



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του νομού Αρκαδίας σε  
θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών»**

**Κουλού Νικολέττα**

Κοινωνιολόγος

Μάρτιος 2018

ΣΠΑΡΤΗ

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**«Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του νομού  
Αρκαδίας σε θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών»**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**

**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του νομού Αρκαδίας σε θέματα  
παροχής Πρώτων Βοηθειών»**

**Κουλού Νικολέττα**

Κοινωνιολόγος

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

Επιβλέπων: Τζαβέλλα Φωτεινή – Επίκουρος Καθηγήτρια

Μέλος: Κατσαραγάκης Στυλιανός – Λέκτορας

Μέλος: Τζιαφέρη Στυλιανή – Επίκουρος Καθηγήτρια

Μάρτιος 2018

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © Κουλού Νικολέττα, 2018

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή: Κουλού Νικολέττα.

**Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

Τζαβέλλα Φωτεινή

---

Κατσαραγάκης Στυλιανός

---

Τζιαφέρη Στυλιανή

---

## Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	8
ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	9
Περίληψη.....	10
Abstract .....	12
Εισαγωγή.....	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	16
1. Συνηθισμένες επείγουσες καταστάσεις.....	17
1.1 Καρδιακή ανακοπή .....	17
1.2 Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου .....	20
1.3 Έγκαιμα .....	22
1.4 Εξωτερική αιμορραγία.....	24
1.5 Υποψία για κάταγμα άκρου.....	27
2. Εκπαίδευση πρώτων βοηθειών.....	30
3. Σημασία παρευρισκόμενου .....	35
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	39
Σκοπός.....	40
Μεθοδολογία.....	41
Αποτελέσματα.....	44
Συζήτηση.....	79
Συμπεράσματα.....	82
Βιβλιογραφία.....	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι-ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ-ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ .....	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV-ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	108

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Αρχικά, ευχαριστώ θερμότατα την κυρία Τζαβέλλα Φωτεινή, επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μου για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της.

Ευχαριστώ ιδιαίτερος όλους όσους συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια για την διεξαγωγή της έρευνας μου.

Ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένεια μου για την αμέριστη στήριξη της κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Κουλού Νικολέττα,  
Τρίπολη, Μάρτιος 2018



## ΑΦΙΕΡΩΣΗ

*.....στην αδερφή μου,  
την μητέρα μου και τον πατέρα μου,  
τη θεία μου Γεωργία και το θείο μου Κωστή.*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Ατυχήματα και επείγουσες καταστάσεις μπορούν να συμβούν οπουδήποτε οποιαδήποτε στιγμή. Οι πρώτες βοήθειες συνίστανται σε μεθόδους και τεχνικές που βελτιώνουν τις πρακτικές που σχετίζονται με την πρόληψη, την ετοιμότητα και την άμεση ανταπόκριση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για την υγεία.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων διαφόρων κατηγοριών και ειδικοτήτων δημοσίων υπαλλήλων του Νομού Αρκαδίας στις πρώτες βοήθειες.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μία προοπτική, συγχρονική μελέτη συσχέτισης. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν δημόσιοι υπάλληλοι, διαφόρων κλάδων και ειδικοτήτων, πέντε δήμων του νομού Αρκαδίας. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει κατασκευαστεί από μια ομάδα Ελλήνων ερευνητών. Περιέχει 25 ερωτήσεις – σενάρια που καλύπτουν σχεδόν το σύνολο του είδους των επειγόντων καταστάσεων και διερευνούν τις γνώσεις των συμμετεχόντων στις πρώτες βοήθειες.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμμετείχαν 162 άτομα. Οι περισσότεροι ήταν ηλικίας 36-65 έτη (82,1%), έγγαμοι (72,8%), διετούς (43,8%) και ανώτατης εκπαίδευσης (35,2%), διοικητικοί υπάλληλοι (40,7%). Σεμινάριο πρώτων βοηθειών είχαν παρακολουθήσει 82 (50,6%) συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σωστά σε  $13,9 \pm 5,1$ . Συνολικά, 54 (33,3%) συμμετέχοντες είχαν μέτρια επίπεδα γνώσεων για τις πρώτες βοήθειες, 46 (28,4%) ανεπαρκή, 40 (24,7%) καλή και 22 (13,6%) άριστη γνώση. Ο αριθμός των σωστών απαντήσεων δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ατόμων διαφορετικών φύλων και ηλικιών. Οι ΤΕ/ΠΕ απάντησαν σωστά σε σημαντικά λιγότερες ερωτήσεις σε σχέση με τους υπόλοιπους ( $p < 0,05$ ). Οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών απάντησαν σωστά σε σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ερωτήσεων ( $15,7 \pm 4,9$  έναντι  $12,1 \pm 4,6$ ,  $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η παρακολούθηση ενός σεμιναρίου πρώτων βοηθειών ήταν καθοριστικής σημασίας για τις γνώσεις των συμμετεχόντων. Όλοι οι άνθρωποι που ανήκουν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και έρχονται σε επαφή καθημερινά με πολλούς ανθρώπους να

εκπαιδεύονται συνεχώς στις πρώτες βοήθειες, ώστε να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν σε τέτοιες καταστάσεις.

**Λέξεις κλειδιά:** πρώτες βοήθειες, ειδική πληθυσμιακή ομάδα, εκπαίδευση, σενάριο, σεμινάρια.

## Abstract

**Introduction:** Accidents and emergencies can happen anywhere at any time. First aid consists of methods and techniques that improve practices related to the prevention, preparedness and immediate response to emergencies for health.

**Aim:** The aim of the present study was to investigate the knowledge of various categories and specialties of civil workers in the County of Arcadia in first aid.

**Methodology:** This is a prospective, cross-sectional study. The sample of the study consisted of civil workers, of various categories and specialties. The tool which was used to collect the data for the survey was a validated questionnaire, by Greek researchers. It contains 25 questions - scenarios that cover almost all kinds of emergency situations and explore the knowledge of first aid participants.

**Results:** Totally, 162 people participated in the study. Most of them were aged 36-65 years (82.1%), married (72.8%), higher (43.8%) and highest (35.2%) education, administrative staff (40.7%). First aid seminar was attended by 82 (50.6%) participants. Participants replied correctly at  $13.9 \pm 5.1$  scenarios. Overall, 54 (33.3%) participants had moderate levels of first aid knowledge, 46 (28.4%) inadequate, 40 (24.7%) good and 22 (13.6%) excellent knowledge. The number of correct answers did not differ significantly between people of different sexes and ages. Participants with highest education responded correctly to significantly fewer questions than the others ( $p < 0.05$ ). Participants who attended a first aid seminar responded correctly to a significantly higher number of questions ( $15.7 \pm 4.9$  vs.  $12.1 \pm 4.6$ ,  $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Attending a first aid seminar was critical to the participants' knowledge. All people who belong to special populations and come into contact daily with many people to be constantly trained in first aid to be ready to respond to such situations.

**Key words:** first aid, special population group, training, scenarios, seminars

## Εισαγωγή

Ατυχήματα και επείγουσες καταστάσεις μπορούν να συμβούν οπουδήποτε οποιαδήποτε στιγμή, παρόλο που μπορεί να υπάρχουν ορισμένα μέτρα ασφαλείας. Τα άμεσα και κατάλληλα μέτρα που λαμβάνονται την κατάλληλη στιγμή μπορούν να σώσουν τη ζωή του θύματος (Gurtha & Abhitabh, 2002). Αυτό εξηγεί το γεγονός γιατί είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι πολίτες, οι μη επαγγελματίες υγείας, πρώτες βοήθειες. Οι πρώτες βοήθειες ορίζονται ως η αξιολόγηση και οι παρεμβάσεις που μπορούν να εκτελεστούν από έναν παρευρισκόμενο αμέσως με ελάχιστο ή καθόλου ιατρικό εξοπλισμό (Kumar et al., 2013). Είναι σύνηθες φαινόμενο ότι κάθε φορά που συμβαίνει κάποιο ατύχημα ή παθαίνει κάτι κάποιο άτομο, οι άνθρωποι που βρίσκονται στη σκηνή του ατυχήματος/συμβάντος συνήθως πανικοβάλλονται περισσότερο από το ίδιο το θύμα. Ο παρευρισκόμενος πρέπει να έχει μια θετική στάση και να είναι έτοιμος να βοηθήσει το θύμα. Θα πρέπει, επίσης, να έχει τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες για το τι κάνει και να ενθαρρύνει και να καθησυχάζει τα θύματα (Deepak & Nayak, 2012). Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι ακόμη και μια περιορισμένη κατανόηση των πρώτων βοηθειών θα ήταν μια ανεκτίμητη υπηρεσία για τα άτομα που βρίσκονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Semwal et al., 2013).

Πρώτες βοήθειες είναι η άμεση φροντίδα που παρέχεται στα θύματα στον τόπο του συμβάντος πριν από την άφιξη επαγγελματιών υγείας. Περιλαμβάνει αυτοβοήθεια και φροντίδα στο σπίτι εάν η ιατρική βοήθεια δεν είναι διαθέσιμη ή καθυστερήσει. Περιλαμβάνει επίσης καλά επιλεγμένα λόγια ενθάρρυνσης, αποδεικτικά στοιχεία προθυμίας για βοήθεια και προαγωγή της εμπιστοσύνης με επίδειξη αρμοδιοτήτων. Στόχος των πρώτων βοηθειών είναι να σταματήσει και, εάν είναι δυνατόν, να αντιστραφεί η βλάβη. Περιλαμβάνει ταχεία και απλά μέτρα, όπως η απελευθέρωση και εξασφάλιση αεραγωγού, η πίεση σε αιμορραγία των τραυμάτων ή η έκπλυση των οφθαλμών και του δέρματος σε περιπτώσεις χημικών εγκαυμάτων (Dajer, 2017).

Οι πρώτες βοήθειες συνίστανται σε μεθόδους και τεχνικές που βελτιώνουν τις πρακτικές που σχετίζονται με την πρόληψη, την ετοιμότητα και την άμεση ανταπόκριση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για την υγεία. Πρώτες βοήθειες μπορούν να παρέχονται σε όλους τους

χώρους όπως σχολεία, νοικοκυριά, χώροι εργασίας, χώροι αναψυχής κλπ. Πέρα από τα θέματα υγείας, η γνώση των πρώτων βοηθειών αυξάνει επίσης την κοινωνική ευθύνη της κοινωνίας και ενισχύει τις αξίες (Black, 1997).

Το προσωπικό των πρώτων βοηθειών είναι άτομα που βρίσκονται στη σκηνή, συνήθως εργαζόμενοι που είναι εξοικειωμένοι με τις συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας και οι οποίοι ενδέχεται να μην έχουν ιατρική επάρκεια αλλά πρέπει να εκπαιδεύονται και να προετοιμάζονται να εκτελούν πολύ συγκεκριμένα καθήκοντα. Η εκπαίδευση για την παροχή πρώτων βοηθειών παρέχει επίσης γνώσεις και δεξιότητες και βοηθά επίσης στην ευαισθητοποίηση για την προαγωγή της ασφάλειας στο σπίτι, στην εργασία, κατά τη διάρκεια της αναψυχής, στους δρόμους και σε οποιοδήποτε σημείο μπορεί να βρεθεί κάποιος άνθρωπος (Parker, 2017).

Ομοίως, κατά τη διάρκεια της ίδρυσης ενός σχολείου πρέπει να υπάρχουν οι ακόλουθες ελάχιστες απαιτήσεις ασφαλείας, όπως ένα άτομο εκπαιδευμένο στις πρώτες βοήθειες. Επομένως, για να διασφαλιστεί αυτό και να ακολουθηθούν τα κατάλληλα πρότυπα πρώτων βοηθειών, τα άτομα αυτό πρέπει να εκπαιδεύεται σε τακτική βάση (Health and safety team, 2011).

Η σειρά τεχνικών εκθέσεων του ΠΟΥ έδειξε ότι τα σχολεία είχαν τη δυνατότητα να αποτελέσουν μια εξαιρετική βάση για μεγάλης κλίμακας προγραμματισμό και ότι υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης του σχολείου ως χώρου για παρεμβάσεις στην υγεία. Τα σχολεία μπορούν να παρέχουν πολλές υπηρεσίες στους νέους, εκτός από την επίσημη εκπαίδευση, όπως εκπαίδευση για την υγεία και ανάπτυξη δεξιοτήτων διάσωσης. Ένα σχολείο είναι ένας κατάλληλος χώρος για τη διδασκαλία και κατάρτιση σχετικά με τη διάσωση της ζωής και την απόκτηση δεξιοτήτων πρώτων βοηθειών και είναι συχνά οικονομικά αποδοτικές και υπάρχουν δυνατότητες βραχυπρόθεσμης και μακροπρόθεσμης αξιολόγησης (WHO Technical Report Series, 1999).

Το περιβάλλον είναι γεμάτο από ατυχήματα, ασθένειες έκτακτης ανάγκης και άλλα προβλήματα υγείας που διαφέρουν σε επίπεδο σοβαρότητας και μεγέθους. Τα προβλήματα

μπορούν γενικά να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες, στα ατυχήματα (σκόπιμα και μη) και σε ασθένειες έκτακτης ανάγκης. Οι συνέπειες αυτών των προβλημάτων υγείας θα μπορούσαν να καταλήξουν σε σωματική αναπηρία και θάνατο. Ωστόσο, η σωματική αναπηρία ή ο θάνατος μπορεί να μειωθεί σημαντικά ή / και να αποφευχθεί με την παροχή πρώτων βοηθειών χρησιμοποιώντας τοπικά διαθέσιμα υλικά (Addis, 2003).

Μελέτη που διεξήχθη σε διάφορους πληθυσμούς, όπως αστυνομία, προσωπικό ασθενοφόρων, οδηγοί ταξί, λεωφορείων και αυτοκινήτων, δάσκαλοι της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έδειξε ότι το 60% από αυτούς είχαν δει περισσότερα από 2 περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης τους τελευταίους έξι μήνες και το 55% συμμετείχε ενεργά στη βοήθεια του τραυματία, κυρίως καλώντας για ασθενοφόρο, μεταφέροντας τους τραυματίες και παρηγορώντας το θύμα. Ατυχήματα που συμβαίνουν στο σχολείο περιλαμβάνουν συνήθως επιληπτικές κρίσεις, χημικές βλάβες στο μάτι, πνιγμό, βήχα και πτώση (Pallavisarji et al., 2013, Li et al., 2012).

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



# 1. Συνηθισμένες επείγουσες καταστάσεις

## 1.1 Καρδιακή ανακοπή

Η καρδιακή ανακοπή είναι ο τερματισμός της μηχανικής δραστηριότητας της καρδιάς (Jacobs & Nadkarni, 2004) και συχνότερα οφείλεται σε ισχαιμική καρδιακή νόσο (IHD) (Resuscitation Council, 2011). Η παθοφυσιολογία αποτελείται από καρδιακή αρρυθμία με εξασθενημένη καρδιακή έξοδο και μετέπειτα συστηματική ισχαιμία και μεταβολικό κυτταρικό θάνατο (Rea & Page, 2010). Στην Ευρώπη, η ετήσια συχνότητα εμφάνισης καρδιακών ανακοπών εκτός των νοσοκομείων και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών είναι 38 ανά 100.000 κατοίκους. Ωστόσο, η επιβίωση και έξοδος από το νοσοκομείο είναι περίπου 10% (Resuscitation Council, 2011). Ως εκ τούτου, η καρδιακή ανακοπή που συμβαίνει εκτός νοσοκομείου αποτελεί σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας (Bobrow et al., 2010).

Καθώς η εγκεφαλική υποξική βλάβη αρχίζει να εμφανίζεται εντός 3 λεπτών από την καρδιακή ανακοπή, οι έγκαιρες παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για την επιτυχή έκβαση. Αυτά περιλαμβάνονται στην «αλυσίδα επιβίωσης»: έγκαιρη αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής και έκκληση για βοήθεια, πρώιμη έναρξη καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (CPR), πρώιμη απινίδωση και φροντίδα μετά την αναζωογόνηση (Resuscitation Council, 2011). Ο Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός συνιστά ότι, ως ελάχιστη παρέμβαση στην ανταπόκριση στην καρδιακή ανακοπή, ο πρώτος βοηθός θα πρέπει να ελέγξει αν το θύμα αναπνέει, να καλέσει τις υπηρεσίες των ασθενοφόρων (166 στην Ελλάδα) και να κάνει καρδιακή πνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς συμπίεσεις (British Red Cross, 2011). Επομένως, ο πρώτος βοηθός θα πρέπει να μπορεί να διευκολύνει τους πρώτους δύο συνδέσμους στην «αλυσίδα επιβίωσης»: έγκαιρη αναγνώριση και έκκληση για βοήθεια και έγκαιρη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (IFRC, 2011).

Η αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής μπορεί να αποδειχθεί πρόκληση για τον μη επαγγελματία υγείας. Δεδομένου ότι η καρδιακή ανακοπή έχει ως αποτέλεσμα εγκεφαλική υποξία, η συγκοπή είναι ένα πρώιμο σημάδι (Resuscitation Council, 2011). Ωστόσο, ο έλεγχος του παλμού της καρωτίδας είναι μια ασαφής μέθοδος για την επιβεβαίωση της

απουσίας κυκλοφορίας (IFRC, 2011, Vaillancourt et al., 2008). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί η απουσία-παύση αναπνοής, αλλά περιπλέκεται από την παρουσία προθανάτιου ρόγχου: περιστασιακές προσπάθειες αερισμού που εμφανίζονται αρχικά σε ποσοστό έως και στο 40% των θυμάτων (IFRC, 2011, Resuscitation Council, 2011). Η εκπαίδευση των παρόχων πρώτων βοηθειών για την αναγνώριση του προθανάτιου ρόγχου ως μέρος του «ελέγχου τους για σημάδια κυκλοφορίας» αυξάνει σημαντικά την αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής και την επακόλουθη έναρξη της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (Roppolo et al., 2009). Ως εκ τούτου, συνιστάται να εκπαιδεύονται οι μη επαγγελματίες υγείας να αρχίσουν την παροχή πρώτων βοηθειών σε καρδιακή ανακοπή εάν το θύμα δεν έχει συνείδηση και δεν αναπνέει φυσιολογικά ή καθόλου (IFRC, 2011, Resuscitation Council, 2011).

Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση είναι η εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων, με ή χωρίς αερισμό, σε μια προσπάθεια αποκατάστασης της αυθόρμητης κυκλοφορίας (Jacobs & Nadkarni, 2004). Μπορεί να παράγει αρκετή ροή αίματος για τον εγκέφαλο και το μυοκάρδιο για τη διατήρηση της προσωρινής βιωσιμότητας προτού οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να χορηγήσουν απινίδωση (Cummins et al., 1991) (ελεγχόμενο ηλεκτρικό σοκ για την αποκατάσταση του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού (Martin, 2009)), η οποία αυξάνει τα ποσοστά μακροχρόνιας επιβίωσης της καρδιακής ανακοπής εκτός νοσοκομείου κατά 2-3 φορές (Jackson & Nolan, 2012, Yasunaga et al., 2012). Για να έχει αυτό το αποτέλεσμα, η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση πρέπει να ξεκινήσει το συντομότερο δυνατό και πρέπει να συνεχίσει στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου (Cummins et al., 1991). Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι τυχόν διακοπές στις θωρακικές συμπίεσεις κατά τη διάρκεια της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης μπορεί να έχουν επιβλαβείς επιδράσεις στην επιβίωση (Xanthos et al., 2011). Επομένως, υπάρχει συζήτηση σχετικά με το εάν η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση θα πρέπει να περιλαμβάνει αερισμό από στόμα σε στόμα (IFRC, 2011).

Στην πλειοψηφία των μελετών της καρδιακής ανακοπής σε ζώα, η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις είχε ισοδύναμα ή βελτιωμένα αποτελέσματα σε σύγκριση με την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με αερισμό (πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση) (IFRC, 2011, Xanthos et al., 2011). Ωστόσο, σε περιπτώσεις ασφυξίας και σε παιδιά, καθώς και σε εκείνες στα οποία οι θωρακικές

συμπιέσεις διήρκεσαν περισσότερο από 4 λεπτά, η πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση υπερτερούσε (Sayre et al., 2008). Η χειρότερη απόδοση της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με συνεχείς θωρακικές συμπιέσεις σε αυτές τις καταστάσεις αντιπροσωπεύει το μεταβολικό κυτταρικό θάνατο λόγω της μείωσης του κορεσμού οξυγόνου στο αίμα, το οποίο δεν αναπληρώνεται από τους αεραγωγούς (Anantharaman, 2011, Sayre et al., 2008). Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να έχουν επιπτώσεις στις καρδιακές ανακοπές που προκαλούνται από ασφυξία (π.χ. πνιγμό) και στα παιδιά (συνήθως μη καρδιακής προέλευσης) καθώς και σε παρατεταμένη καρδιακή ανακοπή (Sayre et al., 2008). Επιπλέον, σε αντίθεση με τα ζώα, ο ανθρώπινος ανώτερος αεραγωγός δεν παραμένει ανοικτός αυθόρμητα για να επιτρέψει τον παθητικό αερισμό (που συμβαίνει καθώς το στέλεχος μετακινείται προς τα μέσα και προς τα έξω από τις θωρακικές συμπιέσεις). Επομένως, αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να συνδυαστεί στους ανθρώπους, που σημαίνει ότι η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπιέσεις θα είναι λιγότερο αποτελεσματική σε σχέση με τα ζωικά μοντέλα (Anantharaman, 2011, Vaillancourt et al., 2008). Παρόλα αυτά, η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπιέσεις υπερτερούσε σε σχέση με καθόλου καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε όλα αυτά τα ζωικά μοντέλα (Anantharaman, 2011).

Σε 6 μελέτες παρατήρησης που συνέκριναν την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπιέσεις με την πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά, ή βελτίωση, στην επιβίωση και έξοδο από το νοσοκομείο και στη νευρολογική έκβαση των ασθενών (IFRC, 2011, Sayre et al., 2008). Σε μια μετά-ανάλυση τριών μελετών σε τμήμα επειγόντων περιστατικών, η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπιέσεις σχετίστηκε με αύξηση κατά 2,4% στην επιβίωση σε σύγκριση με την πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (IFRC, 2011). Ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν είναι συνεπή και σε τρεις άλλες μελέτες παρατήρησης, η πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο στην επιβίωση (Ogawa et al., 2011). Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε στις παραπάνω μελέτες σε ζώα, έχει παρατηρηθεί ότι για τις παρατεταμένες (> 15 λεπτά), παιδιατρικές και μη καρδιακής αιτιολογίας καρδιακές ανακοπές (Ogawa et al., 2011) η πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση έδειξε βελτιωμένη επιβίωση (IFRC, 2011, Ogawa et al., 2011). Αυτό έχει συνέπειες για εκείνες τις περιπτώσεις όπου οι χρόνοι απόκρισης των

ασθενοφόρων είναι πάνω από 15 λεπτά (Anantharaman, 2011). Εκτός από αυτό, πολλές από τις παραπάνω μελέτες συνέκριναν την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις με τις κατευθυντήριες οδηγίες της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης πριν από το 2005, οι οποίες συνιστούν αναλογία 15:2 συμπίεσεις προς αερισμό. Επομένως, δεδομένου ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες απαιτούν τώρα αναλογία 30:2, τα ευρήματα αυτά μπορεί να μην είναι πλέον σημαντικά και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες (Anantharaman, 2011). Παρά τις παρατηρήσεις αυτές, και λαμβάνοντας υπόψη ότι σε όλες τις μελέτες η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις ήταν καλύτερη από όταν δεν υπήρχαν συμπίεσεις καθόλου, 4 ανασκοπήσεις στο θέμα αυτό κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις είναι αποδεκτή για καρδιακή ανακοπή στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον σε ενήλικες (IFRC, 2011, Sayre et al., 2008).

Οι μη επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδεύονται για να ξεκινήσουν την παροχή πρώτων βοηθειών σε καρδιακή ανακοπή εάν το θύμα δεν έχει συνείδηση και δεν αναπνέει κανονικά ή καθόλου. Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση μπορεί να παράγει αρκετή ροή αίματος για τον εγκέφαλο και το μυοκάρδιο για να διατηρήσει προσωρινή βιωσιμότητα προτού οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να χορηγήσουν απινίδωση. Ενώ τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις μπορεί να μην είναι κατάλληλη σε καρδιακή ανακοπή που προέρχεται από ασφυξία ή σε παιδιά ή παρατεταμένη (> 15 λεπτά), θα πρέπει να εφαρμόζεται σε όλους τους ενήλικες με καρδιακή ανακοπή εκτός του νοσοκομείου.

## **1.2 Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου**

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι το πιο σημαντικό θέμα σε όσους πάσχουν από θωρακικό πόνο, το επακόλουθο του οποίου είναι η καταπληξία, η καρδιακή ανακοπή και ο θάνατος (IFRC, 2011). Περίπου 124.000 άτομα πάσχουν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου στο Ηνωμένο Βασίλειο κάθε χρόνο και οι καρδιαγγειακές παθήσεις εκτιμάται ότι κοστίζουν στην οικονομία του Ηνωμένου Βασιλείου γύρω στις 30 δισ. λίρες ετησίως (Scarborough et al., 2010). Ως εκ τούτου, με τις καρδιαγγειακές παθήσεις να αποτελούν μια σημαντική αιτία

θνησιμότητας, αναπηρίας και ασθενείας στον γενικό πληθυσμό, η παροχή πρώτων βοηθειών στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει θετικά τόσο τη δημόσια υγεία όσο και την οικονομία (Cytryn et al., 2009, Nouredine, 2009). Σε περίπτωση που κάποιος πάσχει από θωρακικό άλγος, ο Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός συνιστά ως ελάχιστο οι μη επαγγελματίες υγείας να εξασφαλίσουν ότι το άτομο θα καθίσει κάπου και θα κληθεί άμεσα η υπηρεσία ασθενοφόρων (British Red Cross, 2011).

