

Czyż Rafał. Badania nad czynnikami mogącymi mieć wpływ na udzielanie pierwszej pomocy osobie leżącej w miejscu publicznym = Research on factors being able to affect on delivering first aid to a person lying in a public place. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(3):159-172. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.48155>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3432>
<https://pbn.nauka.gov.pl/works/721956>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7
© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 05.03.2016. Revised 20.03.2016. Accepted: 23.03.2016.

Badania nad czynnikami mogącymi mieć wpływ na udzielanie pierwszej pomocy osobie leżącej w miejscu publicznym

Research on factors being able to affect on delivering first aid to a person lying in a public place

Rafał Czyż
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Katedra Medycyny Ratunkowej

Abstrakt

Osoby udzielające pierwszej pomocy medycznej tworzą istotne ogniwo łańcucha przeżycia. Chęć udzielenia pomocy nieznanemu osobie jest zależna od wielu czynników.

Ocena skłonności społeczeństwa do udzielania pomocy osobie leżącej w miejscu publicznym oraz badanie ich powiązań z danymi demograficznymi, poziomem lęku, jako stan i wrażliwością na wstręt.

Grupę badaną stanowiło 314 osób, w wieku 23,9±5,1 lat w tym 74% kobiet i 26% mężczyzn. Wyniki zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza. Do ankiety dołączono również skalę oceny wrażliwości na wstręt (DSS) oraz część STAI X-1 Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku.

249 respondentów (79,3%) podało, że co najmniej raz w życiu widziało osobę leżącą w miejscu publicznym. Porównując respondentów, którzy podeszli do osoby leżącej z tymi, którzy nie zainteresowali się tą osobą nie wykazano istotnych różnic pod względem płci, wieku oraz lęku jako stan. Jednakże, osoby te miały istotnie niższy wynik poziomu wstrętu: podstawowego (45,4 ± 10,1 vs. 49,5 ± 11,5), do zwierząt (19,8 ± 7,3 vs. 23,9 ± 9,1), do skażonych przedmiotów (33,3 ± 9,2 vs. 36,1 ± 8,7) p<0,05. W analizie wieloczynnikowej wykazano, że osoby lepiej wykształcone z 1,7 krotnie większym prawdopodobieństwem zainteresują się osobą leżącą w miejscu publicznym. Dodatkowo wykazano, że wraz ze wzrostem poziomu wstrętu podstawowego u respondentów spada szansa na zainteresowanie się i udzielenie pierwszej pomocy osobie poszkodowanej.

Duży odsetek respondentów spotkał się z przypadkiem osoby leżącej w miejscu publicznym, jednakże stosunkowo częsta jest reakcja niezainteresowania się jej stanem zdrowia. Instruktorzy pierwszej pomocy powinni uświadamiać kursantów, że poziom wrażliwości na wstręt istotnie wpływa na chęć i zakres udzielanej pomocy.

Słowa kluczowe: lęk, pierwsza pomoc, resuscytacja, medycyna ratunkowa, zdrowie publiczne.

Abstract

Persons who delivering first medical help are creating an essential link of survival chain. Willingness for giving aid to the unknown person depends on a many factors.

Evaluation of the society tendency to give lying person in a public place first aid and research their connections with demographic data, level of fear as the state and disgust sensitivity.

The study group consisted of 314 persons, aged 23.9±5.1 years including 74% of women and 26% of men. Results were collected with the author's questionnaire. Evaluations of the Disgust Sensitivity Scale and part STAI X-1 of State Trait Anxiety Inventory were also attached.

249 respondents (79.3%) say that least once in a life time had seen the person lying in a public place. Comparing respondents which came up to lying person with the ones which didn't interested with this person important differences weren't demonstrated in terms of sex, age and anxiety as a state. But, these persons had a significantly lower level of the disgust: core (45.4±10.1 vs. 49.5±11.5), animal reminder (19.8±7.3 vs. 23.9±9.1), contamination (33.3±9.2 vs. 36.1±8.7) p<0.05. Multifactorial analysis showed that higher educated persons will become interested in a person lying in a public place with 1.7-fold higher probability. Additionally it established that with the increase in the level of the respondents' basic disgust, a chance of the interest and giving the injured person first aid were falling down.

The large percentage of respondents encountered the case of the person lying in a public place, however relatively frequent is a reaction of noninterest with her medical condition. First aid instructors should explain the course participants the fact that disgust sensitivity indeed influence on willingness and the scope of giving first aid.

Key words: anxiety, first aid, resuscitation, Emergency Medicine, Public Health.

Wstęp

Pierwsza pomoc udzielana osobie potrzebującej przez przypadkowych świadków zdarzenia stanowi istotny element łańcucha przeżycia i w znacznym stopniu wpływa na jej dalsze rokowanie. Los poszkodowanego, znajdującego się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, jest uzależniony w głównej mierze od z pozoru prostego czynnika, jakim jest czas. Pozycja osoby udzielającej pierwszej pomocy w całościowym procesie leczenia została w trafny sposób przedstawiona w koncepcji łańcucha przeżycia Europejskiej Rady Resuscytacji [1]. Wyraźnie podkreśla ona istotność wczesnego rozpoznania stanu nagłego i wezwania wykwalifikowanych służb medycznych, a następnie udzielenia podstawowej pomocy. Zastanawiającym staje się fakt, czy problem takiego postępowania wynika jedynie z braku wiedzy i umiejętności rozpoznania stanu nagłego u poszkodowanego. Wielu autorów podkreśla rolę również innych czynników, które mogą wpływać na podjęcie decyzji o udzieleniu pierwszej pomocy, a jednocześnie mogą okazać się trudne w modyfikacji, czy też całkowitym wyeliminowaniu z wewnętrznego usposobienia potencjalnego ratownika [2, 3]. W związku z powyższym istnieje potrzeba jak najdokładniejszego określenia tych czynników oraz oceny stopnia ich wpływu na chęć i zakres udzielanej pomocy.

