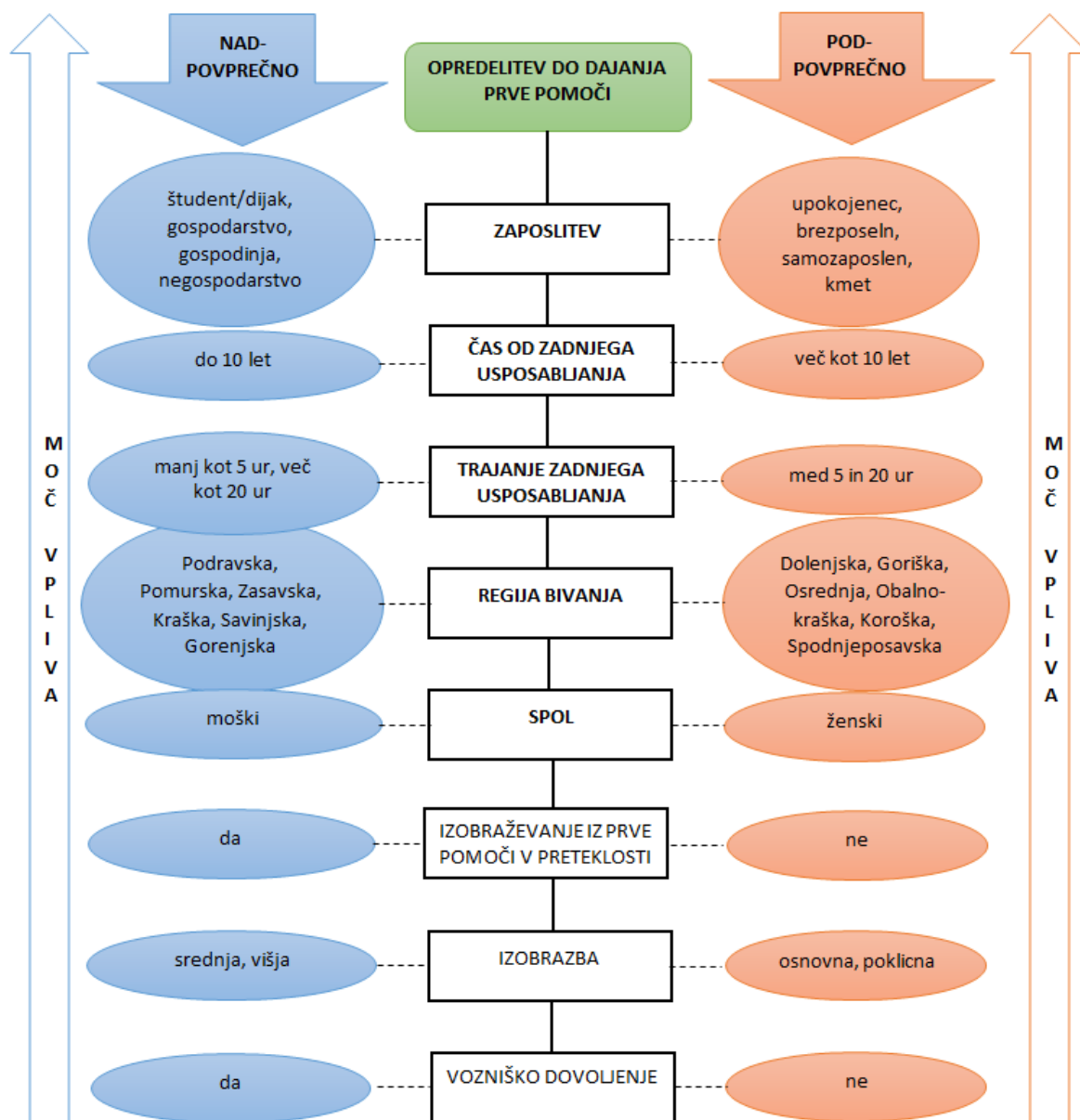
Na osnovi ugotovitev raziskave sprejemamo tretjo tezo, ki se glasi: Raven znanja polnoletnih prebivalcev Slovenije o neodložljivih ukrepih prve pomoči je v primerjavi z znanjem odložljivih ukrepov nižja.

8.3 OPREDELITVE DO DAJANJA PRVE POMOČI

Večina anketiranih (74,4 %) se je opredelila, da bi bila pripravljena dati prvo pomoč, če bi se znašli v položaju, ko bi nekdo na ulici to potreboval. Pripravljenost za dajanje prve pomoči je izrazil nekaj večji delež moških (84,8 %) kot žensk (68,9 %) (Cramerjev V-koeficient = 0,188). Pripravljenost za dajanje prve pomoči ni povezana s starostno skupino (Cramerjev V-koeficient = 0,051), višino dohodka (Cramerjev V-koeficient = 0,076) in krajem bivanja (Cramerjev V-koeficient = 0,068), smo pa ugotovili šibko (Cramerjev V-koeficient = 0,191), vendar statistično značilno ($p = 0,002$) povezanost med pripravljenostjo za dajanje prve pomoči in regijo bivanja. Izrazito nadpovprečni delež (nad 90 %) pripravljenosti za dajanje prve pomoči so izrazili prebivalci severovzhodne Slovenije (Podravske in Pomurske regije) ter Zasavja, izrazito podpovprečni delež pa prebivalci regij Jugovzhodna Slovenija (Dolenjska z Belo krajino), Goriška in Osrednjeslovenska. Čeprav so opazne razlike v izraženi pripravljenosti za dajanje prve pomoči med prebivalci posameznih regij, nimamo zadostne osnove, da bi lahko priporočali smiselnost različnih pristopov pri usposabljanju iz prve pomoči med regijami.

Pripravljenost za dajanje prve pomoči je povezana z usposabljanjem iz prve pomoči v preteklosti (anketirani, ki so se usposabljali, so pripravljenost izrazili v večjem deležu), časom, ki je pretekel od zadnjega usposabljanja (več časa ko je preteklo, manjša je pripravljenost), trajanjem zadnjega usposabljanja (večjo pripravljenost so izrazili anketirani, ki so se udeležili usposabljanja, ki je trajalo več kot 20 ur), izkušnjo s prvo pomočjo (tisti z izkušnjo – bodisi da so prvo pomoč dali bodisi da so jo prejeli – so izrazili večjo pripravljenost) in posedovanjem vozniškega dovoljenja (vozniki so bolj pripravljeni dati prvo pomoč) (slika 8.3).

Slika 8.3: Vpliv proučevanih demografskih dejavnikov na opredelitev do dajanja prve pomoči



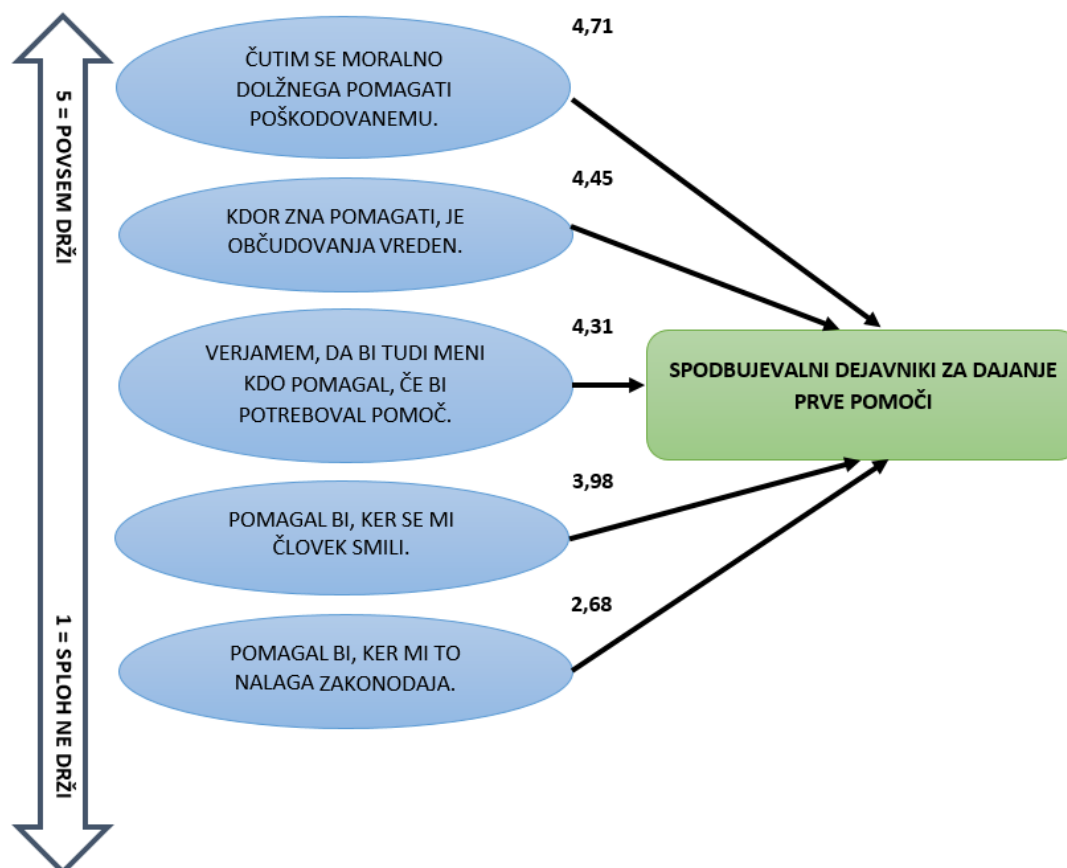
Če smo s kvantitativno študijo in fokusnimi skupinami ugotovili splošno izraženo visoko pripravljenost za dajanje prve pomoči med prebivalci Slovenije, pa s terenskimi eksperimenti tega nismo povsem potrdili. Namreč: v vseh opravljenih eksperimentih so (vsaj nekateri) navzoči opazili »bolnika«, vendar je samo v eksperimentu »Rečica C« očitvidka preverila, ali »bolnik« potrebuje pomoč, še preden je ta sam zanjo tudi prosil.

Na osnovi ugotovitev raziskave zavračamo četrto tezo, ki se glasi: Udeležba na usposabljanju iz prve pomoči v preteklosti ima med proučevanimi dejavniki največji vpliv na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije glede njihove pripravljenosti dati prvo pomoč drugi osebi.

8.3.1 Opredelitev do spodbujevalnih dejavnikov za dajanje prve pomoči

Na petstopenjski lestvici (1 – sploh ne drži in 5 – povsem drži) so anketirani izrazili največjo stopnjo strinjanja (4,71) s trditvami, povezanimi s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, pri trditvi »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu«, in najnižjo (2,68) pri trditvi »pomagal bi, ker mi tako nalaga zakonodaja« (slika 8.4). Anketirani so se močno strinjali s trditvijo, da se čutijo moralno dolžne pomagati oziroma dati prvo pomoč (+ 1,71 stopnje nad nevtralno oceno »niti – niti«), medtem ko stopnja strinjanja s trditvijo, da bi pomagali, ker jim to nalaga zakonodaja, kaže tendenco nestrinjanja (- 0,32 stopnje pod nevtralno oceno »niti – niti«). Anketirani so se na splošno tudi močno strinjali, da je znanje dajalca prve pomoči občudovanja vredno ter da zaupajo v solidarnostni vidik prve pomoči – da bo tudi njim kdo pomagal, če bi potrebovali prvo pomoč, medtem ko je pomoč zaradi usmiljenja na četrtem mestu med petimi naštetimi potencialnimi spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči.

Slika 8.4: Povprečna stopnja strinjanja z izbranimi spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči



Glede na izbrane demografske kategorije in trditve, ki so povezane s spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, smo ugotovili največ (5) statistično značilnih razlik v stopnji strinjanja s trditvama »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« in »pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja« ter najmanj (2) pri trditvi »pomagal bi, ker se mi človek smili«.

Strinjanje anketiranih s trditvijo »čutim se moralno dolžnega pomagati poškodovanemu« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,011$), kraja bivanja ($p = 0,000$), višine dohodka ($p = 0,001$), zdravstvenega poklica ($p = 0,021$) in poznavanja prve pomoči ($p = 0,048$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, anketirani, ki ne prebivajo v Ljubljani ali Mariboru, taki s povprečno višino dohodka in tisti, ki so ocenili svoje znanje prve pomoči kot dobro. V pogovorih z udeleženci

fokusnih skupin je močno prevladovalo mnenje, da je dajanje prve pomoči predvsem moralna obveza posameznika. To potrjujejo tudi opravljeni terenski eksperimenti, v katerih so udeleženci pokazali veliko zavzetosti za dajanje prve pomoči, potem ko so se približali »bolniku«.

Strinjanje s trditvijo »kdor zna pomagati, je občudovanja vreden« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,000$), starosti ($p = 0,018$), izobrazbe ($p = 0,032$) in posedovanja vozniškega dovoljenja ($p = 0,013$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 61 let in več (le malo nad povprečjem tudi stari 46 do 60 let), taki s končano osnovnošolsko in srednješolsko izobrazbo ter anketirani, ki nimajo vozniškega dovoljenja. Intervjuvanci fokusnih skupin so izrazili nestrinjanje s trditvijo, da je občudovanja vreden tisti, ki pomaga. Nekaterim se zdi samoumevno, da si pomagajoči zasluži občudovanje, pohvalo, kar pojasnjuje mnenje, da *»je občudovanja vreden vsak, ki pomaga«*. Drugi kot pogoj postavljajo pogum. Nasproti temu pa so mnenja tistih, ki občudovanju oziroma priznanju za dajanje prve pomoči ne dajejo posebnega pomena z utemeljitvijo, da kdor pomaga, tega ne dela z namenom pridobitve priznanja ali pridobitve občudovanja v očeh drugih.

Strinjanje s trditvijo »verjamem, da bo tudi meni kdo pomagal, če bi potreboval prvo pomoč« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,009$), starosti ($p = 0,001$), zdravstvenega poklica ($p = 0,010$) in samoocene znanja prve pomoči ($p = 0,001$). S trditvijo, ki meri na solidarnostni vidik prve pomoči, so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 46 let in več, nezdravstveni delavci ter anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči opredli kot »srednje«. Pomen prve pomoči kot dejanja solidarnosti ponazarja izjava udeleženke prve starostne skupine FS/A1_Ž3: *»Če ne bomo drug drugemu pomagal, nam noben ne bo«*.

Strinjanje s trditvijo »pomagal bi, ker se mi človek smili« je statistično značilno odvisno od spola ($p = 0,000$), izobrazbe ($p = 0,006$) in znanja prve pomoči ($p = 0,011$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, anketirani s končano

osnovnošolsko izobrazbo (malo nad povprečjem tudi s končano višjo in visokošolsko izobrazbo) ter anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči opredelili kor »srednje«.

Strinjanje s trditvijo »pomagal bi, ker mi to nalaga zakonodaja« je statistično značilno odvisno od starosti ($p = 0,039$), izobrazbe ($p = 0,013$), zdravstvenega poklica ($p = 0,000$) in vernosti ($p = 0,050$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 61 let in več, nižje izobraženi (s končano osnovnošolsko izobrazbo), zdravstveni delavci in verni anketirani. Udeleženci fokusnih skupin so bili precej enotni glede nestrinjanja o smiselnosti tega, da bi bilo dajanje prve pomoči tudi pravno naložena obveza posameznika, kar ponazarja naslednja izjava FS/A3_M1: *»Drugače je dost žalostno, da mora biti to z zakonom predpisan, to bi moral bit pač samoumevno.«* Vendar je bilo izraženo tudi nasprotno mnenje, namreč da je zakonska obveza lahko koristna, saj vsi ljudje ne čutijo moralne dolžnosti dajanja prve pomoči. Ugotovili smo, da se pravna dolžnost dajanja prve pomoči kaže kot najnižje razvrščeni proučevani spodbujevalni dejavnik za dajanje prve pomoči.

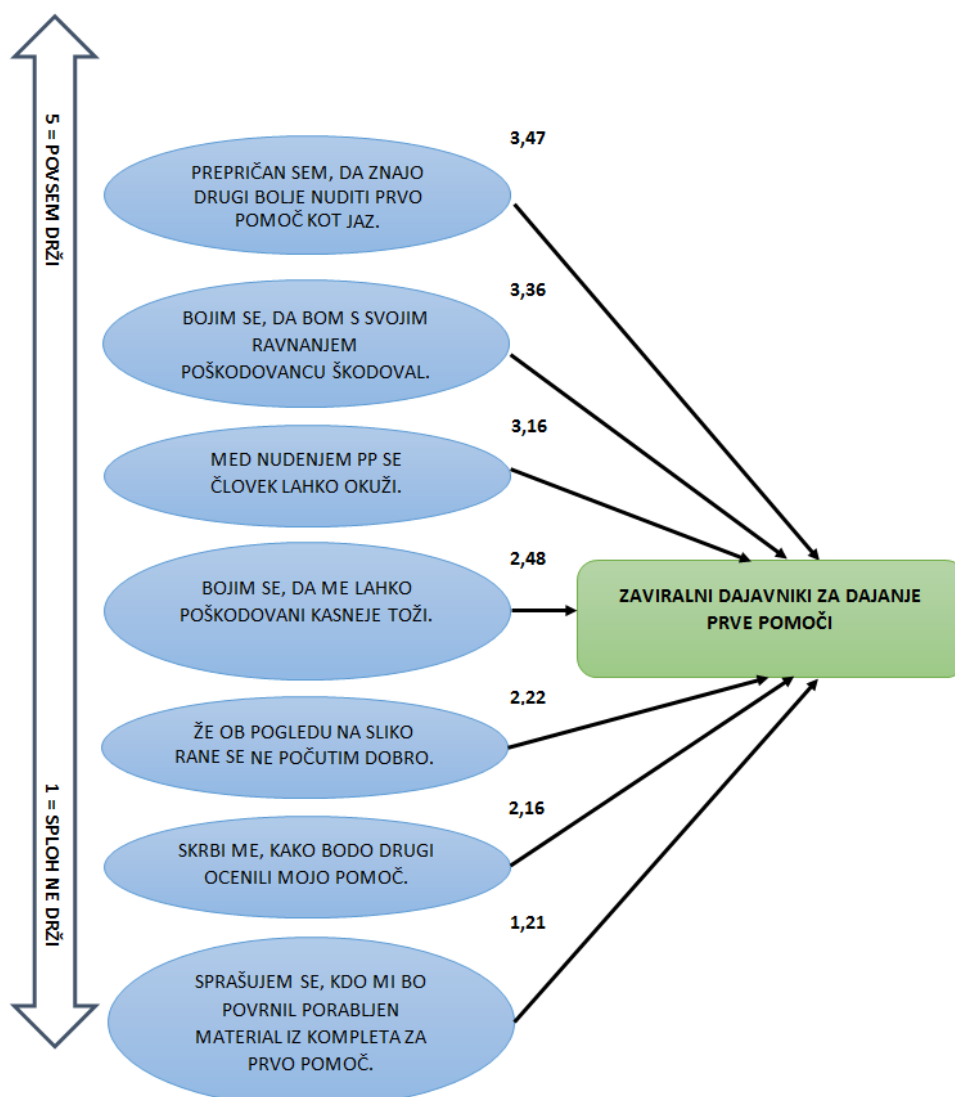
Udeleženci vseh fokusnih skupin so posebej omenili skupaj enajst različnih dejavnikov, ki po njihovem mnenju spodbujajo posameznika k dajanju prve pomoči; na eni strani več subjektivnih, ki izhajajo iz posameznika (instinkt, učinek protišoka, osebnostne lastnosti, kot sta altruizem in sočutje, sposobnost empatije, humanost, pogum in nastopaštvo, občutek moralne odgovornosti in odgovornost iz solidarnosti, pomoč bližnji osebi, znanje, izkušnje, doživljanje sramu zaradi morebitnega neznanja in lastna izkušnja s poškodbo ali boleznijo), in na drugi dva objektivna dejavnika, ki sta posledici okoliščin, v katerih se je dogodek pripetil (odsotnost ali pasivnost drugih oseb in razpoložljivost tehnologije, npr. pametnih telefonov).

Na osnovi ugotovitev raziskave sprejemamo peto tezo, ki se glasi: Moralni vidik dolžnosti dajanja prve pomoči je najvišje rangirani spodbujevalni dejavnik za dajanje prve pomoči.

8.3.2 Opredelitev do zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči

Na petstopenjski lestvici (1 – sploh ne drži in 5 – povsem drži) so največjo (3,47) povprečno stopnjo strinjanja s trditvami, povezanimi s sedmimi proučevanimi zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči anketirani izrazili pri trditvi »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz«, sledi strinjanje s trditvijo »bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval« (slika 8.5). Če strinjanje s prvo trditvijo kaže na pomanjkljivo samozavest anketiranih, strinjanje z drugo povežujemo z njihovo negotovostjo, povezano z dajanjem prve pomoči.