Υπάρχουν λίγα επιστημονικά στοιχεία για να μπορεί να υποστηριχθεί η άποψη ότι κάποιος που πάσχει από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου πρέπει να καθίσει. Αντίθετα, η σύσταση γίνεται βάσει γνωμοδότησης ειδικών (IFRC, 2011). Τα άτομα που πάσχουν από θωρακικό άλγος καρδιακής προέλευσης μπορεί να αναπτύξουν υπόταση και διαταραχή του επιπέδου συνείδησης λόγω μειωμένης καρδιακής παροχής (Resuscitation Council, 2011). Στην περίπτωση αυτή, η καθιστή θέση μπορεί να τους εμποδίσει να πέσουν και να υποστούν περαιτέρω τραυματισμό (IFRC, 2011).

Για εκείνους των οποίων ο θωρακικός πόνος προκαλείται από έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση ST (STEMI), το οποίο υποδηλώνει την απόφραξη μίας μεγάλης στεφανιαίας αρτηρίας, πρέπει να εφαρμοστούν χωρίς καθυστέρηση οι θεραπείες επανέγχυσης για την αποκατάσταση της παροχής αίματος στο μυοκάρδιο (Resuscitation Council, 2011). Το ευεργετικό αποτέλεσμα αυτών των θεραπειών είναι σημαντικά υψηλότερο σε εκείνους τους ασθενείς που παρουσιάζονται στο νοσοκομείο εντός 2 ωρών από την εμφάνιση συμπτωμάτων (Roberts & Timmis, 2007). Το ασθενοφόρο μπορεί να διευκολύνει την έναρξη της θεραπείας και την ταχεία μεταφορά στο νοσοκομείο για περαιτέρω θεραπεία (IFRC, 2011). Οι τέσσερις μελέτες που εντοπίστηκαν στην έρευνα της βιβλιογραφίας σχετικά με αυτό το θέμα διαπίστωσαν ότι η χρήση του ασθενοφόρου μείωσε σημαντικά τις πιθανότητες καθυστερημένης άφιξης στο νοσοκομείο κατά 35% (Goldberg et al., 2002) και 65% (McGinn et al., 2005) και μείωσε σημαντικά την καθυστέρηση στην έναρξη θεραπεία επαναιμάτωσης σε σύγκριση με εκείνους που δεν χρησιμοποίησαν το ασθενοφόρο (Zhang et al., 2009). Επομένως, η κλήση του ασθενοφόρου επιτρέπει την έγκαιρη άφιξη στο νοσοκομείο και τη χορήγηση θεραπειών επαναιμάτωσης, μειώνοντας έτσι τη βλάβη του μυοκαρδίου και βελτιώνοντας την πρόγνωση (Roberts & Timmis, 2007).

Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι κάποιος που πάσχει από θωρακικό άλγος πρέπει να τοποθετείται σε καθιστή θέση. Ωστόσο η γνώμη των ειδικών και τα συμπτώματα που προκύπτουν από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου το καθιστούν απαραίτητο μέρος των πρώτων βοηθειών στις περιπτώσεις που ένας άνθρωπος έχει για πόνο στο στήθος. Η έγκαιρη επαφή με τις υπηρεσίες ασθενοφόρων ως απόκριση του θωρακικού πόνου οδηγεί σε βελτιωμένα αποτελέσματα ασθενών για όσους υποφέρουν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου λόγω έγκαιρης (πιο γρήγορης) άφιξης στο νοσοκομείο και γρηγορότερης και έγκαιρης χορήγησης θεραπειών επαναιμάτωσης.

### **1.3 Έγκαυμα**

Οι τραυματισμοί από έγκαυμα είναι μια κοινή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Στο Ηνωμένο Βασίλειο 250.000 άνθρωποι υποφέρουν από εγκαύματα κάθε χρόνο, από τους οποίους 175.000 αντιμετωπίζονται σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών (Chipp et al., 2008). Ο Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός συνιστά να ψύχεται η πληγείσα περιοχή σε κρύο τρεχούμενο νερό για τουλάχιστον 10 λεπτά πριν καλυφθεί με φιλμ προσκόλλησης ή καθαρή πλαστική σακούλα (British Red Cross, 2011).

Η ψύξη ενός καψίματος ή εγκαύματος μπορεί να μειώσει το σχηματισμό οιδήματος, τα ποσοστά μόλυνσης, το βάθος του τραυματισμού και την ανάγκη για εμβολιασμό, καθώς και την πρόκληση αναλγησίας και την προαγωγή ταχύτερης επούλωσης (First Aid Science Advisory Board, 2005). Οι προηγούμενες ανασκοπήσεις πρώτων βοηθειών για εγκαύματα και καψίματα (Cuttle et al., 2009, First Aid Science Advisory Board, 2005) έχουν εντοπίσει ένα μεγάλο αριθμό ερευνητικών αντικειμένων που χρονολογούνται από το 1956. Διαπίστωσαν ότι η πιο αποτελεσματική προσέγγιση είναι η ψύξη των θερμικών εγκαυμάτων με κρύο νερό βρύσης αμέσως μετά τον τραυματισμό και θα πρέπει να συνεχίζεται μέχρι να ανακουφιστεί ο πόνος. Η εφαρμογή πάγου ή παγωμένου νερού βρέθηκε να οδηγεί σε πρόσθετο τραυματισμό ιστού (First Aid Science Advisory Board, 2005). Ωστόσο, πολλές από αυτές τις μελέτες μέτρησαν μόνο βραχυπρόθεσμες εκβάσεις, όπως επίδραση στον πόνο και στα οίδημα και δεν εξέτασαν τις επιδράσεις διαφορετικών στρατηγικών ψύξης στην επανεπιθηλίωση

(αναγέννηση του δέρματος που υπέστη βλάβη) και στο σχηματισμό ουλών, τα οποία αντιπροσωπεύουν τα σημαντικότερα αποτελέσματα για τους ασθενείς (Cuttle et al., 2009). Επιπλέον, η βέλτιστη θερμοκρασία και η διάρκεια της ψύξης με νερό ήταν ασαφείς (Cuttle et al., 2009, First Aid Science Advisory Board, 2005). Η πιο πρόσφατη έρευνα έχει διερευνήσει τη βέλτιστη θερμοκρασία και τη διάρκεια της ψύξης με νερό χρησιμοποιώντας μοντέλα χοίρων και έχει μετρήσει σημαντικά μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα προηγούμενων μελετών (First Aid Science Advisory Board, 2005), οι Cuttle et al. (2009) διαπίστωσαν ότι τα βαθιά δερματικά τραύματα που υπέστησαν ψύξη για 20 λεπτά με νερό στους 15°C ή στους 2°C είχαν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την επανεπιθηλίωση, την ιστολογική ουλή και την εμφάνιση ουλής σε σύγκριση με εκείνα που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με νερό σε 0 °C. Σε μια παρόμοια μελέτη, οι Venter et al. διαπίστωσαν ότι σε αυτά τα μοντέλα χοίρων που υποβλήθηκαν σε επεξεργασία με νερό στους 1-8 °C, παρατηρήθηκε περισσότερη νέκρωση σε βαθιά δερματικά τραύματα παρά σε εκείνα που δεν είχαν κρυώσει καθόλου, ενώ αυτά που υποβλήθηκαν σε επεξεργασία με νερό στους 12-18 °C υπέφεραν από μικρότερη νέκρωση και στη συνέχεια επουλώθηκαν ταχύτερα (Venter et al., 2007).

Η διερεύνηση της βέλτιστης διάρκειας και της περιόδου καθυστέρησης πριν από τη θεραπεία των τραυματισμών έδειξε ότι η άμεση εφαρμογή του τρεχούμενου νερού στους 15°C για διάρκεια 20 λεπτών οδήγησε σε μεγαλύτερη βελτίωση στην επανεπιθηλίωση κατά τη διάρκεια των πρώτων 2 εβδομάδων και σε μείωση του ουλώδους ιστού στις 6 εβδομάδες. Η μεγαλύτερη εφαρμογή δε βελτίωσε τα αποτελέσματα, αλλά η εφαρμογή για διάρκεια μόλις 10 λεπτών και καθυστέρηση έως και 1 ώρα εξακολουθεί να παρέχει κάποιο όφελος (Cuttle et al., 2010). Συνεπώς, σε συνδυασμό με προηγούμενες έρευνες (First Aid Science Advisory Board, 2005), τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν ότι ένα κάψιμο ή έγκαυμα πρέπει να ψύχεται αμέσως για 20 λεπτά υπό κρύο τρεχούμενο νερό ιδανικά μεταξύ 12-18 °C (Cuttle et al., 2010, Venter et al., 2007, First Aid Science Advisory Board, 2005). Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα από περιπτώσιολογικές μελέτες σε ανθρώπους θα ήταν επιθυμητή, καθώς μεγάλο μέρος των στοιχείων που παρουσιάζονται είναι από μοντέλα χοίρων σε ελεγχόμενα περιβάλλοντα.

Το φιλμ προσκόλλησης (film) συνιστάται συχνά ως κατάλληλο επίθεμα για εγκαύματα μετά την ψύξη (British Red Cross, 2011, First Aid Science Advisory Board, 2005). Υπάρχουν ενδείξεις για την απόδειξη της αποτελεσματικότητας του φιλμ προσκόλλησης ως κατάλληλου φραγμού μετά την αρχική ψύξη του καψίματος ή του εγκαύματος. Εντούτοις, οι ανεπιθύμητες ενδείξεις υποδεικνύουν ότι το φιλμ προσκόλλησης είναι ένα κατάλληλο επίθεμα, δεδομένου ότι είναι ευρέως διαθέσιμο, διαφανές (επιτρέποντας την εκ των υστέρων αξιολόγηση για τυχόν σημάδια μόλυνσης) και λιγότερο επώδυνο για να απομακρυνθεί από άλλα επιθέματα, όπως η γάζα (Bhide, 2007).

Συμπερασματικά, η ψύξη των θερμικών εγκαυμάτων με κρύο νερό της βρύσης υποστηρίζεται από ένα μεγάλο αριθμό στοιχείων που αποδεικνύει ότι μπορεί να προκαλέσει αναλγησία, να μειώσει την ανάγκη για εμβολιασμό και να προάγει ταχύτερη επούλωση. Η βέλτιστη θερμοκρασία νερού που χρησιμοποιείται για ψύξη είναι μεταξύ 12-18 °C και η εφαρμογή θα πρέπει να πραγματοποιείται χωρίς καθυστέρηση και για διάρκεια τουλάχιστον 10 λεπτών.

#### **1.4 Εξωτερική αιμορραγία**

Ο έλεγχος μιας οξείας τραυματικής αιμορραγίας μπορεί να θεωρηθεί μία από τις πιο βασικές διαδικασίες πρώτων βοηθειών. Όταν εκτελείται αρκετά νωρίς, μπορεί να είναι υψίστης σημασίας για τον προσδιορισμό της έκβασης ενός ατυχήματος (Naimier & Chemla, 2000). Πάντως, παρά το γεγονός αυτό, είναι ένα θέμα το οποίο έχει διερευνηθεί ανεπαρκώς στην ιατρική βιβλιογραφία και υπάρχουν λίγες μελέτες που εξετάζουν αντικειμενικά την αποτελεσματικότητα των μεθόδων ελέγχου της αιμορραγίας στο προ-νοσοκομειακό περιβάλλον (Naimier & Chemla, 2000). Ο Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός συνιστά να ασκείται πίεση στο τραύμα με ό, τι είναι διαθέσιμο, ενώ έχει κληθεί το ασθενοφόρο και μέχρι να φτάσει στο σημείο του συμβάντος (British Red Cross, 2011).

Δεν εντοπίστηκαν μελέτες σχετικά με τις πρώτες βοήθειες και τη διαχείριση της εξωτερικής αιμορραγίας. Υπάρχουν τρεις μελέτες που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα της άμεσης



πίεσης για τον έλεγχο της αιμορραγίας σε ανοικτό τραύμα στο προ-νοσοκομειακό περιβάλλον, όπως πραγματοποιείται από επαγγελματίες υγείας. Οι Naimer και Chemla (2000) χρησιμοποίησαν μια αναδρομική σειρά περιπτώσεων για να διερευνήσουν τον έλεγχο της αιμορραγίας χρησιμοποιώντας ελαστικούς επιδέσμους που εφαρμόστηκαν πάνω σε «μαξιλάρια» γάζας 4x4 ιντσών, οι οποίοι τυλίχτηκαν γύρω από το τμήμα του σώματος που πάσχει με επαρκή στεγανότητα για να σταματήσει η αιμορραγία. Αυτή η μέθοδος σταμάτησε την αιμορραγία σε όλες τις περιπτώσεις και δεν αναφέρθηκαν καθόλου επιπλοκές (Naimer & Chemla, 2000). Μια μη τυχαιοποιημένη σειρά περιπτώσεων παρατήρησης σχετικά με θύματα τραυματικών ακρωτηριασμών διαπίστωσε ότι οι τραυματίες που υποβλήθηκαν σε άμεση πίεση με ελαστικούς επιδέσμους είχαν λιγότερο αιμορραγία από τον τραυματικό τους ακρωτηριασμό, είχαν υψηλότερη αιμοσφαιρίνη και υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης σε σύγκριση με αυτούς που έλαβαν τουρνικιέ (First Aid Science Advisory Board, 2005). Στην τρίτη μελέτη, χρησιμοποιώντας προσομοιωμένα τραύματα σε ένα ανθρώπινο μοντέλο, διαπιστώθηκε ότι η χειροκίνητη συμπίεση παρήγαγε σημαντικά μεγαλύτερη πίεση σε ανοικτά τραύματα σε σύγκριση με επιδέσμους και ελαστικά επιθέματα. Η παραγόμενη πίεση ήταν πολύ μεγαλύτερη από την απαιτούμενη για να σταματήσει η αιμορραγία. Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, και στις τρεις αυτές μελέτες εφαρμόστηκε πίεση από εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό σε αντίθεση με έναν μη επαγγελματία υγείας (IFRC, 2011) και οι μόνες 2 μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στο πεδίο χρησιμοποίησαν ελαστικούς επιδέσμους για να ασκήσουν πίεση και όχι χειρωνακτική συμπίεση (First Aid Science Advisory Board, 2005, Naimer & Chemla, 2000). Ενώ η χειρωνακτική συμπίεση που πραγματοποιήθηκε από εκπαιδευμένο επαγγελματία βρέθηκε να δίνει επαρκή πίεση για την πρόκληση αιμορραγίας σε ένα πειραματικό μοντέλο (Naimer et al., 2004), δεν είναι σαφές εάν το ίδιο θα ισχύει και για έναν μη επαγγελματία υγείας σε μια πραγματική περίπτωση.

Δεδομένου ότι τα στοιχεία σχετικά με τη χρήση της άμεσης πίεσης για τον έλεγχο της εξωτερικής αιμορραγίας στην προ-νοσοκομειακή περίθαλψη περιορίζονται σε εκείνα που περιγράφηκαν παραπάνω, εξετάστηκαν επίσης τα άρθρα που εντοπίστηκαν στην έρευνα της βιβλιογραφίας που διερεύνησαν τη χρήση της χειροκίνητης συμπίεσης για τον έλεγχο της αιμορραγίας στο νοσοκομειακό περιβάλλον (IFRC, 2011, First Aid Science Advisory Board, 2005). Πέντε άρθρα, τέσσερις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες και μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα των μεθόδων ελέγχου της

αιμορραγίας μετά από επεμβατικές καρδιαγγειακές επεμβάσεις, συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας αγγειογραφίας και των διαδερμικών στεφανιαίων επεμβάσεων, διαπίστωσαν ότι η χειροκίνητη συμπίεση ήταν αποτελεσματική για τον έλεγχο της εξωτερικής αιμορραγίας που προκύπτει από αυτές τις επεμβάσεις (Mlekusch et al., 2006, Walker et al., 2001). Εντούτοις, τα τραύματα από αυτές τις ελάχιστα επεμβατικές διαδικασίες είναι πιθανόν να είναι αρκετά διαφορετικά από εκείνα που βρίσκονται στο προ-νοσοκομειακό περιβάλλον και ως εκ τούτου η παρέκταση από αυτά τα στοιχεία πρέπει να γίνει με προσοχή.

Αν και η χειροκίνητη συμπίεση ενός τραύματος είναι σχετικά ασφαλής, μπορεί να είναι χρονοβόρος και η διάρκεια που απαιτείται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της αιμορραγίας είναι εξαιρετικά μεταβλητή (Mlekusch et al., 2006). Η παραγόμενη πίεση δεν είναι συνεπής και μπορεί να είναι πολύ πάνω από την απαραίτητη, προκαλώντας άσκοπο πόνο στο θύμα (Naimer et al., 2004). Εξαιτίας αυτού, η χειροκίνητη συμπίεση μπορεί επίσης να προκαλέσει κόπωση του βραχίονα στο άτομο που παρέχει πρώτες βοήθειες (Walker et al., 2001), πράγμα που σημαίνει ότι δεν μπορεί να την εφαρμόσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως είναι απαραίτητο. Μπορεί επίσης να διεγείρει αγγειοαγγειακά αντανακλαστικά που οδηγούν σε μείωση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, ενδεχομένως μειώνοντας τις επιδράσεις της οξείας απώλειας αίματος (Mlekusch et al., 2006). Αυτά τα θέματα, συμπεριλαμβανομένης μόνο της χρήσης της απαραίτητης απαιτούμενης πίεσης, θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στα μαθήματα πρώτων βοηθειών.

Οποιαδήποτε διαδικασία χρησιμοποιείται για τον έλεγχο της αιμορραγίας, τα άτομα που χορηγούν πρώτες βοήθειες πρέπει να προστατεύονται. Οποιοδήποτε σωματικό υγρό του θύματος πρέπει να θεωρείται μολυσματικό (Chameides et al., 2000). Ο «διασώστης» θα πρέπει να ενθαρρύνει το θύμα να εφαρμόσει ο ίδιος πίεση, αν είναι σε θέση να το πράξει (IFRC, 2011). Εναλλακτικά, ο διασώστης πρέπει να φοράει γάντια και να πλένει καλά τα χέρια του μετά το περιστατικό (Chameides et al., 2000). Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν τη διαφορά στην αποτελεσματικότητα των γαντιών από μη λάτεξ που δεν χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας (π.χ. γάντια που χρησιμοποιούνται στο σπίτι για το πλύσιμο). Επομένως δεν μπορεί να γίνει καμία παρατήρηση σχετικά με τις εναλλακτικές μορφές προστασίας. Ωστόσο, στα μαθήματα πρώτων βοηθειών οι μη

επαγγελματίες υγείας πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους μόλυνσης από τα σωματικά υγρά.

Η χειρωνακτική συμπίεση που γίνεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες παρέχει επαρκή πίεση για να σταματήσει η αιμορραγία σε ένα πειραματικό μοντέλο. Τα στοιχεία από το νοσοκομειακό περιβάλλον αποδεικνύουν ότι η χειροκίνητη συμπίεση είναι αποτελεσματική στον έλεγχο της αιμορραγίας ακολουθώντας επεμβατικές καρδιαγγειακές διαδικασίες. Ωστόσο, απαιτείται παρέκταση για την εφαρμογή αυτών των αποτελεσμάτων στον πάροχο πρώτων βοηθειών, ο οποίος μπορεί να έχει περιορισμένη εμπειρία και να έχει στη διάθεσή του μόνο είδη οικιακής χρήσης ως εξοπλισμό, όπως πετσέτες και οικιακά γάντια.

### **1.5 Υποψία για κατάγμα άκρου**

Τα κατάγματα είναι η διακοπή της συνέχειας ενός οστού (Martin, 2009) και παρουσιάζουν ένα εύρος τραυματισμών που εξαρτώνται από το μηχανισμό της βλάβης, την ηλικία του ασθενούς και οποιαδήποτε υποκείμενη παθολογία (Lee & Porter, 2005). Είναι συχνά επώδυνα και μπορεί να σχετίζονται με αιμορραγία (IFRC, 2011). Σε περίπτωση ανοιχτού κατάγματος, στο οποίο υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος υπερκείμενα της περιοχής του κατάγματος, θα υπάρξει εξωτερική αιμορραγία (Quinn & Macias, 2006). Αν και δεν είναι απαραίτητως απειλητικό για τη ζωή, ένα κατάγμα μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια λειτουργίας ενός άκρου ή ακρωτηριασμού (IFRC, 2011).

Τα κατάγματα αντιπροσωπεύουν έναν κοινό τραυματισμό και συχνά αντιμετωπίζονται στο προ-νοσοκομειακό περιβάλλον (Lee & Porter, 2005). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η υπολογιζόμενη συχνότητα καταγμάτων είναι 3,6 κατάγματα ανά 100 άτομα ετησίως, καθιστώντας τα σημαντικότερα για τη δημόσια υγεία (Donaldson et al., 2008). Για εκείνους που παρέχουν πρώτες βοήθειες σε κάποιον με τραυματισμένο άκρο, οι στόχοι της παρέμβασής τους πρέπει να είναι η προστασία του άκρου, ο περιορισμός του πόνου και της αιμορραγίας και η απόκτηση επαγγελματικής υποστήριξης (IFRC, 2011). Ως εκ τούτου, ο Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός συνιστά ο πρώτος βοηθός να προσπαθήσει να ακινητοποιήσει το προσβεβλημένο μέρος (με μαξιλάρι, ρούχα ή στην περίπτωση τραυματισμού του άνω

άκρου τον ίδιο τραυματισμό του βραχίονα του ασθενούς) για να αποτρέψει την περιττή κίνηση και να καλέσει το ασθενοφόρο το συντομότερο δυνατόν (British Red Cross, 2011).

Δεν εντοπίστηκαν μελέτες σχετικά με τη διαχείριση πρώτων βοηθειών για υποψία κατάγματος ενός άκρου. Έχουν διεξαχθεί δύο αξιολογήσεις σχετικά με την επαγγελματική προ-νοσοκομειακή περίθαλψη των τραυματισμένων άκρων. Οι Lee και Porter (2005) δηλώνουν ότι η χρήση ενός νάρθηκα είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των καταγμάτων κάτω άκρων. Ένας νάρθηκας χρησιμοποιείται για την ακινητοποίηση των αρθρώσεων πάνω και κάτω από τη θέση του κατάγματος και χρησιμεύει για τη μείωση του πόνου, της απώλειας του αίματος, της πίεσης στις περιβάλλουσες δομές και του κινδύνου εμβολισμού του λίπους (το λίπος εναποτίθεται σε αρτηρία, περιορίζοντας τη ροή του αίματος) (Martin, 2009). Στην περίπτωση που παρατηρείται νευροαγγειακό έλλειμμα στο προσβεβλημένο άκρο (π.χ. αυξημένος χρόνος επαναπλήρωσης τριχοειδών αγγείων ή απώλεια αίσθησης στα άκρα), πρέπει να εφαρμοστεί έλξη. Η έλξη βοηθά στην επανατοποθέτηση των οστών των άκρων και στο κλείσιμο των φλεβικών καναλιών τόσο σε ανοιχτά όσο και σε κλειστά κατάγματα, εμποδίζοντας έτσι την απώλεια αίματος (Lee & Porter, 2005). Μια παρόμοια ανασκόπηση έδειξε ότι ο νάρθηκας ενός άκρου με ανοικτό κάταγμα χωρίς ανάταξη μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο πόνο και νευροαγγειακό συμβιβασμό (Quinn & Macias, 2006). Επομένως, η επαγγελματική θεραπεία ενός άκρου με κάταγμα περιλαμβάνει σταθεροποίηση με νάρθηκα και, στην περίπτωση ανοιχτών καταγμάτων ή νευροαγγειακού ελλείμματος σε γωνιακό κάταγμα, άμεση ανάταξη (IFRC, 2011, Quinn & Macias, 2006, Lee & Porter, 2005, Todd, 2004).

Μια σειρά νοσοκομειακών μελετών και μιας προ-νοσοκομειακής μελέτης διαπίστωσαν ότι σε περίπτωση απουσίας νευροαγγειακών επιπλοκών, η ανάταξη ενός μακρού οστού με κάταγμα δεν μειώνει σημαντικά τον πόνο ή μειώνει τον χρόνο επούλωσης σε σύγκριση με την απλή ακινητοποίηση (IFRC, 2011, Parker & Handoll, 2006). Μια ανασκόπηση Cochrane (Parker & Handoll, 2006), τέσσερις τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες σχετικά με τα κατάγματα του ισχίου (Resch et al., 2005, Yi et al., 2002, Rosen et al., 2001, Anderson et al., 1993) και μια αναδρομική περιγραφική μελέτη για τα κατάγματα του μηριαίου άξονα (Abarbanell, 2001) διαπίστωσαν ότι ο νάρθηκας έλξης δεν είχε σημαντική επίδραση στον πόνο, στη χρήση

αναλγησίας, την εμφάνιση ελκών πίεσης ή την ευκολία της λειτουργίας σε σύγκριση με την ακινητοποίηση του άκρου με κάταγμα σε μια θέση άνεσης. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι, ελλείψει νευροαγγειακού ελλείμματος, η έλξη ενός γωνιακού άκρου με κάταγμα είναι περιττή και ότι η απλή ακινητοποίηση, όπως διδάσκεται στις πρώτες βοήθειες, μπορεί να είναι το μόνο που απαιτείται.

Ορισμένες ανασκοπήσεις έχουν αναφέρει ότι δεν είναι δυνατόν τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις δράσεις των προ-νοσοκομειακής αντιμετώπισης των καταγμάτων των άκρων από τους επαγγελματίες υγείας να είναι τα ίδια με εκείνα που παρέχουν οι μη επαγγελματίες υγείας (IFRC, 2011, First Aid Science Advisory Board, 2005). Η Εθνική Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή Πρώτων Βοηθειών ανέφερε ότι δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ανάταξης των οστών με κατάγματα από τους παρόχους πρώτων βοηθειών (First Aid Science Advisory Board, 2005,). Ως εκ τούτου, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική, η βιβλιογραφία πρώτων βοηθειών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο μη επαγγελματίας υγείας πρέπει να υποθέσει ότι οποιοσδήποτε τραυματισμός του άκρου θα μπορούσε ενδεχομένως να είναι κάταγμα και ότι πρέπει να σταθεροποιήσουν το άκρο στη θέση που το βρήκαν και να μην κάνουν προσπάθεια ανάταξης (IFRC, 2011, First Aid Science Advisory Board, 2005,).