Cel pracy

Celem pracy była ocena skłonności osób z populacji ogólnej do udzielania pierwszej pomocy osobom, których życie mogło być potencjalnie zagrożone, co przejawiało się ich nietypowym zachowaniem dla osób zdrowych pod postacią leżenia w miejscu publicznym. Starano się również uzyskać odpowiedzi na pytania: Czy występują powiązania pomiędzy danymi demograficznymi, poziomem wykształcenia ogólnego oraz wykształcenia z zakresu udzielania pomocy medycznej, poziomem lęku i wrażliwością na wstręt a zakresem udzielanej pierwszej pomocy osobom leżącym w miejscach publicznych.

Material i metody

Grupę badaną stanowiło 314 osób, w tym 231 kobiet i 83 mężczyzn, w wieku $23,9 \pm 5,1$ lat, które dobrowolnie wypełniły anonimową ankietę. Badani posiadali nieograniczony czas na udzielenie odpowiedzi na wszystkie zadane pytania. Wypełnione i przesłane анкеты zbierane były przy zachowaniu pełnej anonimowości.

Ankieta składała się z 25 pytań, jedno- i wielokrotnego wyboru, otwartych i zamkniętych. Kwestionariusz dotyczył danych demograficznych (wiek, płeć, wykształcenie ogólne, ukończenie szkolenia pierwszej pomocy), sposobności spotkania się z widokiem osoby leżącej w miejscu publicznym. Kolejno zapytano, czy respondent podjął dalsze działania zmierzające do określenia stanu zdrowia osoby leżącej w miejscu publicznym, jaki był zakres udzielonej pomocy medycznej, czy wezwał pogotowie ratunkowe. Do kwestionariusza ankiety dołączono również dwa standaryzowane narzędzia. Pierwszym z nich była skala oceny wrażliwości na wstręt (Disgust Sensivity Scale), która składa się z 37 pytań. Narzędzie to posłużyło do określenia stopnia odczuwania przez respondenta wstrętu w kategorii: wstręt podstawowy, wewnętrzny (core disgust), do zwierząt i owadów (animal reminder disgust), wstręt do rzeczy skażonych, brudnych (contamination disgust). Drugim standaryzowanym narzędziem był kwestionariusz Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku (STAI – Spielberger's State - Trait Anxiety Inventory), Charlesa Spielbergera [4]. W niniejszym badaniu posłużono się tylko częścią STAI X-1 standaryzowanego kwestionariusza Inwentarzu Stanu i Cechy Lęku. Analizowana część pozwoliła określić nasilenie lęku jako stanu u każdego z respondentów.

Metody analizy statystycznej

Dane wstępnie zebrano i zarchiwizowane przy użyciu programu Microsoft Excel pakietu MS Office 2007 dla Windows. Do analizy statystycznej użyto programu STATISTICA 12 (StatSoft, Inc. (2014). STATISTICA (data analysis software system), version 12. www.statsoft.com). Wyniki przedstawiono jako średnie i odchylenie standardowe dla zmiennych ciągłych oraz jako liczby i odsetki dla zmiennych dyskretnych. Zmienne ciągłe porównywano przy pomocy testu t-Studenta, jeśli miały rozkład normalny, a przy braku takiego rozkładu – za pomocą testu U Manna Whitneya, natomiast zmienne dyskretne przy pomocy testu χ^2 . Porównanie między więcej niż dwoma grupami przeprowadzona za pomocą standardowego testu analizy wariancji (ANOVA) lub testu ANOVA Kruskala-Wallisa. W badaniach również stworzono wieloczynnikowe modele zależności poszczególnych parametrów na osoby przynależne do danej grupy. Do analizy włączono zmienne, które różnią się istotnie statystycznie ($p < 0,05$). Wykorzystano wsteczną, krokową eliminację poszczególnych zmiennych w celu uzyskania optymalnego modelu regresji liniowej. Celem było ustalenie niezależnego wpływu poszczególnych czynników. Za istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka grupy podlegającej badaniu

W grupie badanej większość stanowiły kobiety (74%). Średnia wieku w badanej grupie ogólnej wyniosła $23,9 \pm 5,1$, a zdecydowana większość respondentów posiadało co najmniej wykształcenie średnie (42%). Posiadanie prawa jazdy w grupie badanej zadeklarowało ponad $\frac{3}{4}$ respondentów. Prawie wszyscy ankietowani brali udział w szkoleniu pierwszej pomocy, jednakże to kobiety zadeklarowały większe zainteresowanie możliwością wzięcia udziału w bezpłatnym szkoleniu z zakresu pierwszej pomocy. W tabeli 1 przedstawiono dane dotyczące grupy badanej z podziałem ze względu na płeć z uwzględnieniem danych demograficznych.