Slika 8.5: Povprečna stopnja strinjanja z izbranimi zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči



Glede na izbrane demografske kategorije in trditve, povezane z zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, smo ugotovili največ (9) statistično značilnih razlik pri trditvi »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« in najmanj (2) pri trditvah »med nudenjem prve pomoči se človek lahko okuži« ter »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta za prvo pomoč«. Strinjanje s trditvijo »prepričan sem, da znajo drugi bolje nuditi prvo pomoč kot jaz« je statistično značilno povezano s spolom ($p = 0,000$), starostjo ($p = 0,000$), izobrazbo ($p = 0,005$), posedovanjem vozniškega dovoljenja ($p = 0,008$), višino dohodka ($p = 0,000$), zdravstvenim poklicem ($p = 0,000$), vernostjo ($p = 0,012$), samooceno znanja prve pomoči ($p = 0,000$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, stari 46 let in več, anketirani s podpovprečnim dohodkom, ki nimajo vozniškega dovoljenja, ki niso zdravstveni delavci, ki so se glede vernosti opredeli kot »nekaj vmes«, ki so svoje znanje prve pomoči ocenili kot »slabo« ali »srednje« in tisti, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugi osebi. Udeleženka FS/A3_Ž1 je takole opisala občutek negotovosti, povezan z dajanjem prve pomoči: *»Ne veš dejansko, kaj je narobe z njim. Lahko ima zlomljeno hrbtenico, lahko pač, ne, ne moreš vedet. Sploh če je človek nezavesten. Marsikdaj ne veš, kaj mu je, ane. Marsikdaj je čist neprepoznavno, si čist bled, kaj boš sploh naredu človeku.«* Mnenje, da znajo drugi bolje pomagati, sovpada s prelaganjem oziroma razpršitvijo odgovornosti, kadar je na kraju dogodka več ljudi. Ta se lahko kaže tudi kot ambivalentnost do dajanja prve pomoči, ki smo jo zaznali z opravljenimi eksperimenti v Ljubljani in Kopru. V eksperimentu »Ljubljana« je med prvimi bolnika opazil moški z otroškim vozičkom (M3 – spremljevalec Ž10), ki je bil dokaj oddaljen (cca 20 metrov), a se je približal, nato oddaljil in ponovno približal, a ni pristopil. Prav tako je delovala tudi Ž10, ki je bila najprej le pasivna opazovalka, nato pa je pristopila k bolniku, se odmaknila in šele v drugem pristopu pokazala zavzetost za dajanje pomoči ter zahtevala AED. Z eksperimenti smo tudi ugotovili, da očitvidci zelo hitro iščejo pomoč pri morebiti boljše usposobljenih dajalcih prve pomoči, ki so v bližini: pri članu jamarske reševalne službe (pri eksperimentu »Ljubljana«), pripadniku civilne zaščite in prostovoljkah z oznako Rdečega križa (v eksperimentu »Koper«), članih osnovnošolske ekipe prve pomoči (pri eksperimentu »Primskovo«), zdravstvenih delavcih v uniformi Rdečega križa (pri eksperimentih »Rečica A«, »Rečica B« in »Rečica C«), kar vse, ki nosijo oznake ali uniforme sil za zaščito in reševanje, še dodatno obvezuje k usposabljanju in obnavljanju znanja prve pomoči. To potrjuje tudi

izjava očitvidke v eksperimentu »Rečica C«, ki je bil spremljajoči dogodek regijskega preverjanja usposobljenosti ekip prve pomoči CZ in RK: *»Pa saj imamo tako tuki Rdeči križ, pa civilno zaščito!«*

Strinjanje s trditvijo *»bojim se, da bom s svojim ravnanjem poškodovancu škodoval«* je statistično značilno povezano s spolom ($p = 0,001$), starostjo ($p = 0,006$), samooceno znanja prve pomoči ($p = 0,000$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, anketirani stari od 31 do 45 let in stari 61 let in več, anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči ocenili kot *»slabo«* ali *»srednje«*, in tisti, ki niso izrazili pripravljenosti za dajanje prve pomoči. O strahu pred napako je spregovorila udeleženka FS/A3_M3: *»Pa kakšen strah, npr. pred tem, tudi če že hočeš pomagat, se bojiš, da boš še zmer neki narobe naredil. Na primer, če pride do odprtega zloma, bi se potrudil, da bo čist pravilen, ko je toliko enih pravil, da nisi čist gotov. Razen če se res poglobiš.«* Strah pred morebitnim škodovanjem je tako povezan predvsem z neznanjem. V eksperimentu »Rečica C« sta očitvidca bolnika posedla na prag lokala. Medtem ko je Ž1 klicala NMP, se je očitvidec M1 znašel v zadregi, ki jo je izrazil z: *»Jaz ne vem, kva naredit.«*

Na tretjem mestu med zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči je strah pred okužbo. Strinjanje s trditvijo *»med nudenjem prve pomoči se človek lahko okuži«* je statistično značilno povezano s posedovanjem vozniškega dovoljenja ($p = 0,008$) in z zdravstvenim poklicem ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali anketirani, ki nimajo vozniškega dovoljenja, in zdravstveni delavci. Domnevamo, da anketirani, ki nimajo vozniškega dovoljenja in se niso usposabljali iz prve pomoči za ta namen, ne poznajo dovolj dobro tudi načinov, s katerimi se lahko dajalec prve pomoči zavaruje pred nevarnostjo okužbe pri dajanju prve pomoči, kot so na primer uporaba zaščitnih rokavic, uporaba zaščitne folije za umetno dihanje in možnost izvajanja TPO brez umetnega dihanja *»usta na usta«*. Vendar so se s trditvijo nadpovprečno strinjali tudi zdravstveni delavci. Ti so o nevarnostih okužbe in načinih zaščite pred njo boljše poučeni kot laična javnost. Predvidevamo, da se zdravstveni delavci zavedajo tako različnih tveganj kot tega, kako jih omiliti, ter da so v kontekstu prve pomoči možni primeri, ko je lahko tveganje za zdravje dajalca prve pomoči

(pre)veliko (npr. da nima na voljo zaščitnih rokavic, kar je »zlati standard« glede varovanja pred prenosom okužbe). Udeleženci fokusnih skupin so bili različnega mnenja glede strahu pred okužbo kot zaviralnim dejavnikom za dajanje prve pomoči: izpostavili so mnenja, da je tveganje za okužbo resna dilema, ki vpliva na odločitev o (ne)dajanju prve pomoči, pa tudi, da jih okužbe ni strah oziroma da nanjo niso pomislili ali da bi na nevarnost okužbe pomislili šele retrogradno, za nazaj, potem ko bi že dali prvo pomoč. Prav o tem govori izjava udeleženca FS/A3_M4: *»To sploh ne bi bila prva stvar, na katero bi pomislil, da bi se okužil. Kje, to bi pol prišlo enkrat od zad. Jaz bi najprej naredil, sploh ne bi razmišljal. Bi šele pol. Recimo, da bi se nekaj zgodil, pa bi šel pomagat, bi šele pol razmišljal, kaj pa če sem se okužil? To sploh najprej mi ne bi bilo v mislih, pol bi šele mal pomislil.«* Tudi v nobenem izmed opravljenih eksperimentov udeleženci pri dajanju prve pomoči niso uporabili zaščitnih rokavic.

Strinjanje s trditvijo *»bojim se, da me lahko poškodovanec kasneje toži«* je statistično značilno povezano s starostjo ($p = 0,001$), višino dohodka ($p = 0,011$), vernostjo ($p = 0,000$), znanjem prve pomoči ($p = 0,002$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali anketirani, stari od 31 do 45 let, malenkostno tudi stari od 46 do 60 let, s podpovprečnim ali povprečnim dohodkom, verni in tisti, ki so se glede vere opredelili kot *»nekaj vmes«*, anketirani, ki so svoje znanje prve pomoči ocenili kot slabo ali srednje, ter anketirani, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim. Naslednje mnenje udeleženca FS/A3_M3 govori o strahu pred tožbo kot zaviralnim dejavnikom za dajanje prve pomoči: *»Sem enkrat slišal enega, da se boji, da bi dal prvo pomoč nekemu, ki je dobil srčni napad, da bi mu rebra zlomil. Da zaradi tega raje ne bi pomagal. Kar se mi zdi mal butast, po svoje, ker te potem lahko toži, če si mu rebra zlomu?!«* Vendar smo zaznali bistveno več mnenj, s katerimi so intervjuvanci oporekali strahu pred tožbo. Na tem mestu posebej omenjamo mnenje udeleženca FS/A3_M4: *»Meni se zdi, da je to sam izgovor. Da pač ljudem ..., jim je bed. Pol imajo pa neke izgovore, pa recimo povejo to, da kaj pa če me toži, ane? Čeprav, tudi če ne bi bilo tega, vseeno bi tako ravnali. Pač, nekje poiščejo te izgovore.«*

Strinjanje s trditvijo »že ob pogledu na sliko rane se ne počutim dobro« je na petem mestu med izbranimi zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči in je statistično značilno povezano s spolom ($p = 0,000$), starostjo ($p = 0,000$), višino dohodka ($p = 0;010$), zdravstvenim poklicem ($p = 0,001$), vernostjo ($p = 0,024$) in znanjem prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjale ženske, starejši od 46 let, s podpovprečnim osebnim dohodkom, nezdravstveni delavci, verni in tisti, ki so se glede vere opredelili kot »nekaj vmes«, s samooceno znanja prve pomoči kot »slabo« ali »srednje«, in anketirani, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim. Pomembne pa so tudi izkušnje, o čemer je pripovedoval FS/C2_M2: *»Ko sem bil v mlajših letih, nisem mogel videt krvi. Pri vojakih, ko sem bil, se je en vojak ustrelil. Jaz sem bil takrat kurir, pač prvi, da bom teku po pomoč. In so mi ga naložili: »Beži, bomo že prišli za tabo!« In jaz sem šel, kri mu je tako tekla dol, sem vedel, da je to kri in sem reku: »Ali bova obadva ostala tukaj ali se bova rešila?« No, takrat sem pregnal ta strah. Zdaj lahko vidim kri, tudi grozne rane lahko vidim. Mogoče pride za mano. Ampak tisti trenutek lahko mirno gledam.«* Naloga predavateljev prve pomoči je, da udeležence, še zlasti laično javnost, med usposabljanjem vnaprej pripravijo na soočenje z realnimi primeri.

Strah pred ocenjevanjem drugih je na šestem mestu med proučevanimi zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči. Strinjanje s trditvijo »skrbi me, kako bodo drugi ocenili mojo pomoč« je statistično značilno povezano s starostjo ($p = 0,007$), stopnjo izobrazbe ($p = 0,045$), posedovanjem vozniškega dovoljenja ($p = 0,002$) in pripravljenostjo dajanja prve pomoči ($p = 0,000$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali stari 61 let in več, le malo nad povprečjem tudi stari 30 let in manj, nižje izobraženi (s končano osnovno ali srednjo šolo), taki, ki nimajo vozniškega dovoljenja, in anketirani, ki bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim. Udeleženka FS/A2_M9 je posredno izpostavila strah pred ocenjevanjem drugih kot zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči: *»Je brez veze tisto, da zaženeš paniko. Ne vem, samo zaradi tega, da bi bilo tebi nerodno, nič zaradi družga.«*

Strinjanje s trditvijo »sprašujem se, kdo mi bo povrnil porabljen material iz kompleta za prvo pomoč«, je najnižje razvrščeni proučevani zaviralni dejavnik za dajanje prve

pomoči. Strinjanje s trditvijo je statistično značilno odvisno od izobrazbe ($p = 0,006$) in splošne pripravljenosti za dajanje prve pomoči ($p = 0,003$). S trditvijo so se nadpovprečno strinjali nižje in visoko izobraženi ter anketirani, ki so se opredelili, da bi dajanje prve pomoči raje prepustili drugim. Z raziskavo smo ugotovili izraženo visoko pripravljenost »žrtvovanja« vsebine lastnega kompleta prve pomoči za primer dajanja prve pomoči med prebivalci Slovenije. Primerjava povprečne stopnje strinjanja anketiranih s trditvama, s katerima smo merili moč izbranega spodbujevalnega in zaviralnega dejavnika za dajanje prve pomoči – moralne dolžnosti (prosocialni vidik) na eni in pomislek glede porabljenega obvezilnega materiala iz kompleta za prvo pomoč (asocialni vidik) na drugi, pokaže razliko 3,5 stopnje. Anketirani so se močno strinjali s trditvijo, da se čutijo moralno dolžne pomagati oziroma dati prvo pomoč (v povprečju + 1,71 stopnje nad nevtralno oceno »niti – niti«), medtem ko stopnja strinjanja s trditvijo, da se sprašujejo, kdo jim bo povrnil porabljeni material iz kompleta za prvo pomoč, kaže izrazito nestrinjanje (v povprečju – 1,79 stopnje pod nevtralno oceno »niti – niti«).

Z vidika udeležencev fokusnih skupin obstajajo različni subjektivni in objektivni razlogi, zakaj posameznik v danem primeru ne pomaga oziroma kaj ga odvrča od dajanja prve pomoči. Intervjuvanci vseh treh starostnih skupin so skupaj navedli šestnajst različnih dejavnikov, ki potencialnega dajalca prve pomoči odvrčajo od tega, da bi dal prvo pomoč. Prevladujejo subjektivni dejavniki: učinek šoka kot odziv posameznika na nepričakovani stresni dogodek, osebne lastnosti (pomanjkanje sočutja, ignoranca in egoizem), strah (strah zaradi neznanja, strah pred napako, strah pred sodbami drugih, strah pred okužbo in strah pred tožbo), panika, predsodki, odpor do krvi in ran, neznanje, pomanjkanje izkušenj, pozabljanje, negotovost, pomanjkanje vzgoje za pomoč in slabe izkušnje (s policijo, pravnim sistemom ali zaradi zlorabe pomoči). Ugotavljamo, da intervjuvanci v zvezi z dajanjem prve pomoči doživljajo tudi precej strahu. Strah pred okužbo in strah pred tožbo kot subjektivna zaviralna dejavnika se lahko pojavita vnaprej, že pred dogodkom, ali pa retrogradno, kot refleksija na dano prvo pomoč. Hkrati je močno zastopano tudi mnenje, da je strah pred tožbo lahko le izgovor za nedajanje prve pomoči. Intervjuvanci so posebej poudarili tudi štiri objektivne dejavnike, ki zaviralno vplivajo na pripravljenost za dajanje prve pomoči: število navzočih na kraju dogodka in s tem

povezani vpliv pasivnih opazovalcev (dvom o potrebnosti pomoči in prelaganje odgovornosti na druge), potreben čas za dajanje pomoči, nevarne okoliščine in fizično nemoč.

Na osnovi ugotovitev raziskave zavračamo šesto tezo, ki se glasi: Strah pred tožbo je najvišje rangirani zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči.

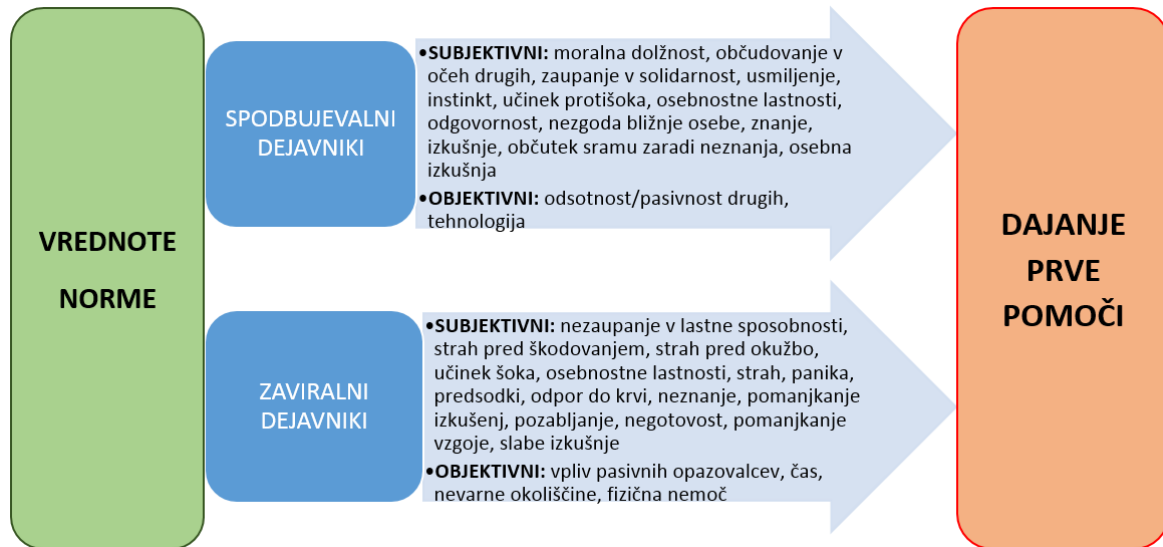
8.4 SINTEZA SKLEPNIH UGOTOVITEV

Prvo pomoč kot strategijo soočenja s poškodbami, zastrupitvami in nenadnimi obolenji v fazi po dogodku (Rok Simon 2006, 9) je človek izpopolnjeval že od prazgodovine, pa čeprav so jo tako poimenovali šele v drugi polovici 19. stoletja (Pearn 2012, 163). Razvoj doktrinarnih napotkov je krožen in še zdaleč ni končan. Gre za temo, ki se ji tudi posameznik v visokomoderni družbi ne more povsem izogniti. Prej obratno: čeprav je celotni razvoj človeške družbe pretežno usmerjen v odpravljanje ali vsaj zmanjševanje različnih nevarnosti in zagotavljanje boljše kakovosti življenja, sodobni človek sočasno, zlasti z razvojem znanosti in tehnologije, paradokсно ustvarja tudi mnoga nova tveganja (Mali 1997, 82; Jogan 2007; Beck 2009). Enega teh pomenijo poškodbe, zastrupitve in nenadna obolenja. Tako je vsakdo potencialni dajalec in hkrati tudi potencialni prejemnik prve pomoči. Vprašanje je samo, kdaj. Če izvzamemo primere samopomoči, si pri tem lahko pomagamo izključno ljudje med seboj. Prav zavedanje slednjega je temeljna značilnost t. i. reflektivnega individualizma (Ule 2005, 240–241).

Na odločitev potencialnega dajalca prve pomoči poleg znanja vplivajo tudi drugi objektivni in subjektivni dejavniki (slika 8.6). Znanje prve pomoči mora tako poleg prepoznave poškodb in nenadnih bolezenskih stanj ter poznavanja nujnih in nenujnih ukrepov prve pomoči obsegati tudi razumevanje prve pomoči kot dejanja solidarnosti in kot altruističnega dejanja, na katero sovpliva mnogo objektivnih in še več

subjektivnih spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov, s katerimi se posameznik sooči v trenutku odločitve za ali proti dajanju prve pomoči.

Slika 8.6: Napetostni lok med vrednotami/normami in dajanjem prve pomoči z vplivom objektivnih in subjektivnih spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov



Temeljni namen doktorske disertacije je bil ugotoviti, kakšen je odnos prebivalcev Slovenije do dajanja prve pomoči. Postavili smo šest tez: sprejeli smo tri in prav tako tri zavrnil.

Sprejeli smo prvo tezo, da so se starejši prebivalci Slovenije (61 let in več) v primerjavi z mlajšimi (60 let in manj) v preteklosti usposabljali iz prve pomoči v manjšem deležu. Gre za paradoks, ko so na eni strani prizadevanja celotne družbe usmerjena v spodbujanje samostojnega in aktivnega življenja starejših, po drugi pa v slovenskem prostoru skorajda ni ponudbe usposabljanj iz prve pomoči, namenjenih tej starostni skupini. Ob tem se postavlja vprašanje, ali se v tem ne odraža »primarnost instrumentalnega uma« (Taylor 2000, 10), kakor avtor poimenuje ozko racionalno logiko, ki je orientirana zgolj na izračunavanje stroškov in koristi? Ali pa se v Sloveniji kot sodobni demokratični, poznomoderni družbi soočamo s predsodki do usposabljanja iz prve pomoči starejših? Namreč, značilnost takih družb je potiskanje predsodkov v anonimnost vsakdanjega življenja, odsotnost premisleka (refleksije)

vsakdanjega govora in pogovora, kar predsodkom povečuje moč in vpliv (Nastran Ule 1999, 7).

Na usposabljanje anketiranih iz prve pomoči v preteklosti imajo pomemben vpliv še izobrazba, spol, višina dohodka in kraj bivanja. Večina polnoletnih prebivalcev Slovenije se je v preteklosti usposabljala iz prve pomoči, ker je bilo to obvezno. Ključno pri tem je zakonsko določilo obveznega opravljanja izpita iz prve pomoči v okviru pridobitve voznškega dovoljenja (ZVoz, 67. čl.). Poleg tega je na tem področju dejavna vrsta organizacij tako imenovanega tretjega sektorja (Kolarič 1997; Kolarič in drugi 2002), med katerimi z javnim pooblastilom delovanja na področju prve pomoči izstopa Rdeči križ Slovenije (Zakon o Rdečem križu Slovenije 1993, 1. čl.). Javne in zasebne neprofitne organizacije in neformalne mreže izvajajo različne dejavnosti in projekte s skupnim ciljem promovirati pomen usvojenega znanja prve pomoči. Vendar se pri potrjevanju prve teze srečujemo tudi z novimi izzivi. Eden ključnih je, da se je več kot polovica polnoletnih prebivalcev Slovenije zadnjega usposabljanja iz prve pomoči udeležila pred več kot desetimi leti, kar neposredno vpliva na raven znanja prve pomoči. Upoštevanje časovne in finančne omejitve bi bilo obvezno obnavljanje znanja prve pomoči (normativni pritisk) za splošno javnost, zlasti za skupine z večjim tveganjem (npr. voznike) v primerjavi s trenutnim stanjem, ko je formalno predpisano obnavljanje znanja prve pomoči le za posamezne ciljne skupine, velik napredek. Poleg formalno predpisanega obnavljanja znanja prve pomoči je še neizkoriščena tudi vrsta neformalnih možnosti (informacijski pritisk). Vendar Uletova (2005, 313) pojasnjuje, da normativni pritisk vodi v popustljivost, ki ima za posledico, da posamezniki navzven začasno spremenijo svoje ravnanje, ne spremenijo pa svojih stališč, medtem ko informacijski pritisk vodi do spreobrnitve – do spremembe stališč, ki pogojujejo trajno spremembo vedenja in ki sočasno pomeni tudi osebnostno spremembo.

Statistično nismo potrdili druge teze, da ima izobrazba med proučevanimi dejavniki največji vpliv na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije do usposabljanja iz prve pomoči v prihodnje. Večji vpliv na to opredelitev imata starost in zaposlitev. Se pa je večina polnoletnih prebivalcev Slovenije pozitivno opredelila glede svoje pripravljenosti za udeležbo na usposabljanju iz prve pomoči. Vendar splošna

pozitivna naravnost do obnavljanja znanja prve pomoči ni dovolj raziskana in tudi (še) ne izkoriščena priložnost. Na razhajanje med pozitivnimi opredelitvami do obnavljanja znanja in dejanskim odzivom na brezplačno obnovitveno usposabljanje iz prve pomoči med vozniki motornih vozil je opozorila Dolenc (2014). Čeprav v Sloveniji nimamo urejenega sistematičnega obnavljanja znanja prve pomoči, obstajajo tudi izjeme. Posebno pozornost je treba nameniti usposabljanju prebivalcev odročnejših krajev, do katerih služba NMP potrebuje daljši dostopni čas. Pozne prve oskrbe tudi uvajanje prvih posredovalcev ne more povsem odpraviti. Spričo staranja prebivalstva, dejavnikov tveganja ter prizadevanj, da starostnik čim dlje živi aktivno, je treba v prihodnje večjo pozornost nameniti usposabljanju starejše, sicer za usposabljanje iz prve pomoči manj motivirane laične javnosti. Enako velja tudi za brezposelne in osebe s posebnimi potrebami. Vzpostavitev unikatnega modela, s katerim bi z usposabljanji iz prve pomoči v Sloveniji sistematično zajeli kar največji delež populacije, in to večkrat v življenju že od otroštva naprej, bi moral biti eden od prednostnih izzivov ključnih udeležencev na področju prve pomoči na makro in mezo ravni. Motiviranje ljudi za obnovitev znanja prve pomoči je kompleksno področje z mnogimi še ne raziskanimi posrednimi dejavniki, pri tem pa zgolj poslano vabilo, pa četudi celo na brezplačen tečaj prve pomoči, za morebitne udeležence očitno ni dovolj mikavno. Paleta različnih možnosti, ki so jih predlagali tudi udeleženci fokusnih skupin, je široka in zahteva nadaljnje preverjanje o njihovi učinkovitosti v praksi. Vprašanje motivacije in promocije prve pomoči ostaja izziv za snovalce politik promocije zdravja, snovalce programov usposabljanj prve pomoči ter raziskovalce.

Potrdili smo tretjo tezo, ki pravi, da je raven znanja polnoletnih prebivalcev Slovenije o neodložljivih ukrepih prve pomoči v primerjavi z znanjem odložljivih ukrepov nižja. Tako kot nekateri drugi domači avtorji (Rajapakse 2008; Slabe in Plut 2012; Slabe in Fink 2012; Dolenc prav tam) smo tudi mi ugotovili razhajanje med subjektivno in objektivno oceno znanja prve pomoči. Na eni strani smo izmerili povprečno samooceno znanja prve pomoči le malo nad vnaprej postavljeno mejo, po drugi pa ugotovili precej nižjo raven znanja zlasti nekaterih neodložljivih ukrepov prve pomoči. Prav ti ukrepi pa so v primerjavi z nenujnimi bistveni za ugoden izid zdravljenja ali celo preživetje smrtno ogroženega poškodovanca oziroma bolnika (Bossart in drugi 2015; Gradišek in drugi 2015; Perkins in drugi 2015).

Statistično nismo potrdili četrte teze, da ima udeležba na usposabljanju iz prve pomoči v preteklosti med proučevanimi dejavniki največji vpliv na opredelitev polnoletnih prebivalcev Slovenije glede pripravljenosti dati prvo pomoč drugi osebi. Večji vpliv imajo spol, regija bivanja, trajanje zadnjega usposabljanja iz prve pomoči, čas od zadnjega usposabljanja in zaposlitev. Se pa večina pozitivno opredeljuje do dajanja prve pomoči, kar vrednotimo kot določen družbeni potencial. Taka naravnost v sodobni slovenski družbi ni naključna. Visoka pripravljenost za dajanje prve pomoči sovпада z velikim deležem populacije z opravljenim usposabljanjem iz prve pomoči. Sovпада pa tudi z ugotovitvami drugih raziskav o vrednotah Slovenk in Slovencev (Toš 1997; Šešerko 1999; Toš 1999; Šešerko 2001; Toš 2004; Rus in Toš prav tam), kjer sta solidarnost in medsebojna pomoč v sodobni slovenski družbi visoko cenjeni vrednoti.