Για την προ-νοσοκομειακή περίθαλψη, η αντιμετώπιση ενός κατάγματος από επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνει τη σταθεροποίηση με νάρθηκα και, σε ορισμένες περιπτώσεις, άμεση ανάταξη. Η έρευνα αναφέρει ότι, ελλείψει νευροαγγειακού ελλείμματος, η έλξη ενός άκρου με κάταγμα υπό γωνία (παραμόρφωση) είναι περιττή και ότι η απλή ακινητοποίηση είναι το μόνο που απαιτείται. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα της ανάταξης των οστών των άκρων με κάταγμα από τους παρόχους πρώτων βοηθειών. Συνεπώς, οι πάροχοι πρώτων βοηθειών πρέπει να εκπαιδευτούν μόνο για να ακινητοποιήσουν το άκρο και για να επικοινωνήσουν με το ασθενοφόρο.

## 2. Εκπαίδευση πρώτων βοηθειών

Οι πρώτες βοήθειες που παρέχονται από μη επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα από κοινούς τραυματισμούς και ασθένειες που αντιπροσωπεύουν σημαντική επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία (Van de Velde et al., 2009). Προκειμένου να επιτευχθεί μεγαλύτερη ανταπόκριση πρώτων βοηθειών σε καθημερινούς τραυματισμούς και ασθένειες, είναι απαραίτητη μια ευρύτερη διάδοση των δεξιοτήτων πρώτων βοηθειών στο κοινό (Lubrano et al., 2005). Τα βασικά μαθήματα πρώτων βοηθειών πρέπει να προετοιμάζουν άτομα από διάφορα περιβάλλοντα για να παρέχουν κατάλληλη και αποτελεσματική θεραπεία σε ένα ευρύ φάσμα συνθηκών (Anderson et al., 2011). Ωστόσο, η εκπαίδευση πρώτων βοηθειών είναι υπό έρευνα και ανεπαρκώς τεκμηριωμένη, πράγμα που σημαίνει ότι η τρέχουσα πρακτική δεν είναι βασισμένη σε ενδείξεις (IFRC, 2011).

Ο μεγαλύτερος αριθμός ερευνητικών άρθρων για την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών αφορά την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Περίπου μόνο το ένα τρίτο των ασθενών που παθαίνουν καρδιακή ανακοπή στο εξωνοσοκομειακό περιβάλλον λαμβάνουν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση από κάποιον παρευρισκόμενο (Jackson & Nolan, 2012). Δεδομένου ότι η πλειονότητα των καρδιακών ανακοπών συμβαίνουν στο σπίτι και οι παρευρισκόμενοι σε αυτές τις καταστάσεις είναι λιγότερο πιθανό να έχουν παρακολουθήσει μια σειρά μαθημάτων καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (Donohoe et al., 2006), η εκπαίδευση θα πρέπει να επικεντρωθεί σε εκείνους που ζουν με τους πάσχοντες με ισχαιμική καρδιακή νόσο (Vaillancourt et al., 2008, Donohoe et al., 2006). Η αυτο-διδασκαλία με οπτικοακουστικά μέσα με την πρακτική με πρόπλασμα έχει βρεθεί ότι είναι εξίσου αποτελεσματική με τα μαθήματα που διδάσκουν εκπαιδευτές και η διδασκαλία μέσω βίντεο των θωρακικών συμπίεσεων διάρκειας 60 δευτερολέπτων βελτιώνει τις δεξιότητες καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης του πληθυσμού (Krasteva et al., 2011). Επομένως, η αυτοκαθοδηγούμενη εκπαίδευση με πρόπλασμα για τα μέλη της οικογένειας των ατόμων με ισχαιμική καρδιακή νόσο μαζί με τηλεοπτικές διαφημίσεις για το ευρύ κοινό θα μπορούσε να αυξήσει το ποσοστό των παρευρισκόμενων που κάνουν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.

Σε μια σειρά από μελέτες, η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις έχει βρεθεί ότι είναι πιο εύκολο να το μάθει το κοινό, να το διατηρήσει στη μνήμη του και να την εκτελέσει σε σύγκριση με την πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και αυτό περιλαμβάνει την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με κλήση ασθενοφόρου (Sayre et al., 2008, Vaillancourt et al., 2008). Σε ορισμένες κοινότητες η εισαγωγή της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις έχει επίσης συσχετιστεί με αύξηση του ποσοστού των παρευρισκομένων που εκτελούν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (Bobrow et al., 2010). Αυτά τα ευρήματα μπορεί να οφείλονται στο μειωμένο στρες που θέτει η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις στον πάροχο πρώτης βοήθειας σε σύγκριση με την πρότυπη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (Sayre et al., 2008). Οι πιο κοινοί λόγοι για τη μη εκτέλεση καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης είναι το αίσθημα του πανικού (40%) και ο φόβος να μην μπορεί να το κάνει σωστά (9%) (Swor et al., 2006). Έτσι, η διδασκαλία της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις μπορεί να είναι μια πιο αποτελεσματική επιλογή (IFRC, 2011, Sayre et al., 2008). Ωστόσο, η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις οδηγεί σε ταχύτερη κόπωση του σώματος μειώνοντας την αποτελεσματικότητα των θωρακικών συμπίεσεων (Anantharaman, 2011). Αυτό μπορεί να είναι ένα σημαντικό θέμα για τους ηλικιωμένους (Heidenreich et al., 2012) που είναι πιθανότερο να γίνουν μάρτυρες μιας καρδιακής ανακοπής (Donohoe et al., 2006).

Όσον αφορά τις πρώτες βοήθειες για τον πόνο στο στήθος, τα άτομα συχνά αποτυγχάνουν να καλέσουν το ασθενοφόρο (Roberts & Timmis, 2007). Προηγούμενες μελέτες από όλο τον κόσμο έχουν εντοπίσει διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση του ατόμου να καλέσει το ασθενοφόρο ως απάντηση στον πόνο στο στήθος και σε άλλα συμπτώματα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες είναι αντιφατικοί, όπως η μεγαλύτερη ηλικία (Cao et al., 2010, Khraim & Carey, 2009, Zhang et al., 2009) και η προηγούμενη εμπειρία καρδιακών παθήσεων (Khraim & Carey, 2009, Nouredine, 2009, Zhang et al., 2009), γεγονός που υποδηλώνει ότι το πλαίσιο της μελέτης μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα. Μερικοί, όπως η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, ενδέχεται να μην έχουν σχέση (Cao et al., 2010). Ωστόσο, υπάρχουν κάποια σχετικά και συνεπή ευρήματα. Μια σειρά γνωστικών / εκτιμητικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης της πεποίθησης ότι ο θωρακικός πόνος θα υποχωρούσε (Cao et al., 2010, Ruston, 2001, Meischke et al., 1995),

την πεποίθηση ότι η μεταφορά με δικό τους μέσο θα ήταν ταχύτερη (Meischke et al., 1995) και την πεποίθηση ότι ο σωστός τρόπος για να κληθεί το ασθενοφόρο ήταν μέσω ενός γενικού ιατρού (Ruston, 2001), έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη χρήση του ασθενοφόρου. Η σοβαρότητα του θωρακικού πόνου (Khraim & Carey, 2009), η παρουσία ενός παρευρισκόμενου (Perkins-Porras et al., 2009), η εμφάνιση συμπτωμάτων έξω από το σπίτι (Perkins-Porras et al., 2009), η αντιστοιχία μεταξύ των αναμενόμενων και των πραγματικών συμπτωμάτων (Cytryn et al., 2009, Perkins-Porras et al., 2009, Zhang et al., 2009) διαπιστώθηκε ότι αυξάνουν τη χρήση του ασθενοφόρου. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η εκπαίδευση σχετικά με τα συμπτώματα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου, καθώς και ο σωστός τρόπος πρόσβασης στο ασθενοφόρο, ενδέχεται να αυξήσουν τη χρήση του ασθενοφόρου.

Εκπαιδευτικά προγράμματα για την αύξηση της χρήσης του ασθενοφόρου σε απάντηση του θωρακικού πόνου στις ΗΠΑ έχουν ωστόσο δείξει μικτά αποτελέσματα. Οι Fogle et al (2004) πραγματοποίησαν μια παρέμβαση στο χώρο εργασίας, η οποία περιελάμβανε αφίσες, φυλλάδια και εβδομαδιαίους διαγωνισμούς ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και οι Tullman et al (2007) διενήργησαν σεμινάρια εκπαίδευσης με ηλικιωμένους ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο και των οικογενειών τους. Και οι δύο αυτές τοπικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αύξησαν σημαντικά την ευαισθητοποίηση σχετικά με την ανάγκη να καλέσουν το ασθενοφόρο ως απάντηση στον πόνο στο στήθος (Tullman et al., 2007, Fogle et al., 2004). Ωστόσο, ένα 18μηνο πρόγραμμα εκπαίδευσης μέσω μαζικής ενημέρωσης για το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου σε 10 πόλεις των ΗΠΑ διαπίστωσε ότι, ενώ το πρόγραμμα αύξησε τη γνώση των σημείων και συμπτωμάτων, αυτό δεν μεταφράστηκε σε σημαντική αύξηση της χρήσης του ασθενοφόρου (Luerker et al., 2000). Ως εκ τούτου, οι μικρές και εστιασμένες εκπαιδευτικές εκστρατείες θεωρούνται απαραίτητες για την αύξηση της κατάλληλης αντίδρασης πρώτων βοηθειών στον πόνο στο στήθος.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά αποδεικτικά στοιχεία για τη σωστή προσέγγιση πρώτων βοηθειών για την αντιμετώπιση των τραυματισμών από έγκαιρα και πυρκαγιά, πολλές χώρες αποδεικνύουν ότι το κοινό, μη επαγγελματίες υγείας, δεν γνωρίζουν πως να παρέχουν αρχική θεραπεία (Harvey et al., 2011, Chipp et al., 2008, Lam & Dung, 2008). Σε



ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών του Ηνωμένου Βασιλείου, μόνο το 30% των ασθενών που έπασχαν από κακώσεις είχαν λάβει επαρκείς πρώτες βοήθειες πριν την εισαγωγή τους (Chipp et al., 2008). Συγκρίσιμες μελέτες στη Νέα Ζηλανδία (Harvey et al., 2011) και το Βιετνάμ (Lam & Dung, 2008) είχαν παρόμοια ευρήματα. Τα άτομα από εθνοτικές μειονότητες ήταν πιο πιθανό να παρέχουν μη κατάλληλες πρώτες βοήθειες, όπως η εφαρμογή οδοντόκρεμας ή βουτύρου (Chipp et al., 2008). Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι η δημόσια εκπαίδευση για την παροχή πρώτων βοηθειών για εγκαύματα είναι απαραίτητη σε πολλές χώρες και πρέπει να είναι προσιτή από τις εθνοτικές μειονότητες (Chipp et al., 2008).

Σε αντίθεση με την εκπαίδευση για συμπτώματα καρδιακής προσβολής, δύο μεγάλες εκπαιδευτικές εκστρατείες σχετικά με τα σωστά μέτρα πρώτων βοηθειών για τη θεραπεία εγκαυμάτων που διεξήχθησαν στη Νέα Ζηλανδία αποδείχθηκαν επιτυχείς (Livingston et al., 2006, Skinner et al., 2004). Στην πρώτη η εκτεταμένη κάλυψη των μέσω μαζικής ενημέρωσης (συμπεριλαμβανομένης της τηλεοπτικής, ραδιοφωνικής και εφημερίδας) αύξησε την επάρκεια των πρώτων βοηθειών και μείωσε τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και τις χειρουργικές επεμβάσεις (Skinner et al., 2004). Μια άλλη μελέτη που στόχευσε εκείνους από μη αγγλόφωνα περιβάλλοντα στη Νέα Ζηλανδία διαπίστωσε ότι ενώ η παρέμβασή τους στα μέσα ενημέρωσης προκάλεσε αρχικά μείωση της ανάγκης για μεταμόσχευση μετά από κάψιμο, μετά από 5 χρόνια το φαινόμενο αυτό είχε μειωθεί (Livingston et al., 2006). Ως εκ τούτου, οι μεγάλες εκπαιδευτικές εκστρατείες για τις πρώτες βοήθειες σε εγκαύματα θα μπορούσαν να αποδειχθούν επιτυχείς σε άλλα μέρη του κόσμου, αλλά ίσως χρειαστεί να επαναληφθούν σε τακτική βάση για να διατηρηθούν αυτές οι γνώσεις (Livingston et al., 2006, Skinner et al., 2004).

Τα εμπόδια στην παροχή πρώτων βοηθειών μετά την κατάρτιση περιλαμβάνουν το φαινόμενο των παρευρισκομένων και την υποβάθμιση των δεξιοτήτων. Το φαινόμενο των παρευρισκομένων αναφέρεται στη μειωμένη πιθανότητα ενός ατόμου να παρεμβαίνει σε μια κρίσιμη κατάσταση όταν υπάρχουν παθητικοί παρευρισκόμενοι και η κατάσταση φαίνεται διαφορετική (Fischer et al., 2011). Εξηγεί γιατί η εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες δεν οδηγεί από μόνη της σε αυξημένη συμπεριφορά βοήθειας (Fischer et al., 2011, Van de Velde et al., 2009). Δύο μελέτες έχουν διερευνήσει τα αποτελέσματα της κατάρτισης για να

ξεπεράσουν το φαινόμενο των παρευρισκομένων στην εκπαίδευση πρώτων βοηθειών. Η μία διαπίστωσε ότι η κατάρτιση αυτή αύξησε σημαντικά τα ποσοστά βοήθειας σε σχέση με την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών και μόνο (Van de Velde et al., 2009) και η άλλη όχι (Van de Velde et al., 2012). Η κατάρτιση για την υπέρβαση των εμποδίων στη δράση σε κρίσιμες καταστάσεις θα μπορούσε να αποτελέσει ένα ζωτικό μέρος της εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών, αν μπορούσε να βρεθεί η σωστή προσέγγιση (IFRC, 2011, Van de Velde et al., 2009, Vaillancourt et al., 2008).

Η διατήρηση των δεξιοτήτων πρώτων βοηθειών έχει διερευνηθεί προηγουμένως (IFRC, 2011). Σε μια μελέτη για τους ανταποκριτές πρώτων βοηθειών στην εργασία διαπιστώθηκε ότι οι ικανότητες καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης έδειξαν σημάδια επιδείνωσης μετά από μόλις 30 ημέρες (Anderson et al., 2011). Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει γιατί, μεταξύ των πολιτών, η κατάρτιση εντός 5 ετών είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για τις επιδόσεις της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης των μη επαγγελματιών υγείας που δεν ανήκει στην υγειονομική περίθαλψη (Swor et al., 2006) και σημαίνει ότι η συνεχής εκπαίδευση είναι απαραίτητη ώστε οι πάροχοι πρώτων βοηθειών να είναι σε θέση να αξιοποιούν τις δεξιότητές τους (IFRC, 2011). Τα εκπαιδευτικά προγράμματα για την παροχή πρώτων βοηθειών θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν τη σημασία των κύκλων επανεκπαίδευσης για την ενθάρρυνση της επανεκπαίδευσης των ατόμων (Donohoe et al., 2006). Ωστόσο, τα άτομα μπορεί να εξακολουθούν να είναι αρκετά αποτελεσματικά για να σώσουν μια ζωή ανεξάρτητα από το πόσο καιρό έχει από την τελευταία τους κατάρτιση. Συνεπώς, οι άνθρωποι δεν πρέπει να αποθαρρύνονται εάν δεν μπορούν να δεσμευτούν για τακτική επανεκπαίδευση (Vaillancourt et al., 2008).

Η χρήση κινητών τηλεφώνων έχει εξερευνηθεί ως ένας τρόπος για να ξεπεραστεί η έλλειψη γνώσεων πρώτων βοηθειών στο ευρύ κοινό. Οι Ertl και Christ (2007) δοκίμασαν έναν Προσωπικό Ψηφιακό Βοηθό (PDA) που παρουσίαζε βήμα προς βήμα οδηγίες για τις πρώτες βοήθειες σε σοβαρή αιμορραγία και καρδιακή ανακοπή. Οι μη εκπαιδευμένοι βοηθοί που χρησιμοποιούν τη συσκευή PDA έδωσαν σχεδόν βέλτιστη προσοχή και πραγματοποίησαν καλύτερη ποιότητα καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης από εκείνους που δεν χρησιμοποίησαν τη συσκευή. Οι οδηγίες που παρέχονται από ακουστικές συσκευές και

συμπληρώνονται από μια επίδειξη βίντεο καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης για κινητά τηλέφωνα έχουν επίσης βρεθεί ότι βελτιώνουν σημαντικά την απόδοση της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης σε μη επαγγελματίες υγείας (Lee et al., 2011). Αυτά τα πρωτόκολλα ψηφιακής θεραπείας είναι τώρα διαθέσιμα σε κινητά τηλέφωνα (British Red Cross, 2012, St John Ambulance, 2012) και έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν τη διαχείριση των πρώτων βοηθειών χωρίς την ανάγκη επίσημης εκπαίδευσης (Ertl & Christ, 2007).

Συμπερασματικά, στην εκπαίδευση καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, η αυτο-διδασκαλία με οπτικοακουστικά μέσα με την πρακτική του προπλάσματος έχει βρεθεί ότι είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματική με τα μαθήματα που διδάσκουν εκπαιδευτές και η διδασκαλία βίντεο της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με συνεχείς θωρακικές συμπίεσεις σύντομης διάρκειας 60 δευτερολέπτων βελτιώνει τις δεξιότητες καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης των ανθρώπων. Οι μαζικές εκπαιδευτικές εκστρατείες πρώτων βοηθειών για εγκαύματα μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης ήταν επιτυχείς, καθώς για τη θεραπεία της καρδιακής ανακοπής μπορεί να απαιτηθεί μια πιο τοπική και εστιασμένη εκπαιδευτική προσέγγιση. Εάν οι γνώσεις πρώτων βοηθειών πρέπει να υλοποιηθούν με επιτυχία, τα μαθήματα πρώτων βοηθειών θα πρέπει να παρακολουθούνται με ενημερωτικές συνεδρίες και να περιλαμβάνουν κατάρτιση για την υπέρβαση των εμποδίων στην πράξη σε κρίσιμες καταστάσεις. Τα ψηφιακά πρωτόκολλα θεραπείας πρώτων βοηθειών που διατίθενται μέσω κινητού τηλεφώνου έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν την εκμάθηση πρώτων βοηθειών χωρίς την ανάγκη επίσημης εκπαίδευσης.

### **3. Σημασία παρευρισκόμενου**

Τα περισσότερα παραδείγματα έκτακτης ανάγκης, εκτός από την καρδιακή ανακοπή, έχουν ως επί το πλείστο δείξει την αδράνεια του παρευρισκόμενου. Ένα από τα πιο διάσημα παραδείγματα της αδράνειας των παρευρισκομένων είναι η Kitty Genovese, μια 28χρονη γυναίκα που βιάστηκε βίαια και δολοφονήθηκε στο Κουίνς της Νέας Υόρκης, λίγα μόλις βήματα μακριά από το διαμέρισμά της στις 13 Μαρτίου 1964 (Manning et al., 2007). Αρκετοί μάρτυρες κοίταζαν και δεν παρενέβησαν έως ότου ήταν πολύ αργά. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποια αντιπαραδείγματα, τα οποία δείχνουν την εθελοντική συμπεριφορά. Ένα σχετικά

πρόσφατο παράδειγμα ήταν η άμεση αντίδραση στις βομβιστικές επιθέσεις του μαραθωνίου της Βοστώνης. Στις 15 Απριλίου 2013, πυροδοτήθηκαν δύο αυτοσχέδιες βόμβες και εξερράγησαν κοντά στη γραμμή τερματισμού στο μαραθώνιο της Βοστώνης, με αποτέλεσμα να σημειωθούν τρία θύματα και να τραυματιστούν περίπου διακόσια άτομα (Boston, 2013). Αμέσως μετά, θα υπέθετε κανείς ότι ο τεράστιος αριθμός θεατών θα έτρεχε μακριά από τις εκρήξεις και την περιοχή που ήταν γεμάτη ιπτάμενα υπολείμματα. Όμως. Συνέβη ακριβώς το αντίθετο. Πολλοί παρευρισκόμενοι έτρεχαν γενναία προς τη σκηνή για να βοηθήσουν αυτούς που τραυματίστηκαν από την έκρηξη. Οι παρευρισκόμενοι δεν γνώριζαν αν θα πυροδοτηθούν περισσότερες βόμβες ή αν βάζουν τη δική τους ζωή σε κάποιο είδος κινδύνου περνώντας μέσα στην περιοχή έκρηξης (The Science Behind the Heroism in Boston, 2013, What Boston Showed about Human Nature. Scientific American, 2013).

Για δεκαετίες, οι ερευνητές της κοινωνικής ψυχολογίας έχουν διερευνήσει τους παράγοντες και τις συνθήκες που σχετίζονται με τη συμπεριφορά βοήθειας. Ορισμένα στοιχεία έχουν συλλεχθεί από μεμονωμένα άτομα ή/και ομάδες παρευρισκομένων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Στις περισσότερες περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, τουλάχιστον στην αρχή, υπάρχουν διφορούμενα γεγονότα που μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση στον παρευρισκόμενο (Latane & Darley, 1968). Προκειμένου να συμμετάσχει σε κάποια δράση βοήθειας, ο παρευρισκόμενος πρέπει πρώτα να είναι σε θέση να παρατηρήσει, να ερμηνεύσει και να ταξινομήσει την κατάσταση ως έκτακτη ανάγκη που απαιτεί βοήθεια (Latane & Darley, 1968, 1969). Επιπλέον, ο αριθμός των παρευρισκομένων στο χώρο έκτακτης ανάγκης επηρεάζει την ατομική λήψη αποφάσεων. Η πιθανότητα ενός ατόμου να βοηθήσει ένα άτομο σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης σχετίζεται με τον αριθμό των παρόντων μαρτύρων (Latane & Darley, 1968, 1969). Δηλαδή, όσο περισσότεροι μάρτυρες υπάρχουν, τόσο λιγότερο πιθανό θα είναι κάποιος μάρτυρας να παρέχει βοήθεια. Η παρουσία άλλων ανθρώπων φαίνεται να μειώνει τα ατομικά συναισθήματα ευθύνης. Επομένως, αν υπάρχει ένας μάρτυρας, όλη η ευθύνη βαρύνει τον ίδιο, ενώ με πολλαπλά άτομα η ευθύνη αυτή διαχέεται και κατανέμεται μεταξύ της ομάδας.

Η μελέτη του αλτρουισμού και της αλτρουιστικής συμπεριφοράς είναι μακρά. Οι ορισμοί του αλτρουισμού άρχισαν με πρωτοπόρους στον τομέα της κοινωνιολογίας, όπως τους Sorokin

(1948) και Comte (Avino, 2011). Ο κοινωνιολόγος Pitirim Sorokin χαρακτήρισε τον αλτρουισμό ως τη δράση που παράγει και διατηρεί τα φυσικά ή/και ψυχολογικά αγαθά των άλλων. Σχηματίζεται από την αγάπη και την ενσυναίσθηση και στην ακραία μορφή της, ο αλτρουισμός μπορεί να απαιτεί την ελεύθερη θυσία του εαυτού του για τον άλλο (Sorokin, 1948). Μια άλλη παραδοσιακή προοπτική είχε ο Auguste Comte, ο οποίος χαρακτήριζε τον αλτρουισμό ως την επιθυμία ή την τάση να ζει για τους άλλους και αναφέρεται σε συμπεριφορές που εκτίθενται τόσο στο ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο πλαίσιο που οδηγούνται από μια ειλικρινή επιθυμία να κάνουν καλό (Avino, 2011). Η πιο σύγχρονη βιβλιογραφία ορίζει τον αλτρουισμό ως ενεργώντας με στόχο να ωφεληθεί κάποιος άλλος (Piliavin et al., 1990).

Ενώ υπάρχουν πολλά ιστορικά παραδείγματα αλτρουιστικής συμπεριφοράς των παρευρισκομένων, τόσο η σχετιζόμενη με την αναζωογόνηση όσο και η μη σχετιζόμενη με την αναζωογόνηση, λείπει η βαθύτερη κατανόηση των υποκείμενων κινήτρων για βοήθεια σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Στην εργασία τους σχετικά με την εκπαίδευση στον τομέα της παροχής πρώτων βοηθειών στον δημόσιο τομέα, οι Eisenburger και Safar (1999) υποδεικνύουν ότι υπάρχει ελάχιστη έρευνα για το τι ακριβώς διεγείρει τη δράση των παρευρισκομένων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και ότι η αυξανόμενη προθυμία των θεατών να εφαρμόσουν τις δεξιότητές τους μπορεί να βελτιώσει το ποσοστό των διαζωθέντων ζώων. Υπό το πρίσμα αυτού του φτωχού χαρακτηρισμού των κινήτρων των παρευρισκομένων, ο Axelsson (2000) επεδίωξε να διερευνήσει περαιτέρω αυτό στο πλαίσιο σε παρευρισκόμενους σε καρδιοπνευμονική ανακοπή. Χρησιμοποιώντας ποιοτικές μεθόδους, η μελέτη τους αναφέρθηκε σε δεκαεννέα ποιοτικές συνεντεύξεις με εθελοντές παρευρισκόμενους που πραγματοποίησαν καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση σε εξωνοσοκομειακό περιβάλλον στη Σουηδία, διερευνώντας τις αντιλήψεις των παρευρισκομένων για τις παρεμβάσεις τους σε καρδιακή ανακοπή. Τα αποτελέσματα από τη μελέτη τους δείχνουν ότι πρωτίστως οι ανθρωπιστικές αξίες αποτελούν το θεμέλιο των ενεργειών των παρευρισκομένων. Οι ανθρωπιστικές αξίες εκφράστηκαν ως η επιθυμία να βοηθήσουν άλλους ανθρώπους που βρίσκονται σε κατάσταση κινδύνου και την επιθυμία να σώσουν μια ζωή. Έτσι, η παροχή καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης χαρακτηρίστηκε ως φυσική και ενστικτώδης εκδήλωση εγγενών ανθρωπιστικών αξιών. Αυτό το εύρημα συμπληρώνει μια δήλωση των κοινωνικών ψυχολόγων και ερευνητών Bibb Latané και John

Darley που έκαναν σε μια από τις προηγούμενες εργασίες τους. Ισχυρίζονταν ότι, ενώ μπορεί να προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι κάποιος δεν παρεμβαίνει ποτέ σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης στην οποία δεν εμπλέκονται άμεσα, υπάρχει ένας πολιτισμικός κανόνας ή προσδοκία ότι τα άτομα θα πρέπει να παρεμβαίνουν για να ανακουφίσουν την αγωνία των άλλων (Latane & Darley, 1968).