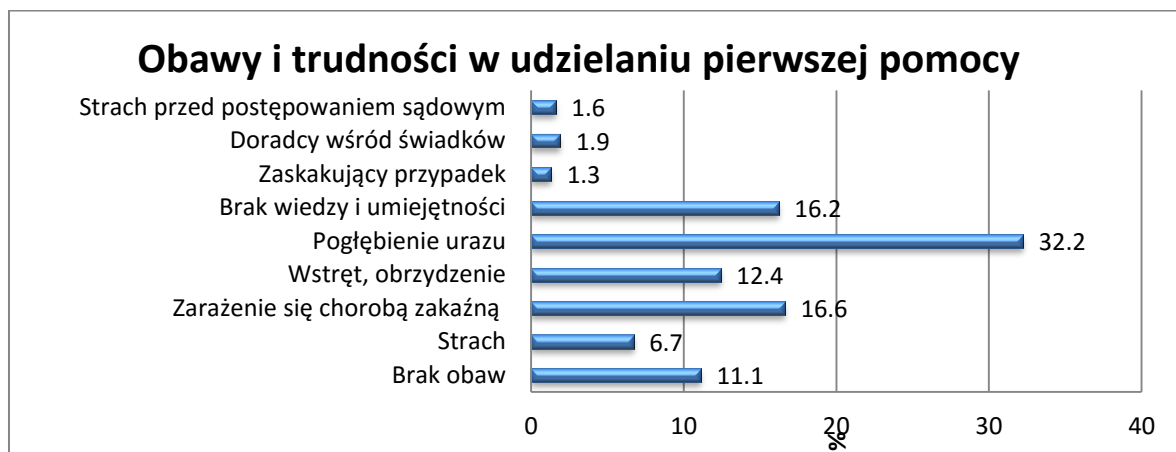
	Cała grupa badana	Płeć żeńska	Płeć męska
Liczebność grupy n (%)	314 (100)	231 (73,6)	83 (26,4)
Wiek (lata)	$23,9 \pm 5,1$	$23,6 \pm 5,1$	$24,7 \pm 5,3$
Wykształcenie	Podstawowe n (%)	6 (1,9)	2 (2,4)
	Średnie n (%)	132 (42)	35 (42,2)
	Wyższe n (%)	106 (33,8)	28 (33,7)
	Medyczne n (%)	70 (22,3)	18 (21,7)
Posiadanie prawa jazdy n (%)	239 (76,1)	164 (70,1)	75 (90,4)
Udział w szkoleniu pierwszej pomocy n (%)	299 (95,2)	218 (94,4)	81 (97,6)
Chęć wzięcia udziału w szkoleniu pierwszej pomocy n (%)	278 (88,5)	210 (90,9)	68 (81,9)

Tabela 1. Podział grupy badanej według płci w stosunku do danych demograficznych, udziału w szkoleniu pierwszej pomocy, chęci wzięcia udziału w szkoleniu pierwszej pomocy.

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych wynika, że największy odsetek osób ankietowanych, w związku z koniecznością udzielenia pierwszej pomocy osobie poszkodowanej, obawia się możliwości złego wykonania czynności, które mogłyby spowodować pogłębienie urazu (32%). W związku z prowadzonym badaniem istotny wydaje się fakt, że ponad 12%

ankietowanych jako trudność w udzielaniu pierwszej pomocy wskazuje swój wstręt i obrzydzenie zarówno do czynności wykonywanych przy poszkodowanym, jak i do osoby spotkanej w miejscu publicznym. Dodatkowo około 7% respondentów mówi o strachu i lęku jako o trudności wynikającej z sytuacji potrzeby udzielenia pomocy medycznej innej osobie. Na rycinie 1 przedstawiono wszystkie wskazywane przez ankietowanych obawy i trudności pojawiające się w sytuacji konieczności udzielenia pierwszej pomocy medycznej.



Rycina 1. Obawy i trudności w udzielaniu pierwszej pomocy.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 2 przedstawiono podział uczestników badania na respondentów, którzy widzieli i nie widzieli osobę leżącą w miejscu publicznym w odniesieniu do wszystkich określonych zmiennych. Grupy różnią się istotnie statystycznie liczebnością ($p = 0,0000$), wiekiem ($p = 0,0133$) oraz wykształceniem ($p = 0,0486$). Ponadto pomiędzy dwoma grupami zaobserwowano istotne różnice statystyczne dotyczące każdej części kwestionariusza oceniającego poziom wstrętu: podstawowego ($p = 0,0023$), do zwierząt i owadów ($p = 0,0420$) oraz do skażonych rzeczy ($p = 0,0174$). Respondenci, które nigdy nie widzieli osoby leżącej w miejscu publicznym wykazali istotnie wyższy poziom wstrętu w porównaniu z osobami, które natknęły się na taką osobę. Nie wykazano istotnych różnic pod względem poziomu lęku jako stan - STAI X-1 ($p > 0,05$).

	Cała grupa badana, która:		Wynik p *test χ^2 ** test t *** test U Mann-Whitney
	widział osobę leżącą w miejscu publicznym	nie widział osoby leżącej w miejscu publicznym	
Liczebność grupy n (%)	249 (79,3)	65 (20,7)	0,0000*
Płeć żeńska n (%) Płeć męska n (%)	177 (71,1) 72 (28,9)	54 (83,1) 11 (16,9)	0,0509*
Wiek (lata)	24,2 ± 5,5	22,5 ± 3,1	0,0133***
Wykształcenie n (%)			
podstawowe	6 (2,4)	0	
średnie	96 (38,6)	36 (55,4)	0,0486*
wyższe	86 (34,5)	20 (30,8)	
wykształcenie medyczne	61 (24,5)	9 (13,8)	
Posiadacze prawa jazdy n (%)			
tak	191 (76,7)	48 (73,9)	
nie	58 (23,3)	17 (26,1)	0,6300*
Ukończenie kursu pierwszej pomocy n (%)			
tak	238 (95,6)	61 (93,9)	
nie	11 (4,4)	4 (6,1)	0,5589*
Poziom wstrętu średnia ± SD			
podstawowy - core disgust	46,3 ± 10,6	50,8 ± 10,4	0,0023**
do zwierząt i owadów - animal reminder disgust	20,8 ± 7,9	23,4 ± 9	0,0420***
do skażonych rzeczy - contamination disgust	34 ± 9,2	37 ± 9,1	0,0174**
Lęk (STAI X-1) n (%)			
poziom > 40 pkt.	64 (25,7)	11 (16,9)	
poziom < 40 pkt.	185 (74,3)	54 (83,1)	0,1392*

Tabela 1. Podział grupy badanej na osoby, które widziały i nie widziały osobę leżącą w miejscu publicznym.