Sprejeli smo peto tezo, da je v sodobni slovenski družbi moralni vidik dolžnosti dajanja prve pomoči najvišje rangirani spodbujevalni dejavnik za dajanje prve pomoči. Gre za občutek moralne dolžnosti pomagati poškodovanemu ali obolelemu, kar nas navaja k sklepanju, da je altruizem v sodobni slovenski družbi na splošno (še) široko ponotranjena etična norma. Anketirani so se močno strinjali s trditvijo, da se čutijo moralno dolžne pomagati oziroma dati prvo pomoč in nasprotno – izrazito so se ne strinjali s trditvijo, da se sprašujejo, kdo jim bo povrnil porabljeni material iz kompleta za prvo pomoč. Vendar smo hkrati ugotovili tudi razkorak med opredelitvami respondentov glede njihove pripravljenosti dati prvo pomoč in odzivom očividcev v konkretnih primerih, ko je oseba potrebovala prvo pomoč. To pripisujemo možnosti, da je določen delež respondentov odgovarjal družbeno pričakovano. Očividci so se praviloma odločili za pomoč šele na neposredno prošnjo »bolnika«, do takrat pa kazali precejšnjo brezbržnost. Prisotnost individualizma v družbi je zelo izpostavila udeleženska FS/A1_Ž7: *»Egoizem je tud prisoten. Tako, brigaj se zase, a ne. Ko fijakarski konj, ne vidim nič. Imam svojega dost, ne da se mi sploh s tem ukvarjat. Se mi zdi, da obstajajo ljudje, ki se ne bodo ukvarjal s tem: zdaj me bo pa tožil, pa krvi ne prenesem. // Briga me! Vidiš grozljivke, resnične, ki jih poslušáš: ugrabljeni otroci, vsi sosedje vse tko vejo ... Za znoret, a ne? Veš, pa nič ne narediš. Nedopustno.»* Na osnovi teh ugotovitev sklepamo, da se tudi v sodobni slovenski družbi (že) soočamo s posledicami individualizma, egoizma in

narcisizma. Vendar je treba opozoriti tudi na, da je lahko šlo v naših terenskih eksperimentih pri očitidcih (poleg učinka opazovalca) v fazi začetnih zdravstvenih težav »bolnika« za spoštovanje pravice do zasebnosti, ki je ustavna pravica (URS 1991, 35. čl.) in ena ključnih pravic bolnikov (ZPacP 2008, 3. čl.)¹⁰⁸. Splošno javnost je v prihodnje treba informirati o smiselnosti takojšnjega klica na pomoč tudi v primeru, ko posameznik začuti resne zdravstvene težave (npr. v primeru znamenj akutnega koronarnega sindroma), saj se po naših ugotovitvah s tem zelo poveča verjetnost, da bo dobil pomoč celo od neznanih oseb v bližini.

Nasprotno temu je med petimi proučevanimi spodbujevalnimi dejavniki za dajanje prve pomoči najnižje rangirano strinjanje s trditvijo, da bi pomagali, ker je to zakonsko določena obveza posameznika. Pomembna sta oba vidika: poudarjanje medsebojne pomoči kot moralnega dejanja ter zakonodaja, ki obvezuje posameznika, da usvoji znanje prve pomoči, da prvo pomoč, če je treba, in ga pri tem humanem dejanju tudi ščiti. Haralambos in Holborn (1999, 14) poudarjata, da urejena in trdna družba zahteva oboje: tako skupne vrednote kot norme.

Zavrnilo smo šesto tezo, in sicer, da je strah pred tožbo najvišje rangirani zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči. Če med prebivalci Slovenije prevladuje splošna pripravljenost pomagati poškodovanemu ali obolelemu, pa so hkrati prepričani, da znajo drugi bolje pomagati, kar kaže na nizko raven njihove samozavesti pri dajanju prve pomoči. Poleg bojazni, da bi s svojim ravnanjem škodovali, je to glavni zaviralni dejavnik za dajanje prve pomoči. Višje kot strah pred tožbo je rangiran le še strah pred okužbo. Vsak udeleženec praktičnega usposabljanja bi moral med tečajem vsaj en postopek izvesti z rokavicami, uporabo zaščitnih rokavic pa bi morali od kandidatov zahtevati tudi na praktičnih preizkusih znanja. Čeprav je strinjanje s trditvijo »bojim se, da me lahko poškodovanec kasneje toži« na četrtem mestu med proučevanimi zaviralnimi dejavniki za dajanje prve pomoči, ima to strinjanje »potencial« pretiranega poenostavljanja ali neutemeljene posplošitve, kar je

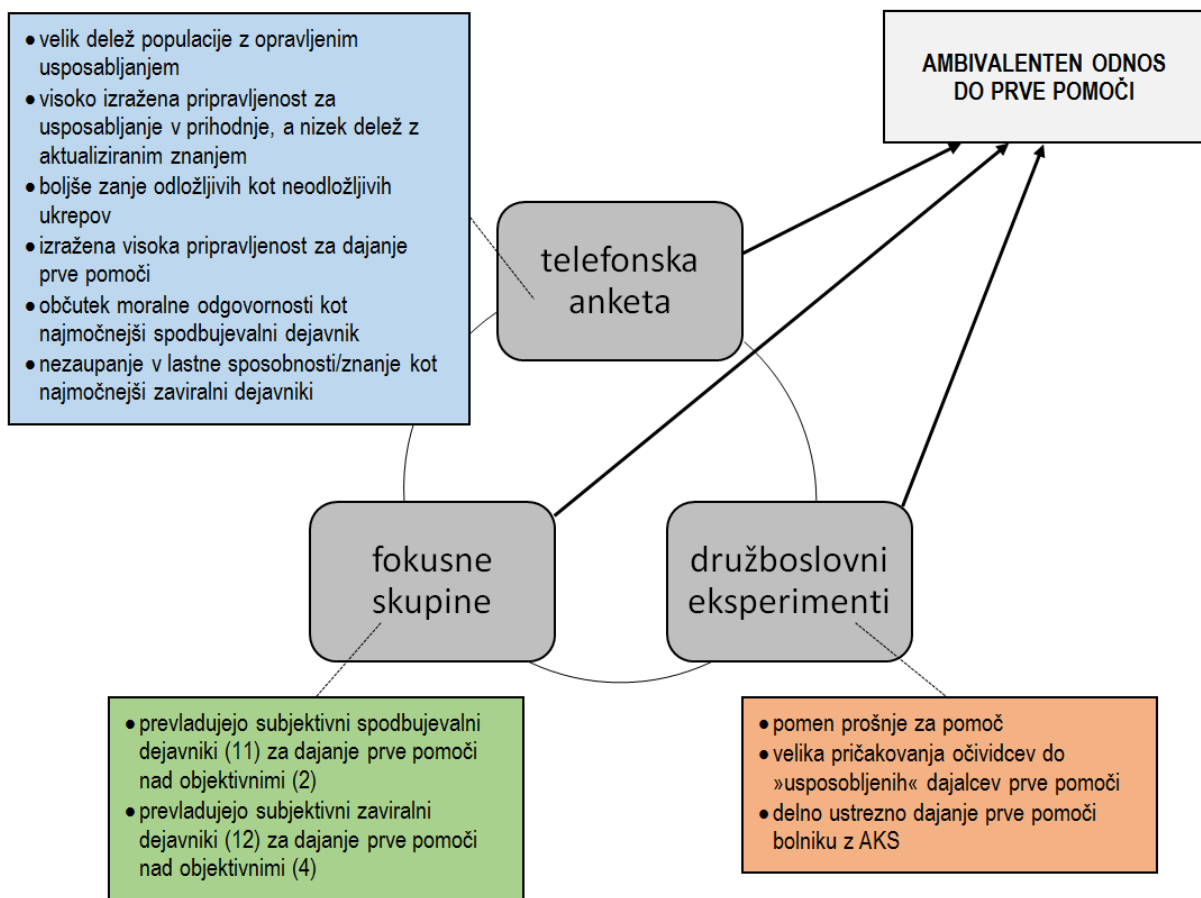
¹⁰⁸ Pravici do zasebnosti je v zadnjem obdobju namenjeno veliko medijske in politične pozornosti, še zlasti v povezavi z video nadzorom, prstnimi odtisi, prisluškovanjem, biometrijo in potnimi listi, objavo fotografij osebnosti.

značilnost stereotipov (Haralambos in Holborn prav tam, 696)¹⁰⁹. S te perspektive zahteva bojazen potencialnih dajalcev prve pomoči pred tožbo ustrezno osvetlitev in obravnavo v priročnikih prve pomoči ter v okviru usposabljanj laične in strokovne javnosti, pomeni pa tudi izziv za poglobljeno spremljanje in proučevanje. Obstoječa usposabljanja iz prve pomoči zmanjšujejo moč nekaterih zaviralnih dejavnikov, kar pa je s sistematičnim pristopom možno v prihodnje še nadgraditi. Namreč: »ravnotežje med tem, kar se od posameznika zahteva ali pričakuje, in tem, kar lahko daje ali stori, je v sodobnem svetu le pogojno in izpostavljeno številnim tveganjem« (Ule 2004a, 354).

V sodobni slovenski družbi je dajanje prve pomoči (še) na eni strani visoko vrednoteno kot moralna obveza posameznika, ki je sočasno spodbujeno (in hkrati varovano) s postavljenimi pravnimi normami. Na ravni opredeljevanja respondentov obstaja velika pripravljenost za dajanje prve pomoči, kar v družbah tveganja predstavlja določen družbeni potencial oziroma konvergentno skupno dobro, če se izazimo s Taylorjem (v Žalec 2000, 120). Prav tako smo na ravni opredeljevanja respondentov ugotovili visoko pripravljenost za obnavljanje znanja prve pomoči. Vendar ima splošno družbeno opredeljevanje za dajanje prve pomoči tudi svoje omejitve: to so predvsem razkorak med družbeno pričakovanim opredeljevanjem in ravnanjem ljudi v praksi ter splošna nizka raven poznavanja nujnih ukrepov prve pomoči. Ob učinku opazovalca pa se na ravni konkretnih premerov prve pomoči soočamo tudi z ravnanjem ljudi, ki je značilno za individualizem, egoizem in narcisizem: s prelaganjem odgovornosti na druge ali celo z brezbržnostjo do drugih. Na osnovi ugotovitev raziskave sklepamo, da je odnos sodobne slovenske družbe do različnih vidikov prve pomoči na splošno ambivalenten (slika 8.7).

¹⁰⁹ Lippman (v Ule 2005, 159) je opredelil stereotipe kot »selektivne, samoizpolnjujoče in etnocentrične sodbe, ki vodijo v zoženo, nepopolno, pristransko in neustrezno (parcialno) reprezentacijo sveta okoli nas«.

Slika 8.7: Na osnovi rezultatov raziskave opredeljen odnos v sodobni slovenski družbi do različnih vidikov prve pomoči



9 INTERPRETACIJA UGOTOVLJENEGA AMBIVALENTNEGA ODNOSA DO PRVE POMOČI Z VIDIKA ZNAČILNOSTI POZNOMODERNIH DRUŽB

Postavlja se vprašanje, s čim lahko pojasnimo identificirani odnos slovenske družbe do različnih vidikov prve pomoči, ki smo ga poimenovali kot ambivalenten. Pojem, ki ga je skoval Bleuler (v Troha 2008, 175), označuje »dvojno vrednotenje, ki je po naravi stvari večinoma dvojnost nasprotij. Vrednotenje je lahko afektivno ali intelektualno, neka ideja je torej lahko naglašena s pozitivnimi ali negativnimi čustvi ali je lahko negativno ali pozivno mišljena¹¹⁰« (Bleuler 2008, 213–214). V sodobni slovenski družbi se nasprotja do prve pomoči odražajo zlasti na naslednjih relacijah:

1. velik delež populacije z opravljenim usposabljanjem iz prve pomoči – nizko zaupanje v lastno znanje,
2. visoko izražena pripravljenost za obnavljanje znanja prve pomoči – neposodobljeno znanje,
3. visoko izražena pripravljenost za dajanje prve pomoči – zadržanost, neodločnost in negotovost glede dajanja prve pomoči v praksi,
4. višja raven znanja odločljivih ukrepov – nižja raven znanja neodločljivih ukrepov in
5. občutek velike moralne odgovornosti dajati prvo pomoč – prelaganje odgovornosti na druge.

Za pojasnitev nakazane ambivalence se moramo vrniti na začetek tega raziskovanja, k temeljnim premisam postmodernih družb (glej tudi poglavji Družba tveganja ter Individualizem in narcisizem). Sztompka (1994, 71–74), ki se pri opredeljevanju splošnih determinant modernosti sklicuje na Webra, Parsonsa, Durkheima, Kumarja in druge poudarja, da se ključne značilnosti modernih družb v poznomoderni radikalizirajo. Gre za nov pristop, ki pri poskusu opredelitve modernosti temelji na rezultatih različnih socioloških raziskav. Na osnovi takega pristopa avtor navaja (prav

¹¹⁰ Bleuler (prav tam) opozarja, da sta afektivna in intelektualna ambivalenca različni, da pa je med njima veliko stičnih točk in prehajata druga v drugo.

tam), da ogrodje modernosti predstavlja prevlada (1) individualizma napram skupnosti. Posameznik se je osvobodil spon, ki so ga vezale do skupnosti, v katero je bil vrojen. Svobodno si lahko izbira socialne skupine, partnerje, se sam opredeljuje, je odgovoren za svoje ravnanje, ima osebno zaslugo in tudi osebno odgovornost. Druga determinanta je (2) diferenciacija, ki se s pojavom velikega števila ozko specializiranih poklicev in profesij najbolj odraža prav na področju dela, posega pa tudi na področje potrošnje, ko se posamezniki vsakodnevno srečujemo z vse bolj raznoliko izbiro izdelkov in storitev. Diferenciacija širi možnosti izbire izobraževanja, poklicne kariere in življenjskega sloga posameznika. Moderno družbo determinira (3) racionalnost. Ta se kaže kot preračunavanje in razosebljanje pri delu v organizacijah in institucijah in s krepitvijo birokracije ter birokratskih organizacij. V ta okvir spada tudi razumevanje pomena znanosti kot najbolj verodostojnega načina spoznavanja. Naslednja posebnost je (4) ekonomizem, ki se kaže kot podrejanje celotnega družbenega delovanja ekonomski koristi, kar posameznika sili v preokupacijo. Zadnji princip modernosti je (5) ekspanzija. Gre za težnjo po širitvi prostora, kar poznamo kot proces globalizacije. Ekspanzija pa obenem pomeni tudi širitev v globino in poseganje v najbolj intimne sfere vsakdanjega življenja posameznika. V nadaljevanju se bomo pri poskusu interpretacije ključne ugotovitve disertacije, namreč da je odnos sodobne slovenske družbe do različnih vidikov prve pomoči na splošno ambivalenten, z vidika postmodernih družb osredotočili zlasti na dve determinanti: na element racionalizma in element profesionalizma.

Racionalizem, ki vse od Descartesa (1957) naprej poudarja razum kot edino veljavno normo mišljenja in vedenja, se po Taylorjevem (2000) mnenju v sodobni družbi kaže kot »izračunavanje najekonomičnejše uporabe sredstev za dani cilj« (prav tam, 10). Če izhajamo iz predpostavke, da so viri (materialni in nematerialni), s katerimi posamezniki in družba kot celota razpolagamo, neizogibno omejeni, je taka usmeritev smotrna. Vendar Taylor svari pred že omenjeno primarnostjo instrumentalnega uma, ko pravi: »Navzoč je strah, da se bomo o stvareh, ki naj bi jih določali drugi kriteriji, odločali v izrazih učinkovitosti ali »stroški – korist« analize, da bodo neodvisni smotri, ki naj bi vodili naša življenja, zamračeni z zahtevami po maksimiziranju outputa« (prav tam). Do nekaterih prvin moderne racionalizirane družbe je kritičen in skeptičen tudi Weber (v Adam 1990, 18), ki je postavil tezo, da je

družbeno delovanje »smiselno, na vedenje drugega uravnano lastno vedenje« (prav tam, 21). Avtor razlaga, da smiselno ravnanje zahteva dojemanje vedenja oziroma delovanja drugega. Po Webru (prav tam) je najbolj razumljivo in predvidljivo smotrno-racionalno delovanje, ki ga avtor postavlja pred vrednotno-racionalno, afektualno in tradicionalno delovanje¹¹¹.

Bistvene vidike ugotovljene ambivalence povezujemo prav z racionalnostjo, zlasti vrednotno in smotrno (ciljno). Po naših ugotovitvah je dajanje prve pomoči v slovenski družbi visoko vrednoteno kot moralno dejanje. To smo potrdili z izsledki kvantitativne študije, potrjujejo pa to tudi izjave respondentov fokusnih skupin. Na tem mestu posebej omenjamo naslednjo: FS/C2_Ž1: *Človek človeku mora pomagat. Tako je bilo in tako je.* Dajalec prve pomoči se s tem, ko pomaga, »žrtvuje za drugega«, ne glede na izid in možne posledice. Tudi respondenti fokusnih skupin so poudarjali, da bi o morebitnih posledicah (ali je bila pomoč ustrezna, o možni okužbi, tožbi) razmišljali retrogradno, za nazaj, kot je to razvidno iz naslednje izjave: FS/A3_M4: *»To sploh ne bi bila prva stvar, na katero bi pomislil, da bi se okužil. Kje, to bi pol prišlo enkrat od zad. Jaz bi najprej naredil, sploh ne bi razmišljal. Bi šele pol. Recimo, da bi se nekaj zgodil, pa bi šel pomagat, bi šele pol razmišljal, kaj pa če sem se okužil? To sploh najprej mi ne bi bilo v mislih, pol bi šele mal pomislil.«* Za vrednotno-racionalno delovanje pa je značilno, da ne reflektira posledic delovanja niti se ne ozira na uspešnost doseganja ciljev (prav tam 21).

Na drugi strani pa se soočamo tudi s smotrno racionalnostjo. »Smotrno-racionalno deluje, kdor svoje delovanje uravnava po smotru, sredstvih in posledicah, pri čemer racionalno tehta tako sredstva v odnosu do smotrov, kot smotre v odnosu do stranskih posledic, kot končno tudi različne možne smotre med seboj« (prav tam). Smotrna racionalnost se po naših ugotovitvah odraža v sodobni slovenski družbi zlasti v neposodobljenem znanju prve pomoči, nizki ravni poznavanja neodložljivih ukrepov, nizkem zaupanju v lastno znanje, prelaganju odgovornosti na druge ter kot zadržanost, neodločnost in negotovost glede dajanja prve pomoči v konkretnem

¹¹¹ Smotrno-racionalno delovanje temelji na pričakovanjih v zvezi z vedenjem drugih in uporabi teh pričakovanj kot sredstev za doseganje lastnih ciljev, vrednotno-racionalno delovanje je opredeljeno z verovanjem v absolutno etično, religiozno ali kako drugo vrednoto, ki krmarí posameznikovo delovanje ne glede na končni dosežek, efektivno delovanje temelji na čustvih in razpoloženjih, tradicionalno pa na utrjeni navadi (prav tam).

primeru. Na ravni opredeljevanja respondentov smo ugotovili večjo pripravljenost za dajanje prve pomoči med bolj izobraženimi. Možna razlaga je, da izobrazba pomembno prispeva k razumevanju pomena dajanja prve pomoči za poškodovanega ali nenadno obolelega. Vendar je na mestu tudi pomislek, da je tako opredeljevanje boljše splošno izobraženih lahko povezano tudi s preračunljivostjo v smislu zavedanja kompleksnosti dajanja prve pomoči. Preračunljivost kot normo individualizma smo zaznali tudi v opravljenih eksperimentih. V začetni fazi zdravstvenih težav, ki jih je »bolnik« uprizarjal na javnem kraju, v nobenem primeru ni dobil pomoči naključno prisotnih. Nekateri očitvidci so tudi kasneje, po »bolnikovem« kolapsu in izgubi zavesti, dogajanje le opazovali iz »varne razdalje«, morda pri sebi tehtali, ali se približati ali ne, na koncu pa se za dajanje prve pomoči niso odločili. Drugačen odziv smo ugotovili v eksperimentu »Rečica C«, ki se je odigral tako rekoč na pragu zasebnega lokala in v katerem je natakarka zelo hitro ponudila pomoč, vsekakor še pred tem, ko jo je zanjo zaprosil bolnik sam. Oba odziva (zadržanost in takojšnja pomoč) lahko pojasnimo s ciljno racionalnostjo, pa čeprav so bili smotri (ne)pomagajočih različni. Racionalnost tako ne pomeni propada, ampak omejitvev altruizma, kar se je pokazalo tudi v veliki zavzetosti pomagajočih za dajanje pomoči potem, ko jih je »bolnik« zaprosil za to.

Drugo razlago razdvojenosti slovenske družbe v povezavi z različnimi vidiki prve pomoči lahko utemeljimo z diferenciacijo, ki se nedvomno kaže na področju profesionalizacije in specializacije poklicev in profesij. Koncept profesionalizma se danes povezuje z visokokakovostnimi storitvami in temelji na zaupanju med uporabnikom in izvajalcem: med laikom in strokovnjakom (Fournier 1999, 285). Ta naravnost se je potrdila v vseh izvedenih terenskih eksperimentih, ko so posamezni očitvidci dogodka, raje kot bi se sami vpletli v dajanje pomoči, iskali pomoč pri drugih »kompetentnih strokovnjakih«, ki so bili takrat v bližini: v eksperimentu »Ljubljana« pri pripadniku Jamarske reševalne službe, v eksperimentu »Koper« pri pripadniku Civilne zaščite, v vseh treh eksperimentih »Rečica ob Savinji«, pri prostovoljcih Rdečega križa in zdravstvenih delavcih, medtem ko sta očitvidki v eksperimentu »Primskovo« hitro prepustili dajanje prve pomoči skupini otrok, ki je pokazala kompetenten pristop pri dajanju prve pomoči. To kaže na velika pričakovanja laične javnosti do profesionalcev: do zdravstvenih delavcev in drugih, ki

so kakorkoli povezani s prvo pomočjo. Ljudje v (post)modernih družbah verjetno bolj kot kadarkoli do zdaj potrebujemo profesionalno pomoč in smo odvisni od nje. Slovenska javnost tako tudi dobro pozna številko za klic v sili, prek katere aktiviramo strokovno pomoč v primeru nujnega zdravstvenega stanja. Klic te številke je bil opravljen v vseh naših eksperimentih. V eksperimentu »Koper« je očitvidka celo tako zavzeto zahtevala pomoč, da je operater kljub temu, da je bil seznanjen s protokolom eksperimenta, aktiviral ekipo nujne medicinske pomoči. Velika pričakovanja laične javnosti do profesionalne zdravstvene službe potrjuje tudi naslednja izjava udeleženke fokusne skupine: FS/B1_Ž3: ... *Sicer nekega blaznega znanja o prvi pomoči nimam, ampak recimo tako, če bi bila tam, bi recimo vsaj vprašala, ali je kdo klical že rešilca? Vendar smo prav na področju prve pomoči, še zlasti v povezavi s temeljnimi postopki oživljanja, priča tudi obratnim trendom: medicina je prepoznala vlogo dajalca prve pomoči ob nenadnem srčnem zastoju, pa tudi pri drugih nujnih stanjih, kot tisto, ki je za izid zdravljenja lahko ključna (glej poglavje Vloga dajalca prve pomoči).*

Na makro ravni imamo v Sloveniji postavljene zakonske okvire, ki posameznika zavezujejo k medsebojni pomoči v smislu dajanja prve pomoči. Zakonodaja tistega, ki pomaga, hkrati varuje pred tveganjem, ki ga lahko predstavlja dajanje prve pomoči. Na mezo ravni imamo vrsto javnih in zasebnih nepridobitnih organizacij in neformalnih mrež, ki opravljajo nalogo širjenja znanja ter poudarjanja pomena prve pomoči. Na mikro ravni pa se soočamo z ambivalenco, ki hromi odziv posameznikov v konkretnih primerih vsakdanjih življenjskih praks, ko nekdo potrebuje prvo pomoč. Vse to prinaša nove raziskovalne, strokovne, vzgojne, izobraževalne, organizacijske in politične izzive ter kliče k angažmaju in sodelovanju vseh ključnih družbenih akterjev, soudeleženih na področju prve pomoči.