Συμπερασματικά, η απόφαση για παροχή βοήθειας εθελοντικά ή όχι μπορεί να είναι μια περίπλοκη και δύσκολη εμπειρία. Είναι προφανώς πολύπλευρη και δυναμική, και η παρουσία των παρευρισκομένων δεν συνεπάγεται αναγκαστικά τη δράση των παρευρισκομένων. Η λήψη αποφάσεων σχετικά με το αν θα βοηθήσει ή όχι φαίνεται ότι συνεπάγεται τη στάθμιση των επιπτώσεων της κατάστασης με τους ατομικούς φόβους και τα πολιτιστικά πρότυπα.

# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των γνώσεων διαφόρων κατηγοριών και ειδικοτήτων δημοσίων υπαλλήλων του Νομού Αρκαδίας στις πρώτες βοήθειες.

## **Επιμέρους στόχοι**

Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν η διερεύνηση:

- των γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων σε θέματα πρώτων βοηθειών
- του βαθμού ετοιμότητας των δημοσίων υπαλλήλων στην παροχή πρώτων βοηθειών.
- της σημασίας της επιμόρφωσης των δημοσίων υπαλλήλων σε θέματα πρώτων βοηθειών.

## **Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα που κλήθηκε να απαντήσει η παρούσα μελέτη ήταν τα εξής:

- Έχουν οι δημόσιοι υπάλληλοι καλό επίπεδο γνώσεων σε θέματα πρώτων βοηθειών;
- Είναι οι δημόσιοι υπάλληλοι έτοιμοι για να παρέχουν πρώτες βοήθειες;
- Βοηθάει η επιμόρφωση σε θέματα πρώτων βοηθειών τους δημόσιους υπαλλήλους να έχουν καλύτερο επίπεδο γνώσεων;



## **Μεθοδολογία**

Πρόκειται για μία προοπτική, συγχρονική μελέτη συσχέτισεως.

### **Δείγμα**

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν δημόσιοι υπάλληλοι, διαφόρων κλάδων και ειδικοτήτων, πέντε δήμων του νομού Αρκαδίας.

### **Κριτήρια ένταξης**

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όσοι:

- Ήταν δημόσιοι υπάλληλοι.
- Έμεναν στο νομό Αρκαδίας.
- Μιλούσαν και καταλάβαιναν καλά την ελληνική γλώσσα.
- Συναίνεσαν με τους σκοπούς της μελέτης.

### **Κριτήρια αποκλεισμού**

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν όσοι:

- Δεν ήταν μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι.
- Δεν έμεναν μόνιμα στο νομό Αρκαδίας.
- Δεν μιλούσαν καλά την ελληνική γλώσσα.
- Αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη.

### **Εργαλείο συλλογής δεδομένων**

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει κατασκευαστεί από μια ομάδα Ελλήνων ερευνητών (Καδδά και συν., 2011). Αρχικά γίνεται συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα και τόπος κατοικίας). Στη συνέχεια υπάρχουν δύο ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν εάν ο συμμετέχων έχει παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο σχετικά με τις πρώτες βοήθειες και πόσο

χρονικό διάστημα διήρκησε. Εν συνεχεία, υπάρχουν 25 ερωτήσεις – σενάρια που καλύπτουν σχεδόν το σύνολο του είδους των επειγόντων καταστάσεων και δύο τελευταίες ερωτήσεις, όπου η μία αφορά τα τηλέφωνα κλήσης των υπηρεσιών επείγουσας ανάγκης και η τελευταία ρωτάει τους συμμετέχοντες ποιοι πρέπει να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες. Συνολικά, λοιπόν, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 29 ερωτήσεις. Ο δείκτης συνάφειας του ερωτηματολογίου βρέθηκε Cronbach  $\alpha = 0.712$ . Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα.

### **Μέθοδος συλλογής δεδομένων**

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από την ίδια την ερευνήτρια. Η ερευνήτρια αρχικά επισκέφθηκε διάφορες δημόσιες υπηρεσίες και επέλεγε υπαλλήλους τυχαία. Αφού τους ρωτούσε εάν ήταν μόνιμοι, τους εξηγούσε τους σκοπούς της μελέτης. Στη συνέχεια, τους έδινε το ερωτηματολόγιο και τους άφηνε χρονικό περιθώριο μίας ημέρας για να το συμπληρώσουν. Την επόμενη ημέρα επισκεπτόταν ξανά την υπηρεσία και το έπαιρνε, αφού ο συμμετέχων το είχε τοποθετήσει μέσα σε κλειστό φάκελο, ώστε να διατηρηθεί η ανωνυμία του.

### **Στατιστική ανάλυση**

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 21. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που χρησιμοποιήθηκε σε όλες τις αναλύσεις ήταν ίσο με 0,05. Αυτό σημαίνει ότι όλες οι τιμές που ήταν μικρότερες ή ίσες με 0.05 ( $P \leq 0.05$ ) αναφέρθηκαν στατιστικά σημαντικές.

Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική, στην οποία υπολογίστηκαν τα ποσοστά των δημογραφικών δεδομένων και των ερωτήσεων (ποιοτικές μεταβλητές). Μόνο στο σύνολο των ερωτήσεων που απαντήθηκαν σωστά από τους συμμετέχοντες επειδή είναι ποσοτική μεταβλητή, υπολογίστηκε ο μέσος και η τυπική απόκλιση ( $\text{mean} \pm \text{standard deviation}$ ).

Στη συνέχεια έγιναν οι συσχετίσεις. Όταν δύο μεταβλητές ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν t-test, ενώ αν δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή γινόταν Man Whitney test. Στην περίπτωση που συγκρινόντουσαν περισσότερες από 2 μεταβλητές, όπως στην περίπτωση του επαγγέλματος, εάν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, γινόταν ANOVA ανάλυση και στην

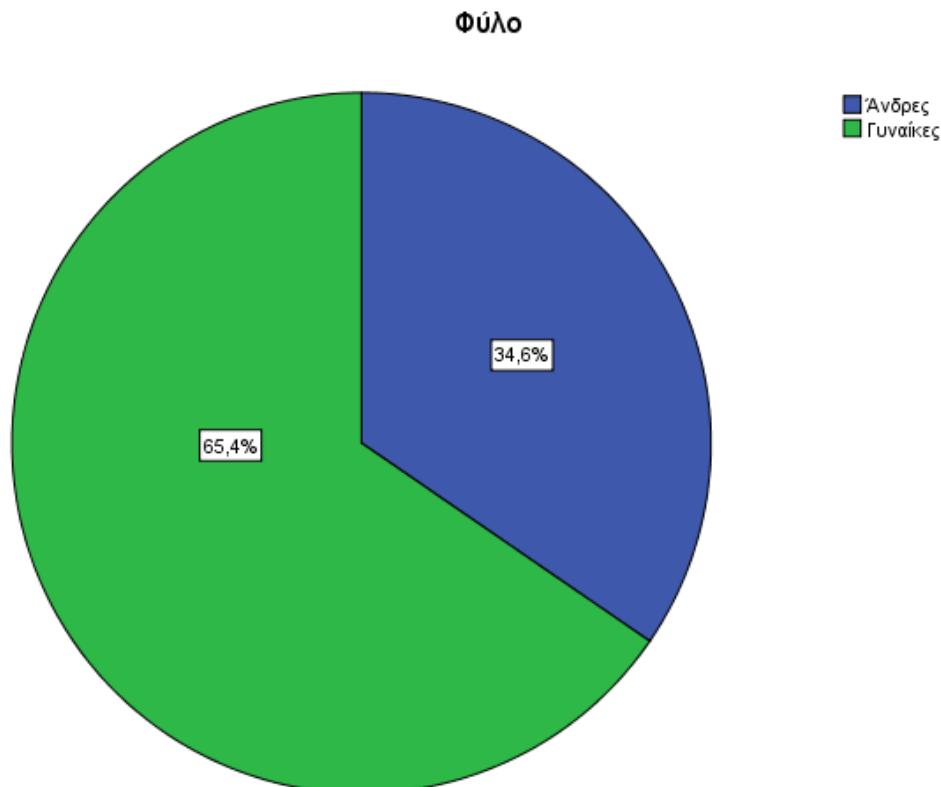
περίπτωση που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή, γινόταν έλεγχος Kruskal Wallis. Επίσης, έγινε ανάλυση  $X^2$ . Όλες οι μεταβλητές ελέγχθηκαν για το αν ακολουθούν κανονική κατανομή, με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov.

### **Ηθικά θέματα**

Κατά την εκπόνησης της παρούσας έρευνας εφαρμόστηκαν όλοι οι απαραίτητοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, εξασφαλίζεται η συγκατάθεση των ατόμων ύστερα από σχετική ενημέρωση, ενώ τηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Δεν υπήρξε καμία οικονομική επιβάρυνση των φορέων που συμμετείχαν στην μελέτη. Το κόστος που αφορούσε τη φωτοτύπηση των ερωτηματολογίων και τη μετάβαση από και προς τους φορείς επιβάρυνε αποκλειστικά την ερευνήτρια.

## Αποτελέσματα

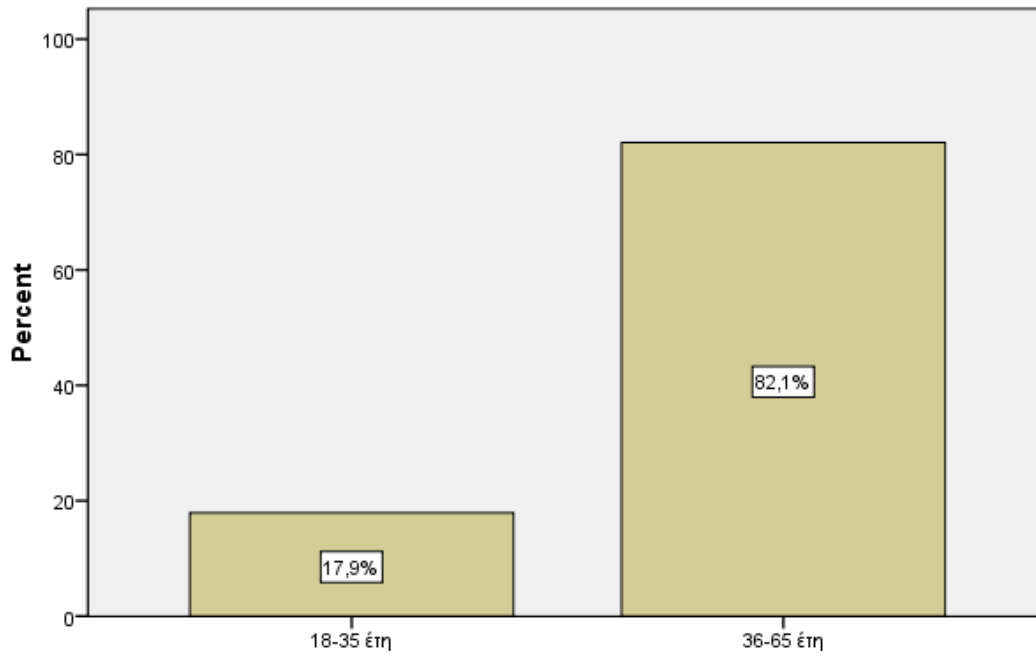
Στη μελέτη συμμετείχαν 162 άτομα, εκ των οποίων 56 (34,6%) ήταν άνδρες και 106 (65,4%) ήταν γυναίκες (σχήμα 1). Συνολικά, 29 (17,9%) άτομα ήταν ηλικίας 18-35 έτη και 133 (82,1%) ήταν ηλικίας 36-65 έτη. Δεν υπήρχαν άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (σχήμα 2).



Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.

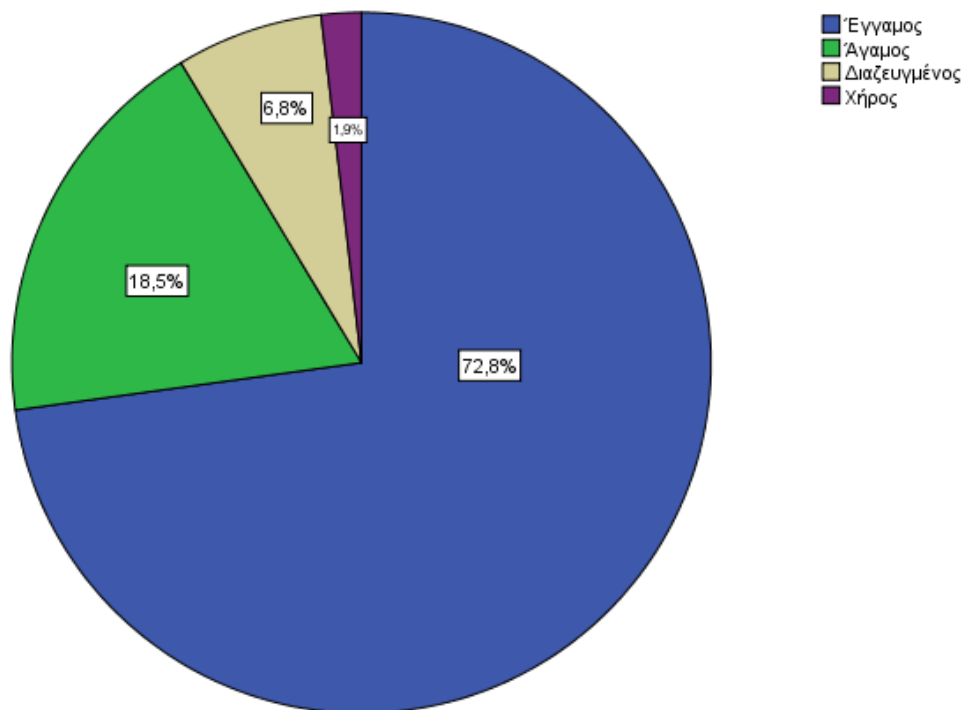
Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 118 (72,8%) ήταν έγγαμοι, 30 (18,5%) ήταν άγαμοι, 11 (6,8%) διαζευγμένοι και 3 (1,9%) χήροι (σχήμα 3).

### Ηλικία



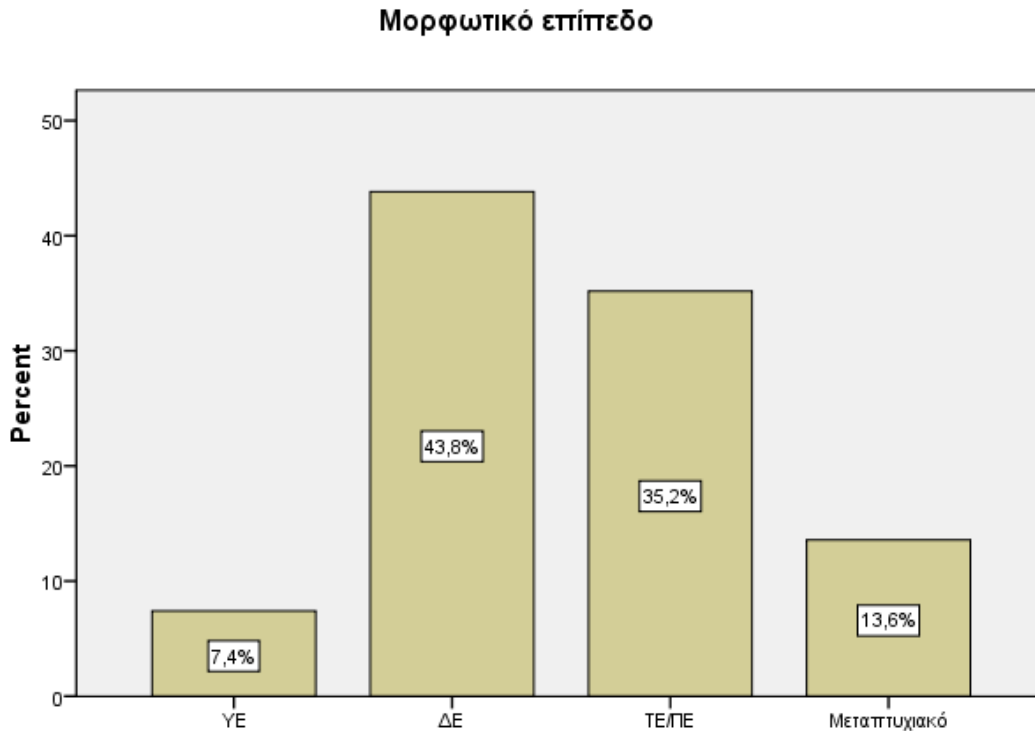
Σχήμα 2. Ηλικιακή κατηγορία συμμετεχόντων.

### Οικογενειακή κατάσταση



Σχήμα 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.

Από τους συμμετέχοντες, 71 (43,8%) άτομα ήταν διετούς εκπαίδευσης (ΔΕ), 57 (35,2%) ανώτατης εκπαίδευσης (ΠΕ/ΤΕ), 22 (13,6%) κάτοχοι μεταπτυχιακού και 12 (7,4%) υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ) (σχήμα 4).

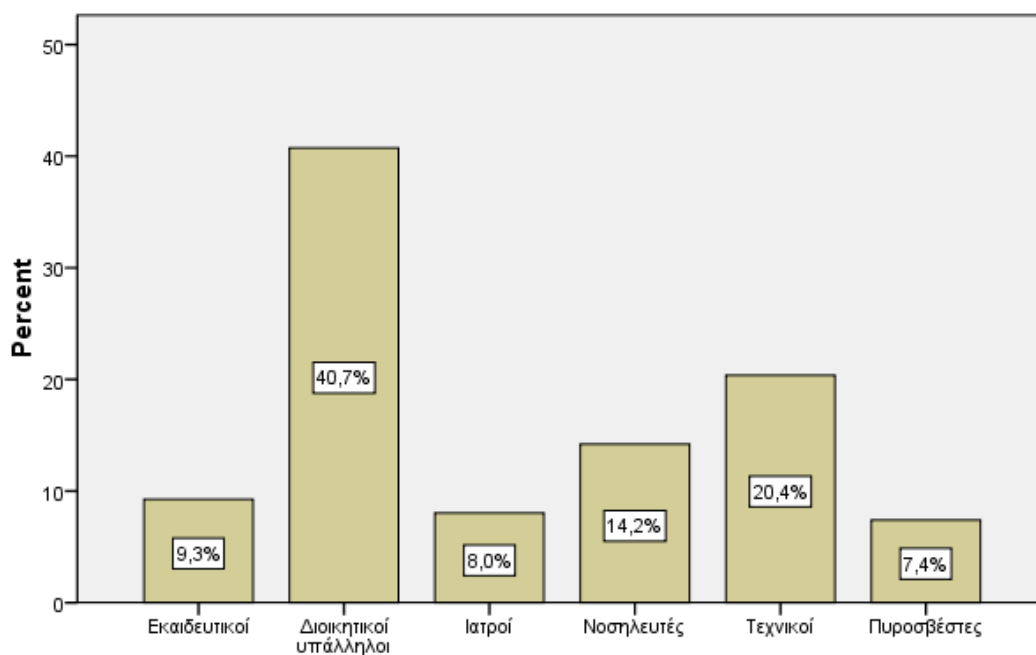


Σχήμα 4. Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων.

Συνολικά, 66 (40,7%) συμμετέχοντες ήταν διοικητικοί υπάλληλοι, 33 (20,4%) τεχνικοί, 23 (14,2%) νοσηλεύτες, 15 (9,3%) εκπαιδευτικοί, 13 (8%) ιατροί και 12 (7,4%) πυροσβέστες (σχήμα 5).

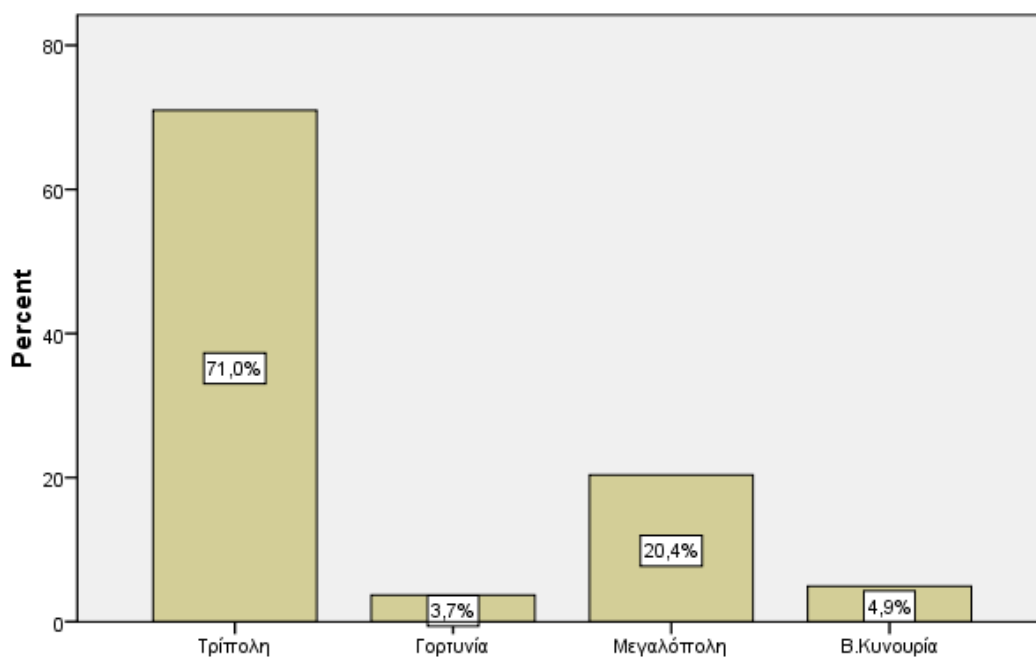
Όσον αφορά τον τόπο κατοικίας, 115 (71%) συμμετέχοντες έμεναν στο δήμο Τρίπολης, 33 (20,4%) στο δήμο Μεγαλόπολης, 8 (4,9%) στο δήμο Βόρειας Κυνουρίας και 6 (3,7%) στο δήμο Γορτυνίας (σχήμα 6).

### Επάγγελμα



Σχήμα 5. Επάγγελμα συμμετεχόντων.

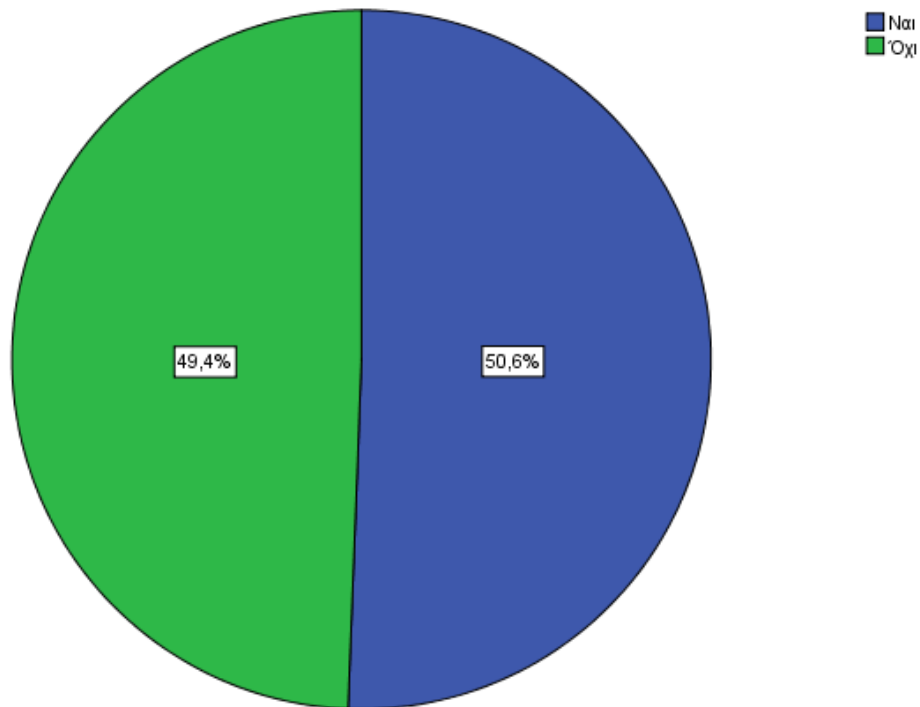
### Τύπος κατοικίας



Σχήμα 6. Τόπος κατοικίας συμμετεχόντων.

Σεμινάριο πρώτων βοηθειών είχαν παρακολουθήσει 82 (50,6%) συμμετέχοντες (σχήμα 7).

**Έχετε παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο σχετικά με τις πρώτες βοήθειες ;**



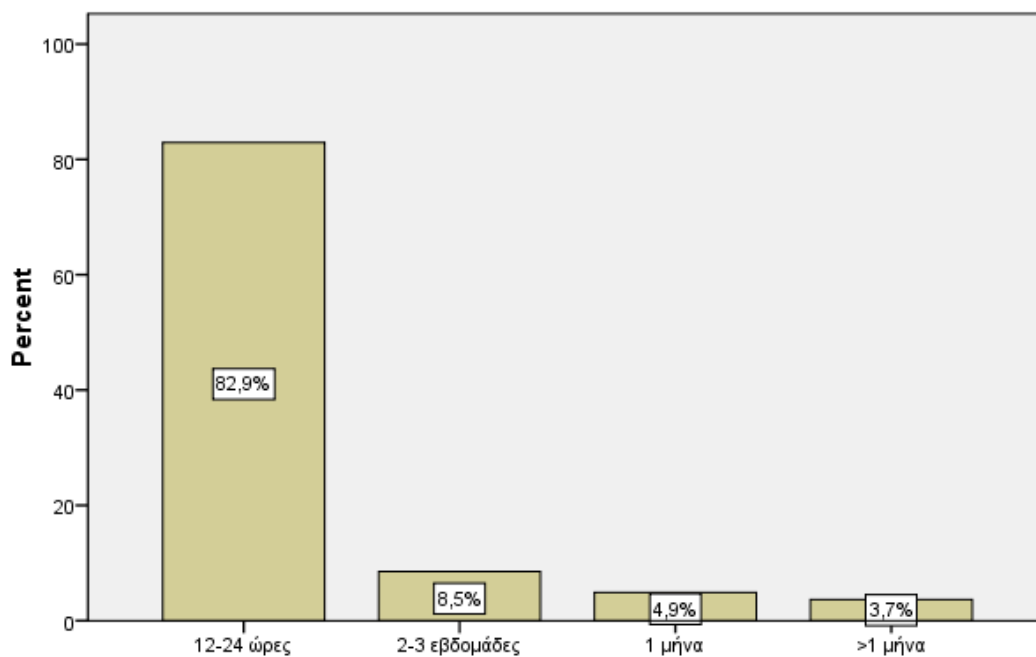
Σχήμα 7. Ποσοστό ατόμων που είχε παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών.