Źródło: opracowanie własne.

W poniższej tabeli 3 zaprezentowano podział grupy, która widziała osobę leżącą w miejscu publicznym na respondentów, którzy zainteresowali się poszkodowanym i na tych, którzy nie podeszli do tej osoby. Wyizolowane grupy różniły się istotnie statystycznie pod względem liczebności ($p = 0,0000$), wieku ($p = 0,0013$), oraz wykształcenia ($p = 0,0109$). Szczególnie ważnym wydaje się fakt, iż osoby, które podeszły i zainteresowały się stanem osoby leżącej w miejscu publicznym wykazały istotnie statystycznie niższy poziom wstrętu we wszystkich jego rodzajach: podstawowym ($p = 0,0093$), do zwierząt i owadów ($p = 0,0032$) oraz do skażonych rzeczy ($p = 0,0433$). Poprzez przeprowadzone analizy statystyczne

w opisanych grupach nie wykazano różnic pod względem poziomu lęku jako stan - STAI X-1 ($p > 0,05$).

	Widział osobę leżącą w miejscu publicznym i:		Wynik p *test χ^2 ** test t *** test U Mann-Whitney
	podszedł / zainteresował się stanem tej osoby	nie podszedł / nie zainteresował się stanem tej osoby	
Liczebność grupy n (%)	193 (77,5)	56 (22,5)	0,0000*
Płeć żeńska n (%) Płeć męska n (%)	132 (68,4) 61 (31,6)	45 (80,4) 11 (19,6)	0,0821*
Wiek (lata)	24,5 ± 5,1	23,3 ± 6,6	0,0013***
Wykształcenie n (%)			
podstawowe	3 (1,6)	3 (5,4)	0,0109*
średnie	66 (34,2)	30 (53,6)	
wyższe	71 (36,8)	15 (26,8)	
wykształcenie medyczne	53 (27,5)	8 (14,3)	
Posiadacze prawa jazdy n (%)			
tak	153 (79,3)	38 (67,9)	0,0752*
nie	40 (20,7)	18 (32,1)	
Ukończenie kursu pierwszej pomocy n (%)			
tak	183 (94,8)	55 (98,2)	0,2763*
nie	10 (5,2)	10 (1,8)	
Poziom wstrętu średnia ± SD			
podstawowy - core disgust	45,4 ± 10,1	49,5 ± 11,5	0,0093**
do zwierząt i owadów - animal reminder disgust	19,8 ± 7,3	23,9 ± 9,1	0,0032***
do skażonych rzeczy - contamination disgust	33,3 ± 9,2	36,1 ± 8,7	0,0433**
Lęk (STAI X-1) n (%)			
poziom > 40 pkt.	54 (30)	10 (17,9)	0,1392*
poziom < 40 pkt.	139 (70)	46 (82,1)	

Tabela 2. Podział grupy badanej na osoby, które widziały osobę leżącą w miejscu publicznym i podeszły/zainteresowały się lub nie podeszły/nie zainteresowały się stanem zdrowia osoby poszkodowanej.

Źródło: opracowanie własne.

Poniższa tabela 4 przedstawia podział respondentów, którzy widzieli i zainteresowali się stanem zdrowia napotkanej osoby leżącej w miejscu publicznym na ankietowanych, którzy udzielili jej pierwszej pomocy oraz na tych, którzy zaniechali

dalszych czynności. Grupy respondentów różniły się istotnie statystycznie pod względem liczebności ($p = 0,0000$) oraz wykształcenia ($p = 0,0152$). Pod względem poziomu wrażliwości na wstręt stwierdzono istnienie różnic statystycznych w uwzględnieniu poziomu wstrętu podstawowego ($p = 0,0128$). W niniejszym porównaniu również nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami pod względem zmiennej określającej poziom lęku jako stan - STAI X-1 ($p > 0,05$).

	Widział osobę leżącą w miejscu publicznym podeszedł i zainteresował się stanem oraz:		Wynik p *test χ^2 ** test t *** test U Mann-Whitney
	udzielił pomocy medycznej	nie udzielił pomocy medycznej	
Liczebność grupy n (%)	164 (83,3)	33 (16,7)	0,0000*
Płeć żeńska n (%) Płeć męska n (%)	112 (68,3) 52 (31,7)	22 (66,7) 11 (33,3)	0,8550*
Wiek (lata)	24,5 ± 5,3	23,9 ± 4,1	0,8671***
Wykształcenie n (%)			
podstawowe	3 (1,8)	0	0,0152*
średnie	56 (34,2)	11 (33,3)	
wyższe	53 (32,3)	19 (57,6)	
wykszałcenie medyczne	52 (31,7)	3 (9,1)	
Posiadacze prawa jazdy n (%)			
tak	131 (79,9)	24 (72,7)	0,3601*
nie	33 (20,1)	9 (27,3)	
Ukończenie kursu pierwszej pomocy n (%)			
tak	156 (95,1)	30 (90,9)	0,3362*
nie	8 (4,9)	3 (9,1)	
Poziom wstrętu średnia ± SD			
podstawowy - core disgust	44,6 ± 10,1	49,5 ± 10,4	0,0128**
do zwierząt i owadów - animal reminder disgust	19,4 ± 7,2	22,1 ± 7,5	0,0600***
do skażonych rzeczy - contamination disgust	33 ± 9,1	35,7 ± 9,9	0,1337**
Lęk (STAI X-1) n (%)			
poziom > 40 pkt.	42 (25,6)	11 (33,3)	0,3613*
poziom < 40 pkt.	122 (74,4)	22 (66,7)	