Na osnovi ugotovitev naše raziskave naj bodo prizadevanja usmerjena še zlasti v:

- zagotavljanje palete kakovostnih usposabljanj iz prve pomoči s poudarkom na nujnih (neodložljivih) ukrepih;
- izdelavo učinkovite strategije rednega obnavljanja znanja splošne javnosti iz prve pomoči;

- dvig ravni zaupanja dajalcev prve pomoči v lastne kompetence za dajanje prve pomoči;
- v krepitev spodbujevalnih in odpravljanje zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči;
- usposabljanje prvih posredovalcev, članov ekip prve pomoči in drugih;
- poudarjanje pomena prošnje/klica na pomoč v primeru resnih nenadnih zdravstvenih težav.

Primeri dobre prakse nam vlivajo upanje, da je vse to mogoče tudi v sodobni slovenski družbi.

10 OMEJITVE RAZISKAVE IN IZVIRNI PRISPEVEK K ZNANOSTI

10.1 OMEJITVE RAZISKAVE

Da bi povečali skupno veljavnost rezultatov, smo v raziskavi kombinirali metodo anketiranja, fokusnih skupin ter terenski eksperiment. Zbiranje in analiza podatkov posameznega raziskovalnega instrumenta sta potekala sočasno oziroma neodvisno, možna bi bila tudi zaporedna kombinacija metod. Vendar Lobe (2006, 63) poudarja, da se je »pomembneje vprašati, zakaj kombiniramo različne metode, kot kdaj jih kombiniramo«, na to pa navezujemo dilemo, ali smo s kombinacijo uporabljenih metod dosegli maksimalni rezultat. Prav omejitve, ki so povezane z izvedbo posamezne raziskovale metode, ključno prispevajo k omejitvam celotne raziskave.

Anketni vprašalnik smo morali prilagoditi posebnostim telefonskega anketiranja, predvsem časovnemu okviru. Ker respondentov nismo želeli preobremeniti, smo se odrekli nekaterim vprašanjem in tako vprašalnik skrajšali. Ena od zadreg prilagoditve vprašalnika je bila tudi terminološke narave. Z utemeljitvijo, da prvo pomoč dajemo, ne pa nudimo, smo pripravili vprašalnik, v katerem smo dosledno uporabili sprejeto obliko. Po posvetovanju s strokovnjaki CJMMK pa smo se odločili, da v telefonski anketi namesto »dati/dajati prvo pomoč« uporabimo zvezo »nuditi prvo pomoč«. Tako se v delih besedila disertacije, v katerih se sklicujemo na trditve v telefonski anketi, povezane z dajanjem prve pomoči, pojavljajo nekatera terminološka odstopanja. Ne moremo se izogniti tudi pomisleku, da so lahko anketirani pri določenih vprašanjih odgovarjali družbeno pričakovano, kar pripisujemo socialnemu pritisku.

Tako kot velika večina raziskovalcev smo se tudi mi osredotočili na ugotavljanje teoretičnega znanja prve pomoči. V prvi pomoči pa gre predvsem za praktične ukrepe v nenadno spremenjenih okoliščinah, ki morebitnega dajalca prve pomoči

presenetijo z omejenimi materialnimi viri. Praktično znanje, zlasti primerjavo med odložljivimi in neodložljivimi ukrepi, smo v naši raziskavi omejeno obravnavali v okviru opravljenih terenskih eksperimentov.

Pri izvedbi fokusnih skupin smo se načrtno in vnaprej omejili na fokusne skupine, ki so bile homogene po starosti. Možna bi bila zasnova fokusnih skupin po drugih demografskih, socialnih ali drugih kriterijih. S telefonsko anketo smo ugotovili statistično pomembne razlike v pripravljenosti za dajanje prve pomoči glede na regijo bivanja, kar bi za verodostojno interpretacijo tega rezultata zahtevalo nadaljnjo poglobljeno obravnavo.

Izvedbo terenskih eksperimentov smo umestili v okvir prireditev Uprave RS za zaščito in reševanje in Rdečega križa. Čeprav so eksperimenti potekali ločeno in neodvisno od omenjenih prireditev in je bil zaigrani scenarij realno možen dogodek, smo se do neke mere vendarle oddaljili od naravnih okoliščin. Tak pristop nam je po eni strani omogočil, da smo vsem, ki so se »ujeli« v eksperiment, v zahvalo lahko ponudili določeno dejavnost, povezano s poglobljanjem znanja prve pomoči. Po drugi strani pa je to trajanje raziskave tudi podaljšalo, saj smo morali eksperimente umestiti in prilagoditi časovnemu okviru prireditev. Po eksperimentih smo očividcem pojasnili dogodek, se jim opravičili ter jih povabili na prireditev. Smiselno bi bilo z njimi opraviti intervjuje, česar pa v našem primeru nismo naredili. Pri analizi eksperimentov smo se soočili z omejitvami posnetkov. Pri morebitnih ponovitvah je vsekakor smiselno eksperiment posneti z različnih zornih kotov, eden naj bo s takega zornega kota, ki omogoča pregled nad celotnim dogajanjem.

10.2 IZVIRNI PRISPEVEK K ZNANOSTI

Poglavitni izvorni prispevek disertacije je izmera in umestitev potenciala Slovenk in Slovencev za dajanje prve pomoči poškodovanim in zbolelim znotraj presečišča dveh

dimenzij: prosocialno – asocialno in moralno – pravno. Prvo pomoč smo obravnavali kot družbeni pojav:

1. na teoretični ravni smo umestili prvo pomoč v sodobnodružbeni, kulturnozgodovinski, pravni, sociološki in socialno-psihološki kontekst;
2. na empirični ravni smo iskali odgovore na temeljno vprašanje doktorske disertacije, tj. kakšen je odnos Slovenk in Slovencev do dajanja prve pomoči poškodovanim in zbolelim, in odgovore na iz tega izhajajoča podvprašanja.

Izsledki opravljene raziskave so koristni tako na teoretični in empirični kot na uporabni ravni. Na teoretični ravni raziskava pripomore k boljšemu razumevanju prve pomoči kot izjemno kompleksnega družbenega pojava. Na empirični ravni odpira nova vprašanja, med katerimi je eno ključnih, kam se bo premaknilo težišče potenciala za dajanje prve pomoči v slovenski družbi v prihodnje. Na uporabni ravni disertacija prispeva spodbude za vpeljavo sprememb v politikah in strategijah na področju promocije prve pomoči kot skupka ustreznih medicinskih doktrinarnih napotkov in tudi kot izrazito solidarnostnega dejanja. Služi lahko tudi kot izhodišče in podpora za snovanje različnih oblik usposabljanj splošne javnosti za dajanje prve pomoči, v katerih mora biti sočasno ob posredovanju aktualnih smernic in napotkov za dajanje prve pomoči zaobsežena tudi usmeritev v krepitev spodbujevalnih in odpravo zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči. Disertacija pomeni tudi obliko refleksije, saj, kot ugotavlja Ule (2003, 9), medicina potrebuje pogled od zunaj.

Izviren prispevek raziskave je zlasti v tem, da:

1. je to prva celovitejša družboslovna raziskava v Sloveniji, ki zajema raziskovanje prve pomoči kot izrazito družbenega pojava;
2. je raziskava potekala na (dovolj) velikem vzorcu odraslih prebivalcev Slovenije, ki zagotavlja splošno metodološko zanesljivost. S kombinacijo metod smo v okviru triangulacijskega načrta še povečali skupno veljavnost rezultatov;
3. smo na osnovi rezultatov raziskave:
 - opredelili nekatere pomembne spodbujevalne in zaviralne dejavnike za dajanje prve pomoči v slovenski družbi,

- ugotovili razlike in podobnosti med posameznimi skupinami (moški/ženske, mlajši/starejši, nizko izobraženi/visoko izobraženi, vozniki/nevozniki) v odgovorih na vprašanja, povezana z različnimi vidiki prve pomoči (z usposabljanjem, znanjem, opredelitvami do dajanja prve pomoči, opredelitvami do spodbujevalnih in zaviralnih dejavnikov za dajanje prve pomoči);
4. raziskava lahko služi kot osnova za ponovitve raziskovanja odnosa slovenske družbe do dajanja prve pomoči v prihodnje (lahko kot longitudinalna študija) oz. kot osnova za razširitev predmeta raziskovanja na širši evropski prostor. Če razumemo dajanje prve pomoči kot vrednoto, so prav vrednote »nekakšna zvezda stalnica, ki nam omogoča razumeti dolgoročne družbene procese, pa tudi napovedati prihodnje tokove kolektivnih praks. Kot take so nepogrešljive pri snovanju dolgoročne strategije vključevanja slovenske družbe v širši evropski prostor« (Rus in Toš 2005, 1).

11 LITERATURA

- Adam, Frane. Pojem racionalnosti pri Maxu Webru. *Družboslovne razprave* 7 (9): 18–28.
- 1991. Družbena evolucija in procesi modernizacije v luči Parsonsove teorije. *Družboslovne razprave* 30: 7–16.
- AED baza Slovenije. 2015a. *Milijon srčnih točk*. Dostopno prek: <http://www.aed-baza.si/projekt-milijon-srcnih-tock/> (28. september 2015).
- 2015b. *Posodobljen zemljevid*. Dostopno prek: <http://www.aed-baza.si/pozdravljeni-na-prenovljenih-straneh-aed-baze/> (12. oktober 2015).
- Ahčan, Uroš. 2006a, ur. *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- 2006b. Knjigi na pot. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, XII–XIII. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- 2006c. Rane. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 373–407. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- 2006d. Celostna obravnava opeklinških poškodb. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 409–433. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- 2007, ur. *Prva pomoč – priročnik za učence in dijake*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- 2012. K naslovnici revije: začetki in sodobnost naših medicinskih učbenikov. *Prva pomoč. Strokovna revija ISIS* 21 (7): 49–51.
- Ahčan, Uroš, Arnež Zoran M., Trpin Eva in Demian Sancin Kristjan. 2004. Nepravilna oskrba amputiranih prstov. *Zdravniški vestnik* 73 (9): 649–655.
- Ahčan, Uroš, Battelino Saba, Cvenkel Barbara, Danieli Aljoša, Renko Diallo Doroteja, Gorjanc Matija, Kopčavar Guček Nena, Pokorn Marko, Preželj Janez, Stražar Klemen, Švigelj Viktor, Tršinar Bojan, Turel Matjaž in Zupan Matija. 2008. Strokovna ocena člankov z medicinsko vsebino v tiskanih medijih, namenjenih laičnim bralcem. *Zdravniški vestnik*: 77 (10): 707–717.
- Ahčan, Uroš, Slabe Damjan, Šutanovac Radoljub, Kosec Lučka in Rajapakse Renata. 2007. *Prva pomoč – priročnik za voznike motornih vozil*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Ahčan, Uroš in Špan Matjaž. 2006. Krvavitev. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 97–116. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Aitchison, Robert, Aitchison Pamela, Wang Ernest in Kharasch Morris. 2013. A review of cardiopulmonary resuscitation and its history. *Disease-a-Month* 59 (5): 165–167.
- Al Mawed, Said in Ahčan Uroš G. 2006. Poškodbe skeleta. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 459–479. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- American Heart Association. *History of CPR*. Dostopno prek: [/http://www.heart.org/HEARTORG/CPRandECC/WhatisCPR/CPRFactandStats/History-of-CPR_UCM_307549_Article.jspS](http://www.heart.org/HEARTORG/CPRandECC/WhatisCPR/CPRFactandStats/History-of-CPR_UCM_307549_Article.jspS) (7. junij 2015).
- Axelsson, Asa, Herlitz Johan in Fridlund Bengt. 2000. How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation intervention; a qualitative study. *Resuscitation* 47 (1): 71–81.

- Balažic, Jože. 2006. Pravni in etični vidiki prve pomoči. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Ahčan Uroš, 1–5. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Barle, Andreja. 2007. Družbeni vidiki obravnave in razumevanja zdravja in telesa – nacionalizacija (podržavljanje) intimnosti? V *Genialna prihodnost – genetika, determinizem in svoboda: zbornik prispevkov*, ur. Simona Strgulc Krajšek, Tanja Popit in Minka Vičar, 55–72. Ljubljana: Zavod za šolstvo.
- Baron, Robert A., Branscombe Nyla R. in Byrne Donn. 2009. *Social Psychology*. Boston, New York, San Francisco, Mexico City, Montreal, Toronto, London, Madrid, Munich, Paris, Hong Kong, Singapore, Tokyo, Cape Town, Sydney: Pearson.
- Bauman, Zygmunt, 2002. *Tekoča moderna*. Ljubljana: Založba /*cf., Rdeča zbirka.
- 2016. *Postmoderna etika*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta.
- Baznik, Špela, Grošelj Zala, Kmet Tina, Mohar Aleksandra, Pavšič Tine, Pahar Jure, Žnidaršič Darja, Kerec Juričko Barbara, Sancin D. Kristjan, Popovič Alenka, Moravek Dane, Mencin Katarina in Majdič Petra. 2014. Projekt stisni me močno – sistematični pristop k učenju temeljnih postopkov oživljanja in uporabe avtomatskega zunanjšega defibrilatorja osmo- in devetošolcev v ljubljanskih osnovnih šolah. V *Urgentna medicina* 21, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 159–161. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Bauer, Joachim. 2008. *Princip človeškosti. Zakaj smo po naravi nagnjeni k sodelovanju*. Ljubljana: Študentska založba.
- Beck, Ulrich. 2003. *Kaj je globalizacija. Zmote globalizma – odgovori na globalizacijo*. Ljubljana: Založba Krtina.
- 2009. *Družba tveganja na poti v neko novo moderno*. Ljubljana: Založba Krtina.
- Bergant, Milica. 1981. *Družina – zakon – ljubezen na razpotjih*. Ljubljana: Zavod SR Slovenije za šolstvo.
- Bernik, Ivan. 2014. Modernizacija in globalizacija. *Teorija in praksa* 51 (posebna številka): 91–106.
- Bilban, Marjan. 2014. Promocija zdravja v delovnem okolju kot obveznost delodajalca. *Ekonomski demokracija* 18 (6): 15–19.
- Bizjak, Kristjan in Slabe Damjan. 2009. Raven nudene prve pomoči na območju službe nujne medicinske pomoči Ajdovščina. *Ujma* 23: 182–186.
- Bleuler, Eugen. 2008. Ambivalenca. *Problemi* 46 (3–4): 205–215.
- Bolling, Georg, Alvin Wahl Hans in Veel Svendsen Martin. 2009. Primary school children are able to perform basic life-saving first aid measures. *Resuscitation* 80 (6): 689–692.
- Borisov, Peter. 1985. *Zgodovina medicine: poskus sinteze in misli*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Bossaert, Leo, Greif Robert, Maconochi Ian, Monsieurs G. Koenraad, Nikolaou Nikolaos, Nolan P. Jerry, Perkins D. Gavin, Soar Jasmeet, Truhlář Anatolij, Wyllie Jonathan, Zideman David. 2015. *Summary of the main changes in the Resuscitation Guidelines. ERC guidelines 2015*. Niel: European Resuscitation Council.

- Bošnjak, Dragica. 2011. Pri nenadnem srčnem zastoju pomoč pogosto prepozna. *Delo*, (20. november). Dostopno prek: <http://www.delo.si/druzba/zdravje/pri-nenadnem-zastoju-srca-pomoc-pogosto-prepozna.html> (25. september 2015).
- Brezovnik, Vladimir. 1930. *Učbenik za samarjanske tečaje*. Beograd: Rdeči križ Kraljevine Jugoslavije.
- Brumec, Viljem. 2008. *Kratka zgodovina medicine*. Maribor: Založba Pivec.
- Brunkhorst, Hauke. 2012. Uvod: o konceptu solidarnost. V *Podobe solidarnosti*, ur. Tadej Pirc, 13–26. Gornja Radgona: A priori.
- Brvar, Miran. 2006. Zastrupitve. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 153–175. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Cassan, Pascal, Markenson David, Lo Grace, Bradley Richard, Caissie Rick, Chung KL, Epstein Jonathan, Garoff Ferdinand, Gobl Gabor, Halbourni Mohamed, Hong Shen, Juen Barbara, Lok Eugenia, Pellegrino Jeffery, Roberts Samantha, Schunder-Tatzber Susanne, Siu Bonnie, Van de Velde Stijn in Wiedemann Nana. 2011. *Mednarodne smernice za prvo pomoč in oživljanje 2011*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije – zveza združenj.
- Chung, Chin Hung. 2001. The evolution of emergency medicine. *Hong Kong journal of emergency medicine* 8 (2): 84–89.
- Cooper, Jonans A., Cooper Joel D., Cooper Joshua M. 2006. Cardiopulmonary Resuscitation. History, Current Practice, and Future Direction. *Circulation* 114: 2839-2849.
- Crockett, Paula J., Droppert Beth M., Higgins Sandra E. in Richards Kipper R. 2000. Defibrilacija: kaj morate vedeti. Ljubljana: Aform.
- Cummins, O. Richard, Ornato P. Joseph, Thies H. William in Pepe E. Paul. 1991. Improving Survival From Sudden Cardiac Arrest: The "Chain of Survival" Concept. A Statement for Health Professionals From the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation*. 83 (5): 1832-1847.
- Čopić, Selmir. 2015. *Pravne dileme v prvi pomoči med laično populacijo*. Magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Das, Mandira in Elzubeir Margaret. 2001. First Aid and Basic Life Support Skills Training Early in the Medical Curriculum: Curriculum Issues, Outcomes, and Confidence of Students. *Teaching and Learning in Medicine* 13 (4): 240–246.
- Deisinger, Mitja. 2002. *Kazenski zakonik s komentarjem. Posebni del*. Ljubljana: GV Založba.
- Derganc, Mirko. 1963. *Prva pomoč za vsakogar*. Ljubljana: Jugoslovanski Rdeči križ, Glavni odbor Slovenije.
- 1994. *Osnove prve pomoči za vsakogar*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Descartes, René. 1957. *Razprava o metodi: kako pravilno voditi razum ter v znanostih iskati resnico*. Ljubljana: Slovenska matica.
- Dolenc, Eva. 2014. *Odnos voznikov motornih vozil do prve pomoči*. Magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.
- Dolenc, Eva, Herman Simon in Slabe Damjan. 2015. Vključitev vsebin prve pomoči v učni načrt srednjih šol. *Didakta* 25 (138): 48–52.

- Dolenc, Eva, Mihalj Zorko Simona in Slabe Damjan. 2014a. Mobilna aplikacija prva pomoč – mnenja uporabnikov. *Ujma* 28: 193–197.
- Dolenc, Eva, Predanič Andreja, Oštir Barbara in Slabe Damjan. 2013. Prva pomoč kot dejanje solidarnosti med Slovenci. V *Pravice, vrednote, svoboda, solidarnost in varnost*, ur. Bojana Filej, 65–73. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo.
- Dolenc, Eva, Slabe Damjan, Kovačič Uroš. 2014b. Prva pomoč in vozniki motornih vozil. *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso*. Mednarodna znanstvena konferenca, 98–105. Novo mesto: Visokošolsko središče, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Dolenc, Eva in Slabe Damjan. 2011. Teoretično znanje prve pomoči med alpinisti in športnimi plezalci. V *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved*. 3. študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, 265–273. Maribor: Univerza v Mariboru, fakulteta za zdravstvene vede.
- Dolenc, Eva, Žitnik Doroteja, Tavčar Boštjan in Slabe Damjan. 2013. Poznavanje možnosti za klic v sili med gluhi in naglušni. *Ujma*. 27: 174–180.
- Dornik, Sabina, Fink Rok, Slabe Damjan. 2013. Uporaba alkohola v prvi pomoči nekoč in danes. *Ujma* 27: 255–261.
- Društvo srčnih bolnikov, Koronarni klub Mežiške doline. *Iniciativa za AED (I-AED)*. Dostopno prek: http://www.srce-si.si/index.php?site=vsebine_all&kat=5090&parent=0&lang=1 (28. septembra 2015).
- Dunant, Henry. 2006. *Spomini na Solferino*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Eisenberg, Mickey S., Baskett Peter, Chamberlain Douglas. 2007. A History of cardiopulmonary resuscitation. V *Cardiac Arrest: The Science and Practice of Resuscitation Medicine*. Second edition, ur. Paradis Norman, Halperin Henry, Kern Karl, Wenzel Volker in Chamberlain Douglas, 3–25. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ellison, Craig W. 1983. Spiritual well-being: conceptualisation and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 11 (4): 330–340.
- Ertl, Lorenz in Christ Frank. 2007. Significant improvement of the quality of bystander first aid using an expert system with a mobile multimedia device. *Resuscitation* 74 (2): 286–295.
- Evropska komisija. 2013. Sporočilo za medije. *eCall: sistem za samodejni klic v sili v prometnih nesrečah bo v avtomobilih obvezen od leta 2015*. Dostopno prek: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-534_sl.htm (3. januar 2016).
- European Council. 1991. *Council Decision of July 29, 1991 (91/396/EEC)*.
- Field, Andy. 2009. *Discovering statistics using SPSS*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore in Washington DC: Sage Publications. Dostopno prek: http://books.google.si/books/about/Discovering_Statistics_Using_SPSS.html?id=5253SAL5nDgC&redir_esc=y (7. december 2015).
- Flash Eurobarometer. 2012. *The European emergency number 112. Report*. Dostopno prek: http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_339_en.pdf (9. januar 2016).
- Flere, Sergej. 2000. *Sociološka metodologija*. Maribor: Pedagoška fakulteta Maribor.