Από αυτούς που είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο, 68 (82,9%) ανέφεραν ότι είχε διάρκεια 12-24 ώρες, 7 (8,5%) διάρκεια 2-3 εβδομάδες, 4 (4,9%) διάρκεια 1 μήνα και 3 (3,7%) διάρκεια μεγαλύτερη από 1 μήνα (σχήμα 8).

Στην ερώτηση πως αντιμετωπίζετε ένα λιποθυμικό επεισόδιο, 87 (53,7%) συμμετέχοντες απάντησαν ξαπλώνοντάς τον στο δάπεδο και ελευθερώνοντάς του τα ρούχα, 40 (24,7%) βάζοντας τον να καθίσει και δίνοντάς του νερό και 35 (21,6%) κάνοντας αέρα στον λιποθυμισμένο και ανοίγοντας τα παράθυρα (σχήμα 9).

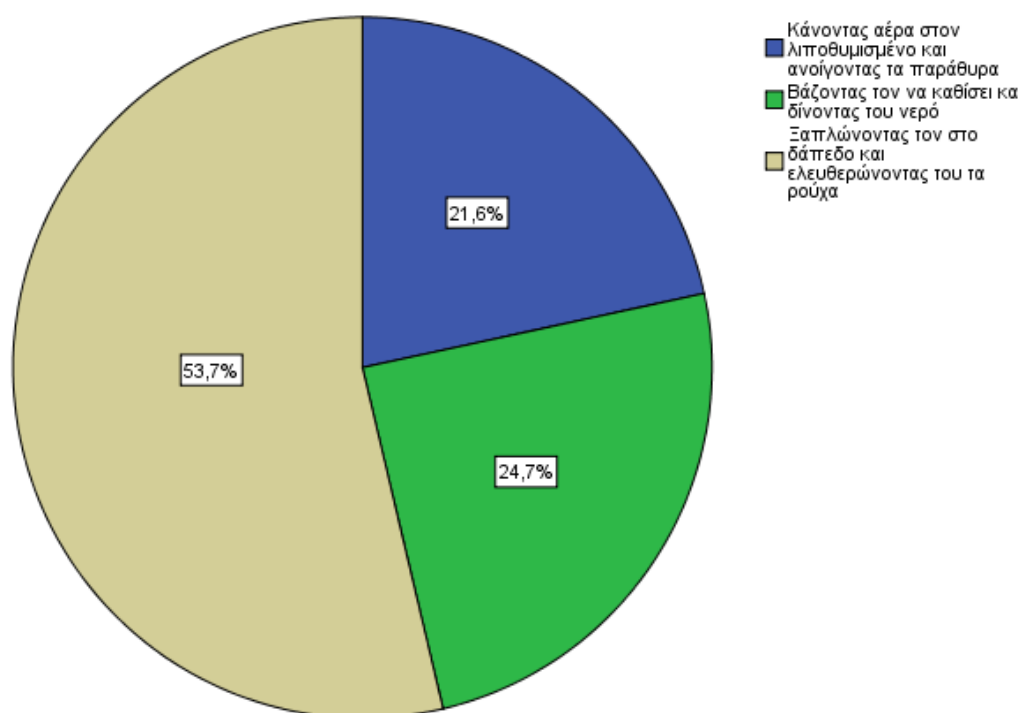


**Αν ναι, πόσο χρονικό διάστημα διάρκεσε;**



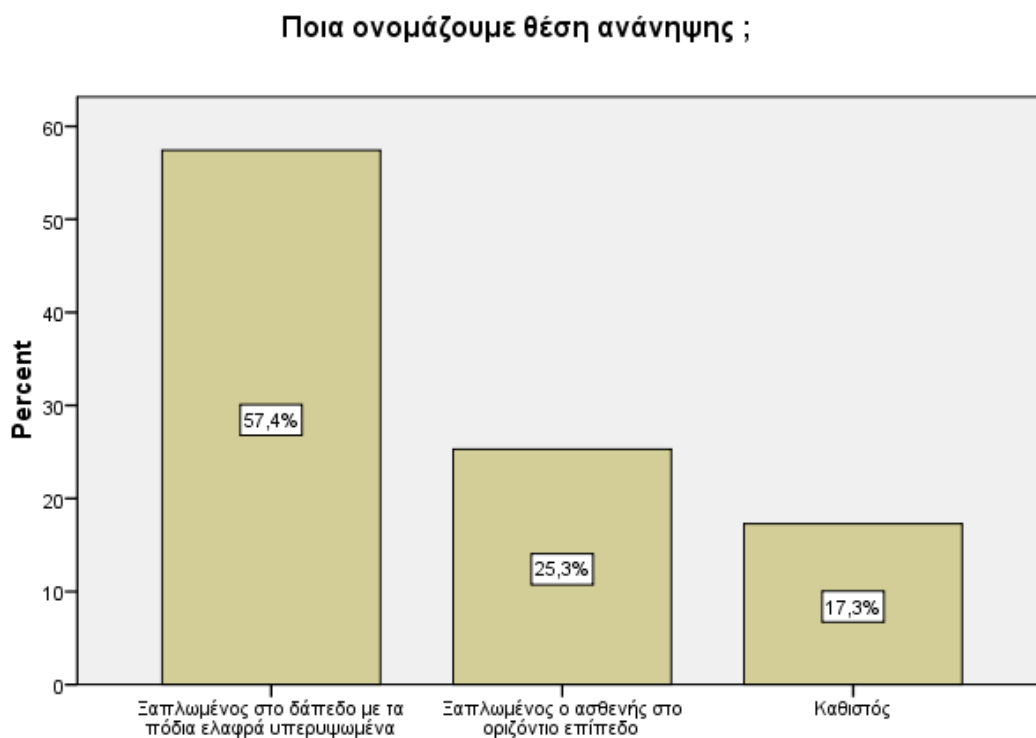
Σχήμα 8. Χρονικό διάστημα διάρκειας σεμιναρίου.

**Ένα λιποθυμικό επεισόδιο το αντιμετωπίζετε:**



Σχήμα 9. Απαντήσεις στην ερώτηση: Πως θα αντιμετωπίζατε ένα λιποθυμικό επεισόδιο.

Στην ερώτηση «Ποια ονομάζουμε θέση ανάνηψης», 93 (57,4%) συμμετέχοντες απάντησαν ξαπλωμένος στο δάπεδο με τα πόδια ελαφρά υπερυψωμένα, 41 (25,3%) ξαπλωμένος ο ασθενής στο οριζόντιο επίπεδο και 28 (17,3%) καθιστός (σχήμα 10).

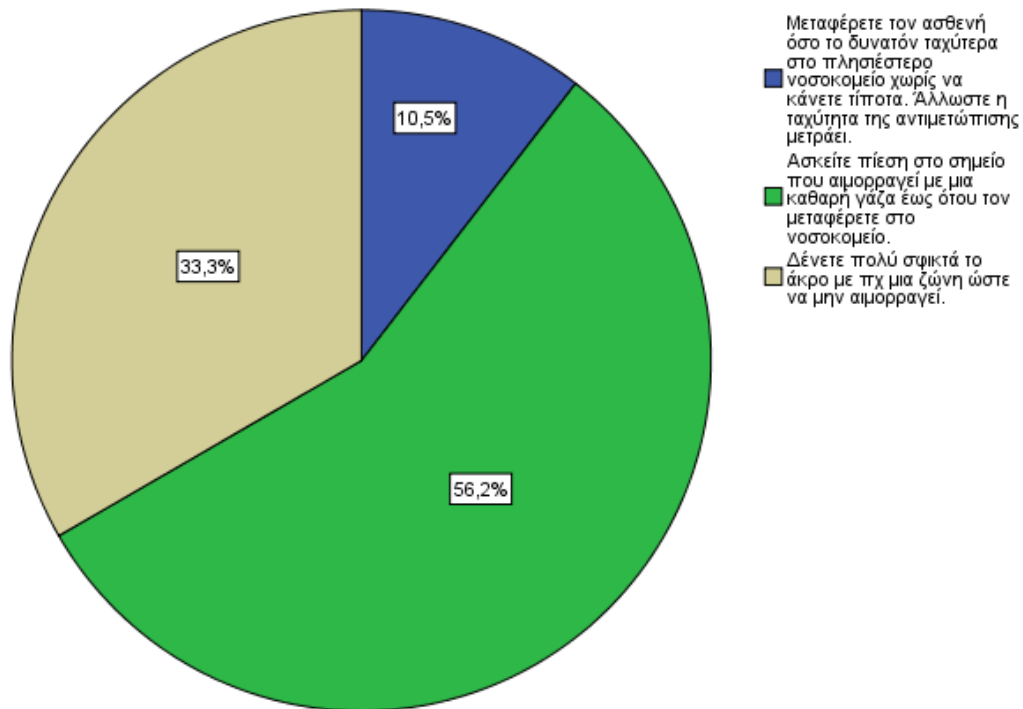


Σχήμα 10. Απαντήσεις στην ερώτηση: Ποια ονομάζουμε θέση ανάνηψης.

Στην ερώτηση «Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό» 91 (56,2%) συμμετέχοντες απάντησαν ασκείτε πίεση στο σημείο που αιμορραγεί με μια καθαρή γάζα έως ότου τον μεταφέρετε στο νοσοκομείο, 54 (33,3%) δένετε πολύ σφικτά το άκρο με πχ μια ζώνη ώστε να μην αιμορραγεί και 17 (10,5%) μεταφέρετε τον ασθενή όσο το δυνατόν ταχύτερα στο πλησιέστερο νοσοκομείο χωρίς να κάνετε τίποτα (σχήμα 11).

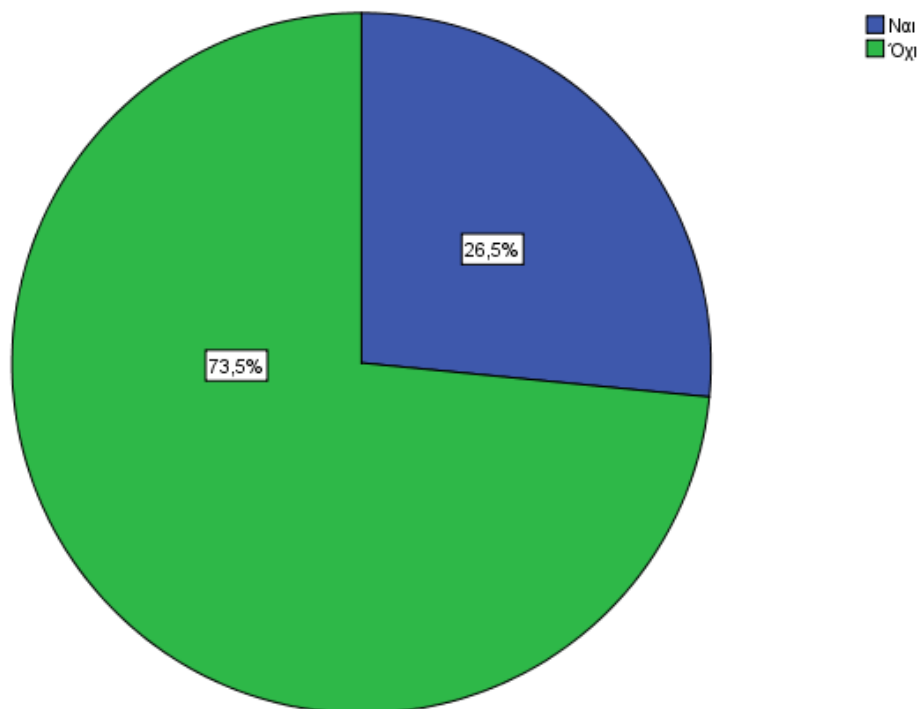
Τσαχμη περίδεση γνώριζαν τι είναι 43 (26,5%) συμμετέχοντες (σχήμα 12).

**Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό:**



Σχήμα 11. Απαντήσεις στην ερώτηση: Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό

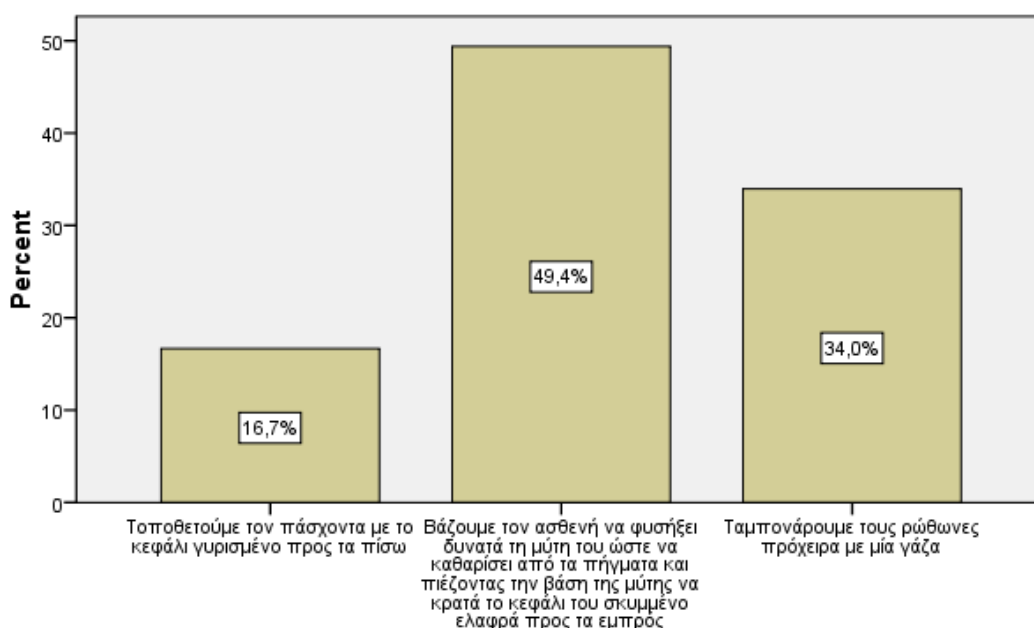
**Γνωρίζετε τι είναι η ισχαιμη περίδεση;**



Σχήμα 12. Ποσοστό ατόμων που γνωρίζουν τι είναι η ισχαιμη περίδεση.

Στην ερώτηση «Σε μια αιμορραγία από τη μύτη (ρινορραγία), τι κάνουμε αφού μετρήσουμε την αρτηριακή πίεση του αρρώστου», 80 (49,4%) συμμετέχοντες απάντησαν βάζουμε τον ασθενή να φυσήξει δυνατά τη μύτη του ώστε να καθαρίσει από τα πύγματα και πιέζοντας την βάση της μύτης να κρατά το κεφάλι του σκυμμένο ελαφρά προς τα εμπρός, 55 (34%) ταμπονάρουμε τους ρώθωνες πρόχειρα με μία γάζα και 27 (16,7%) άτομα απάντησαν τοποθετούμε τον πάσχοντα με το κεφάλι γυρισμένο προς τα πίσω (σχήμα 13).

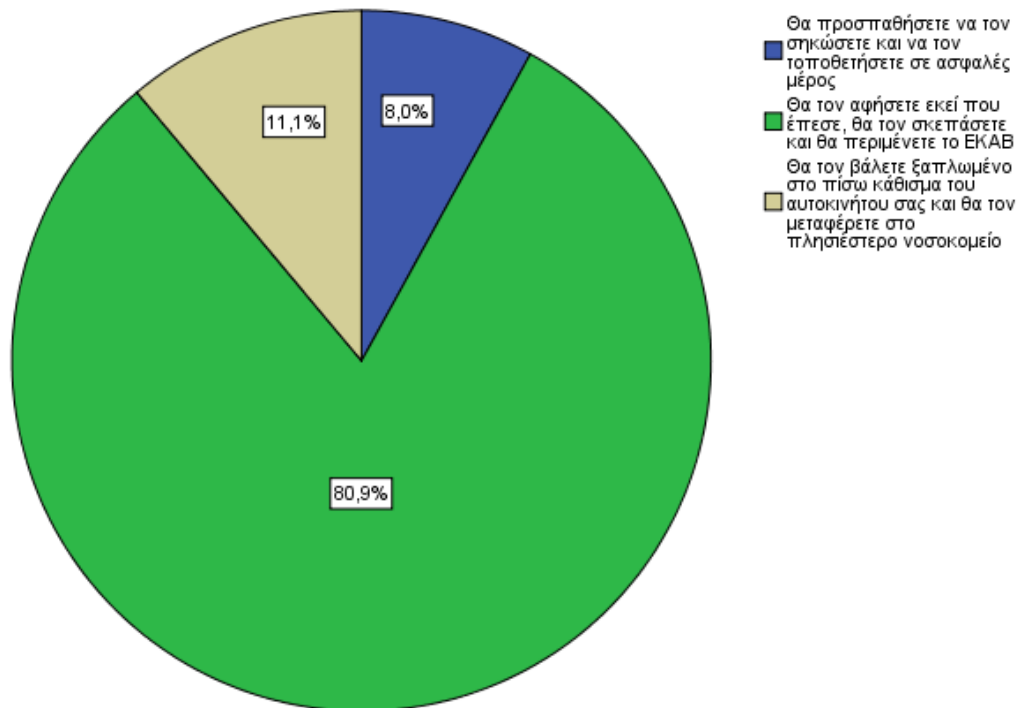
**Σε μια αιμορραγία από τη μύτη (ρινορραγία). Αφού μετρήσουμε την αρτηριακή πίεση του αρρώστου:**



Σχήμα 13. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε μια αιμορραγία από τη μύτη (ρινορραγία), τι κάνουμε αφού μετρήσουμε την αρτηριακή πίεση του αρρώστου

Στην ερώτηση «Μετά από μια πτώση από ύψος, ο πάσχων επικοινωνεί», 131 (80,9%) συμμετέχοντες απάντησαν θα τον αφήσετε εκεί που έπεσε, θα τον σκεπάσετε και θα περιμένετε το ΕΚΑΒ, 18 (11,1%) θα τον βάλετε ξαπλωμένο στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου σας και θα τον μεταφέρετε στο πλησιέστερο νοσοκομείο και 13 (8%) θα προσπαθήσετε να τον σηκώσετε και να τον τοποθετήσετε σε ασφαλές μέρος (σχήμα 14).

### Μετά από μια πτώση από ύψος, ο πάσχων επικοινωνεί.

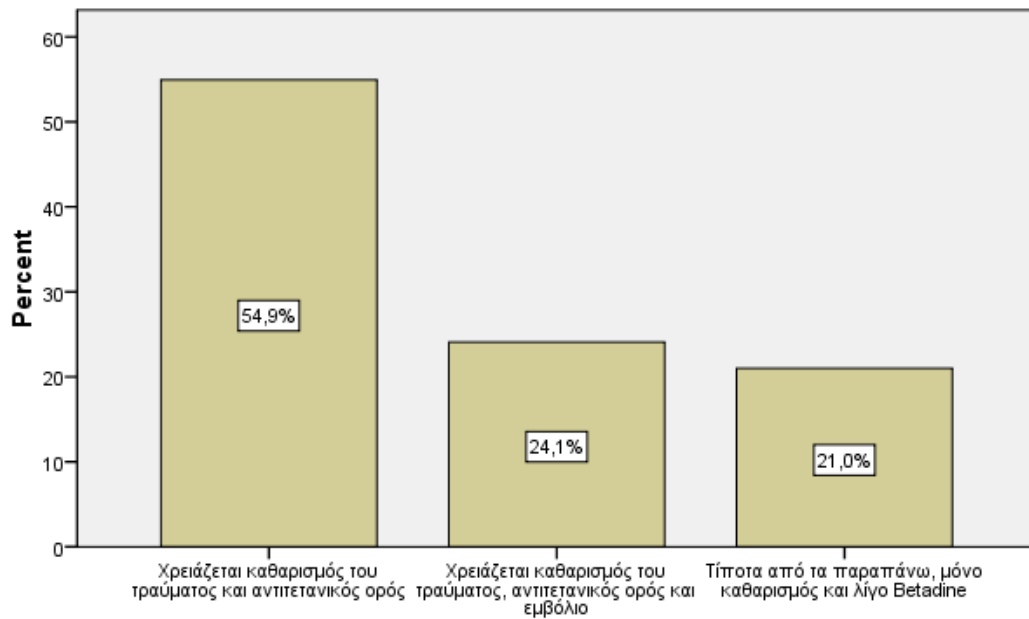


Σχήμα 14. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Μετά από μια πτώση από ύψος, ο πάσχων επικοινωνεί.

Στην ερώτηση «Σε ένα τραυματισμό από ρυπαρό αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. πρόκα σε σκουπίδια)» 89 (54,9%) συμμετέχοντες απάντησαν χρειάζεται καθαρισμός του τραύματος και αντιτετανικός ορός, 39 (24,1%) χρειάζεται καθαρισμός του τραύματος, αντιτετανικός ορός και εμβόλιο και 34 (21%) τίποτα από τα παραπάνω, μόνο καθαρισμός και λίγο Betadine (σχήμα 15).

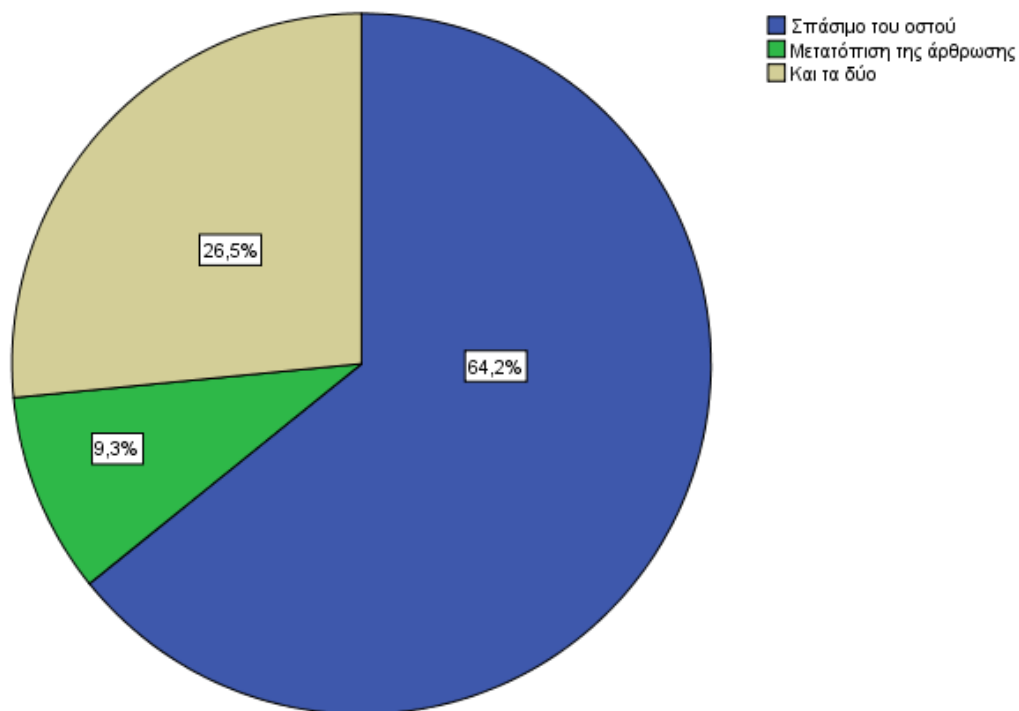
Στην ερώτηση «Τι είναι το κάταγμα» 104 (64,2%) συμμετέχοντες απάντησαν σπάσιμο του οστού, 43 (26,5%) και τα δύο και 15 (9,3%) μετατόπιση της άρθρωσης (σχήμα 16).

**Σε ένα τραυματισμό από ρυπαρό αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. πρόκα σε σκουπίδια)**



Σχήμα 15. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε ένα τραυματισμό από ρυπαρό αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. πρόκα σε σκουπίδια)

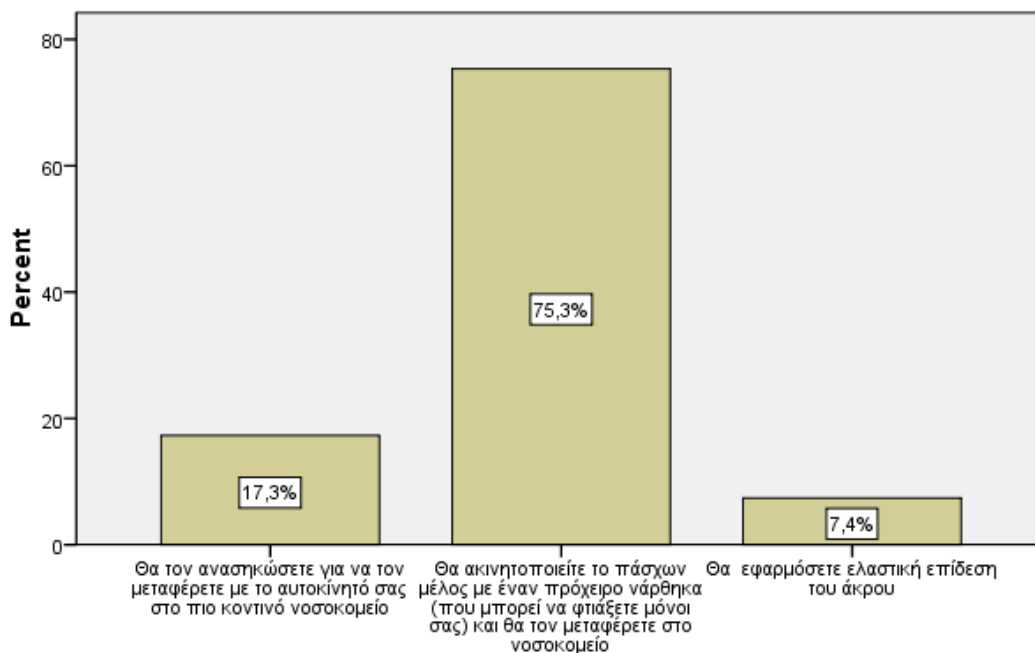
**Τι είναι το κάταγμα;**



Σχήμα 16. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Τι είναι το κάταγμα.