Tabela 3. Podział grupy badanej na osoby, które widziały osobę leżącą w miejscu publicznym, podeszły/zainteresowały się jej stanem zdrowia oraz udzieliły lub nie udzieliły pomocy medycznej.

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 5 zestawiono i porównano ze sobą trzy podgrupy: osoby, które jedynie widziały, ankieterów, którzy podeszli oraz respondentów, którzy udzielili pomocy medycznej osobie leżącej w miejscu publicznym. Wszystkie powyższe grupy były jednorodne pod względem zmiennych takich jak wiek, płeć uczestników badania, wykształcenie, posiadanie prawa jazdy czy też procent osób, które ukończyły kurs pierwszej pomocy. Należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że po przeprowadzeniu analizy statystycznej nie zanotowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w porównaniu wyniku poziomu wrażliwości na wstręt, we wszystkich trzech jego aspektach oraz pod względem poziomu lęku jako stan (STAI X-1) ($p > 0,05$).

	Grupa 1 Widział osobę leżącą w miejscu publicznym	Grupa 2 Widział i podeszedł do osoby leżącej w miejscu publicznym	Grupa 3 Widział, podeszedł i udzielił pomocy osobie leżącej w miejscu publicznym	Wynik p *test χ^2 ** ANOVA
Liczebność grupy n (%)	249 (79,3)	193 (77,5)	164 (83,3)	—
Płeć żeńska n (%)	177 (71,1)	132 (68,4)	112 (68,3)	0,7975*
Płeć męska n (%)	72 (28,9)	61 (31,6)	52 (31,7)	
Wiek (lata)	24,2 ± 5,5	24,5 ± 5,1	24,5 ± 5,3	0,7986**
Wykształcenie n (%)				
podstawowe	6 (2,4)	3 (1,6)	3 (1,8)	0,7693*
średnie	96 (38,6)	66 (34,2)	56 (34,2)	
wyższe	86 (34,5)	71 (36,8)	53 (32,3)	
wykształcenie medyczne	61 (24,5)	53 (27,5)	52 (31,7)	
Posiadacze prawa jazdy n (%)				
tak	191 (76,7)	153 (79,3)	131 (79,9)	0,7107*
nie	58 (23,3)	40 (20,7)	33 (20,1)	
Ukończenie kursu pierwszej pomocy n (%)				
tak	238 (95,6)	183 (94,8)	156 (95,1)	0,9299*
nie	11 (4,4)	10 (5,2)	8 (4,9)	
Poziom wstrętu średnia ± SD				
podstawowy - core disgust	46,3 ± 10,6	45,4 ± 10,1	44,6 ± 10,1	0,1541**
do zwierząt i owadów - animal reminder disgust	20,8 ± 7,9	19,8 ± 7,3	19,4 ± 7,2	0,4991**
do skażonych rzeczy - contamination disgust	34 ± 9,2	33,3 ± 9,2	33 ± 9,1	0,3541**
Lęk (STAI X-1) n (%)				
poziom > 40 pkt.	64 (25,7)	54 (30)	42 (25,6)	0,8630*
poziom < 40 pkt.	185 (74,3)	139 (70)	122 (74,4)	

Tabela 4. Podział grupy badanej na osoby, które widziały osobę leżącą w miejscu publicznym, podeszły/zainteresowały się jej stanem zdrowia oraz udzieliły pomocy medycznej.

Źródło: opracowanie własne

Wieloczynnikowe zależności wynikające z przynależności do grupy.

W modelu analizy wieloczynnikowej sprawdzono zależność poszczególnych parametrów na przynależność do grupy. Do wszystkich analiz włączono zmienne o wartościach $p < 0,05$. Stworzono trzy modele regresji liniowej (drogą wstecznej, krokowej eliminacji):

1) wpływu wieku, wykształcenia oraz składowych wyników kwestionariusza oceny poziomu wstrętu (podstawowy, do zwierząt i owadów, do skażonych rzeczy) w zależności od grupy – respondentów, którzy widzieli osobę poszkodowaną lub ankietowanych, którzy nie widzieli osoby poszkodowanej (tabela 6). Żadne wartości modelu nie są istotne statystycznie.

2) wpływu wieku, wykształcenia oraz składowych wyników kwestionariusza oceny poziomu wstrętu (podstawowy, do zwierząt i owadów, do skażonych rzeczy) w zależności od grupy – podszedł i zainteresował się osobą poszkodowaną lub nie podszedł i nie zainteresował się osobą leżącą w miejscu publicznym (tabela 7). Szansa podejścia i zainteresowania się osobą poszkodowaną wzrasta 1,7-krotnie u osoby lepiej wykształconej, a jest mniejsza u osób z wyższym wskaźnikiem wstrętu podstawowego (core disgust).