- Fletcher, Joseph. 2013. *Introduction to Research Methods. Crosstabulation with Nominal Variables*. Toronto: University of Toronto, Department of Political Science. Dostopno prek: http://groups.chass.utoronto.ca/pol242/Labs/LM-3A/LM-3A_content.htm (8. december 2015).
- Foucault, Michel. 1991. *Vednost – oblast – subjekt*. Ljubljana: Krt.
- Fournier, Valérie. 1999. The appeal to professionalism as a disciplinary mechanism. *Social review* 47 (2): 280–307.
- Frankl, Viktor. 1994. *Volja do smisla*. Celje: Mohorjeva družba.
- Gasilska zveza Slovenije. 2006. *Kodeks etike slovenskega prostovoljnega gasilstva*. Dostopno prek: http://www.gasilci-blagovica.si/datoteke/Kodeks_etike_slovenskih_prostovoljnih_gasilcev.pdf (13. avgust 2015).
- Gorska reševalna zveza Slovenije. 2014. *Tudi otroci se učijo pomagati*. Dostopno prek: <http://otroci.ovcka.eu/kjesmozebili.html> (13. december 2015).
- Gradišek, Primož. 2006. Temeljni postopki oživljanja. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 57–73. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Gradišek, Primož, Grošelj Grenc Mojca, Strdin Košir Alenka, Baznik Špela, Vlahović Dušan, Kaplan Petra, Možina Hugon, Poredoš Peter, Prosen Gregor, Vilman Jelena, Najdenov Peter, Radšel Peter, Markota Andrej, Fischinger Aleš, Grünfel Monika in Zelinka Marko. 2015. *Smernice za oživljanje 2015 Evropskega sveta za reanimacijo. Slovenska izdaja*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Habjan, Iva, Jazbec Maša, Muršič Tamara, Pezdevšek Maja, Kokot Deja, Amič Danica in Čakš Janko. 2003. Mi in prva pomoč. V *Urgentna medicina* 10, ur. Andrej Bručan, Marko Gričar in Rajko Vajd, 132–138. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Hafner, Anja in Slabe Damjan. 2010. Tečaj prve pomoči za osebe z motnjo v duševnem in telesnem razvoju. V *Delovna terapija v skupnosti*. 5. kongres delovnih terapevtov, 103–112. Debeli rtič: Ministrstvo za zdravje, Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva.
- Handley, J. Anthony, Koster Rudolph, Monsieurs Koen, Perkins D. Gavin, Davies Sian in Bossaert Leo. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005*. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 67 (1): 7–23.
- Haralambos, Michael in Holborn Martin. 1999. *Sociologija. Teme in Pogledi*. Ljubljana: DZS.
- Haug, Hans. 2006. Dunantove ideje – preizkus časa. V *Spomini na Solferino*, Henry Dunat 117–124. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Haugk, Moritz, Robak Oliver, Sterz Fritz, Uray Thomas, Kliegel Andreas, Losert Heidrun, Holzer Michael, Herkner Harald, Laggner N. Anton in Domanovits Hans. 2006. High acceptance of a home AED programme by survivors of sudden cardiac arrest and their families. *Resuscitation* 70 (29): 263–274.
- Herman, Simon. 2006. Zlomi kosti spodnjega uda. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 489–499. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Herzenberg, E. John. 1988. Johann Friedrich August Von Eschscholtz: His Life and Contributions to Orthopaedic Surgery. *Iowa Orthopaedic Journal* 8: 85–91.

- Hlebec, Valentina. 2010. *Metodologija samoevalvacije*. Ljubljana: Ministrstvo za šolstvo in šport in Andragoški center Republike Slovenije. Dostopno prek: http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/odrasli/Gradiva_ESS/ACS_Iz_obrazevanje/ACS_Izobrazevanje_33Metodologija.pdf (25. november 2005).
- Hlebec, Valentina, Filipovič Hrast Maša, Kump Sonja, Krašovec Jelenc Sabina, Pahor Majda in Domajnko Barbara. 2012. *Medgeneracijska solidarnost v Sloveniji*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Homan, Alojzij. 1899. *Postrežba bolnikov*. Celovec: Družba sv. Mohorja v Celovcu.
- Horvat, Ana in Lešnik Katarina. 2013. *Nastajanje Registra AED Slovenije*. Dostopno prek: http://www.aed-baza.si/wp-content/uploads/2013/10/nastajanje_registra_aed_slovenije.pdf (28. september 2015).
- Hribar Sorčan, Valentina. 2012. Kognitivna in ontološka vpeljava solidarnosti. V *Podobe solidarnosti*, ur. Tadej Pirc, 75–83. Gornja Radgona: A priori.
- iHELP. *Paket varnost: 100, 300, 500, 1000*. 2015. Dostopno prek: http://www.ihelp.si/podstran.php?kat=stran&stran=iHELP_aplikacija (28. septembra 2015).
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. 2009. *First aid for a safer future. Focus on Europe*. Dostopno prek: <http://www.ifrc.org/PageFiles/53459/First%20aid%20for%20a%20safer%20future%20Focus%20on%20Europe%20%20Advocacy%20report%202009.pdf?epslanguage=en> (15. februar 2016).
- Issard, Diane. 2013. *IFRC Global First Aid Reference Centre - involvement in road safety issues*. Dostopno prek: http://www.who.int/roadsafety/events/2013/unrsc_17_appendix_15.pdf (23. julij 2016).
- Izlakar, Jani in Slabe Damjan. 2011. Prva pomoč dojenčku s popolno zaporo dihalne poti s tujkom – praktično znanje laikov. V *Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved*. 3. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved, 35–44. Maribor: Univerza v Mariboru, fakulteta za zdravstvene vede.
- Jankovič, Matjaž in Kovač Miha. 2015. Uspešno oživljanje z uporabo avtomatskega zunanjskega defibrilatorja (AZD) na Šmarni gori – prikaz primera. V *Urgentna medicina* 22, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 286–288. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Jogan, Maca. 2007. Uvodnik. *Družba med tekmovalnostjo in solidarnostjo*. Novice SSD. Zbornik povzetkov 22 (1): 7–8.
- Kajba, Stanislav in Podbregar - Berginc Nataša. 1999. Poznavanje temeljnih postopkov oživljanja pri naključno izbranem vzorcu odraslih prebivalcev celjske občine. *Urgentna medicina* 6, ur. Andrej Bručan in Marko Gričar, 321–329. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- 1987. *Nujna medicinska pomoč*. Ljubljana: DZS.
- Kapš, Peter. 2001. *Zgodovina zdravstva. Oris svetovnega zdravstva, zdravstva na slovenskem in zgodovina Zdravstvenega doma Novo mesto*. Novo mesto: Založba Erro.
- Kalinšek, Ivan. 1987. *Nujna medicinska pomoč*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- Karlin, Luka in Slabe Damjan. 2010. Vloga poklicnih gasilcev Gasilske brigade Ljubljana pri dajanju prve pomoči poškodovanim v prometni nesreči. *Ujma* 24: 211–218.
- Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2)*. Ur. l. RS 50/2012. (29. junij 2012).

- Kendrick, Denise in Marsh Patricia. 1999. Parents and first aid: I know what to do – but I'm not very confident. *Health Education Journal* 58: 39–47.
- Kešpert, Branko. 2015. Vpliv dispečerske službe nujne medicinske pomoči na verigo preživetja – triletna analiza telefonskih klicev v PHE Celje. V *Urgentna medicina* 22, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 296–299. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Klemenčič, Sonja in Hlebec Valentina. 2007. *Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovosti izobraževanja*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije. Dostopno prek: <http://poki.acs.si/documents/N-49-3.pdf> (10. september 2011).
- Kleva, Domen in Gorjup Denis. 2015. Predbolnišnično kardiopulmonarno oživljanje z asistenco zdravstvenega dispečerja. V *Urgentna medicina* 22, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 331–334. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Kmetič, France. 2015. Kje končajo pripomočki s pretečenim rokom trajanja? *Motorevija*, 26. avgust 2015. Dostopno prek: http://www.motorevija.si/si/778/2483/Kje_koncajo_pripomocki_za_prvo_pomoc_s_pretecenim_rokom_trajanja.aspx (13. januar 2014).
- Kočan, Esad in Slabe Damjan. 2008. Dispečerska služba v nujni medicinski pomoči – čustveni odziv kličočega. *Obzornik zdravstvene nege* 42 (1): 21–26.
- Kolarič, Zinka. 1997. Prostovoljne neprofitne organizacije v Sloveniji. *Neprofitni management* 1: 17–20.
- 2011. Medgeneracijska solidarnost v primežu reform evropskih držav blaginje. V *Blaginja pod pritiski demografskih sprememb*, ur. Srna Mandič in Maša Filipovič Hrast, 205–224. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- 2012. Dvajset let postopnega spremljanja slovenske države. V *Dvajset let slovenske države*, ur. Janko Prunk in Tomaž Deželan, 283–298. Maribor: Aristej.
- Kolarič, Zinka, Črnak–Meglič Andreja in Vojnovič Maja. 2002. *Zasebne neprofitno-volonterske organizacije*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Komisija za alpinizem pri Planinski zvezi Slovenije. *Alpinistični etični kodeks*. Dostopno prek: <http://ka.pzs.si/besedilo.php?pid=5> (12. avgust 2015).
- Komisija za nujno medicinsko pomoč. 2011. *Strategija razvoja nujne medicinske pomoči v Sloveniji 2010–2010*. Delovno gradivo, verzija 23. 3. 2011. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.
- Komisija za preprečevanje korupcije. 2011. *Etični kodeksi*. Dostopno prek: <https://www.kpk-rs.si/sl/preventiva-in-nacrt-integritete/eticni-kodeksi> (12. avgust 2015).
- Koren, Tanja in Gorjup Denis. 2013. Pasti pri komunikaciji s pacienti ali očividci po telefonu. V *Urgentna medicina* 20, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 323–327. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Koster, Rudolph W., Baubin Michael A., Bossaert Leo L., Caballerod Antonio, Cassan Pascal, Castrénf Maaret, Granjag Cristina, Handleyh Anthony J., Monsieursi Koenraad G., Perkinsj Gavin D., Raffayk Violetta in Sandronil Claudio. 2010. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. *Resuscitation* 81 (10): 1277–1292.
- Košir, Tone. 2008. Dr. Alojzij Homan (1863-1922). *Loški razgledi* 55: 121–137.

- Košmelj, Katarina. 2007. Uporabna statistika. Druga dopolnjena izdaja. Ljubljana: biotehniška fakulteta. Dostopno prek: http://www.bf.uni-lj.si/fileadmin/groups/2721/Uporabna_statistika_okt_2007/Uporabna_statistika_01.pdf (8. december 2015).
- Koželj, Anton in Strauss Maja. 2005. Sposobnost nudenja prve pomoči med starostniki. *Urgentna medicina* 12, ur. Andrej Bručan, Marko Gričar in Rajko Vajd, 410–412. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Krajevna skupnost Primskovo. *O KS Primskovo*. Dostopno prek: <http://ksprimskovo.org/> (27. november 2015).
- Kragh, John F., Littrel Michelle L., Walters Thomas J., Wade Charles E. in Holcomb John B. 2011. Battle casualty survival with emergency tourniquet use to stop limb bleeding. *The Journal of Emergency Medicine*, 41 (6): 590–597.
- Kragh, John F., Swan Kenneth G., Smith Dale C., Mabry Robert L. in Blackbourne Lorne H. 2012. Historical review of emergency tourniquet use to stop bleeding. *The American Journal of Surgery* 203 (2): 242–252.
- Krueger Richard A. in Casey Mary Anne. 2000. *Focus Groups. A practical guide for applied research*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications, Inc.
- Kurdija, Slavko in Štebe Janez. 1997. *Oblikovanje vzorčnih uteži za telefonsko anketo Politbarometer*. Dostopno prek: http://www.cjm.si/?q=Studija_vzorcenje (30. november 2015).
- Laharnar, Marina, Slabe Damjan in Herman Simon. 2011. Poznavanje ukrepov prve pomoči med laiki na Tolminskem. *Obzornik zdravstvene nege* 45 (1): 49–54.
- LaHood, Nicole. 2009. History of cardiopulmonary resuscitation. *Cardiology Journal* 16 (5): 487–488.
- Larsson, Eva M., Martensson Niklas L. in Alexanderson Kristina A. 2003. First-aid training and bystander actions at traffic crashes – a population study. *Prehospital and Disaster Medicine* 17 (3): 134–141.
- Lasch, Christopher. 2012. *Kultura narcisizma. Ameriško življenje v času zmanjšanih pričakovanj*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Latané, Bibb in Nida Steve. 1981. Ten Years of Research on Group Size and Helping. *Psychological Bulletin* 89 (2): 308–324.
- Lavrič, Andreja. 2009. Psihosocialna oskrba po nesrečah. *Ujma* 23: 217–222.
- 2011. Psihosocialna podpora reševalcem. *Ujma* 25: 297–303.
- Lešnik, Bojan in Lešnik Damjan. 2010. Ali smo z znanjem laikov o temeljnih postopkih oživljanja lahko zadovoljni? Kako bi ga lahko izboljšali? *Urgentna medicina* 17, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 360–363. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Lingard, Helen. 2002. The effect of first aid training on Australian construction workers' occupational health and safety motivation and risk kontrol behavior. *Journal of Safety Research* (33): 209–230.
- Lynch, Michele, Dania; Gennat C. Hanni, Celenza Tony, Jacobs G. Ian, O'Brien Debra in Jelinek A. George. 2006. Community Senior First Aid Training in Western Australia: its extent and effect on knowledge and skills. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30 (2): 147–150.

- Lobe, Bojana. 2006. Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod – stara praksa v novi preobleki? *Družboslovne razprave*, 53 (22): 55–73.
- Low, Daniel, Clark N, Soar Jasmeet, Padkin A, Stoneham A, Perkins Gavin D. in Nolan Jerry. 2011. A randomised control trial to determine if use of the iResus application on a smart phone improves the performance of an advanced life support provider in a simulated medical emergency. *Anaesthesia* 66 (4): 255–62.
- Magner, Lois N. 2005. *A History of Medicine*. Second edition. Boca Raton, London, New York, Singapore: Taylor & Francis Group.
- Mali, Franc. 1997. *Znanstveno-tehnološki razvoj in njegovi riziki*. ČKZ, 183, 81-91.
- Markenson, David, Ferguson D. Jeffrey, Chameides Leon, Cassan Pscal, Chung Kin-Lai, Epstein Jonathan, Gonzales Louis, Herrington Ann Rita, Pellegrino L. Jeffrey, Ratcliff Norda, Singer Adam. First Aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. *Circulation*; 122: 934–46.
- Marušič, Andrejin Temnik Sanja. 2009. *Javno duševno zdravje*. Celje: Celjska Mohorjeva družba.
- Mercina, Aleš. 2009. Solidarnost kot nujen element pravičnosti. *Pravnik*, 64 (9–10), 487–516.
- Mesec, Blaž. 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Mesec, Urban, Dolenc Eva, Slabe Damjan in Herman Simon. 2015a. Poučevanje prve pomoči skozi okvir kakovosti: primer zloma ključnice. V *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu*, ur. Nevenka Kregar-Velikonja in Marjan Blažič, 209–215. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede.
- Mesec, Urban, Košorok Sara, Lebar Andrej in Slabe Damjan. 2015b. Učinek uporabe simuliranih tujkov v rani pri učenju prve pomoči. V *7. študentska konferenca zdravstvenih ved. Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov*, ur. Boris Miha Kaučič, Alenka Preskar Planko, Darja Plenk in Katja Esih, 73–81. Celje: Visoka zdravstvena šola Celje.
- Milčinski, Janez. 1972. Dolžnost zdravstvenih delavcev in zdravstvenih zavodov glede na prvo pomoč in oživiljanje. *Zdravstveni zbornik* 6 (2): 65-73. Dostopno prek: http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=3856a380-ad0d-4cf7-9ee6-02ae1ad2ce91 (13. avgust 2015).
- Milgram, Stanley. 1992. *The Individual in a Social World. Essays and experiments*. New York, St. Luis, San Francisco, Aukland, Bogotá, Caracas, Lisbon, London, Madrid, Mexico, Milan, Montreal, New Delhi, Paris, San Juan, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto: McGraw-Hill, Inc..
- Mohor, Mitja. 2011. Anketa o delovanju predbolnišničnih enot NMP v Sloveniji v letu 2011. V *Urgentna medicina* 18, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 102–115. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- 2014. Prvi posredovalci v sistemu nujne medicinske pomoči v Sloveniji. V *Urgentna medicina* 21, ur. Rajko Vajd in marko Gričar, 187–192. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Musek, Janek. 1994. Prosocialno in proindividualno obnašanje. V *Psihodiagnostika osebnosti* 2, ur. Tanja Lamovec, 315–322. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
- 2000. *Nova psihološka teorija vrednot*. Ljubljana: Educy.

- Nacionalni inštitut za javno zdravje. 2013. *Zdravstveni statistični letopis 2013*. Dostopno prek: <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2013> (28. januar 2016).
- Nastran Ule, Mirjana. 1994. *Temelji socialne psihologije*. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče.
- 2012. Sodobno življenje v času velikih želja in zmanjšanih pričakovanj. V *Kultura narcizizma*, Christopher Lasch, 287–303. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Nichol, Graham, Huszti Ella, Birnbaum Alice, Mahoney Brian, Weisfeldt Myron, Travers Andrew, Christenson Jim in Kuntz Karen. 2009. Cost-Effectiveness of Lay Responder Defibrillation for Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Annals of Emergency Medicine* 54 (2): 226–235.
- Nieznanowska, Joanna. 2006. Changing Concepts of Life-saving Procedures in 19th Century Polish Popular First-aid Publications. *Vesalius XII (II)*: 73–78.
- Nolan, P. Jerry, Soar Jasmeet, Zideman A. David, Biarent Dominique, Bossaert L. Leo, Deakin Charles, Koster W. Rudolph, Wyllie Jonathan, Böttiger Bernd. 2010. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 1. Executive summary. *Resuscitation* 81: 1219–1276.
- Obligacijski Zakonik (OZ-OPB1)*. Ur. l. RS 97/2007 (24. oktober 2007).
- Otroški bazar, 2015. Osebna izkaznica. Dostopno prek: <http://www.otroskibazar.si/osebna-izkaznica> (16. oktober 2015).
- Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. *Teorija in praksa* 36 (6): 1014–1026.
- Pahor, Majda, Domajnko Barbara in Hlebec Valentina. 2011. Social support in the case of illness: intergenerational solidarity. *Zdravniški Vestnik* (80): 75–83.
- Parnell, Melinda in Larsen Peter. 2007. Poor quality teaching in lay person CPR courses. *Resuscitation* (73): 271–278.
- Palsgaard Møller, Thea, Hansen Malta Carolina, Fjordholt Martin, Pedersen Dahl Birgitte, Østergaard Doris, Lippert Freddy. 2014. Debriefing bystanders of out-of-hospital cardiac arrest is valuable. *Resuscitation* 85 (11). 1504–11.
- Pearn, John. 2012. 'Where There is No Doctor': Self-Help and Pre-Hospital Care in Colonial Australia. *Health and History*, 14 (2): 162–180.
- Perkins, D. Gavin, Handley J. Anthony, Koster W. Rudolph, Castrén Maaret, Smyth A. Michael, Olasveengen Theresa, Monsieurs G. Koenraad, Raffay Violetta, Thorsten Gräsner Jan, Wenzel Volke, Ristagno Giuseppe in Soar Jasmeet. 2015. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 2. Adult basic life support and automated external defibrillation. *Resuscitation*, October 2015, Pages 81–99. Dostopno prek: <http://ercguidelines.elsevierresource.com/european-resuscitation-council-guidelines-resuscitation-2015-section-2-adult-basic-life-support-and/fulltext> (15. december 2015).
- Pesjak, Katja. 2007. Komunikacija zdravnika in bolnika. V *Vključevanje bolnika v zdravljenje, učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2007*, ur. Mateja Bulc, Helena Turk in Janko Kersnik, 38–43. Ljubljana: Zavod za razvoj medicine.
- Petek, Davorina. 2007. Pomen samoocene zdravstvenega stanja. V *Vključevanje bolnika v zdravljenje, učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2007*, ur. Mateja Bulc, Helena Turk in Janko Kersnik, 27–32. Ljubljana: Zavod za razvoj medicine.

- Petrovec, Miroslav. 2006. Možnost okužbe pri temeljnih postopkih oživljanja in pri izvajanju tečajev prve pomoči. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 93–96. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Pevce Rozman, Mateja. 2009. *Etika in sodobna družba. MacIntyrejev poskus utemeljitve etike*. Ljubljana: Nova revija.
- Pirc, Tadej. 2012. Teorije družbene solidarnosti od industrijske do postemocionalne družbe. V *Podobe solidarnosti*, ur. Tadej Pirc, 27–42. Gornja Radgona: A priori.
- Pivec, Gregor. 2011. *Zgodovina medicine 20. stoletja: prispevki k prikazu razvoja medicinske stroke in zdravstvenega sistema*. 1 izd. Maribor: Pivec.
- Planinska zveza Slovenije. 1994. *Častni kodeks slovenskih planincev*. Dostopno prek: <http://www.pzs.si/novice.php?pid=4576> (12. avgust 2015).
- Plavšak, Nina, Juhart Miha, Jadek Pensa Dunja, Kranjc Vesna, Grilc Peter, Polajnar Pavčnik Ada, Dolenc Mile in Pavčnik Marijan. 2003. *Obligacijski zakonik s komentarjem (splošni del). 1 knjiga (1. do 189. člen)*. Ljubljana: GV Založba
- Ploj, Tom in Kovač Miha. 2006. Nujna stanja v interni medicini I. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 117–135. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Polzelnik, Miha. 2012. Teti rešil življenje z oživljanjem. *Naša lekarna* 59, 58–62.
- Pravilnik o delih in opremi vozil*. Ur. I. RS 44/2013 (24. maj 2013).
- Pravilnik o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil*. Ur. I. RS 106/2004.
- Pravilnik o opravljanju tečajev in izpitov iz prve pomoči*. 2013. Glavni odbor Rdečega križa Slovenije (19. december 2013).
- Pravilnik o opremi in sredstvih za dajanje prve pomoči, usposabljanju in preizkusih iz prve pomoči ter zdravniških pregledih reševalcev iz vode*. Ur. I. RS, št. 70/2003 (18. julij 2003).
- Pravilnik o organizaciji, materialu in opremi za prvo pomoč na delovnem mestu*. Ur. I. RS 136/2006 (22. december 2006).
- Pravilnik o reševalcih iz vode*. Ur. I. RS 103/2011 (16. december 2011).
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči*. Ur. I. RS 81/2015 (30. oktober 2015).
- Pravilnik o spremembi Pravilnika o kompletu za prvo pomoč, ki spada v obvezno opremo motornih vozil*. Ur. I. RS 115/2007.
- Priolcar, Xivananda. 2012. First-aid at workplace-past, current and future. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 16 (1), 1–2.
- Prosen, Gregor. 2015. Quo vadis, nmp? Where do we go from here, ems? V *Urgentna medicina* 22, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 55–59. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Rajapakse, Renata. 2008. *Seznanjenost prebivalcev Slovenije z znaki srčnega zastoja in temeljnimi postopki oživljanja*. Magistrsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta.
- 2013. Uvajanje prvih posredovalcev in razvoj sistema AED v Sloveniji. V *Urgentna medicina* 20, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 45–49. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.

- Rajapakse, Renata, Oblak Piltaver Nevenka, Zelinka Marko in Kastelec Damjana. 2001. Analiza kardiopulmunalnih reanimacij PHE Ljubljana 1999–2000. V *Urgentna medicina* 8, ur. Bručan Andrej, 187–191. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Ramovš, Jože. 1990. *Sto domačih zdravil za dušo in telo*. Celje: Mohorjeva družba.
- 1995. *Slovenska sociala med včeraj in jutri*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Rdeči križ Slovenije. 2006. *Poročilo o delu Rdečega križa Slovenije za leto 2005*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- 2013a. 11. september – Svetovni dan prve pomoči. Dostopno prek: http://www.rks.si/sl/September_4/11._september-Svetovni_dan_prve_pomoci/ (17. januarj 2016).
- 2014. *Poročilo o delu Rdečega križa Slovenije za leto 2013*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Republika Slovenija, Statistični urad RS. *Podatki po področjih*. Dostopno prek: <http://www.stat.si/statweb> (27. november 2015).
- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 »Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev«* (ReNPZV). Ur. l. RS 72/2008 (17. julij 2008).
- Ribiška zveza Slovenije. 2009. *Etični kodeks slovenskih sladkovodnih ribičev*. Dostopno prek: <http://ribiska-zveza.si/download/get/etie-ni-kodeks-slovenskih-sladkovodnih-ribie-ev/63> (13. avgust 2015).
- Robbins, D. Vincent. 2005. *A History of Emergency Medical Services & Medical Transportation Systems in America*. Dostopno prek: <https://www.monoc.org/bod/docs/History%20American%20EMS-MTS.pdf> (3. junij 2015).
- Rok Simon, Mateja. 2002. Poškodbe otrok v dveh ljubljanskih vrtcih v letu 1999. *Zdravstveno varstvo* 41: 309–314.
- 2006. Epidemiološki podatki o poškodbah, zastrupitvah in drugih nujnih stanjih. V *Prva pomoč. Priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 8–19. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Rus, Veljko in Toš Niko. 2005. *Vrednote Slovencev in Evropejcev*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Sabol, Robert. 2012. Uspešna travmatološka reanimacija na terenu. V *Urgentna medicina* 19, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 423–425. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Sarac, Leyla in Ok Ahmet. 2010. The effects of different instructional methods on students' acquisition and retention of cardiopulmonary resuscitation skills. Elsevier, *Resuscitation*, 81 (5): 555–561.
- Sasson, Comilla, Haukoos S Jason, Bond Cindy, Rabe Marilyn, Colbert H.Susan, King Renee, Sayre Michael in Heisler Michele. 2013. Barriers and Facilitators to Learning and Performing Cardiopulmonary Resuscitation in Neighborhoods With Low Bystander Cardiopulmonary Resuscitation Prevalence and High Rates of Cardiac Arrest in Columbus, OH. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 6 (5): 550–558.
- Scott, Niall in Seglow Jonathan. 2007. *Altruism*. New York: Open University Press.
- Selič, Polona. 2007. Občutek kontrole nad lastnim življenjem in vedenje, povezano z zdravjem. V *Vključevanje bolnika v zdravljenje, učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Mateja Bulc, Helena Turk in Janko Kersnik, 10–26. Ljubljana: Zavod za razvoj medicine.