Στην ερώτηση «Σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο» 122 (75,3%) συμμετέχοντες απάντησαν θα ακινητοποιείτε το πάσχων μέλος με έναν πρόχειρο νάρθηκα (που μπορεί να φτιάξετε μόνοι σας) και θα τον μεταφέρετε στο νοσοκομείο, 28 (17,3%) θα τον ανασηκώσετε για να τον μεταφέρετε με το αυτοκίνητό σας στο πιο κοντινό νοσοκομείο και 12 (7,4%) θα εφαρμόσετε ελαστική επίδεση του άκρου (σχήμα 17).

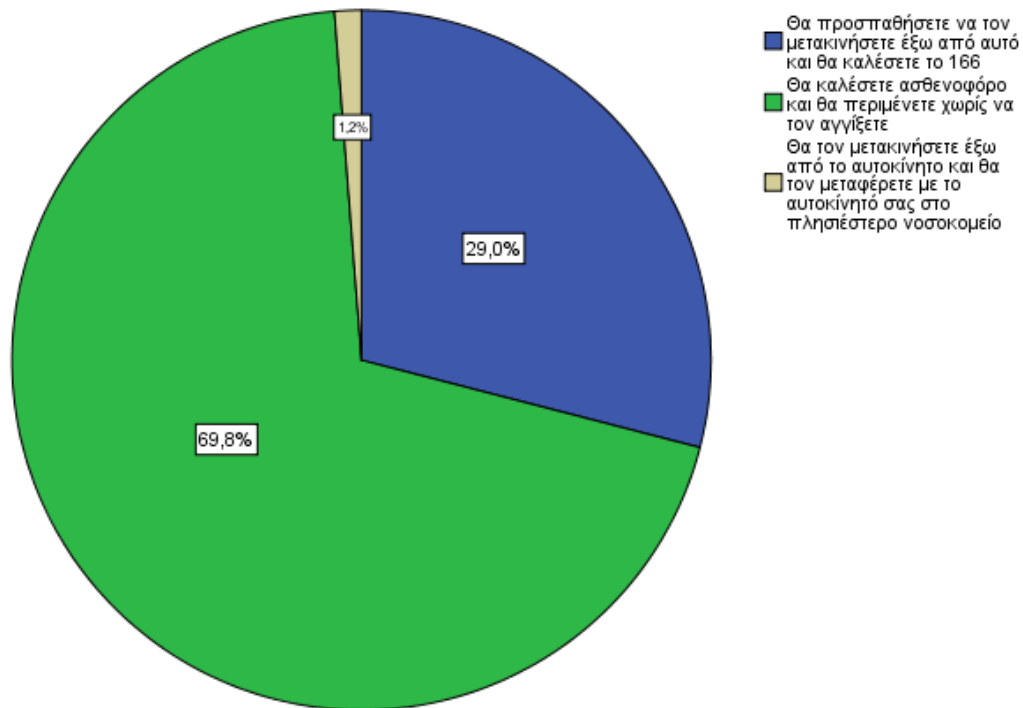
**Σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο:**



Σχήμα 17. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο.

Στην ερώτηση «Σε ένα τροχαίο ατύχημα, ο επιβάτης ενός αυτοκινήτου παραμένει τραυματισμένος και αναισθητός στη θέση του οδηγού», 113 (69,8%) συμμετέχοντες απάντησαν θα καλέσετε ασθενοφόρο και θα περιμένετε χωρίς να τον αγγίζετε, 47 (29%) θα προσπαθήσετε να τον μετακινήσετε έξω από αυτό και θα καλέσετε το 166 και 2 (1,2%) θα τον μετακινήσετε έξω από το αυτοκίνητο και θα τον μεταφέρετε με το αυτοκίνητό σας στο πλησιέστερο νοσοκομείο (σχήμα 18).

**Σε ένα τροχαίο ατύχημα, ο επιβάτης ενός αυτοκινήτου παραμένει τραυματισμένος και αναισθητός στη θέση του οδηγού.**



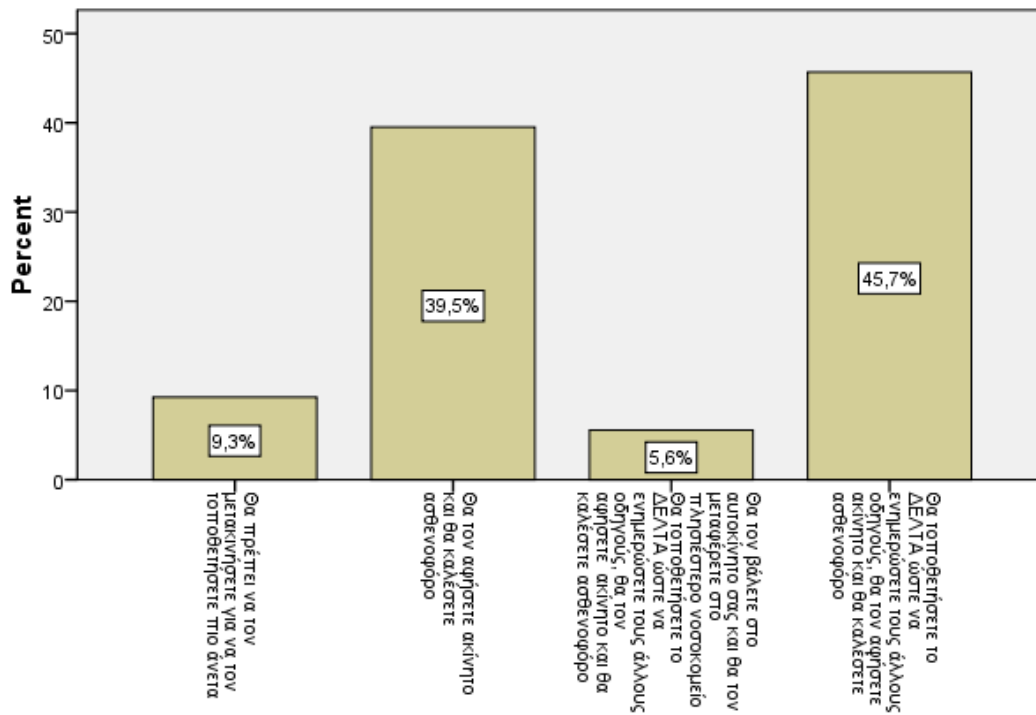
Σχήμα 18. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε ένα τροχαίο ατύχημα, ο επιβάτης ενός αυτοκινήτου παραμένει τραυματισμένος και αναισθητός στη θέση του οδηγού.

Στην ερώτηση «Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη», 74 (45,7%) συμμετέχοντες απάντησαν θα τοποθετήσετε το ΔΕΛΤΑ ώστε να ενημερώσετε τους άλλους οδηγούς, θα τον αφήσετε ακίνητο και θα καλέσετε ασθενοφόρο, 64 (39,5%) θα τον αφήσετε ακίνητο και θα καλέσετε ασθενοφόρο, 15 (9,3%) θα πρέπει να τον μετακινήσετε για να τον τοποθετήσετε πιο άνετα και 9 (5,6%) θα τον βάλετε στο αυτοκίνητο σας και θα τον μεταφέρετε στο πλησιέστερο νοσοκομείο (σχήμα 19).

Στην ερώτηση «Σε ένα δάγκωμα από φίδι», 132 (81,5%) συμμετέχοντες απάντησαν θα επιδέσετε το άκρο πάνω από το δάγκωμα, θα πλύνετε καλά την περιοχή με νερό και σαπούνι και θα μετακινήσετε τον ασθενή αμέσως προς το πλησιέστερο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, αφού προηγουμένως ειδοποιήσετε ότι κατευθύνετε προς τα εκεί, 18 (11,1%) θα κάνετε στον ασθενή αντιοφικό ορό και 12 (7,4%) θα απομυζήσετε το δηλητήριο με το στόμα σας (σχήμα 20).

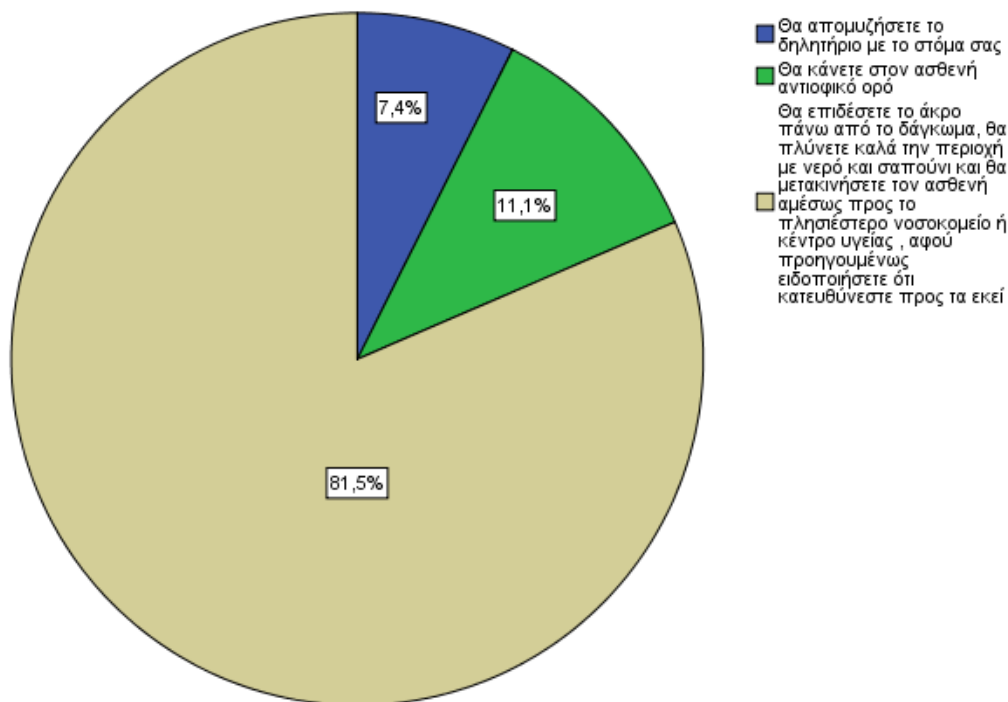


**Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη.**



Σχήμα 19. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη.

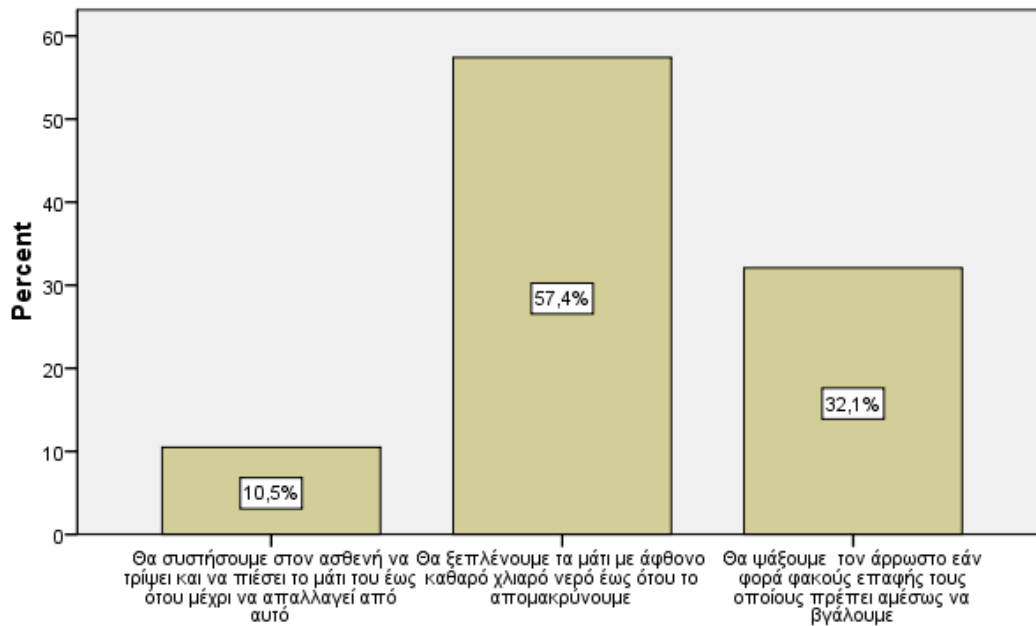
### Σε ένα δάγκωμα από φίδι



Σχήμα 20. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: σε ένα δάγκωμα από φίδι.

Στην ερώτηση «Σε περίπτωση τραυματισμού του ματιού από ένα ξένο σώμα που δεν φαίνεται να έχει κολλήσει στο μάτι», 93 (57,4%) συμμετέχοντες απάντησαν θα ξεπλύνουμε τα μάτι με άφθονο καθαρό χλιαρό νερό έως ότου το απομακρύνουμε, 52 (32,1%) θα ψάξουμε τον άρρωστο εάν φορά φακούς επαφής τους οποίους πρέπει αμέσως να βγάλουμε και 17 (10,5%) θα συστήσουμε στον ασθενή να τρίψει και να πιέσει το μάτι του έως ότου μέχρι να απαλλαγεί από αυτό (σχήμα 21).

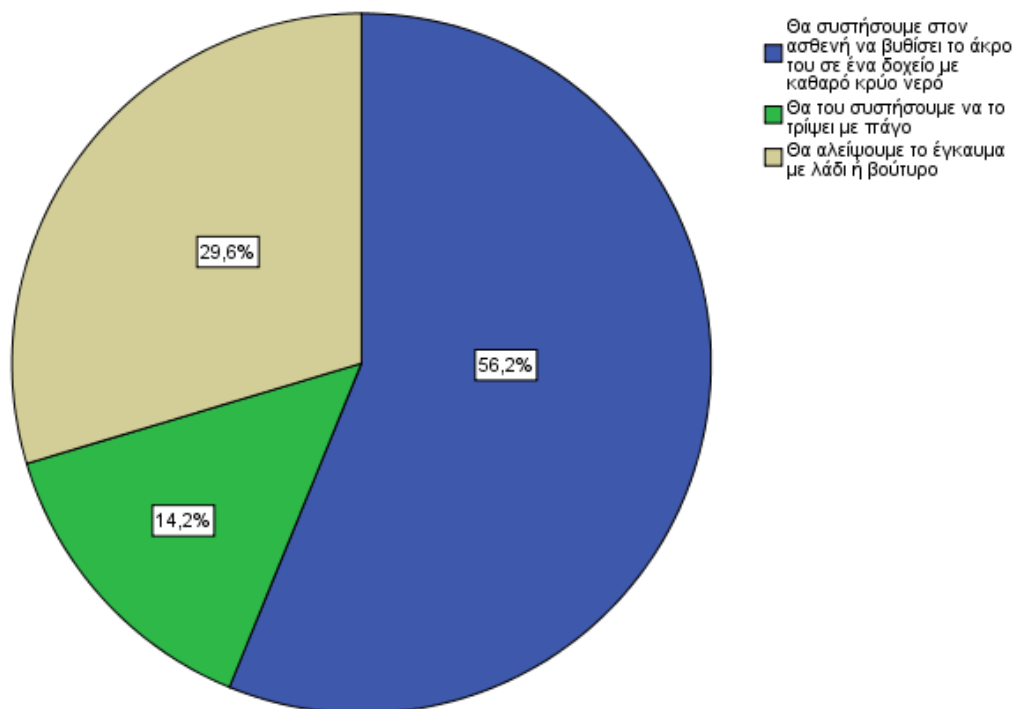
**Σε περίπτωση τραυματισμού του ματιού από ένα ξένο σώμα που δεν φαίνεται να έχει κολλήσει στο μάτι**



Σχήμα 21. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε περίπτωση τραυματισμού του ματιού από ένα ξένο σώμα που δεν φαίνεται να έχει κολλήσει στο μάτι.

Στην ερώτηση «Σε ένα μικρής έκτασης έγκαυμα στο χέρι», 91 (56,2%) συμμετέχοντες απάντησαν θα συστήσουμε στον ασθενή να βυθίσει το άκρο του σε ένα δοχείο με καθαρό κρύο νερό, 48 (29,6%) θα αλείνουμε το έγκαυμα με λάδι ή βούτυρο και 23 (14,2%) θα του συστήσουμε να το τρίψει με πάγο (σχήμα 22).

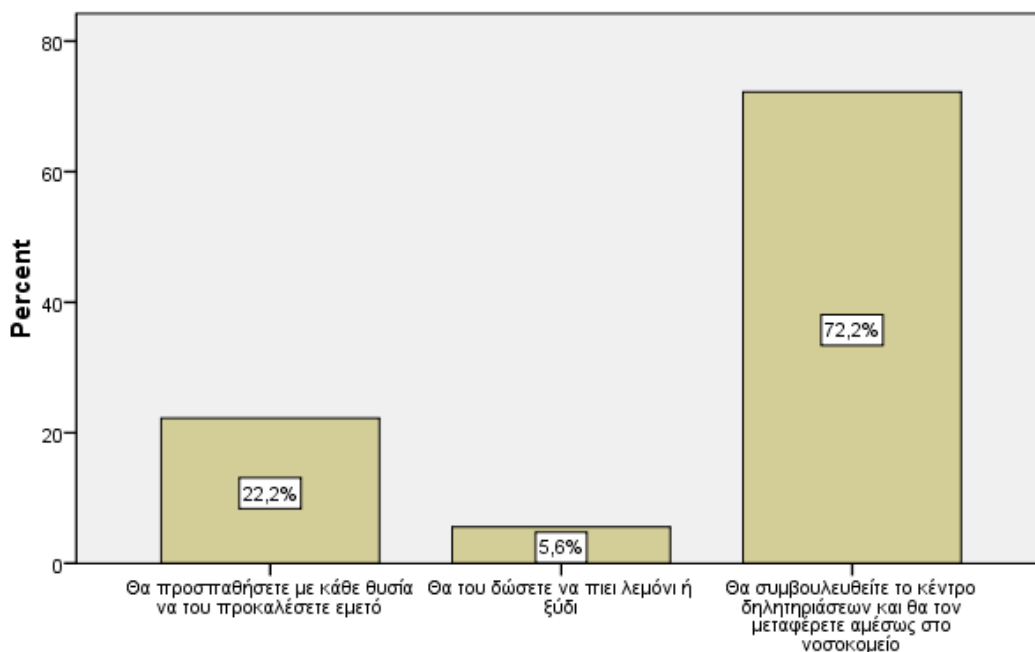
### Σε ένα μικρής έκτασης έγκαυμα στο χέρι



Σχήμα 22. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε ένα μικρής έκτασης έγκαυμα στο χέρι.

Στην ερώτηση «Ένας ασθενής κατάπιε κατά λάθος καυστική ποτάσα (ισχυρό αλκάλι)», 117 (72,2%) συμμετέχοντες απάντησαν θα συμβουλευθείτε το κέντρο δηλητηριάσεων και θα τον μεταφέρετε αμέσως στο νοσοκομείο, 36 (22,2%) θα προσπαθήσετε με κάθε θυσία να του προκαλέσετε εμετό και 9 (5,6%) θα του δώσετε να πει λεμόνι ή ζύδι (σχήμα 23).

### Ένας ασθενής κατάπιε κατά λάθος καυστική ποτάσα (ισχυρό αλκάλι)

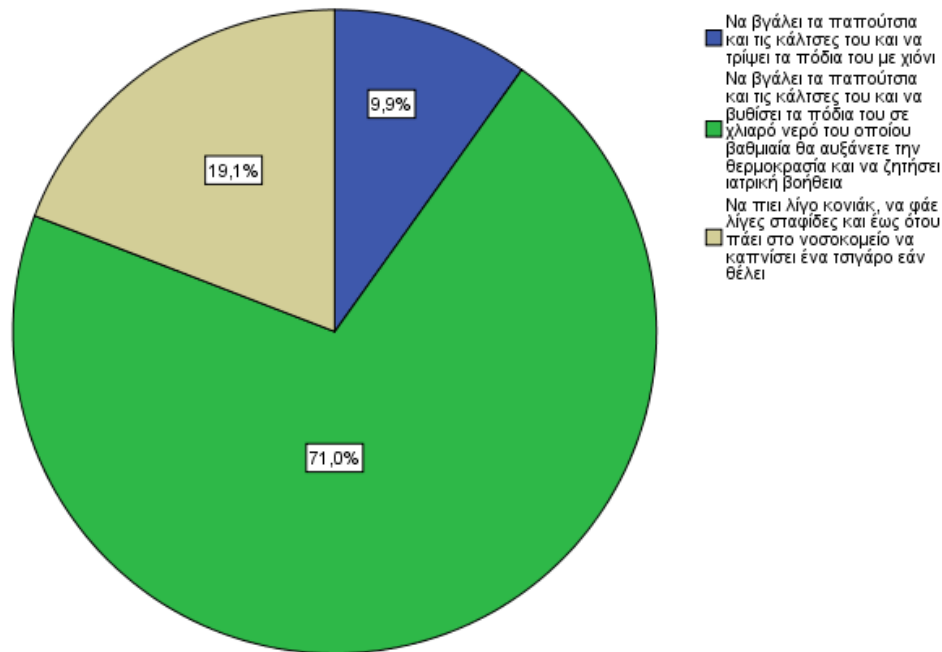


Σχήμα 23. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Ένας ασθενής κατάπιε κατά λάθος καυστική ποτάσα (ισχυρό αλκάλι).

Στην ερώτηση «Ένας κυνηγός αποκλείστηκε στα χιόνια. Όταν τον βρήκαν είχε κρουπάγημα, και στα δύο πόδια του. Τι θα συνιστούσατε να κάνει», 115 (71%) συμμετέχοντες απάντησαν να βγάλει τα παπούτσια και τις κάλτσες του και να βυθίσει τα πόδια του σε χλιαρό νερό του οποίου βαθμιαία θα αυξάνετε την θερμοκρασία και να ζητήσει ιατρική βοήθεια, 31 (19,1%) να πιει λίγο κονιάκ, να φάει λίγες σταφίδες και έως ότου πάει στο νοσοκομείο να καπνίσει ένα τσιγάρο εάν θέλει και 16 (9,9%) να βγάλει τα παπούτσια και τις κάλτσες του και να τρίψει τα πόδια του με χιόνι (σχήμα 24).

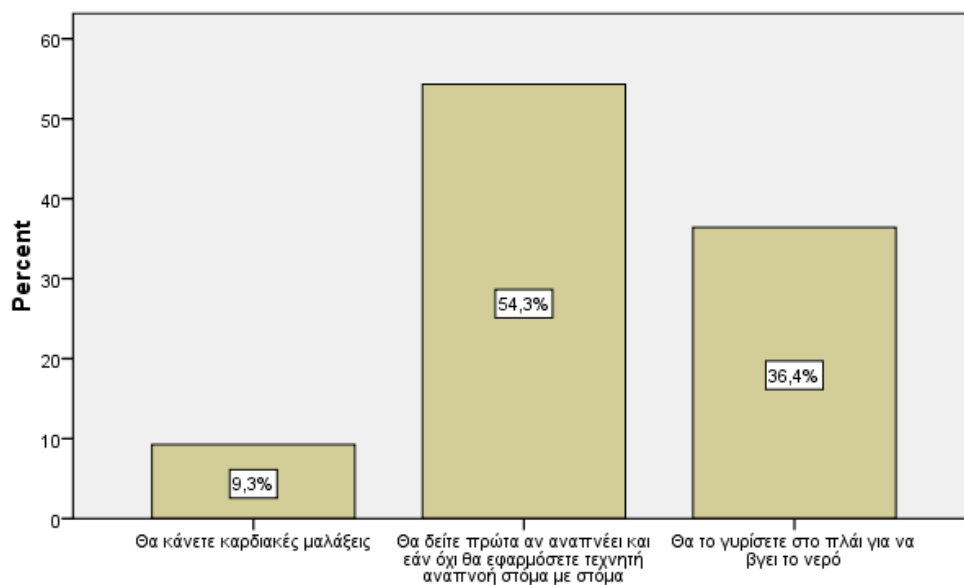
Στην ερώτηση «Περπατάτε στην παραλία όταν τυχαίνετε την στιγμή που βγάζουν ένα παιδί από το νερό. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;», 88 (54,3%) συμμετέχοντες απάντησαν θα δείτε πρώτα αν αναπνέει και εάν όχι θα εφαρμόσετε τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα, 59 (36,4%) θα το γυρίσετε στο πλάι για να βγει το νερό και 15 (9,3%) θα κάνετε καρδιακές μαλάξεις (σχήμα 25).

**Ένας κυνηγός αποκλείστηκε στα χιόνια. Όταν τον βρήκαν είχε κρουπάγημα, και στα δύο πόδια του. Τι θα συνιστούσατε να κάνει:**



Σχήμα 24. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Ένας κυνηγός αποκλείστηκε στα χιόνια. Όταν τον βρήκαν είχε κρουπάγημα, και στα δύο πόδια του. Τι θα συνιστούσατε να κάνει.