3) wpływ wieku i wartości wstrętu podstawowego (core disgust) w zależności od grupy – udzielił pomocy medycznej lub nie udzielił pomocy medycznej (tabela 8). Szansa udzielenia pomocy osobie poszkodowanej zmniejsza się o 4% u osoby z wyższym wskaźnikiem wstrętu podstawowego (core disgust).

	Iloraz szans Odds Ratio	95% Confidence Interval		<i>p</i>
		Lower	Upper	
Wiek	1,08	0,99	1,18	0,0859
Wykształcenie	1,19	0,81	1,77	0,3739
Poziom wstrętu				
• podstawowy - core disgust	0,99	0,94	1,05	0,7976
• do zwierząt i owadów - animal reminder disgust	1,02	0,93	1,12	0,6473
• do skażonych rzeczy - contamination disgust	0,95	0,89	1,02	0,1460

Tabela 5. Zmienne włączone do modelu dla oceny ich wpływu w zależności od przynależności do grupy (grupy: osób, które widziały poszkodowanego lub respondenci, którzy nie widzieli osoby leżącej w miejscu publicznym).

Źródło: opracowanie własne.

	Iloraz szans Odds Ratio	95% Confidence Interval		<i>p</i>
		Lower	Upper	
Wiek	1,02	0,96	1,09	0,5152
Wykształcenie	1,67	1,10	2,54	0,0152
Poziom wstrętu				
• podstawowy - core disgust	0,93	0,87	0,99	0,0155
• do zwierząt i owadów - animal reminder disgust	1,02	0,93	1,13	0,6857
• do skażonych rzeczy - contamination disgust	1,03	0,96	1,11	0,4643

Tabela 6. Zmienne włączone do modelu dla oceny ich wpływu w zależności od przynależności do grupy (osoby, które podeszły i zainteresowały się lub respondenci, którzy nie podeszli i nie zainteresowali się poszkodowanym).

Źródło: opracowanie własne.

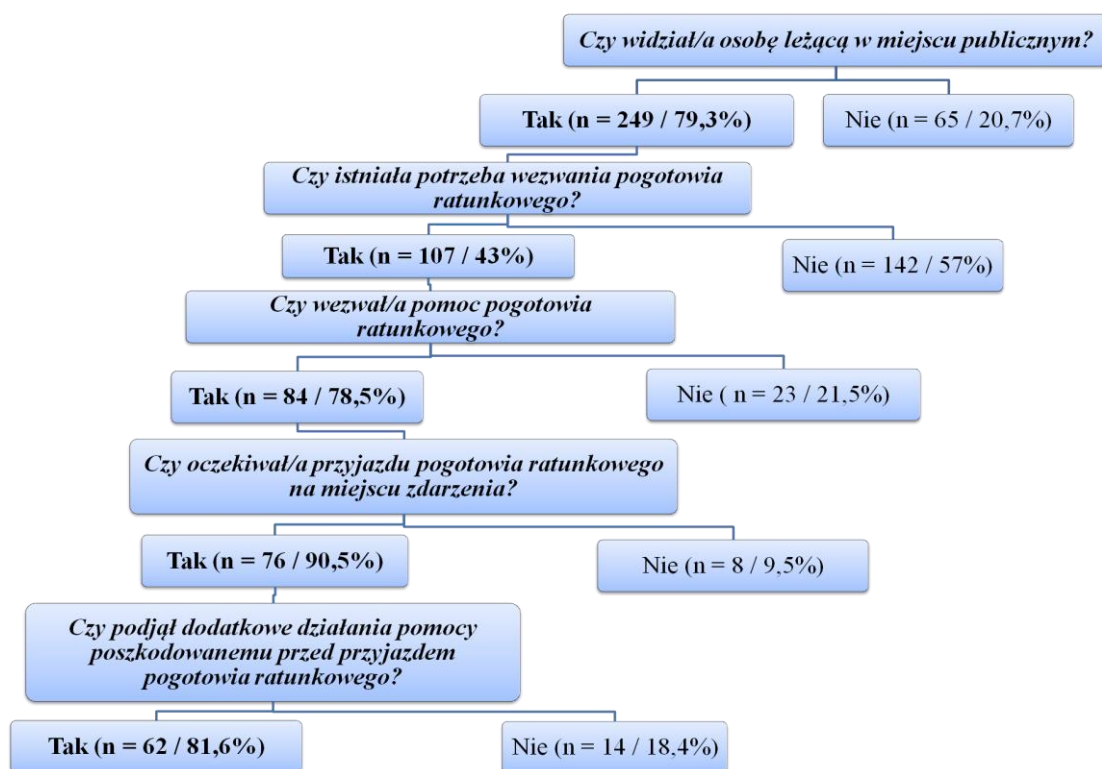
	Iloraz szans Odds Ratio	95% Confidence Interval		<i>p</i>
		Lower	Upper	
Wykształcenie	0,78	0,48	1,26	0,3087
Poziom wstrętu				
• podstawowy - core disgust	1,04	1,01	1,09	0,0208

Tabela 7. Zmienne włączone do modelu dla oceny ich wpływu w zależności od przynależności do grupy (respondenci, którzy udzielili pomocy medycznej lub nie udzielili pomocy medycznej).

Źródło: opracowanie własne.

Wzywianie pomocy pogotowia ratunkowego na miejsce zdarzenia.