- Simončič, Jelka. Ukinjanje tečaja prve pomoči bi bil korak nazaj. *Delo*, 19. 3. 2013. Dostopno prek: <http://www.delo.si/novice/kronika/ukinitev-tecaja-prve-pomoci-bi-bil-korak-nazaj.html> (15. december 2015)
- Singer, Peter. 2008. *Praktična etika*. Ljubljana: Krtina.
- Skuhala, Robert in Skela Savič Brigita. 2015. Praktično znanje gasilcev o temeljnih postopkih oživljanja z uporabo AED. V *Urgentna medicina* 22, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 342–345. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Slabe, Damjan, Fink Rok. 2012. Kindergarden teachers` and their assistants` knowledge of first aid in Slovenian kindergardens. *Health Education Journal* 72 (4): 398–407.
- Slabe, Damjan, Jenštrle Ana in Sotler Robert. 2012. Prva pomoč kot oblika solidarnosti: študija primera simuliranega akutnega koronarnega sindroma na vaji Potres Idrija 2011. *Ujma* 26: 243–249.
- Slabe, Damjan, Mahne Romana in Melanšek Janez. 2013. Prispevek ekip prve pomoči civilne zaščite in rdečega križa v sistemu zaščite in reševanja. *Ujma* 27: 184–190.
- Slabe, Damjan in Medja Martina. 2009. Poznavanje evropske številke za klic v sili 112. *Ujma* 23: 170–175.
- Slabe, Damjan in Kovač Miha. 2006. Klic na 112. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 49–56. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Slabe, Damjan in Plut Petra. 2012. Poznavanje prve pomoči v primeru amputacije prstov roke med delavci v lesni industriji. *Varnost in zdravje na delovnem mestu* 9: 2–3.
- Slabe, Damjan in Šutanovac Radoljub. 2015. *Prva pomoč. Ocena praktičnega dela*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Slabe, Damjan in Tašner Dejan. 2008. Evropski referenčni center za izobraževanje iz prve pomoči. V *Obzornik zdravstvene nege* 42 (3): 45–52.
- Slemenik Pušnik, Cirila, Pušnik Vrčkovnik Maja in Kordež Peter. 2012. Sistem avtomatskih defibrilatorjev v Sloveniji – ali deluje? V *Urgentna medicina* 19, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 117–119. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Slovar slovenskega knjižnega jezika. Spletna izdaja*. 2000. Slovenska akademija znanosti in umetnosti. Znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. Ljubljana: DZS.
- Sruk, Vlado. 1999. *Leksikon morale in etike*. Maribor: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
- Stanič, Karel. 2001. Nujna medicinska pomoč pri poškodovanki z vreznino na vratu. V *Urgentna medicina* 8, ur. Andrej Bručan in Marko Gričar, 343–347. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Statut Rdečega križa Slovenije – zveze združenj*. Dostopno prek: http://www.rks.si/sl/Statut_RKS/ (13. september 2010).
- Stres, Anton. 1999. *Etika ali filozofija morale*. Ljubljana: Družina, d. o. o.
- Strnad, Matej in Rataj Andreja. 2015. Pilotski projekt prvih posredovalcev na Štajerskem. V *Urgentna medicina* 22, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 158–161. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.

- Strokovni svet RS za splošno izobraževanje. 2006. Posredovanje sklepov 88. seje Strokovnega sveta RS za splošno izobraževanje. *Dopis številka 01300-14/2006/6*, 10. marec.
- Stropnik, Nada in Srakar Andrej. 2015. Tveganje relativne revščine in subjektivno občutenje revščine med prebivalstvom, starim 50 let in več. V *Značilnosti starejšega prebivalstva v Sloveniji – prvi rezultati raziskave SHARE*, ur. Boris Majcen. Ljubljana: Inštitut za ekonomska raziskovanja, 171–182.
- Svetličič Marjan. 2004. *Globalizacija in neenakomeren razvoj v svetu*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Sveto pismo na internetu. Slovenski standardni prevod. 2003. *Usmiljeni Samaritan*. Ljubljana: Svetopisemska družba Slovenije. Dostopno prek: <http://www.biblija.net/biblija.cgi?m=Lk+10%2C25-37&id13=1&pos=0&set=2&l=sl> (2. junij 2015).
- Sztompka, Piotr. 1994. *The sociology of social change*. Oxford: Blackwell.
- Šešerko, Leo. 1999. *Slovenski nacionalni značaj in krvodajalstvo v Sloveniji v procesu vključevanja v Evropsko unijo. Zaključno poročilo o pilotski raziskavi*. Ljubljana: OKAR d. o. o.
- 2001. *Zaključno poročilo o raziskavi »Slovenski nacionalni značaj in krvodajalstvo v Sloveniji v procesu vključevanja v Evropsko unijo«*. Ljubljana: OKAR d.o.o..
- Škufca, Mateja. 2001. Nenaden srčni zastoj ob akutnem miokardnem infarktu, ki je nastopil v pričo ekipe nujne medicinske pomoči – prikaz primera. V *Urgentna medicina* 8, ur. Andrej Bručan in Marko Gričar, 343–347. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- 2010. Analiza kardiopulmonalnih reanimacij PHE Ljubljana 2005-2009. V *Urgentna medicina* 17, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 184–189. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Škufca Sterle, Mateja in Baznik Špela. 2013. Kako izboljšati preživetje po kardiopulmonalni reanimaciji? V *Urgentna medicina* 20, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 218–222. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Šmon, Andrej in Peter Kordež. 2015. Prvi posredovalci v koroški regiji. V *Urgentna medicina* 22, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 316–318. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Šterbenc, Irena in Slabe Damjan. 2009. Poznavanje vsebine kompleta za prvo pomoč med vozniki motornih vozil. *Obzornik zdravstvene nege* 43 (1): 45–52.
- Šutanovac, Radoljub. 2012. *Realističen prikaz poškodb in imitacij stanja poškodovanih in nenadno obolelih*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Šutanovac, Radoljub, ur. in Slabe Damjan, ur. 2014. *Naloge vodje ekipe prve pomoči pri pripravi ekipe za preverjanje usposobljenosti: priročnik za vodje ekip prve pomoči*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Taylor, Charles. 2000. *Nelagodna sodobnost*. Ljubljana: Študentska založba.
- Tišler, Uršula in Škarja Sabina. 2007. *Prva pomoč – pomagam prvi*. Dostopno prek: http://www.pomagamprvi.si/O_nas_so_pisali/Prva_pomoc_-_pomagam_prvi_2/ (28. september 2015).
- Toš, Niko. 1997. *Vrednote v prehodu I. Slovensko javno mnenje 1968–1990*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- 1999. *Vrednote v prehodu II. Slovensko javno mnenje 1991–1998*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

- 2004. *Vrednote v prehodu III. Slovensko javno mnenje 1999–2004*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Tracy, Kidd in Sharon Kendall. 2007. Review of effective advanced cardiac life support training using experiential learning. *Journal of Clinical Nursing* 16 (1): 58–66.
- Troha, Tadej. 2008. Ambivalenca. *Problemi* 46 (3–4): 175–203.
- Trstenjak, Anton in Ramovš Jože. 1994. Strokovni izrazi v logoterapiji. V *Volja do smisla*, Viktor E. Frankl, 151–169. Celje: Mohorjeva družba.
- Trušnovec, Žarko in Hvala Teja. 2014. Psihične obremenitve pri reševanju. V *Urgentna medicina* 21, ur. Rajko Vajd in Marko Gričar, 88–90. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Ulčar, Metka. 1983. *Organiziranost in delovanje organizacije Rdečega križa Slovenije na področju preprečevanja nesreč in prve medicinske pomoči*. Osutek. Ljubljana, 28. april.
- Ule, Mirjana. 2003. *Spregljedana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine*. Maribor: ARISTEJ.
- 2004a. Nove vrednote za novo tisočletje. Spremembe vrednostnih in življenjskih orientacij mladih v Sloveniji. *Teorija in praksa* 41 (1–2): 352–360.
- 2004b. Psihologija altruizma. Altruizem, solidarnost, žrtvovanje. *Revija društva Dostop za socialna in etična vprašanja* 3 (1): 36–37.
- 2005. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
- Ule, Mirjana, Malnar Brina in Kurdija Slavko. 2014. *Health and Medicina in Transition*. Wien: edition echoraum.
- Uprava RS za zaščito in reševanje in Rdeči križ Slovenije. 2014. *Načrt priprave in izvedbe XX. državnega preverjanja usposobljenosti ekip prve pomoči Civilne zaščite in Rdečega križa, Koper 26.–27. september*.
- Uray, Thomas, Lunzer Andreas, Ochsenhofer Andreas, Thanikkel Leo, Zingerle Robert, Lillie Peter, Brandl Edith in Sterz Frit. 2003. Feasibility of life-supporting first-aid (LSFA) training as a mandatory subject in primary schools. *Resuscitation* 5 (2): 211–221.
- Uredba o organiziranju, opremljanju in usposabljanju sil za zaščito, reševanje in pomoč*. Ur. list RS 92/2007 (10. oktober 2007).
- Uršič, Matjaž. 2002. Tekoča moderna – v iskanju »pozitivne« svobode. V *Tekoča moderna*, Zygmunt Bauman, 273–292. Ljubljana: Založba /**cf.*, Rdeča zbirka.
- Ustanova Danu filantropija. 2012. *Svečana podelitev priznanj vrtcem in šolam, ki so sodelovale v prvi akciji NAJSRČEKBIJE. Zaključek prve akcije NAJSRČEKBIJE – akcije, ki rešuje življenja!*. Dostopno prek: http://vrtecvodmat.si/files/2012/07/naj_srcek_bije.pdf (5. oktobra 2015).
- Ustava Republike Slovenije*. Ur. list RS 33/1991 (28. december 1991).
- Valenta, Alojzij. 1886. *Kratek navod o prvi pomoči pri nezgodah*. Ljubljana: Kleinmayr & Bamberg.
- Valvasor, Janez Vajkard. 1994. *Slava vojvodine Kranjske. Izbrana poglavja*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Van de Velde, Stijn. 2011. *Evidence-based practice in first aid*. Doctoral thesis in Medical Sciences. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.

- Van de Velde, Stijn, Broos Paul, Van Bouwelen Marc, De Win Rudy, Sermon An, Verduyck Johann, Van Tichelen Andr e, Lauwaert Door, Vantroyen Barbara, Tobback Christina, Van den Steene Patrick, Villere Sarmite, Urkia Mieres Carlos, G obl Gabor, Schunder Susanne, Monsieurs Koenraad, Bierens Joost, Cassan Pascal, Davoli Enrico, Sabbe Marc, Lo Grace, De Vries Maaik in Aertgeerts Bert. 2007. European first aid guidelines. *Resuscitation* 72 (2): 240–251.
- Van de Velde, Stijn, Heselmans Annemie, Roex Ann, Vandekerckhove Philippe, Ramaekers Dirk in Aertgeerts Bert. 2009. Effectiveness of Nonresuscitative First Aid Training in Laypersons: A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine* 54 (3): 447–457.
- Velikonja, Primož, Ogorevc Andraž in Lon arevi  Borut. 2012. IHELP – mobilna aplikacija, ki rešuje življenja. V *Urgentna medicina* 19, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 418–422. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Vlada Republike Slovenije. 2002. *Doktrina za cite, reševanja in pomoči*. Dostopno prek: http://www.sos112.si/slo/tdocs/doktrina_1.pdf (21. julij 2015).
- 2013. *Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o vozniki – prva obravnava*.  t 00729-9/2013/9 z dne 28. 2. 2013.
- Vlahovi , Dušan. 2006. Pristop k poškodovancu ali nenadno obolelemu. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 21–31. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- , ur. 2010. *Smernice za oživljanje Evropskega sveta za reanimacijo*. Ljubljana: Slovenski svet za reanimacijo, Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Voljč, Božidar. 2007. Zdravo staranje. *Kakovostna starost* 10 (2): 2–8.
- Waddington, Keir. 2011. *An Introduction to the Social History of Medicine: Europe since 1500*. Basingstoke, New York: Palgrave Macmillan.
- Welling, David R., Burris David G., Hutton John E., Minken Stanley L, Rich Norman M. 2006. A Balanced Approach to Tourniquet Use: Lessons Learned and Relearned. *American College of Surgeons* 203 (1): 106–115.
- Willis, Alwena, Fowler Bess, Rea Suzanne in Wood Fiona. 2007. Testing nurses burn injury knowledge. *Australian Nursing Journal* 14 (11): 30–31.
- World Health Organization. 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Dostopno prek: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (7. september 2015).
- Zabukovšek, Dorijan. 2013. *Pravni in etični vidik nujne medicinske pomoči*. Magistrsko delo. Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
- Zadavec, Jože. 1985. *Ljudsko zdravilstvo v Prekmurju*. Murska Sobota: Pomurska založba.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*. Ur. I RS 15/2008 (11. februar 2008).
- Zakon o pravilih cestnega prometa (ZPrCP)*. Ur. I. RS 109/2010 (30. december 2010).
- Zakon o Rdečem križu Slovenije*. Ur. I RS 7/1003 (4. februar 1993).

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3)*. Ur. l. RS 72/2006 (11. julij 2006).
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-UPB2)*. Ur. l. RS 23/2005 (10. marec 2005).
- Zakon o varnosti cestnega prometa*. Ur. l. SRS 17/1971 (19. maj 1971).
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1, 2011)*. Ur. l. RS 43/2011 (3. junij 2011).
- Zakon o varstvu pred naravnimi in drugimi nesrečami (ZVNDN-UPB1, 2006)*. Ur. l. RS 51/2006 (18. maj 2006).
- Zakon o varstvu pred utopitvami (ZVU-UPB1)*. Ur. l. RS 42/2007 (15. maj 2007).
- Zakon o voznikih (ZVoz)*. Ur. l. RS 109/2010 (30. december 2010).
- Zaletel, Kragelj, Eržen Ivan in Premik Marjan. 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
- Zanner, Robert, Wilhelm Dirk, Feussner Hubertus in Schneider Gerhard. 2007. Evaluation of M-AID, a first aid application for mobile phones. *Resuscitation* 74 (3): 487–494.
- Zavratnik, Martina. 2008. Za življenje! – brezplačni obnovitveni tečaji prve pomoči. V *Urgentna medicina*, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 247–248. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.
- Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. 2014. *Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije*. Ur. l. RS 52/2014 (11. julij 2014).
- Zdravniška zbornica Slovenije. 1992. *Kodeks medicinske deontologije Slovenije* (neuradno prečiščeno besedilo). Dostopno prek: <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386> (12. avgust 2015).
- Zdravstveni dom Ljubljana. 2013. *Stisni me močno*. Dostopno prek: http://www.zd-lj.si/zdlj/index.php?option=com_k2&view=itemlist&task=category&id=153:stisni-me-mocno.
- Zelko, Erika in Kocjančič Staša. 2009. Načela medikalizacije. V *Medikalizacija. Učno gradivo za 26. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*, ur. Zalika Klemenc-Ketiš, 7–12, Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Zideman, David, De Buck D.J., Singletary Eunice M., Pascal Cassan, Chalkias Athanasios F., Evans Thomas R., Hafner Christina M., Handley Anthony J., Meyran Daniel, Schunder-Tatzber Susanne, Vandekerckhove Philippe G. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 9. First Aid. *Resuscitation*. 95: 278–287.
- Zorman, Peter, Ahčan G. Uroš. 2006. Poškodbe sklepov. V *Prva pomoč – priročnik s praktičnimi primeri*, ur. Uroš Ahčan, 445–458. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.
- Zveza tabornikov Slovenije. 2005. *Statut zveze tabornikov Slovenije, nacionalne skavtske organizacije*. Dostopno prek: <http://www.taborniki.si/wp-content/uploads/2014/04/Statut-ZTS-.pdf> (13. avgust 2015).
- Žalec, Bojan. 2000. Posameznik v skupnosti, perspektive sodobne družbe. V *Nelagodna sodobnost*, Charles Taylor, 113–139. Ljubljana: Študentska založba.

Žmavc, Andrej. 2011. Predbolnišnično oživljanje v PHE Celje v 5-letnem obdobju 2005 – 2009 – prikaz rezultatov po UTSTEIN metodologiji. V *Urgentna medicina*, ur. Marko Gričar in Rajko Vajd, 185–191. Portorož: Slovensko združenje za urgentno medicino.

Žnidaršič, Ivica. 1984. *O začetkih in razvoju Rdečega križa pri nas*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

--- 1988. *Rdeči križ za humanizem, razvoj in mir*. Ljubljana: ČGP Delo.

12 STVARNO IN IMENSKO KAZALO

- Adam, 43, 85, 314, 323, 331
AED baza Slovenije, 107, 118, 120, 323
Ahčan, 21, 22, 88, 97, 111, 112, 146, 161, 162, 180, 186, 187, 217, 323, 324, 325, 327, 333, 334, 335, 338, 339
Ahil, 63
Aitchison, 65, 68, 69, 72, 73, 323
Al Mawed, 186, 323
alkohol, 73, 187
altruistični individualizem, 49
altruizem, 6, 26, 30, 31, 33, 47, 234, 244, 245, 298, 309
ambivalenca, 313
American Heart Association, 68, 69, 73, 323, 325, 331
analiza, 135, 144, 155, 156, 268, 270, 271, 273, 275, 276, 277, 278, 280, 281, 334, 336
anketni vprašalnik, 25, 132, 319
Antonovsky, 86
aplikacija prva pomoč, 235, 237, 326
Arber, 44
Armstrong, 106
Aspirin, 67
Attias-Donfut, 44
Augé, 20, 85
avtonomija, 40, 57
Axelsson, 23, 201, 323
Balažic, 27, 59, 61, 63, 81, 82, 104, 324
Barle, 85, 88, 90, 324
Baron, 23, 45, 53, 54, 283, 324
Barton, 71
Bauer, 40, 47, 324
Bauman, 33, 37, 38, 39, 40, 55, 324, 337
Baznik, 97, 99, 117, 182, 324, 327, 336
Beck, 19, 34, 35, 36, 37, 40, 43, 305, 324
Bengtson, 43
Bergant, 66, 324
Bergmann, 67
Bernik, 19, 33, 35, 324
Bilban, 95, 324
Bizjak, 30, 91, 98, 132, 162, 324
Bleuler, 313, 324
bolezen, 89, 95
Bolling, 100, 324
bolničar, 106, 114
bolnik, 6, 30, 91, 93, 95, 146, 147, 148, 156, 255, 269, 271, 273, 274, 275, 276, 277, 279, 280, 281, 284, 292, 294, 316
Borisov, 63, 64, 65, 67, 324
Bossaert, 27, 162, 242, 243, 308, 324, 327, 329, 332
Bošnjak, 107, 325
Bradley, 23, 325
brezbrižnost, 41, 45, 309
Brezovnik, 74, 104, 110, 325
Brumec, 63, 64, 65, 68, 70, 71, 325
Brunkhorst, 42, 43, 77, 325
Brvar, 74, 325
Casey, 139, 140, 141, 142, 330
Cassan, 27, 36, 54, 74, 82, 102, 116, 186, 188, 242, 325, 329, 331, 338, 339
Center za raziskovanje javnega mnenja, 130
Choking Charlie, 143
Christ, 243, 326
Chung, 63, 67, 71, 325, 331
Civilna zaščita, 21, 42, 113, 235, 240, 316, 337
civilnodružbene organizacije, 44
Comte, 48
Cooper, 64, 72, 74, 325
Crockett, 68, 325
Cummins, 96, 325
Černobil, 34
čustveno vzburjenje, 52
Čopić, 83, 325
dajalec prve pomoči, 20, 49, 82, 93, 103, 104, 217, 259, 267, 301, 315
Danu Filantropija, 117, 118
Darley, 23, 49, 51, 53, 54, 283
Das, 100, 325
Deisinger, 81, 325
dejavniki altruizma, 50
demografski podatki, 131, 134, 142, 359