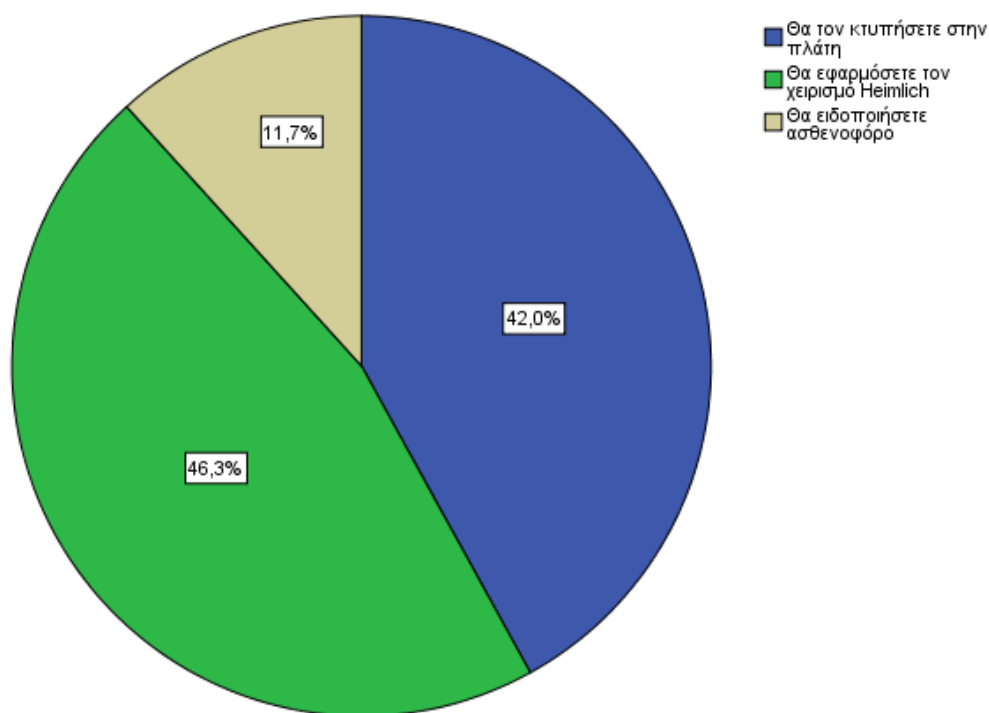
**Περπατάτε στην παραλία όταν τυχαίσετε την στιγμή που βγάζουν ένα παιδί από το νερό. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;**



Σχήμα 25. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Περπατάτε στην παραλία όταν τυχαίσετε την στιγμή που βγάζουν ένα παιδί από το νερό. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο.

Στην ερώτηση «Είστε σε ένα εστιατόριο όταν ακούτε φασαρία στο διπλανό τραπέζι και βλέπετε ότι ο κύριος δίπλα σας δυσπνοεί τρομερά, κάνοντας νόημα με τα χέρια του ότι πνίγηκε με το φαγητό του. Τι θα κάνετε;», 75 (46,3%) συμμετέχοντες απάντησαν θα εφαρμόσετε τον χειρισμό Heimlich, 68 (42%) θα τον κτυπήσετε στην πλάτη και 19 (11,7%) θα ειδοποιήσετε ασθενοφόρο (σχήμα 26).

**Είστε σε ένα εστιατόριο όταν ακούτε φασαρία στο διπλανό τραπέζι και βλέπετε ότι ο κύριος δίπλα σας δυσπνοεί τρομερά, κάνοντας νόημα με τα χέρια του ότι πνίγηκε με το φαγητό του. Τι θα κάνετε;**

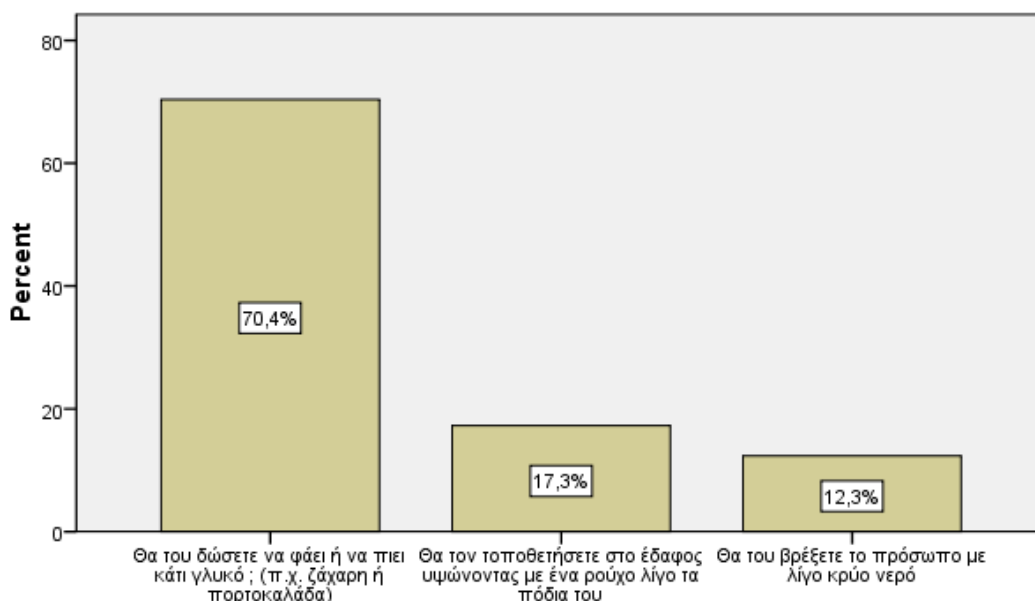


Σχήμα 26. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Είστε σε ένα εστιατόριο όταν ακούτε φασαρία στο διπλανό τραπέζι και βλέπετε ότι ο κύριος δίπλα σας δυσπνοεί τρομερά, κάνοντας νόημα με τα χέρια του ότι πνίγηκε με το φαγητό του. Τι θα κάνετε;

Στην ερώτηση «Βλέπετε στο δρόμο κάποιον που έχει χάσει τις αισθήσεις του και διαπιστώνετε από την ειδική κάρτα ότι είναι διαβητικός. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;» 114 (70,4%) συμμετέχοντες απάντησαν θα του δώσετε να φάει ή να πιει κάτι

γλυκό (π.χ. ζάχαρη ή πορτοκαλάδα), 28 (17,3%) θα τον τοποθετήσετε στο έδαφος υψώνοντας με ένα ρούχο λίγο τα πόδια του και 20 (12,3%) θα του βρέξετε το πρόσωπο με λίγο κρύο νερό (σχήμα 27).

**Βλέπετε στο δρόμο κάποιον που έχει χάσει τις αισθήσεις του και διαπιστώνετε από την ειδική κάρτα ότι είναι διαβητικός. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;**



Σχήμα 27. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Βλέπετε στο δρόμο κάποιον που έχει χάσει τις αισθήσεις του και διαπιστώνετε από την ειδική κάρτα ότι είναι διαβητικός. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;

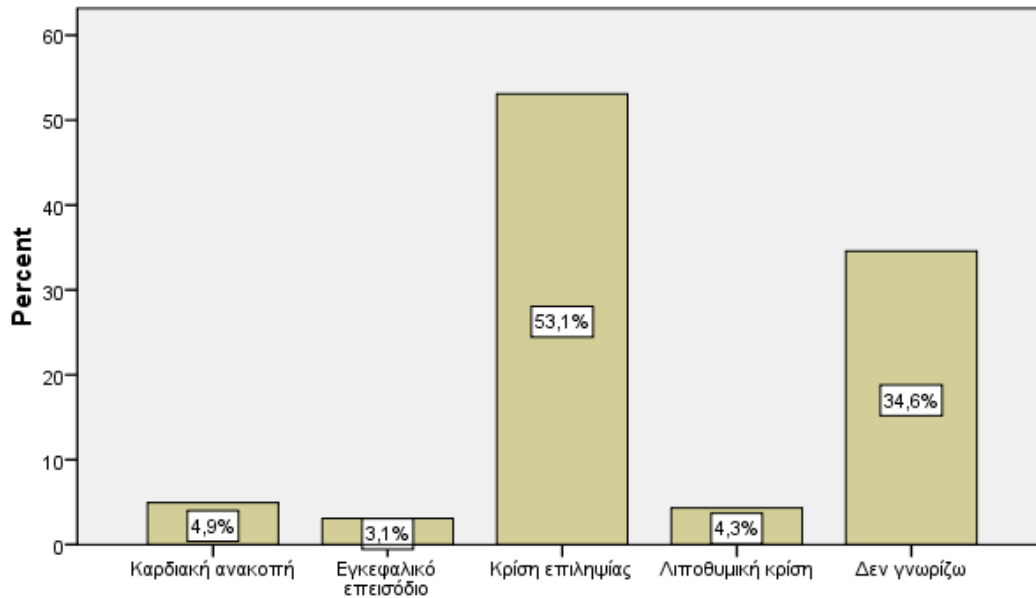
Στην ερώτηση «Κάθεστε στην τάξη και ξαφνικά ο διπλανός σας πέφτει από την καρέκλα του στο πάτωμα, γίνεται άκαμπος αρχικά και μετά αρχίζει να τινάζεται, έχει κυανό χρώμα και δύσπνοια τι έπαθε;», 86 (53,1%) συμμετέχοντες απάντησαν κρίση επιληψίας, 56 (34,6%) δεν γνωρίζω, 8 (4,9%) καρδιακή ανακοπή, 7 (4,3%) λιποθυμική κρίση και 5 (3,1%) εγκεφαλικό επεισόδιο (σχήμα 28).

Στην ερώτηση «Κάποιος που έχει έντονο άγχος παρουσιάζει το σύνδρομο του υπεραερισμού, ποια είναι η άμεση βοήθεια;», 79 (48,8%) συμμετέχοντες απάντησαν να ξαπλώσει, να ηρεμήσει και να αναπνεύσει μέσα σε μια χάρτινη σακούλα τον εκπνεόμενο αέρα του, 62 (38,3%) δεν γνωρίζω, 18 (11,1%) απάντησαν η τοποθέτηση του θύματος σε άνετη θέση για



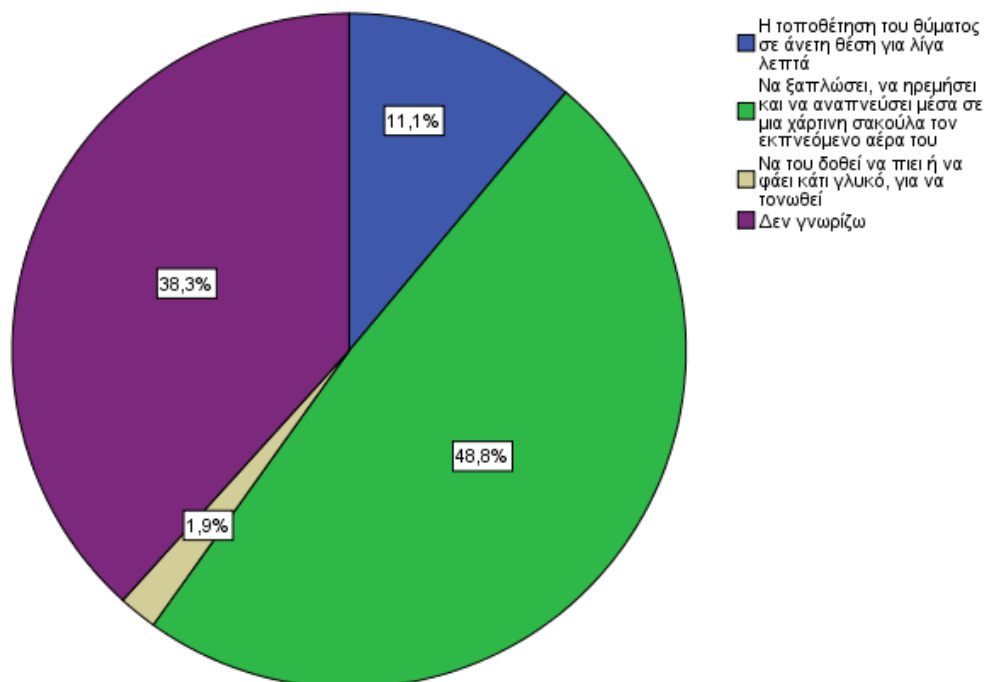
λίγα λεπτά και 3 (1,9%) να του δοθεί να πει ή να φάει κάτι γλυκό, για να τονωθεί (σχήμα 29).

**Κάθεστε στην τάξη και ξαφνικά ο διπλανός σας πέφτει από την καρέκλα του στο πάτωμα, γίνεται άκαμπτος αρχικά και μετά αρχίζει να τινάζεται, έχει κυανό χρώμα και δύσπνοια τι έπαθε;**



Σχήμα 28. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Κάθεστε στην τάξη και ξαφνικά ο διπλανός σας πέφτει από την καρέκλα του στο πάτωμα, γίνεται άκαμπτος αρχικά και μετά αρχίζει να τινάζεται, έχει κυανό χρώμα και δύσπνοια τι έπαθε;

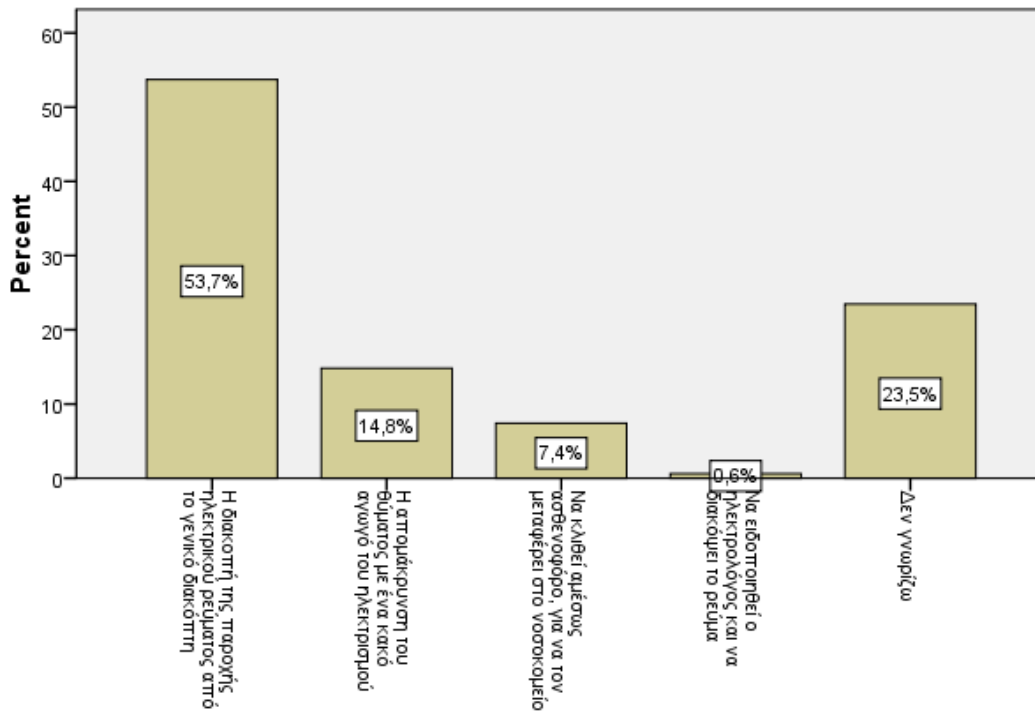
**Κάποιος που έχει έντονο άγχος παρουσιάζει το σύνδρομο του υπεραερισμού, ποια είναι η άμεση βοήθεια;**



Σχήμα 29. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Κάποιος που έχει έντονο άγχος παρουσιάζει το σύνδρομο του υπεραερισμού, ποια είναι η άμεση βοήθεια;

Στην ερώτηση «Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;», 87 (53,7%) συμμετέχοντες απάντησαν η διακοπή της παροχής ηλεκτρικού ρεύματος από το γενικό διακόπτη, 38 (23,5%) δεν γνωρίζω, 24 (14,8%) η απομάκρυνση του θύματος με ένα κακό αγωγό του ηλεκτρισμού, 12 (7,4%) να κληθεί αμέσως ασθενοφόρο, για να τον μεταφέρει στο νοσοκομείο και 1 (0,6%) να ειδοποιηθεί ο ηλεκτρολόγος και να διακόψει το ρεύμα (σχήμα 30).

**Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;**

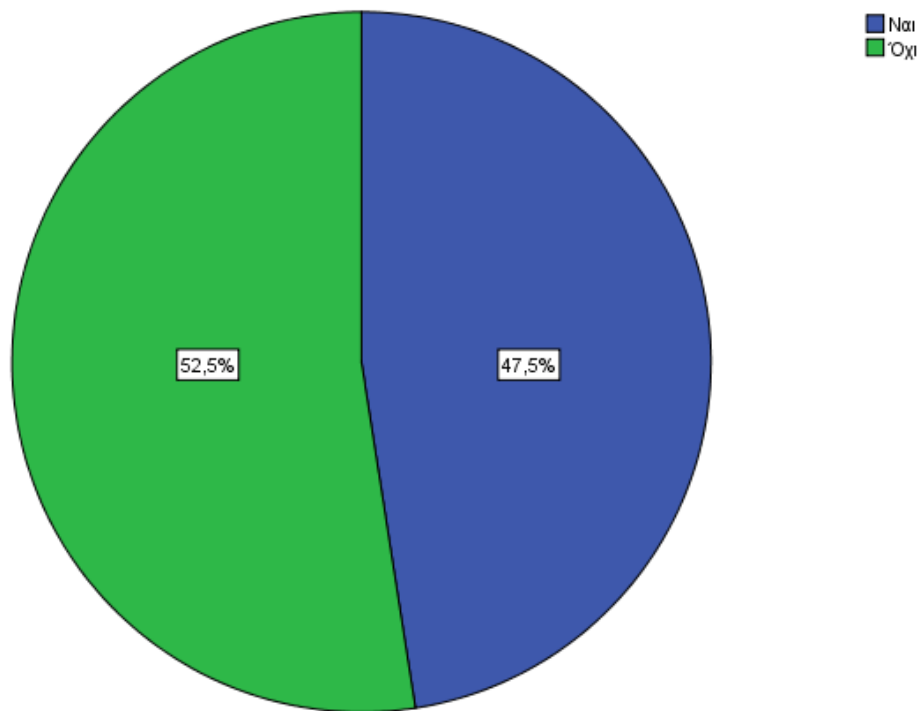


Σχήμα 30. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;

Συνολικά, 77 (47,5%) συμμετέχοντες γνώριζαν την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (σχήμα 31).

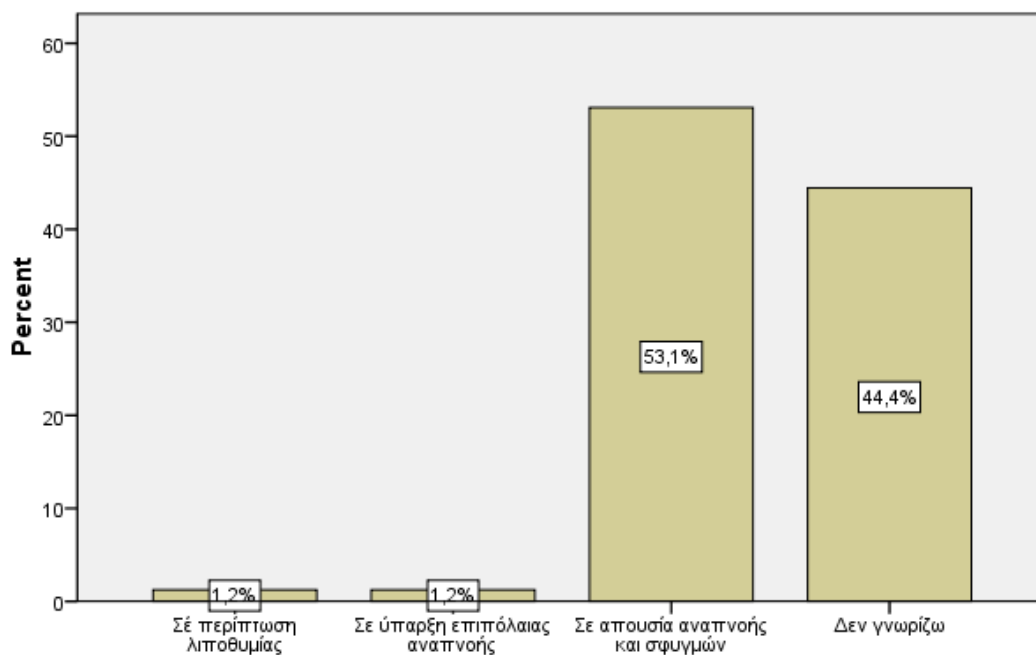
Στην ερώτηση «Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;», 86 (53,1%) συμμετέχοντες απάντησαν σε περίπτωση λιποθυμίας, 72 (44,4%) δεν γνωρίζω, 2 (1,2%) σε ύπαρξη επιπόλαιας αναπνοής και 2 (1,2%) σε απουσία αναπνοής και σφυγμών (σχήμα 32).

### Γνωρίζετε την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;



Σχήμα 31. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Γνωρίζετε την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;

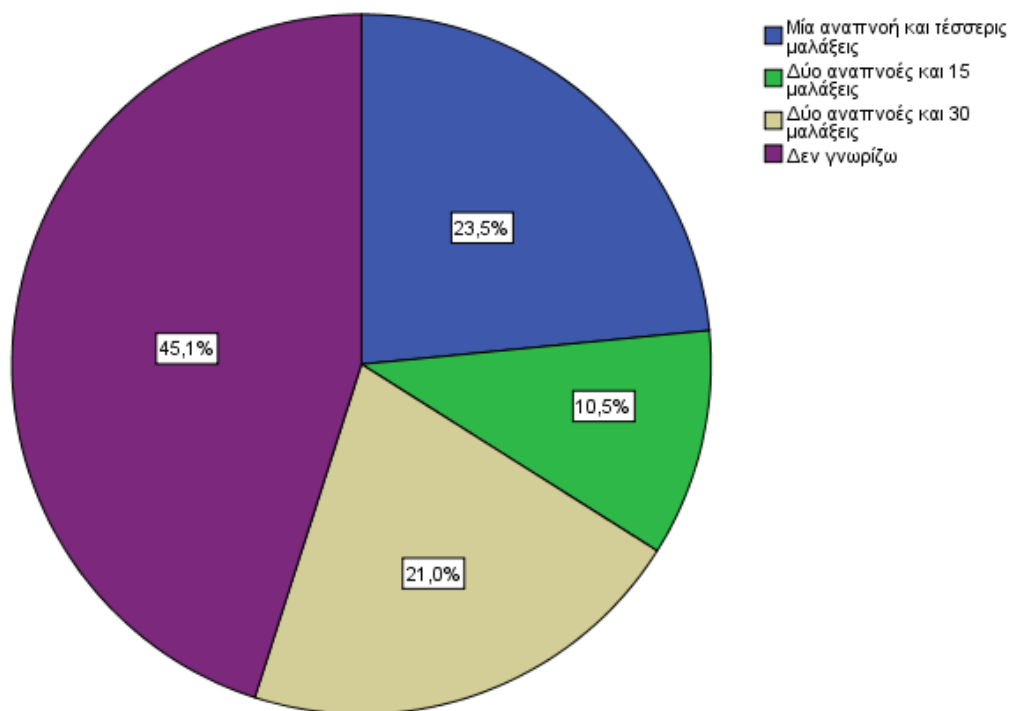
### Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;



Σχήμα 32. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;

Στην ερώτηση «Η αναλογία αναπνοών και εξωτερικών μαλάξεων είναι», 73 (45,1%) συμμετέχοντες απάντησαν δεν γνωρίζω, 38 (23,5%) μία αναπνοή και τέσσερις μαλάξεις, 34 (21%) δύο αναπνοές και 30 μαλάξεις και 17 (10,5%) δύο αναπνοές και 15 μαλάξεις (σχήμα 33).

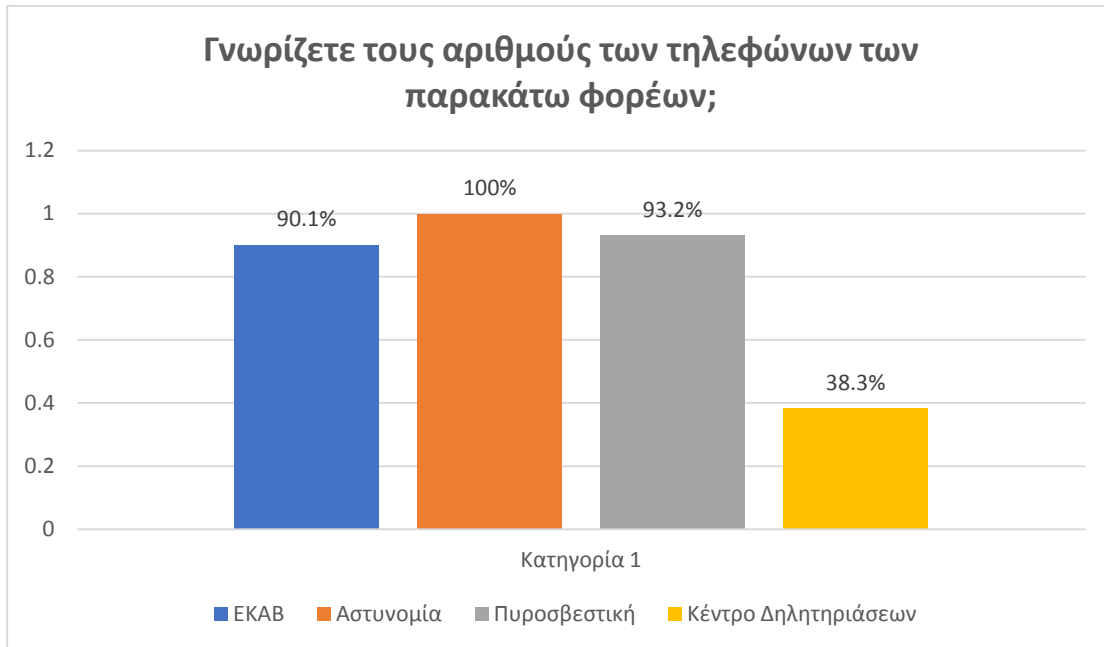
**Η αναλογία αναπνοών και εξωτερικών μαλάξεων είναι:**



Σχήμα 33. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Η αναλογία αναπνοών και εξωτερικών μαλάξεων είναι.