Spośród całej grupy badanej osobę leżącą w miejscu publicznym, która mogła potrzebować udzielenia pierwszej pomocy medycznej widziało prawie 80% ankietowanych. W związku ze znalezieniem się w takiej sytuacji na pomysł konieczności, czy też potrzeby wezwania profesjonalnej, zawodowej pomocy medycznej, wpadło 43% z nich. Aż 78% tych osób wykonało telefon i w pełni zadysponowało zespół ratownictwa medycznego (ZRM) na miejsce zdarzenia. Paradoksalny i zaskakujący wydaje się fakt, że jedynie około 90% z tych osób oczekiwało na wezwany zespół na miejscu zdarzenia przy poszkodowanym, a ponad 18% respondentów nie podjęło dalszej opieki nad leżącym od momentu zadysponowania ZRM do chwili przyjazdu ambulansu. Wyniki badań odnoszące się do wyżej opisanych kwestii zamieszczone zostały na rycinie 2.



Rycina 2. Wezwanie pogotowia ratunkowego przez świadków zdarzenia.
Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

W dostępnej literaturze analizowany problem udzielania pierwszej pomocy osobie leżącej w miejscu publicznym opisywany jest głównie w odniesieniu do sytuacji wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia u poszkodowanego. Takie podejście do problemu jest zdecydowanie zasadne, a wnioski płynące z takich prac są bardzo pożądane, jednakże należy zwrócić uwagę, że badania te ograniczone są do analizy jednej, wyizolowanej przyczyny zaistnienia stanu, jakim jest nienaturalne leżenie człowieka w miejscu publicznym. Zastrzeżenie może budzić fakt, iż nie obrazują one rzeczywistego zachowania się świadków zdarzenia w przypadku zauważenia przez nich osoby jedynie potencjalnie potrzebującej udzielenia pomocy medycznej. Przeprowadzone badanie wykazało, iż napotkanie osoby leżącej w miejscu publicznym nie jest rzadkim zjawiskiem w badanej grupie. Dzięki analizie wyników badań własnych oceniono, że prawie 80% ankietowanych kiedykolwiek miało do czynienia z daną sytuacją, a jedynie $\frac{3}{4}$ z nich zainteresowało się stanem zdrowia tej osoby i następnie do niej podeszło. Czynnikiem mogącym wpływać na zaniżenie odsetka osób, które spotkały się z wyżej opisanymi okolicznościami może być fakt, iż niektóre osoby nie pamiętają takiego zdarzenia, bądź celowo nie zamieściły tego w kwestionariuszu, wypierając nieprzyjemne zdarzenie z pamięci. Porównując powyższe wyniki z szacunkowymi statystykami opublikowanymi przez Europejską Radę Resuscytacji, obserwuje się pewną analogię co do skali problemu. Według szacunków organizacji każdego roku na terenie Europy w takich miejscach jak park, kino, miejsce pracy, ulica, skwer handlowy dochodzi do

nagłego zatrzymania krążenia nawet u około 350 000 osób [5]. Nawet w przypadku niskiego odsetka tej liczby, który byłby związany z wystąpieniem sytuacji, gdzie osoba poszkodowana leży w miejscu publicznym, skala tego problemu nadal pozostaje ogromna. Specjaliści są przekonani, że podjęcie pierwszej pomocy w takich okolicznościach jest zachowaniem koniecznym do podtrzymania życia i dobrego stanu zdrowia tej osoby. Oczekiwanie na przyjazd specjalistycznych służb medycznych bez podejmowania skrajnie ważnych czynności takich jak resuscytacja krążeniowo-oddechowa, powoduje istotne zmniejszenie przeżywalności osoby poszkodowanej [6]. Według szacunków Europejskiej Rady Resuscytacji prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez świadków zdarzenia zwiększa nawet 3-krotnie szanse przeżycia tej osoby [1]. Jednakże dalsze szacunkowe dane ukazują problem z innej perspektywy – na dzień dzisiejszy tylko w 1 przypadku na 5 zdarzeń pozaszpitalnego zatrzymania krążenia podejmowana jest resuscytacja przez świadków zdarzenia [5]. W związku z powyższymi danymi zastanawiający wydaje się fakt, skąd bierze się wyżej opisana rozbieżność pomiędzy deklaracją pomocy a podjęciem realnych działań na miejscu zdarzenia. Domniemywać można, że sedno sprawy leży w bardzo prostej kwestii, a mianowicie w istnieniu pewnych czynników, które ograniczają zdolność niesienia pomocy i jednocześnie też nie mogą być modyfikowane, na przykład poziom lęku czy też poziom wrażliwości na wstręt.

Z przeprowadzonych badań wynika, że dużemu odsetkowi respondentów zdarzyło się widzieć osobę leżącą w miejscu publicznym. Brak chęci udzielenia pomocy w tym przypadku związany może być z wieloma aspektami. Społeczna niechęć do osób bezdomnych, jak i znieczulica w stosunku do ludzkiego cierpienia, wpływa na osłabienie czujności świadków takiej sytuacji, a także w dużej mierze determinuje decyzję o zaniechaniu udzielenia pomocy potrzebującym. Podobne czynniki ograniczające przeważają również, gdy ma miejsce napotkanie osoby będącej pod wpływem alkoholu. Dodatkowymi barierami zarówno w stosunku do osób bezdomnych, jak i osób pod wpływem alkoholu mogą być: nieprzyjemny zapach, obecność wymiocin, bród, obecność krwi i innych wydzielin. Powyższe stwierdzenia dowodzą, iż poziom wrażliwości na wstręt istotnie wpływa na chęć udzielenia pierwszej pomocy. Wykazano istotną statystycznie korelację między wszystkimi trzema opisywanymi aspektami wstrętu (podstawowy, do zwierząt i owadów, do skażonych, brudnych rzeczy) a zainteresowaniem się stanem zdrowia i podejściem do osoby leżącej w miejscu publicznym. Ponadto została dowiedziona także zależność pomiędzy poziomem wstrętu podstawowego a podjęciem jakichkolwiek czynności medycznych w stosunku do osoby leżącej. Wielu innych autorów również przystępowało do próby określenia związku pomiędzy poziomem wrażliwości na wstręt a zakresem udzielanej pomocy medycznej. Z prac ich wynika, że chęć podjęcia przykładowo resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest istotnie niższa u osób o wyższym badanym poziomie wstrętu [2-3]. Wewnętrzne zahamowanie związane z odczuciem silnego wstrętu, a czasami nawet obrzydzenia, znacząco wpływa na zaniechanie udzielenia pierwszej pomocy [7]. Wynikać to może z potrzeby uchronienia własnego organizmu przed uszkodzeniem, zarażeniem czy też przed nieprzyjemnymi doznaniem. Nie ulega wątpliwości, że zainteresowanie się stanem zdrowia osoby obcej, zachowującej się nienaturalnie, zaniedbanej pod względem higienicznym, o intensywnej woni alkoholu, ze śladami wymiocin, czy też krwi jest zdecydowanie mniejsze i wymaga u świadka zdarzenia przełamania jego własnych wewnętrznych oporów.