Derganc, 20, 21, 93, 111, 113, 133, 181, 290, 325
 Descartes, 325, 314
 Deutsche Rettungsflugwacht, 118
 diferenciacija, 314
 diferenciranost, 40
 dobrodelnost, 44, 45
 Dolenc, 3, 22, 93, 97, 112, 132, 161, 162, 175, 178, 180, 183, 185, 243, 308, 325, 326, 331, 333
 Dornik, 73, 188, 326
 družbena solidarnost, 44
 družbena vrednota, 42, 44, 45
 državljani, 39
 Dunant, 67, 104, 326
 Duncan, 70
 Durkheim, 42, 313
 eCall, 184, 326
 egoistično vedenje, 40
 egoizem, 6, 31, 234, 250, 252, 304, 311
 Eisenberg, 36, 65, 69, 73, 326
 ekipe prve pomoči, 114
 ekonomizem, 314
 ekspanzija, 35, 314
 eksperiment, 26, 127, 129, 145, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 269, 271, 274, 279, 280, 281, 283, 319, 320, 363
 Elam, 72
 Elizej, 69
 Ellison, 87, 326
 empatija, 44
 Ertl, 243, 326
 Escarraga, 72
 Esmarch, 68, 327
 etična norma, 26, 47
 etika, 40, 55, 57, 61, 62, 327, 333, 335, 339
 European Council, 184, 326
 European Reference Centre for First Aid Education, 36
 European Resuscitation Council, 36, 324, 327, 332, 339
 Evropska komisija, 184, 326
 Fakulteta za zdravstvo, 119
 Field, 135, 326
 Fink, 22, 132, 162, 180, 308, 326, 335
 first treatment, 64
 Flash Eurobarometer, 184, 326
 Flere, 145, 326
 Fletcher, 136, 327
 fluidnost, 39
 fokusne skupine, 3, 25, 127, 129, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 157, 242, 243, 249, 258, 259, 264, 266, 267, 285, 289, 297, 298, 308, 315, 319, 320, 357, 360, 363
 Foucault, 77, 327
 Fournier, 316, 327
 Frankl, 58, 87, 327, 337
 Galen, 65
 Gasilska zveza Slovenije, 61, 327
 Global First Aid Reference Centre, 36, 328
 globalizacija, 35, 36, 336
 Globalni referenčni center, 37
 Gorjup, 99, 106, 329
 Gorska reševalna zveza Slovenije, 119, 327
 Gospodarsko razstavišče, 150
 Gradišek, 20, 54, 102, 181, 308, 327
 Habjan, 22, 97, 327
 Hafner, 22, 132, 327, 339
 Hall, 69
 Halsted, 67
 Handley, 27, 181, 327, 332, 339
 Haralambos, 22, 42, 47, 77, 82, 310, 311, 327
 Haug, 67, 327
 Haugk, 100, 327
 Herman, 185, 325, 327, 330, 331
 Hermreck, 68, 69, 72
 Herzenberg, 68, 327
 Hlebec, 43, 134, 139, 140, 141, 142, 328, 329, 332
 Hofman, 44
 Hofsted, 46
 Holborn, 22, 42, 47, 77, 82, 310, 311, 327
 Holger Nielsen, 69
 Homan, 64, 328, 329
 Horvat, 3, 111, 121, 328
 Hribar Sorčan, 46, 51, 328
 humanost, 30, 234, 244, 246, 298
 ignoranca, 234, 250, 252, 304
 iHELP, 119, 328
 individualizacija, 39, 40
 individualizem, 6, 31, 34, 38, 39, 49, 311, 313

informacijsko-komunikacijska
 tehnologija, 111, 112, 237, 239, 241,
 242, 289
 inkluzivna suverenost, 37
 instinkt, 244, 245, 246, 247, 298
 instrument, 132
 internalizacija, 30
 International Federation of Red Cross
 and Red Crescent Societies, 101,
 102, 158, 159, 328
 International Liaison Committee on
 Resuscitation, 36
 intervju, 129
 Issard, 37, 328
 izkušnja, 50, 67, 97, 126, 135, 139,
 142, 147, 149, 196, 244, 247, 262,
 263, 298, 303, 304, 357, 358, 361
 Izlakar, 22, 132, 328
 izpit, 78, 115, 158, 235, 236, 238, 239,
 240
 Jankovič, 96, 328
 Jogan, 19, 305, 328
 Jude, 72
 Kajba, 22, 98, 328
 Kalinšek, 63, 64, 67, 69, 328
 Kapš, 64, 65, 70, 328
 Karlin, 22, 108, 132, 328
 Kendrick, 100, 329
 Kešpert, 97, 99, 329
 Kirchner, 71
 Klemenčič, 139, 140, 141, 142, 329
 Kleva, 99, 329
 Klinični oddelek za otroško kirurgijo,
 118
 Kmetič, 217, 329
 Kocjančič, 88, 339
 Kočan, 98, 329
 kodeks, 60, 61, 65, 327, 329, 333, 334,
 339
 Kolarič, 2, 3, 44, 95, 107, 109, 161,
 307, 329, 360, 363
 Komisija za alpinizem, 60, 61, 329
 Komisija za nujno medicinsko pomoč,
 108, 329
 Komisija za preprečevanje korupcije,
 59, 329
 Komisija za medicinsko etiko, 146, 363
 komplet za prvo pomoč, 97, 138, 186,
 213, 214, 216, 230, 232, 300, 303,
 309, 336
 Konopka, 69
 Kordež, 108, 335, 336
 Koren, 106, 329
 Koster, 283, 327, 329, 332
 Košir, 64, 327, 329
 Košmelj, 136, 330
 Kouwenhoven, 72
 Kovač, 67, 96, 148, 171, 328, 333, 335
 Koželj in Strauss, 22
 Kragh, 65, 68, 73, 330
 kraj bivanja, 125, 126, 127, 130, 134,
 136, 167, 168, 171, 177, 191, 205,
 220, 221, 285, 307
 kriza vrednot, 61
 Krueger, 139, 140, 141, 142, 330
 kultura narcisizma, 40
 kulturni konservativizem, 41
 Kumar, 313
 Kurdija, 130, 330, 337
 Laerdal, 73
 Laharnar, 22, 97, 132, 181, 185, 330
 LaHood, 68, 69, 72, 330
 laik, 20, 22, 69, 76, 98, 105, 107, 240,
 260
 Larrey, 68, 69
 Larsen, 100, 332
 Larsson, 100, 330
 Lasch, 40, 41, 330, 332
 Latané, 23, 49, 51, 53, 54, 283, 330
 Lavrič, 102, 103, 330
 Leardal, 143
 Lehro, 91
 Lešnik, 22, 97, 121, 328, 330
 liberalizem, 57
 Likert, 134
 Lingard, 92, 100, 330
 Lister, 67
 ljudska pomoč, 64
 Lobe, 127, 319, 331
 Low, 243, 331, 334
 Lynch, 71, 100, 330
 MacIntyre, 57, 58
 Magner, 63, 65, 331
 Mali, 305, 331
 Markenson, 71, 325, 331
 Marušič, 85, 331
 medicina, 63, 70, 71, 72, 75, 84, 85,
 88, 89, 104, 106, 317, 321, 324, 327,
 328, 329, 330, 331, 333, 334, 335,
 336, 337, 338, 339, 340

medikalizacija, 27, 88, 339
 Medja, 98, 132, 183, 184, 185, 335
 mednarodno sodelovanje, 37
 Mercina, 43, 44, 331
 Mesec, 23, 144, 187, 331
 metoda anketiranja, 25, 127, 319, 363
 metodologija, 130, 328
 migrant, 51
 Milčinski, 57, 58, 59, 60, 61, 67, 113, 115, 331
 Milgram, 52, 58, 331
 mobilna aplikacija, 111, 243
 model stroškov in nagrade, 52
 moderna družba, 66
 modernizacija, 35, 67, 324
 Moecke, 71
 Mohor, 96, 108, 331
 moralna dolžnost, 6, 26, 29, 123
 moralno dejanje, 55, 315
 motivacija, 133, 361
 Musek, 30, 45, 46, 47, 50, 57, 58, 61, 331
 Nacionalni inštitut za javno zdravje, 19, 332
 narcisizem, 6, 31, 38, 40, 41, 311, 313
 nastopaštvo, 234, 244, 246, 298
 National Aid, 64
 negotovost, 41, 254, 257, 304, 313, 315
 neodložljivi ukrepi, 28, 125, 292, 308
 Neuber, 67
 nezgoda, 248
 neznanje, 105, 250, 254, 257, 304
 Nichol, 108, 332
 Nida, 23, 330
 Nieznanowska, 65, 69, 332
 nujna medicinska pomoč, 19, 20, 21, 105, 108, 152, 154, 171, 181, 183, 185, 274, 283, 290, 301, 308, 331
 Nolan, 27, 44, 54, 93, 96, 104, 107, 108, 181, 324, 331, 332
 normativni pritisk, 307
 oblike altruizma, 48
 obnavljanje znanja, 99, 160, 162, 236, 237, 240, 241, 242, 289, 307, 311, 313, 317
 odgovornost, 3, 42, 48, 51, 52, 54, 58, 62, 70, 78, 80, 109, 244, 245, 246, 248, 260, 261, 298, 314
 odložljivi ukrepi, 28, 125, 292, 308, 313
 Komisija za nujno medicinsko pomoč, 105
 omrzlina, 188
 organska solidarnost, 42
 osnovna vrednota, 46
 otroški bazar, 147, 150, 332
 Oyama, 43
 Pahor, 95, 123, 328, 332
 Palsgaard Møller, 23, 104, 332
 paradoks, 85, 171, 306
 Pariška akademija znanosti, 69
 Parnell, 100, 332
 Parsons, 43, 47, 85, 95, 313
 Pearn, 64, 305, 332
 Perkins, 54, 102, 181, 308, 324, 327, 331, 332
 Pesjak, 107, 332
 Pestoff, 109
 Petek, 86, 332
 Petrovec, 23, 215, 333
 Pevc Rozman, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 333
 Pierre, 89
 Piliavin, 52
 Pirc, 30, 44, 48, 325, 328, 333
 Pivec, 59, 63, 325, 333
 Planinska zveza Slovenije, 60, 61, 161, 333
 Plavšak, 80, 333
 Ploj, 67, 333
 pluralizem, 56
 Plut, 180, 187, 308, 335
 Podbregar - Berginc, 22, 98, 328
 podeželje, 125, 126, 130, 131, 136, 147, 168, 177, 359
 pogum, 23, 234, 244, 247, 267, 268, 297, 298
 Poj, 148
 poklic, 125, 126, 127, 198, 200, 214
 Polzelnik, 51, 333
 posestniški individualizem, 49
 postopek uteževanja, 25, 130
 pozabljanje, 254, 304
 poznomoderna družba, 33
 prelaganje odgovornosti, 106, 234, 251, 255, 258, 305, 313
 preživetveni nagon, 41
 Priolcar, 63, 64, 67, 71, 75, 333
 Prosen, 108, 327, 333
 prosocialno vedenje, 45

protokol, 146, 147
 prvi posredovalec, 21, 108, 171, 308, 318, 333, 335
 psihosocialna oskrba, 102, 330
 racionalizem, 314, 315
 Rajapakse, 22, 97, 98, 101, 107, 108, 159, 162, 180, 182, 183, 308, 323, 333, 334
 Ramovš, 45, 58, 87, 334, 337
 Rataj, 108, 162, 335
 raziskovalni načrt, 25, 127
 razkuževanje, 137, 188
 razvoj medicine, 70, 75
 Rdeči križ, 21, 70, 78, 79, 110, 111, 115, 116, 117, 150, 151, 160, 162, 307, 323, 324, 325, 326, 327, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340
 reflektirani individualizem, 49
 regija, 125, 126, 193, 198, 309, 336
 Regijski center za obveščanje, 149,
 relativizem, 56
 Resusci Anne Basic, 143
 Return of spontaneous circulation, 99
 Ribiška zveza Slovenije, 61, 334
 RKS, 21, 82, 112, 113, 114, 115, 147, 150, 151, 152, 158, 160, 162, 163, 273, 335
 Robbins, 63, 70, 71, 334
 Rok Simon, 90, 92, 93, 96, 305, 334
 Röntgen, 68
 Ros, 88
 Rožanec, 188
 Rus, 24, 30, 129, 309, 322, 334
 Sabol, 108, 334
 Safar, 72, 73
 samoocena znanja, 125, 126, 127, 137
 samopomoč, 40, 45, 65, 91, 109, 110, 141
 Sarac, 100, 334
 Sasson, 23, 334
 Schiff, 68
 Schimmelbusch, 67
 Scott, 23, 44, 48, 51, 52, 283, 334
 Sefrin, 71
 Seglow, 23, 44, 48, 51, 52, 283, 334
 Selič, 85, 334
 Sharon, 100, 337
 Shepherd, 64, 70
 Silvester, 69
 Simončič, 159, 335
 Singer, 55, 57, 331, 335
 sistem varstva pred naravnimi in drugimi nesrečami, 114
 Skela Savič, 98, 335
 Skuhala, 98, 335
 skupno dobro, 39, 42, 77
 skupnost, 41, 42, 51, 144, 147, 330
 Slabe, 1, 2, 22, 30, 37, 43, 75, 91, 96, 97, 98, 108, 114, 132, 146, 156, 161, 162, 171, 180, 183, 184, 185, 186, 187, 201, 217, 283, 308, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 335, 336, 357, 358, 360, 363
 Slemenik Pušnik, 107, 335
 slovensko javno mnenje, 24, 129, 336, 337
 smotrno-racionalno delovanje, 315
 socializacija, 30, 47
 socialni individualizem, 49
 sočutje, 52, 234, 244, 245, 246, 247, 298
 sodelovanje, 3, 6, 43, 49, 51, 71, 93, 114, 119, 140, 141, 142, 143, 147, 148, 357, 358, 360, 364
 Solferino, 104
 solidarnost, 6, 19, 26, 29, 31, 33, 42, 43, 44, 45, 49, 77, 109, 244, 246, 309, 325, 326, 328, 329, 337
 spodbujevalni dejavniki, 138, 243, 244
 spol, 125, 126, 127, 130, 134, 136, 165, 168, 179, 189, 199, 203, 218, 307, 309
 spontani altruizem, 26, 49
 Srakar, 136, 336
 Sruk, 30, 46, 47, 48, 55, 58, 62, 94, 335
 Stanič, 96, 335
 starost, 25, 125, 126, 127, 130, 134, 136, 141, 145, 166, 170, 179, 190, 204, 220, 233, 307, 338
 Statistični urad, 147, 334
 statistično značilne razlike, 136, 200, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 214, 221, 223, 224, 226, 227, 230
 stopnja izobrazbe, 125, 126
 strah, 28, 126, 215, 260, 301, 303, 304, 305
 Strand, 108
 stratificirani vzorec, 130
 Stres, 56, 57, 58, 335

Strnad, 162, 335
 strokovna javnost, 22
 Strokovni center za prvo pomoč, 113
 Strokovni svet RS za splošno
 izobraževanje, 160, 336
 Stropnik, 136, 336
 Svetina, 103
 Svetličič, 35, 36, 336
 Sveto pismo, 63, 336
 Svetovna zdravstvena organizacija, 85,
 86
 Sztompka, 33, 313, 336
 Šešerko, 129, 309, 336
 Škarja, 116, 336
 Škufca Sterle, 97, 99, 117, 182, 336
 Šmon, 108, 336
 Špan, 187, 323
 Štebe, 130, 330
 Šterbenc, 22, 97, 132, 171, 181, 186,
 217, 336
 Šutanovac, 43, 156, 187, 323, 335,
 336
 Taylor, 38, 39, 40, 56, 58, 306, 314,
 331, 336, 339
 tečaj, 71, 97, 99, 114, 117, 120, 175,
 235, 237, 238, 239, 241, 243, 288,
 290, 308, 352, 361
 telefonska anketa, 5, 129, 132, 135,
 289, 320, 330
 Telekom Slovenije, 134
 Temnik, 85, 331
 Thomae, 91
 Tišler, 116, 336
 Tossach, 69
 Toš, 24, 30, 129, 309, 322, 334, 336
 Tracy, 100, 337
 transport, 21, 63, 133
 tretji sektor, 109
 triangulacija, 25, 128, 363
 triaža, 67
 Troha, 313, 337
 Trstenjak, 87, 337
 Tušnovc, 103
 tveganje, 6, 19, 24, 26, 33, 34, 35, 36,
 38, 82, 148, 263, 301
 učinek opazovalca, 51
 učinek protišoka, 246, 298
 ugriz, 73, 74, 188
 Ulčar, 3, 110, 111, 112, 113, 114, 115,
 337
 Ule, 3, 20, 23, 24, 27, 30, 41, 44, 45,
 47, 49, 50, 58, 59, 63, 64, 65, 66, 67,
 70, 71, 75, 85, 88, 89, 90, 91, 93, 95,
 106, 107, 178, 201, 305, 306, 311,
 321, 332, 337
 uniformiranost, 42
 unitarnost, 39
 Uprava RS za zaščito in reševanje,
 119, 151, 147, 337
 Uray, 100
 Uršič, 39, 40, 41, 62, 337
 usposabljanje, 25, 68, 70, 79, 100,
 101, 113, 114, 121, 124, 125, 128,
 133, 135, 137, 151, 157, 158, 159,
 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172,
 173, 174, 175, 176, 177, 178, 235,
 238, 240, 242, 285, 286, 287, 288,
 289, 307, 318, 361
 Ustanova Danu filantropija, 337
 Valenta, 64, 337
 validacija, 156
 Valvasor, 65, 337
 Van de Velde, 27, 54, 100, 102, 325,
 337, 338
 Velikonja, 119, 331, 338
 veriga preživetja, 93, 96, 104, 283, 291
 vernost, 125, 126, 134, 137, 174, 198,
 210, 227
 vest, 58, 61, 244, 245, 248
 video, 26, 112, 139, 155, 156, 243,
 289, 310, 364
 Vidmar, 118
 višina dohodka, 125, 126, 127, 134,
 131, 136, 168, 172, 193, 194, 208,
 225, 307
 Vlada Republike Slovenije, 79, 82,
 159, 338
 Vlahovič, 21, 36, 181, 338
 Voljč, 89, 338
 vozniško dovoljenje, 5, 101, 125, 126,
 127, 131, 159, 165, 175, 177, 197,
 201, 207, 214, 215, 216, 223, 288,
 293, 297, 300, 301, 303, 307, 355,
 359
 vpliv pasivnih opazovalcev, 255, 257,
 263, 305
 vrednotni sistem, 45
 vrlina, 58
 vzorec, 130
 Waddington, 63, 72, 338

Weber, 313, 314
 Welling, 73, 338
 Willis, 100, 338
 Wunderlich, 67
 Zabukovšek, 83, 338
 Zadravec, 19, 65, 75, 338
 Zaletel Kragelj, 84, 86, 88, 90, 92, 96
 Zanner, 243, 339
 zaposlitev, 125, 132, 172, 173, 287, 307, 309
 zaviralni dejavniki, 25, 31, 50, 51, 127, 138, 233, 249, 250, 251, 358, 262
 Zavod RS za šolstvo, 160, 161
 Zavratnik, 120, 339
 Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 60, 339
 zdravje, 52, 64, 70, 75, 78, 80, 81, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 95, 106, 109, 116, 122, 161, 239, 301, 325, 327, 331, 335, 339, 360
 Zdravniška zbornica Slovenije, 60, 329, 339
 zdravstveni delavci, 59, 96, 97, 106, 117, 134, 154, 155, 182, 197, 202, 209, 214, 215, 226, 281, 282, 298, 300, 301
 zdravstveni dom, 117, 339
 Združenje medicine dela, prometa in športa, 118
 Zelko, 88, 339
 Zideman, 20, 102, 324, 332, 339
 znanje, 5, 22, 25, 28, 54, 59, 66, 90, 99, 100, 107, 108, 112, 116, 125, 133, 137, 151, 153, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 169, 171, 174, 178, 179, 180, 187, 201, 202, 211, 214, 215, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 263, 287, 288, 289, 290, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 302, 305, 310, 313, 315, 320, 326, 328, 335, 361
 Zola, 107
 Zoll, 73
 Zorman, 186, 339
 Zveza tabornikov Slovenije, 61, 339
 Žalec, 311, 339
 Žensko društvo za pomoč ranjenim, 70
 Žmavc, 99, 340
 Žnidaršič, 67, 70, 72, 111, 324, 340

13 PRILOGE

Priloga A: Vprašalnik raziskave

September 2012

POZDRAVLJENI, IME MI JE, KLIČEM IZ OPRAVLJAMO RAZISKAVO O ODNOSU SLOVENK IN SLOVENCEV DO DAJANJA PRVE POMOČI. RAČUNALNIK JE NAKLJUČNO IZBRAL TUDI VAŠO TELEFONSKO ŠTEVILKO, ZATO BI SE RAD(A) POGOVORIL(A) S POLNOLETNO OSEBO V VAŠI DRUŽINI/VAŠEM GOSPODINJSTVU, KI JE IMELA ZADNJA ROJSTNI DAN. ANKETA JE ANONIMNA, REZULTATI PA BODO PRIKAZANI SAMO V ZBIRNI OBLIKI.

- ☞ 1 ne želi odgovarjati
- ☞ 2 odgovarja / se preskoči

POZDRAVLJENI. VI STE POLNOLETNA OSEBA V VAŠI DRUŽINI/VAŠEM GOSPODINJSTVU, KI JE IMELA ZADNJA ROJSTNI DAN. PROSIM VAS, DA ODGOVORITE NA NEKAJ VPRAŠANJ V ZVEZI S PRVO POMOČJO.

- ☞ 1 ne želi odgovarjati
- ☞ 2 odgovarja / se preskoči

-
1. **NAJPREJ NAS ZANIMA NASLEDNJE. DENIMO, DA BI SE ZNAŠLI V SITUACIJI, KO BI NEKDO ZUNAJ NA ULICI POTREBOVAL PRVO POMOČ. ALI BI JO VI BILI PRIPRAVLJENI NUDITI ALI, BI TO RAJE PREPUSTILI DRUGIM?**
- 1- bi dal
 - 2- bi raje prepustil drugim
 - 3- ne vem, b. o.

2. **ALI STE SE SAMI V PRETEKLOSTI KDAJ IZOBRAŽEVALI ALI PA KAKORKOLI DRUGAČE PRIDOBILI ZNANJA IZ NUDENJA PRVE POMOČI?**

1-	da, sem	
2-	ne, nisem	
3-	ne vem, b. o	

Na vprašanja 3 do 8A odgovarjajo tisti, ki so se v preteklosti izobraževali;

3. PROSIM, POVEJTE, KJE VSE STE PRIDOBILI ZNANJE S PODROČJA PRVE POMOČI.

Seštevek več navedb:

1-	V ČASU ŠOLANJA	
2-	NA TEČAJU ZA VOZNIKE MOTORNIH VOZIL	
3-	V SLUŽBI(NPR. TEČAJ VARSTVA PRI DELU, IPD)	
4-	V DRUŠTVU, KATEREGA ČLAN STE ALI STE BILI (GASILCI, GORSKI REŠEVALCI, PLANINSKO DRUŠTVO, CIVILNA ZAŠČITA, TABORNIKI/SKAVTI IPD.)	
5-	V VOJSKI	
6-	NA POSEBNIH TEČAJIH	
7-	drugo	

4. KOLIKO LET JE MINILO OD VAŠEGA ZADNJEGA USPOSABLJANJA ZA PRVO POMOČ?

1-	1 LETO ALI MANJ	
2-	MED 2 IN 5 LET	
3-	MED 5 IN 10 LET	
4-	VEČ KOT 10 LET	
5-	ne vem, b. o.	

5. ALI SE SPOMNITE Približno koliko ur je trajalo to vaše usposabljanje ali tečaj?

1-	MANJ KOT 5 UR	
2-	MED 5 IN 10 UR	
3-	MED 10 IN 20 UR	
4-	VEČ KOT 20 UR	
5-	ne vem, b. o.	

6. ALI JE TEČAJ OBSEGAL ...?

1-	SAMO TEORETIČNI DEL,	
2-	SAMO PRAKTIČNI DEL, ALI	
3-	OBOJE	
4-	ne vem, b. o.	

7. KAJ JE BIL RAZLOG, DA STE SE UDELEŽILI TEČAJA PRVE POMOČI? ALI ZATO, KER JE BILA UDELEŽBA OBVEZNA (NPR. SLUŽBA, VOZNIŠKI IZPIT, VOJSKA IPD.), ALI STE SE TEČAJA UDELEŽILI POVSSEM PROSTOVOLJNO, KER STE PAČ ŽELELI PRIDOBITI TOVRSTNA ZNANJA?

1-	obvezno	
2-	prostovoljno	
3-	ne vem, b. o.	

8A. ALI ZASE MENITE, DA BI MORALI OBNOVITI SVOJE ZNANJE PRVE POMOČI?

1-	da	
2-	ne	
3-	ne vem, b. o.	

Na vprašanje 8B odgovarjajo tisti, ki v preteklosti niso pridobili znanja iz prve pomoči.

8B. ALI ZASE MENITE, DA BI MORALI PRIDOBITI ZNANJE PRVE POMOČI?

1-	da	
----	----	--

2-	ne	
3-	ne vem, b. o.	

Odgovarjajo tisti, ki so na vprašanji 8A ali 8B odgovorili »da«.

9. KAJ JE POGLAVITNI RAZLOG, DA ŠE NISTE OBNOVILI SVOJEGA ZNANJA PRVE POMOČI?

1-	DENAR (tečaj ni poceni)	
2-	ČAS (imam premalo časa)	
3-	KER NI PONUDBE ZA TAKE TEČAJE	
4-	KER SE NE ČUTITE SPOSOBENE ZA SODELOVANJE NA TEČAJU	
5-	KER ME STVAR TRENUTNO NE ZANIMA	
6-	ne vem, b. o.	

10. ALI STE V SVOJEM ŽIVLJENJU IMELI KAKRŠNOKOLI IZKUŠNJO Z NUDENJEM PRVE POMOČI, BODISI DA STE JO NUDILI VI, ALI PA JE KDO POMAGAL VAM?