Wbrew oczekiwaniom przeprowadzone analizy nie wykazały istnienia statystycznych zależności pomiędzy poziomem lęku jako stan a chęcią i zakresem udzielanej pomocy medycznej. Wyniki te jednak mogą prowokować do dyskusji ze względu na grupę ankietowanych (około 7% respondentów), która deklaruje odczuwanie strachu jako jednej z barier w sytuacji konieczności udzielenia pierwszej pomocy. Z badań B. Riegela i wsp. [8]

również wynika, że jednym z największych ograniczeń w niesieniu pomocy medycznej osobie poszkodowanej jest strach związany z zaistnieniem całej sytuacji i dotyczył on około 10% respondentów. Prawdopodobnie silne emocje towarzyszące zdarzeniu, jakim jest konieczność udzielenia pomocy drugiej osobie, są na tyle intensywne, że bardziej zniechęcają osoby do działania, aniżeli motywują. Z drugiej jednak strony możliwe wydaje się również, że ludzie w przyływie takich emocji zapominają o wewnętrznym lęku, wypierają czy też niwelują go jako potencjalną przeszkodę w dalszym działaniu. W związku z powyższym zasadne wydaje się kontynuowanie badań nad tą zmienną jako czynnikiem, który może mieć istotny wpływ na chęć i zakres udzielanej pomocy medycznej.

WNIOSKI

Po przeanalizowaniu wyników badań sformułowano następujące wnioski:

1. Duży odsetek respondentów spotkał się z problemem osoby leżącej w miejscu publicznym.
2. Zdecydowana większość respondentów po zauważeniu osoby poszkodowanej wykazuje zainteresowanie jej stanem zdrowia i udziela jej niezbędnej pierwszej pomocy, chociaż przypadki niezainteresowania są stosunkowo liczne i dotyczą około 1/4 ankietowanych.
3. Poziom wstrętu, we wszystkich jego trzech badanych aspektach, istotnie wpływa na decyzję o podejściu do osoby leżącej a niższy poziom wstrętu podstawowego zwiększa szanse na udzielenia jej pomocy medycznej.
4. Instruktorzy kursów z zakresu pierwszej pomocy powinni zwracać szczególną uwagę na edukację uczestników szkolenia ze szczególnym uwzględnieniem zwrócenia uwagi na istotność wpływu dodatkowych czynników na chęć i zakres udzielanej pomocy medycznej.
5. Programy kursów pierwszej pomocy powinny uwzględniać konieczność odbycia przez kursanta rozmowy z psychologiem, który w profesjonalny sposób pomógłby w uświadomieniu występowania pewnych barier oraz ich siły oddziaływania na zachowania danej osoby w zakresie udzielanej pierwszej pomocy.
6. Istnieje wyraźna potrzeba przeprowadzenia dalszych, dokładniejszych badań nad szerszą gamą czynników determinujących chęć i zakres udzielania pierwszej pomocy przy wykorzystaniu innych narzędzi badawczych zarówno obiektywnych jak i subiektywnych.

BIBLIOGRAFIA

- [1] – Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 1. Executive summary. *Resuscitation*. 2015; 95: 1–80.
- [2] –Hubble M, Bachman M, Price R, Martin N, Huie D. Willingness of high school students to perform cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillation. *Prehosp Emerg Care*. 2003; 2(7): 219-224.
- [3] – Johnston TC, Clark MJ, Dingle GA, FitzGerald G. Factors influencing Queenslanders' willingness to perform bystander cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2003; 56(1): 67-75.

- [4] – Marteau T, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Br J Clin Psychol.* 1992; 31: 301-6
- [5] – Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, Perkins GD, Lott C, Carli P, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation.* 2015; 95: 100–47.
- [6] – Wranicz J, Kaczmarek K, Gaszyński W. Zautomatyzowana defibrylacja zewnętrzna. Wrocław: Górnicki; 2012: 57-60.
- [7] – Gross C, Reisman A, Schwartz M. The Physician as Ambivalent Samaritan. Will Internists Resuscitate Victims of Out-of-Hospital Emergencies? *J Gen Intern Med.* 1998; Vol.13: 491-494.
- [8] – Riegel B, Mosessob VN, Birnbaum A, Bosken L, Evans LM, Feeny D, et al. Stress reactions and perceived difficulties of lay responders to a medical emergency. *Resuscitation.* 2006;70(1):98-106.