1-	da, imel	
2-	ne, ni imel	
3-	ne vem, b. o.	

Na vprašanje 11 odgovarjajo tisti, ki so imeli izkušnjo z nudenjem prve pomoči; n=461.

11. CENITO TO SVOJO IZKUŠNJO Z LESTVICO OD 1 DO 5, PRI ČEMER 1- POMENI NEGATIVNO

IZKUŠNJO, 5- PA POZITIVNO IZKUŠNJO.

1-	negativna izkušnja	
2-	2	
3-	niti – niti	
4-	3	
5-	pozitivna izkušnja	
6-	ne vem, b. o.	
	povprečje:	

12. PROSIM VAS, DA Z LESTVICO OD 0 DO 10 OCENITE SVOJE ZNANJE PRVE POMOČI, KI JE LAHKO BODISI TEORETIČNO, BODISI PRAKTIČNO, PRI ČEMER 0- POMENI, DA TEGA ZNANJA

SPLOH NIMATE, 10- PA, DA ZELO DOBRO OBVLADATE PRVO POMOČ.

čisto nič											odlič no	ne vem, b. o. 99
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

13. PRI KATERIH OD NAŠTETIH PRIMEROV BI PRI NUDENJU PRVE POMOČI UPORABILI ŽGANJE?

		da	ne	ne vem, b. o.
A.	ZA RAZKUŽEVANJE RAN			
B.	ZA ZMANJŠANJE BOLEČIN PRI POŠKODBAH			
C.	ZA POMIRITEV PONESREČENCA			
D.	ZA OBKLADEK			
E.	PRI ŽELODČNIH TEŽAVAH			

14. KAJ OD NAŠTETEGA BI NAREDILI NAJPREJ, ČE BI SE PRED VAŠIMI OČMI NEKDO ZGRUDIL IN

NEGIBNO OBLEŽAL NA TLEH?

1-	POKLICAL BI NUJNO MEDICINSKO POMOČ	
2-	PREVERIL BI, ALI SE ODZIVA	
3-	PREVERIL BI, ČE IMA SRČNI UTRIP	
4-	NAMESTIL BI GA V POLOŽAJ ZA NEZAVESTNEGA	
5-	ne vem, b. o.	

15. KAJ MENITE, KAKŠNO JE PRAVILNO RAZMERJE MASAŽE SRCA IN UMETNEGA DIHANJA PRI

ODRASLEM ČLOVEKU?

1-	5 MASAŽ SRCA NA 1 VPIH	
2-	15 MASAŽ SRCA NA 2 VPIHA	
3-	30 MASAŽ SRCA NA 2 VPIHA	
4-	ne vem, b. o.	

16. PROSIM, DA NA NASLEDNIJH NEKAJ TRDITEV ODGOVORITE Z 'DA', ČE MENITE, DA JE TRDITEV PRAVILNA, IN Z 'NE', ČE MENITE, DA JE TRDITEV NAPAČNA.

	da	ne	ne vem, b. o.
A. HUDO KRVAVITEV LAHKO ZAUSTAVIMO TAKO, DA PRITISNEMO NA KRVAVEČO RANO.			
B. AMPUTIRANEGA DELA (NPR. PRSTA) NIKOLI NE DAMO NA LED.			
C. OPEKLINSKO RANO ČIM PREJ NAMAŽEMO Z MAZILOM.			
D. V KOMPLETU ZA PRVO POMOČ V AVTU SO TUDI ROKAVICE.			
E. PRI POŠKODBAH KOSTI IN SKLEPOV NAJ POŠKODOVANI NE JE IN NE PIJE PRED PREGLEDOM PRI ZDRAVNIKU.			
F. BOLNIKA S SUMOM NA ZLOM KOLKA ČIM PREJ SAMI ODPELJIMO V NAJBLIŽJO ZDRAVSTVENO USTANOVO.			
G. ČE SE MED KOSILOM KOMU ZALETI IN ZAČNE MOČNO KAŠLJATI, GA MORAMO SPODBUJATI, DA ŠE NAPREJ KAŠLJA.			

17. KATERO TELEFONSKO ŠTEVILKO BI POKLICALI, ČE BI POTREBOVALI NUJNO MEDICINSKO

POMOČ V SLOVENIJI? (na priklic)

1-	112	
2-	113	
3-	drugo	
4-	ne vem, b. o.	

18. KATERA PA JE SKUPNA EVROPSKA TELEFONSKA ŠTEVILKA ZA KLIC V SILI?

1-	112	
2-	drugo	
3-	ne vem, b. o.	

19. NAVEDLI VAM BOMO NEKAJ TRDITEV V ZVEZI Z NUDENJEM PRVE POMOČI DRUGI OSEBI. S POMOČJO LESTVICE OD 1 DO 5 ZA VSAKO TRDITEV POVEJTE KOLIKO DRŽI. 1- POMENI, DA TRDITEV SPLOH NE DRŽI, 5 PA, DA POVSEM DRŽI.

	sploh ne drži					povsem drži	ne vem, b. o.
	1	2	3	4	5		
A. ČUTIM SE MORALNO DOLŽNEGA POMAGATI POŠKODOVANEMU.							
B. POMAGAL BI, KER SE MI ČLOVEK SMILI.							
C. POMAGAL BI, KER MI TO NALAGA ZAKONODAJA.							
D. KDOR ZNA POMAGATI, JE OBČUDOVANJA VREDEN.							
E. VERJAMEM, DA BI TUDI MENI KDO POMAGAL, ČE BI POTREBOVAL POMOČ.							

20. NAVEDLI VAM BOMO NEKAJ RAZLOGOV, ZAKAJ NEKDO NE BI NUDIL PRVE POMOČI. PONOVRNO S POMOČJO LESTVICE OD 1 DO 5 ZA VSAK RAZLOG (ALI TRDITEV) POVEJTE, KOLIKO DRŽI.

	sploh ne drži					povsem drži	ne vem, b. o.
	1	2	3	4	5		
A. MED NUDENJEM PRVE POMOČI SE ČLOVEK LAHKO OKUŽI.							
B. BOJIM SE, DA BOM S SVOJIM RAVNANJEM POŠKODOVANCU ŠKODOVAL.							
C. SPRAŠUJEM SE, KDO MI BO POVRNIL PORABLJEN MATERIAL IZ KOMPLETA ZA PRVO POMOČ.							
D. PREPRIČAN SEM, DA ZNAJO DRUGI BOLJE NUDITI PRVO POMOČ KOT JAZ.							
E. ŽE OB POGLEDU NA SLIKO RANE SE NE POČUTIM DOBRO.							
F. BOJIM SE, DA ME LAHKO POŠKODOVANI KASNEJE TOŽI.							
G. SKRBI ME, KAKO BODO DRUGI OCENILI MOJO POMOČ.							

21. NAVEDLI VAM BOMO RAZLIČNE MOŽNOSTI, KAKO LAHKO POSAMEZNIK IZBOLJŠA SVOJE ZNANJE PRVE POMOČI. ZA VSAKO OD NJIH POVEJTE, ALI ZA VAS DRŽI ALI NE DRŽI.

	da	ne	ne vem, b. o.
A. UDELEŽIL BI SE TEČAJA PRVE POMOČI, ČE BI ME LE KDO OBVESTILI, KDAJ IN KJE BO TEČAJ.			
B. UDELEŽIL BI SE TEČAJA PRVE POMOČI, ČE BI BIL ZASTONJ.			
C. UDELEŽIL BI SE TEČAJA, TUDI ČE BI MORAL ZA TO NAMENITI SVOJ PROSTI ČAS.			
D. ZNAM POISKATI INFORMACIJE O NAPOTKIH ZA PRVO POMOČ NA INTERNETU.			
E. RAJE KOT NA INTERNETU BI NAPOTKE ZA PRVO POMOČ ISKAL V PRIROČNIKU.			

DEMOGRAFIJA

1. ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE?

1-	da	
2-	ne	

2. STAROST:

1-	do 30 let	
2-	31 do 45 let	
3-	46 do 60 let	
4-	61 let in več	

3. IZOBRAZBA

1-	OSNOVNA	
2-	POKLICNA	
3-	SREDNJA	
4-	VIŠJA, VISOKA	

4. KRAJ BIVANJA

1-	PODEŽELJE	
2-	MANJŠI KRAJ ALI MESTO	
3-	VEČJE MESTO	
4-	LJUBLJANA, MARIBOR	

5. KAM BI UVRSTILI SEBE OZ. SVOJO DRUŽINO GLEDE VIŠINE DOHODKA?

1-	POD POVPREČJEM	
2-	V POVPREČJE	
3-	NAD POVPREČJEM	
4-	ne vem, b. o.	

6. ZAPOSLENOST

1-	ZAPOSLEN V GOSPODARSTVU	
2-	ZAPOSLEN V NEGOSPODARSTVU	
3-	SAMOZAPOSLEN	
4-	KMET	
5-	GOSPODINJA	
6-	UPOKOJENEC	
7-	ŠTUDENT, DIJAK	
8-	BREZPOSELN	
9-	DRUGO	

7. ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC?

1-	da	
2-	ne	

8. VERNOST

1-	sem veren	
2-	nisem veren	
3-	nekaj vmes	
4-	ne vem, b. o.	

10. SPOL

1-	moški	
2-	ženski	

11. ANKETIRANEC JE MED INTERVJUJEM POKAZAL ...

1-	veliko zanimanje	
2-	delno zanimanje	
3-	minimalno zanimanje	

Priloga B: Povabilo za sodelovanje v fokusni skupini in osnovne informacije za preiskovance

Spoštovani,

v okviru doktorskega študija na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani pripravljam doktorsko disertacijo z naslovom **Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi**, v kateri bom poglobljeno obravnaval različne dejavnike, ki vplivajo na pripravljenost ljudi za dajanje prve pomoči.

Vljudno vas prosim za sodelovanje v delu raziskave, v katerem sem predvidel po eno srečanje devet fokusnih skupin.

Vaše izkušnje in mnenja o obravnavani tematiki so zelo dragocene, zato močno upam, da si boste lahko vzeli nekaj svojega prostega časa za pogovor v skupini ter tako pridobili zanimivo izkušnjo, spoznali mnenja drugih sodelujočih in tako postali del zanimive raziskave.

V posamezni fokusni skupini bo predvidoma sodelovalo 6 - 8 udeležencev, ki se bodo sproščeno pogovarjali o različnih vidikih prve pomoči. Z izjemo izhodiščnih vprašanj, pogovor ni strukturiran, ampak bo potekal kot diskusija med sodelujočimi. Pogovor, ki bo trajal največ 1 uro, bom posnel s kamero in z diktafonom, zbrane podatke pa bom uporabil izključno v raziskovalne namene. Pred začetkom fokusne skupine boste naprošeni za podpis soglasja za sodelovanje v raziskavi. V kolikor boste želeli, boste lahko po zaključku pogovora prisostvovali krajšemu prikazu temeljnih postopkov oživljanja z možnosti vadbe na modelu.

Srečanje bo predvidoma potekalo v/na dne s pričetkom ob uri, točno lokacijo in termin izvedbe, pa vam bom v primeru vašega pristanka, naknadno še enkrat potrdil.

Vljudno vabljeni, da mi do na spodnji elektronski naslov oz. telefon sporočite, ali se boste pogovora v fokusni skupini lahko udeležili ali ne.

Z lepimi pozdravi,

Damjan Slabe

e-naslov: damjan.slabe@zf.uni-lj.si

telefon: 01/ 300 11 00

Priloga C: Dodatne informacije za sodelujoče v fokusni skupini

Spoštovani,

najprej se vam prav lepo zahvaljujem za vašo pripravljenost na sodelovanje v pogovoru fokusne skupine, ki bo obravnavala različne vidike, ki vplivajo na pripravnost ljudi za dajanje prve pomoči.

Pogovor bo potekal dne s pričetkom oburi v/na

Kot sem napisal v prvem povabilu, je izpeljava srečanja fokusne skupine del študije v okviru doktorske disertacije z naslovom **Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi**. S pogovori v fokusnih skupinah želim vsestransko osvetliti in pridobiti poglobljen vpogled, vaša mnenja ter opredelitve o obravnavani temi.

Pogovor bo potekal po izhodiščnih vprašanjih, ki sem jih pripravil. Vprašanj vam ne pošiljam vnaprej, saj ne želim vplivati na vaše razmišljanje in razpravo, predhodno zanje pa ni pomembno. Glede na svoje izkušnje ter mnenja boste ob vprašanjih nedvomno povedali veliko zanimivega in pomembnega za raziskavo.

Predlagane teme oz. izhodišča pogovora v fokusni skupini so:

- izkušnje s prvo pomočjo
- spodbujevalni dejavniki za dajanje prve pomoči
- zaviralni dejavniki za dajanje prve pomoči
- opredelitev do usposabljanja o prvi pomoči.

Predvidevam, da bo pogovor trajal največ eno uro. Pred začetkom boste naprošeni za podpis soglasja za sodelovanje v raziskavi.

Ponovno vas bi rad obvestil, da bom pogovor snemal, ker želim, da se vse misli in mnenja zapišejo. Posnetke bom ob koncu raziskave zbrisal. Zapise bom uporabil izključno v raziskovalne namene, pri navedbah pa bom upoštevala etična načela in jih uporabil brez identifikacijskih podatkov, s čimer bom zagotovil neprepoznavnost sodelujočih. Vljudno vas prsim, da ste točni.

V primeru, da se iz kakršnegakoli razloga pogovora ne boste mogli udeležiti ali če imate še kakšno dodatno vprašanje, vas prosim, da me obvestite po elektronski pošti (damjan.slabeb@zf.uni-lj.si) ali telefonu (01/ 300 11 00).

Veselim se srečanja z vami in zanimive razprave, saj resnično verjamem, da boste s svojimi edinstvenimi izkušnjami in mnenji obogatili skupna razmišljanja in pogovor ter pomembno prispevali k raziskavi.

Za vaš čas in sodelovanje se vam vnaprej prav lepo zahvaljujem.

Z lepimi pozdravi,

Damjan Slabe

Priloga Č: Demografski podatki o udeležencih

OZNAKA FS: FS/A1 FS/A2 FS/A3
 FS/B1 FS/B2 FS/B3
 FS/C1 FS/C2 FS/C3

Datum:

Ime: _____

I ŠIFRA UD: I____I____I

Da bi lahko značilnosti udeležencev povezali z odgovori na srečanju fokusne skupine, vas prosimo, da izpolnite vprašalnik z navedenimi demografskimi podatki (obkrožite ali vpišite ustrezní odgovor).

1. STAROST: I____I let	3. IZOBRAZBA
2. SPOL: Ž M	a. osnovna b. poklicna c. srednja d. višja, visoka, e. magisterij, doktorat znanosti
4. KRAJ BIVANJA a. podeželje b. manjši kraj ali mesto c. večje mesto d. Ljubljana, Maribor	5. ALI IMATE VOZNIŠKO DOVOLJENJE? a. da b. ne
6. ZAPOSLENOST a. zaposlen v gospodarstvu b. zaposlen v negospodarstvu c. samozaposlen d. kmet e. gospodinja f. upokojenec g. dijak/študent h. brezposeln i. drugo	7. ALI STE ZDRAVSTVENI DELAVEC? a. da b. ne

Priloga D: Soglasje udeleženca fokusne skupine za prostovoljno sodelovanje v raziskavi

Vodja in izvajalec raziskave: mag. Damjan Slabe, Katedra za javno zdravje, Zdravstvena fakulteta UL

e-mail: damjan.slabe@zf.uni-lj.si
telefon: 01/ 300 11 00

Mentorica: prof. dr. Zinka Kolarič, Fakulteta za družbene vede UL

Prosim vas, da natančno preberete »Soglasje udeleženca za prostovoljno sodelovanje v raziskavi«.

Spodaj podpisani _____ potrjujem, da:

sem prebral(a) in razumem podane informacije za udeležence fokusnih skupin (preiskovance), ki pojasnjuje cilj in potek raziskave in so navedene v povabilu k sodelovanju,

- sem imel(a) na voljo potreben časa za razmislek o svojem prostovoljnem sodelovanju v raziskavi,
- sem seznanjen s pravico, da lahko kadarkoli odstopim od raziskave, kar pomeni, da ne nosim nikakršne odgovornosti ali posledic,
- se strinjam s snemanjem pogovora ter lahko zahtevam, da se deli ali celotna mojih izjav zbríše,
- lahko v primeru vprašanj vzpostavim stik z vodjo raziskave na enega od zgoraj navedenih kontaktov,
- je moj pristanek veljaven samo za omenjeno raziskavo,
- se strinjam z javno objavo rezultatov v znanstvene in strokovne namene pod pogojem, da bo to storjeno po etičnih načelih, ki zagotavljajo neprepoznavnost sodelujočih,
- sem seznanjen(a), da se zaradi morebitnih kršenj etičnih pravil lahko pritožim pri odgovorni osebi raziskave.

Kraj in datum: _____ Podpis: _____

Priloga E: Raziskovalni instrument - načrt intervjuja

Tip vprašanja	Namen	Teme/ sklop	Vprašanje
Začetna	Spoznavanje udeležencev		Pojasnilo razloge in namen za oblikovanje fokusne skupine. OPOMBA: Ta del ni namenjen analizi. Na kaj najprej pomislite, če rečem prva pomoč?
Uvodna	Začetni pogovor na temo	izkušnje	<i>Ljudje pogosto razumejo pod prvo pomoč le nujne ukrepe, kot je oživljanje, oskrba krvaveče rane, ... (utiliziraj). Prava pomoč pa so tudi ukrepi ob drugih poškodbah, v primeru zastrupitev in obolenj? Ali se lahko spomnite kakršnokoli konkretne izkušnje s prvo pomočjo, ki ste jo dali poškodovanemu, obolelemu ali zastrupljenemu? Ali jo lahko konkretno opišete: kaj se je zgodilo, kdaj, komu, v zvezi s čim? Kako ste se ob tem počutili?</i> Kaj menite, da vas je (bi) najbolj spodbudilo k temu, da ste (bi nekomu) dali prvo pomoč? Kaja vam je (bi) bilo pri tem v pomoč? <i>Posameznik se lahko znajde tudi v situaciji, ko iz različnih razlogov ne pomaga. Ali poznate kakšne primer, ko nekdo ni pomagal? Ali lahko dogodek konkretno opišete? Kaj bi moralo biti drugače, da bi pomagali?</i>
Prehodna	Prehod na ključne teme		<i>Iz povedanega lahko izluščimo, da na to, ali v danem trenutku pristopimo in damo prvo pomoč ali pa raje ne, vpliva vrsta dejavnikov. Prav to področje me še posebej zanima, zato vam bom postavil še nekaj vprašanj.</i>
Ključna	Poglobljanje teme	odnos do dajanja PP - spodbujevalni dejavniki - zaviralni dejavniki motivacija za usposabljanje	Kaj menite o trditvi, da mora posameznik pomagati poškodovanemu že iz moralnega vidika, ker si moramo ljudje pomagati med seboj? <i>Po zakonu je vsakdo dolžan dati prvo pomoč po svojih močeh in sposobnostih ter omogočiti dostop do nujne medicinske pomoči. Kakšno je vaše mnenje o tem? Raziskava je pokazala, da imajo ljudje prepričanje (86 %), da kdor zna pomagati, je občudovanja vreden? Če je to mišljeno bolj na splošno ali da velja za drugega, kaj v zvezi s tem menite, velja za vas osebno?</i> Kaj pa menite da je tisto, kar vas osebno odvrča od tega, da bi nekomu dali prvo pomoč? a) Kaj menite o tem, da bi se med dajanjem prve pomoči okužil? b) Kaj menite o tem, da bi s svojim ravnanjem poškodovanemu/obolelemu škodovali? c) Kaj menite o pomisleku, da bi vas poškodovanec tožil? Ljudje imajo različna mnenje o tem, ali bi morali obnoviti svoje znanje prve pomoči ali ne. Kaj vi menite o tem? <i>Na kakšen način bi najraje obnovili znanje prve pomoči</i>

			(tečaj, priročnik, TV, internet,...)?
Končna	Poudarijo ključne ugotovitve, dokončanje razprave - refleksija		Glede na vse povedano ... Povzetek ... Ali smo kaj spregledali? Ali bi še karkoli radi povedali v zvezi z obravnavano temo?
Dodatna - pojasnjeval na			Povejte kaj več o tem? Ali mi lahko poveste primer? Ali je še kaj drugega? Ali meni kdo drugače? Rad bi slišal vsa različna mnenja?

Priloga F: Prošnja za presojo etičnosti in izdajo soglasja k raziskovalnemu predlogu – izvedbi treh terenskih eksperimentov v okviru raziskave

Mag. Damjan Slabe
Pod Plevno 102
4220 Škofja Loka
damjan.slabe@zf.uni-lj.si

17. 9.
2013

Prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., predsednik
Inštitut za klinično nevrofiziologijo,
Klinični center Ljubljana,
Zaloška c. 7
1525 Ljubljana.

Zadeva: Prošnja za presojo etičnosti in izdajo soglasja k raziskovalnemu predlogu – izvedbi treh terenskih eksperimentov v okviru raziskave »Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi«.

Spoštovani,

spodaj podpisani Damjan Slabe prosim Komisijo RS za medicinsko etiko za oceno etične neoporečnosti oz. soglasje k predlagani izvedbi treh terenskih eksperimentov v okviru raziskave z naslovom: *Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi*. Raziskavo izvajam v okviru priprave doktorske disertacije na Fakulteti za družbene Univerze v Ljubljani pod mentorstvom red. prof. dr. Zinke Kolarič.

V raziskavi bomo uporabili možnost kombinacije kvantitativnih in kvalitativnih metod znanstvenoraziskovalnega dela. Med različnimi tipologijami združenih metod smo izbrali sočasni triangulacijski načrt, v katerem bomo kombinirali metodo anketiranja (telefonska akta), metodo fokusnih skupin ter terenski eksperiment.

Ostale podrobnosti raziskovalnega dela so razvidne iz razčlenjene vloge (Priloga 1). Zahvaljujem se vam za vaš odgovor in morebitne sugestije pri izvedbi predlaganih terenskih eksperimentov.

S spoštovanjem,

mag. Damjan
Slabe

Priloge:

Priloga 1: Razčlenjena vloga po priporočilih za pripravo vloge Komisiji za medicinsko etiko za presojo etičnosti raziskovalnega predloga

Priloga 2: Izjava mentorice o usposobljenosti mag. Damjana Slabeta za delo v zvezi z raziskavo

Priloga 3: Izjava odgovornega raziskovalca

Priloga 4: Izjava/soglasje prostovoljca imitatorja nenadno obolele osebe za sodelovanje v raziskavi

Priloga 5: Izjava/soglasje očividke/očividca simuliranega dogodka za uporabo video posnetka za namen raziskave

Priloga G: Soglasje Komisije za medicinsko etiko



KOMISIJA REPUBLIKE SLOVENIJE ZA MEDICINSKO ETIKO

Mag. Damjan Slabe
Pod Plevno 102
4220 Škofja Loka

Štev.: 201/09/13
Datum: 10. 10. 2013

Spoštovani gospod mag. Slabe,

Komisiji za medicinsko etiko (KME) ste 17. 9. 2013 poslali v oceno predlog raziskave z naslovom:

“Prva pomoč kot oblika solidarnosti v sodobni slovenski družbi.” Raziskava v okviru doktorske naloge na Fakulteti za družbene vede, mentorica red. prof. Zinka Kolarič.

KME je na seji 24. septembra 2013 ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva, in Vam s tem izdaja svoje soglasje.

Lep pozdrav,

prof. dr. Jože Trontelj
predsednik Komisije RS za medicinsko etiko