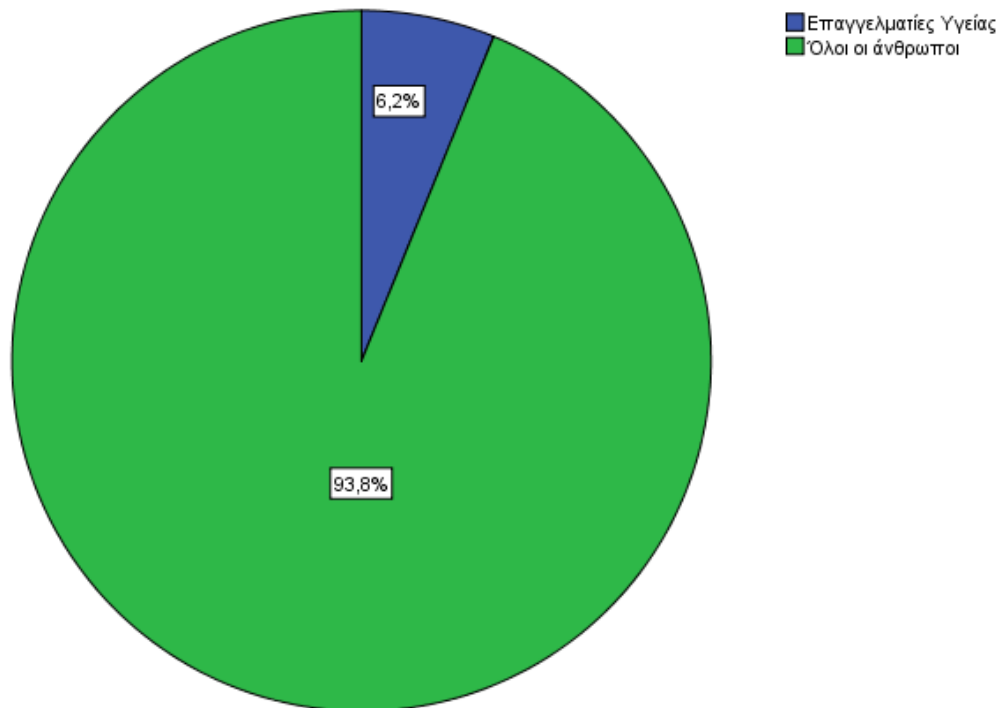
Στην ερώτηση «Γνωρίζετε τους αριθμούς των τηλεφώνων των παρακάτω φορέων;» 146 (90,1%) συμμετέχοντες γνώριζαν το τηλέφωνο του ΕΚΑΒ, 162 (100%) γνώριζαν της αστυνομίας, 151 (93,2%) της πυροσβεστικής και 62 (38,3%) γνώριζαν το τηλέφωνο του κέντρου δηλητηριάσεων (σχήμα 34).

Στην ερώτηση «Ποιοι κατά την γνώμη σας πρέπει να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες;» 152 (93,8%) συμμετέχοντες απάντησαν όλοι οι άνθρωποι και 10 (6,2%) οι επαγγελματίες υγείας (σχήμα 35).



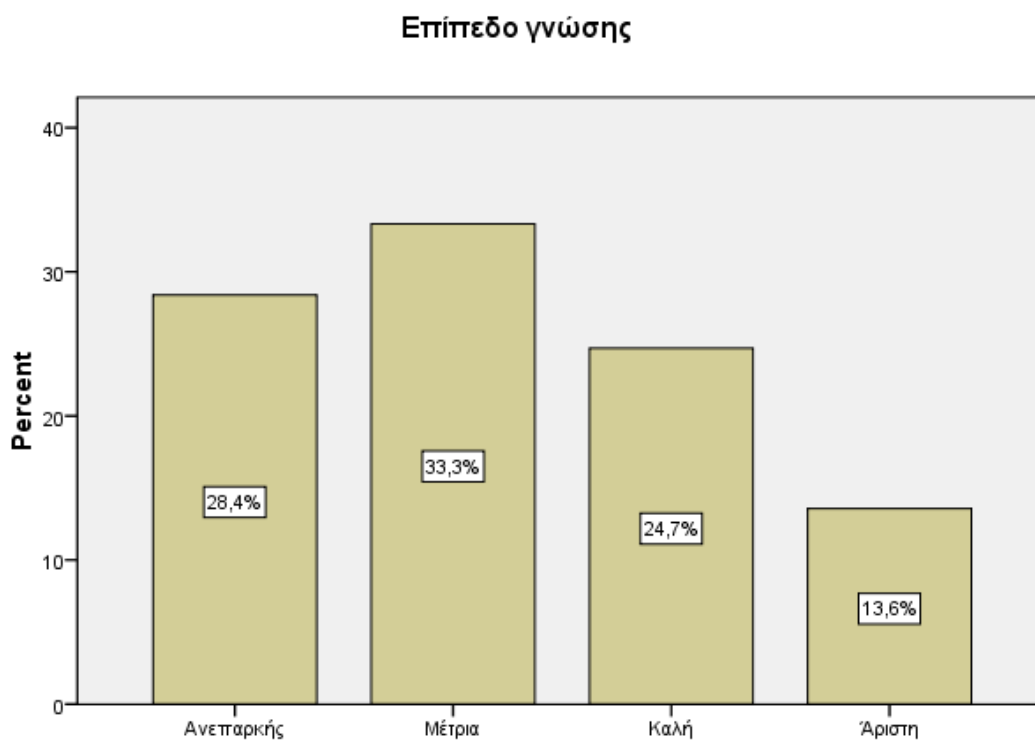
Σχήμα 34. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Γνωρίζετε τους αριθμούς των τηλεφώνων των παρακάτω φορέων;

### Ποιοι κατά την γνώμη σας πρέπει να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες;



Σχήμα 35. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Ποιοι κατά την γνώμη σας πρέπει να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες;

Οι συμμετέχοντες απάντησαν σωστά σε  $13,9 \pm 5,1$  ερωτήσεις με ελάχιστο 3 και μέγιστο 25 σωστές απαντήσεις. Συνολικά, 54 (33,3%) συμμετέχοντες είχαν μέτρια επίπεδα γνώσεων για τις πρώτες βοήθειες, 46 (28,4%) ανεπαρκή, 40 (24,7%) καλή και 22 (13,6%) άριστη γνώση (σχήμα 36).



Σχήμα 36. Επίπεδο γνώσης συμμετεχόντων για τις πρώτες βοήθειες.

Συνολικά, οι τρεις ερωτήσεις – σεμινάρια που οι συμμετέχοντες απάντησαν σωστά σε μεγαλύτερο ποσοστό ήταν «Τι θα κάνατε σε ένα δάγκωμα από φίδι» (81,5%), «Τι θα κάνατε μετά από μια πτώση από ύψος, αν ο πάσχων επικοινωνεί» (80,9%) και «Τι θα κάνατε σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο» (75,3%).

Οι τρεις χειρότερες ερωτήσεις – σεναρία σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν «Γνωρίζετε τι είναι η ίσχαιμη περιίδεση» (26,5%), «Ποια ονομάζουμε θέση ανάνηψης;» (25,3%) και «Η αναλογία αναπνοών και εξωτερικών μαλάξεων είναι» (21%). Τα αποτελέσματα των απαντήσεων των ερωτήσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Σωστές απαντήσεις ανά ερώτηση

Ερώτηση	Σωστές Απαντήσεις
Σε ένα δάγκωμα από φίδι	132 (81,5%)
Μετά από μια πτώση από ύψος, ο πάσχων επικοινωνεί.	131 (80,9%)



Σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο:	122 (75,3%)
Ένας ασθενής κατάπιε κατά λάθος καυστική ποτάσα (ισχυρό αλκάλι)	117 (72,2%)
Ένας κυνηγός αποκλείστηκε στα χιόνια. Όταν τον βρήκαν είχε κρυοπάγημα, και στα δύο πόδια του. Τι θα συνιστούσατε να κάνει:	115 (71%)
Βλέπετε στο δρόμο κάποιον που έχει χάσει τις αισθήσεις του και διαπιστώνετε από την ειδική κάρτα ότι είναι διαβητικός. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;	114 (70,4%)
Σε ένα τροχαίο ατύχημα, ο επιβάτης ενός αυτοκινήτου παραμένει τραυματισμένος και αναισθητός στη θέση του οδηγού.	113 (69,8%)
Τι είναι το κάταγμα;	104 (64,2%)
Σε περίπτωση τραυματισμού του ματιού από ένα ξένο σώμα που δεν φαίνεται να έχει κολλήσει στο μάτι	93 (57,4%)
Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό:	91 (56,2%)
Σε ένα μικρής έκτασης έγκαυμα στο χέρι	91 (56,2%)
Σε ένα τραυματισμό από ρυπαρό αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. πρόκα σε σκουπίδια)	89 (54,9%)
Περπατάτε στην παραλία όταν τυχαίνετε την στιγμή που βγάζουν ένα παιδί από το νερό. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;	88 (54,3%)
Ένα λιποθυμικό επεισόδιο το αντιμετωπίζετε:	87 (53,7%)
Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;	87 (53,7%)
Κάθεστε στην τάξη και ξαφνικά ο διπλανός σας πέφτει από την καρέκλα του στο πάτωμα, γίνεται άκαμπτος αρχικά και μετά αρχίζει να τινάζεται, έχει κυανό χρώμα και δύσπνοια τι έπαθε;	86 (53,1%)
Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;	86 (53,1%)
Σε μια αιμορραγία από τη μύτη (ρινορραγία). Αφού μετρήσουμε την αρτηριακή πίεση του αρρώστου:	80 (49,4%)
Κάποιος που έχει έντονο άγχος παρουσιάζει το σύνδρομο του υπεραερισμού, ποια είναι η άμεση βοήθεια;	79 (48,8%)
Γνωρίζετε την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;	77 (47,5%)
Είσθε σε ένα εστιατόριο όταν ακούτε φασαρία στο διπλανό τραπέζι και βλέπετε ότι ο κύριος δίπλα σας δυσπνοεί τρομερά , κάνοντας νόημα με τα χέρια του ότι	75 (46,3%)

πνίγηκε με το φαγητό του. Τι θα κάνετε;	
Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη.	74 (45,7%)
Γνωρίζετε τι είναι η ίσχαιμη περιίδεση;	43 (26,5%)
Ποια ονομάζουμε θέση ανάνηψης ;	41 (25,3%)
Η αναλογία αναπνοών και εξωτερικών μαλάξεων είναι:	34 (21%)

## Συσχετίσεις

### Φύλο

Οι άνδρες απάντησαν σωστά σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στις ερωτήσεις «τι κάνουμε σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό» (67,9% έναντι 50%,  $p < 0,05$ ) και «Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;» (64,3% έναντι 48,1%,  $p < 0,05$ ) σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες απάντησαν σωστά σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στην ερώτηση «Σε ένα μικρής έκτασης έγκαυμα στο χέρι» σε σχέση με τους άνδρες (62,3% έναντι 44,6%,  $p < 0,05$ ). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Συσχετίσεις ανάλογα με το φύλο.

Ερώτηση	Άνδρες	Γυναίκες	P
Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό:	38 (67,9%)	53 (50%)	0,029
Σε ένα μικρής έκτασης έγκαυμα στο χέρι	25 (44,6%)	66 (62,3%)	0,032
Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;	36 (64,3%)	51 (48,1%)	0,049

### Ηλικία

Οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας απάντησαν σε σημαντικά μεγαλύτερο σωστά στην ερώτηση «Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;» σε σχέση με τους συμμετέχοντες μικρότερης ηλικίας (57,9% έναντι 34,5%,  $p < 0,05$ ). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Πίνακας 3. Συσχετίσεις ανάλογα με την ηλικία.

Ερώτηση	18-35 έτη	36-65 έτη	P
Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;	10 (34,5%)	77 (57,9%)	0,022

### Μορφωτικό επίπεδο

Οι συμμετέχοντες που ήταν ΥΕ απάντησαν σημαντικά λιγότερο στην ερώτηση τι είναι κάταγμα σε σχέση με τους υπόλοιπους ( $p < 0,05$ ). Οι συμμετέχοντες που ήταν ΔΕ απάντησαν σημαντικά περισσότερο σωστά τι είναι το κάταγμα ( $p < 0,05$ ) και στις ερωτήσεις «Σε ένα μικρής έκτασης έγκανμα στο χέρι» ( $p < 0,05$ ), «Γνωρίζετε την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;» ( $p < 0,05$ ) και «Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;» ( $p < 0,05$ ) και απάντησαν σωστά σε σημαντικά περισσότερες ερωτήσεις ( $p < 0,05$ ) σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Οι ΤΕ/ΠΕ απάντησαν σωστά σε σημαντικά λιγότερες ερωτήσεις σε σχέση με τους υπόλοιπους ( $p < 0,05$ ). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Συσχετίσεις ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

	ΥΕ	ΔΕ	ΤΕ/ΠΕ	MASTER	P
Τι είναι το κάταγμα;	4 (33,3%)	55 (77,5%)	30 (52,6%)	15 (68,2%)	0,003
Σε ένα μικρής έκτασης έγκανμα στο χέρι	8 (66,7%)	48 (67,6%)	28 (49,1%)	7 (31,8%)	0,012
Γνωρίζετε την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;	6 (50%)	38 (53,5%)	29 (50,9%)	4 (18,2%)	0,030
Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;	7 (58,3%)	45 (63,4%)	29 (50,9%)	5 (22,7%)	0,009
Σύνολο σωστών απαντήσεων	14,3±5,3	15±5,2	12,1±4,9	13,1±4,7	0,042

## Επάγγελμα

Οι πυροσβέστες απάντησαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό σωστά στην ερώτηση ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη σε σχέση με τους υπόλοιπους ( $p<0,05$ ) και οι τεχνικοί σημαντικά λιγότερο ( $p<0,05$ ). Αν και μεταξύ των διαφόρων επαγγελμάτων δεν παρατηρήθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές ( $p=0,663$ ), οι πυροσβέστες και οι νοσηλευτές απάντησαν σωστά σε περισσότερες ερωτήσεις σε σχέση με τους υπόλοιπους. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Συσχετίσεις ανάλογα με το επάγγελμα.

Ερώτηση	Εκπαιδευτικοί	Διοικητικοί	Ιατροί	Νοσηλευτές	Τεχνικοί	Πυροσβέστες	P
Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη.	7 (46,7%)	26 (39,4%)	7 (53,8%)	15 (65,2%)	10 (30,3%)	9 (75%)	0,030
Σύνολο ερωτήσεων	13,4±4,8	13,7±4,8	13,2±4,7	15,2±5,4	13,3±4,5	15,3±7,1	0,663

## Παρακολούθηση σεμιναρίου

Οι συμμετέχοντες που είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών απάντησαν σωστά σε σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ερωτήσεων ( $15,7\pm 4,9$  έναντι  $12,1\pm 4,6$ ,  $p<0,05$ ) και απάντησαν σωστά σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στις ερωτήσεις «Ποια ονομάζουμε θέση ανάνηψης;» ( $32,9\%$  έναντι  $17,5\%$ ,  $p<0,05$ ), «Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό» ( $64,6\%$  έναντι  $47,5\%$ ,  $p<0,05$ ), «Σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο» ( $89\%$  έναντι  $61,3\%$ ,  $p<0,05$ ), «Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη» ( $89\%$  έναντι  $1,3\%$ ,  $p<0,05$ ), «Σε περίπτωση τραυματισμού του ματιού από ένα ξένο σώμα που δεν φαίνεται να έχει κολλήσει στο μάτι» ( $65,9\%$  έναντι  $48,8\%$ ,  $p<0,05$ ), «Κάθεστε στην τάξη και ξαφνικά ο διπλανός σας πέφτει από την καρέκλα του στο πάτωμα, γίνεται άκαμπτος αρχικά και μετά αρχίζει να τινάζεται, έχει κυανό χρώμα και δύσπνοια τι έπαθε;» ( $61\%$  έναντι  $45\%$ ,  $p<0,05$ ), «Κάποιος που έχει έντονο άγχος παρουσιάζει το σύνδρομο του υπεραερισμού, ποια είναι η άμεση βοήθεια;» ( $62,2\%$  έναντι  $35\%$ ,  $p<0,05$ ), «Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;» ( $62,2\%$  έναντι  $45\%$ ,  $p<0,05$ ) και «Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;» ( $63,4\%$  έναντι  $42,5\%$ ,  $p<0,05$ ). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6. Συσχετίσεις ανάλογα με το αν οι συμμετέχοντες έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών.

Ερώτηση	Παρακολούθηση	Όχι Παρακολούθηση	P
Σύνολο σωστών απαντήσεων	$15,7\pm 4,9$	$12,1\pm 4,6$	0,001
Ποια ονομάζουμε θέση ανάνηψης;	27 (32,9%)	14 (17,5%)	0,024
Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό	53 (64,6%)	38 (47,5%)	0,028
Σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο	73 (89%)	49 (61,3%)	0,001
Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη.	73 (89%)	1 (1,3%)	0,001
Σε περίπτωση τραυματισμού του ματιού από ένα ξένο	54 (65,9%)	39 (48,8%)	0,028

σώμα που δεν φαίνεται να έχει κολλήσει στο μάτι			
Κάθεστε στην τάξη και ξαφνικά ο διπλανός σας πέφτει από την καρέκλα του στο πάτωμα, γίνεται άκαμptos αρχικά και μετά αρχίζει να τινάζεται, έχει κυανό χρώμα και δύσπνοια τι έπαθε;	50 (61%)	36 (45%)	0,042
Κάποιος που έχει έντονο άγχος παρουσιάζει το σύνδρομο του υπεραερισμού, ποια είναι η άμεση βοήθεια;	51 (62,2%)	28 (35%)	0,001
Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;	51 (62,2%)	36 (45%)	0,028
Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;	52 (63,4%)	34 (42,5%)	0,007

## Συζήτηση

Στη παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν 162 άτομα. Οι περισσότεροι ήταν ηλικίας 36-65 έτη, έγγαμοι διετούς και ανώτατης εκπαίδευσης. Συμμετείχαν διοικητικοί υπάλληλοι, τεχνικοί, νοσηλευτές, ιατροί, εκπαιδευτικοί και πυροσβέστες. Σεμινάριο πρώτων βοηθειών είχαν παρακολουθήσει οι μισοί συμμετέχοντες, οι περισσότεροι διάρκειας 12-24 ώρες.

Παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι εκείνα που έχουν διεξαχθεί στην Αυστραλία, στη Νέα Ζηλανδία, στις ΗΠΑ και στη Σουηδία που έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων που είναι εκπαιδευμένα στις πρώτες βοήθειες ήταν 45-79% (Sipsma et al., 2011, Axelsson et al., 2006, Kano et al., 2005, Larsen et al., 2004, Clark et al., 2002).

Στην παρούσα μελέτη, η ηλικία των συμμετεχόντων δε διέφερε σημαντικά μεταξύ εκείνων που είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο πρώτων βοηθειών και εκείνων που δεν είχαν. Σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, στη βιβλιογραφία μελέτες έχουν αναφέρει ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ήταν λιγότερο πιθανό να εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών (Sipsma et al., 2011, Axelsson et al., 2006). Η διαφορά αυτή πιθανό να οφείλεται στη διαφορά του πληθυσμού που μελετάται, μιας και πρόκειται για γενικό πληθυσμό και όχι για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες.

Στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων και της πιθανότητας εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες, εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο με αντίστοιχες μελέτες στη βιβλιογραφία (Sipsma et al., 2011, Axelsson et al., 2006).

Οι συμμετέχοντες απάντησαν σωστά σε  $13,9 \pm 5,1$  ερωτήσεις με ελάχιστο 3 και μέγιστο 25 σωστές απαντήσεις, που σημαίνει ότι το επίπεδο γνώσεών τους ήταν μέτριο. Μία μελέτη έδειξε ότι οι περισσότεροι δάσκαλοι δεν έχουν σωστή γνώση και στάση σχετικά με τις πρώτες βοήθειες με το 65,1%, 63,5% και 88,5% να δίνουν λάθος απάντηση για την αντιμετώπιση της επίσταξης, των τσιμπημάτων μελισσών και της τριβής, αντίστοιχα. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι εκπαιδευτικοί δεν είχαν επαρκείς γνώσεις σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών (Baser et al., 2007).

Σε άλλη μελέτη, το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών προς τις πρώτες βοήθειες ήταν χαμηλό και μόνο το 3,7% των ερωτηθέντων είχε καλή γνώση. Η πλειοψηφία συμφώνησε ότι η παροχή πρώτων βοηθειών είναι χρήσιμη και θεωρείται ότι είναι σημαντική και χρήσιμη (Li et al., 2012).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι πυροσβέστες και οι νοσηλευτές απάντησαν σωστά σε περισσότερες ερωτήσεις, ενώ οι ιατροί σε λιγότερες. Μια ολλανδική μελέτη ανέφερε ότι το 81% των νέων ιατρών έχει κακές γνώσεις σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών (Demographic Research Bulletin, 2016). Μια μελέτη που διεξήχθη στο Lucknow της Ινδίας έδειξε ότι οι ιατροί (ειδικευόμενοι και ειδικευμένοι) δεν είχαν επαρκείς γνώσεις (52%) και πρακτικές (54%) πρώτων βοηθειών (Joseph et al., 2014).

Μια μελέτη που διεξήχθη στην Ινδία, ανέφερε ότι οι ιατροί είχαν λιγότερο από επαρκείς γνώσεις (52%) και πρακτικές (54%) πρώτων βοηθειών (Kumar et al., 2008). Σε μία άλλη μελέτη στην Ολλανδία, το επίπεδο πρώτων βοηθειών και βασικής υποστήριξης της ζωής μεταξύ των ολλανδών ιατρών ήταν χαμηλή, παρόλο που οι περισσότεροι είχαν παρακολουθήσει και εκπαιδευτεί σε σεμινάριο πρώτων βοηθειών. Το 11% των νέων ιατρών πραγματοποίησαν το σωστό σενάριο πρώτων βοηθειών και το 6% από αυτούς έκανε σωστή ΚΑΡΠΑ σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια του Berden (Severien et al., 2005). Η ΚΑΡΠΑ έχει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη του 25% της εξωνοσοκομειακής θνησιμότητας (Tiintinalli, 2002).

Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η παρακολούθηση ενός σεμιναρίου πρώτων βοηθειών ήταν καθοριστικής σημασίας για τις γνώσεις των συμμετεχόντων, αφού εκείνοι που παρακολούθησαν κάποιο σεμινάριο πρώτων βοηθειών απάντησαν σωστά σε σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό ερωτήσεων. Στο Midwestern, των ΗΠΑ, το ένα τρίτο των καθηγητών στα σχολεία δεν έχει ειδική εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών και το μεγαλύτερο μέρος συμφώνησε έντονα ότι απαιτείται εκπαίδευση σε θέματα έκτακτης ανάγκης, ενώ οι ελλείψεις στην αναγνώριση και κατάλληλη αντιμετώπιση των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Οι περισσότεροι καθηγητές του δημόσιου σχολείου ήταν ελλιπείς τόσο στην κατάρτιση όσο και στη γνώση της επείγουσας φροντίδας και τους τρόπους υποστήριξης της ζωής (Gagliardi et al., 1994).

Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η έκταση της εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών και η γνώση της επείγουσας φροντίδας είναι μικρή. Το ένα τρίτο των εκπαιδευτικών δεν είχε ειδική εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες συμπεριλαμβανομένης της καρδιοπνευμονικής ανάνηψης (Hashim, 2011). Άλλες μελέτες από τη Βόρειο Αμερική διαπίστωσαν ότι το 30% των εκπαιδευτικών δεν είχαν ειδική κατάρτιση στην παροχή πρώτων βοηθειών και το 40% δεν είχε ποτέ εκπαιδευτεί στην καρδιοπνευμονική ανάνηψη (Feldman et



al., 1983). Μία μελέτη που έγινε στην πόλη Chandigarh και στην επαρχία Haryana στην Ινδία δείχνει ότι δεν υπάρχει κατάρτιση για την παροχή πρώτων βοηθειών στους εκπαιδευτικούς, παρόλο που κατά τη διάρκεια της σχολικής ώρας συμβαίνουν πολλοί τραυματισμοί (Gagliardi et al., 1994).

Τα περισσότερα από τα ατυχήματα που απαιτούν πρώτες βοήθειες σε σχολικούς χώρους είναι μικρά και δεν απαιτούν την επίσκεψη σε ιατρό. Ακόμη και ο πιο περιστασιακός τραυματισμός θα πρέπει να τραβήξει την προσοχή των δασκάλων και την παροχή πρώτων βοηθειών. Οι διαδικασίες που αφορούν τις πρώτες βοήθειες δεν μπορούν να αποκτηθούν εντελώς από ένα βιβλίο μόνο, αλλά το άτομο που θα παρέχει πρώτες βοήθειες πρέπει να ασκηθεί για μια χρονική περίοδο μέχρι να είναι αποκτήσει τις δεξιότητες που απαιτούνται για να εκτελέσει σωστά τις διαδικασίες. Τα μαθήματα πρώτων βοηθειών παρέχουν ευκαιρίες για άσκηση, απόκτηση σωστών δεξιοτήτων στις διαδικασίες και την ολοκλήρωση των πρώτων βοηθειών για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Ως εκ τούτου, κάθε εκπαιδευτικός πρέπει να εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών, έτσι ώστε όταν συμβεί οποιαδήποτε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, να είναι ικανός να αντιμετωπίσει την κατάσταση (Baby, 2002).

## Συμπεράσματα

Τον πληθυσμό της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν ειδικές πληθυσμιακές ομάδες δημοσίων υπαλλήλων, όπως διοικητικοί υπάλληλοι, τεχνικοί, νοσηλευτές, ιατροί, εκπαιδευτικοί και πυροσβέστες. Οι μισοί εξ' αυτών είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο πρώτων βοηθειών. Δεν βρέθηκε μεταξύ των δημογραφικών δεδομένων και της παρακολούθησης σεμιναρίων πρώτων βοηθειών. Το επίπεδο γνώσεών τους ήταν μέτριο. Οι πυροσβέστες και οι νοσηλευτές απάντησαν σωστά σε περισσότερες ερωτήσεις, ενώ οι ιατροί σε λιγότερες. Η παρακολούθηση ενός σεμιναρίου πρώτων βοηθειών ήταν καθοριστικής σημασίας για τις γνώσεις των συμμετεχόντων.

Στοιχεία δείχνουν ότι η διδασκαλία πρώτων βοηθειών μπορεί να διδάσκεται από νεαρή ηλικία και πρέπει να ξεκινάει στη σχολική ηλικία, καθιστώντας το υποχρεωτικό μάθημα στο δημοτικό σχολείο (Bohn et al., 2013, Plant et al., 2013). Επίσης, απαιτείται εκπαίδευση στις ιατρικές σχολές. Το προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών των ιατρών πρέπει να ενισχυθεί με εργαστήρια επιμόρφωσης για την παροχή πρώτων βοηθειών. Προτείνεται όλοι οι άνθρωποι που ανήκουν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και έρχονται σε επαφή καθημερινά με πολλούς ανθρώπους να εκπαιδεύονται συνεχώς στις πρώτες βοήθειες, ώστε να είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν σε τέτοιες καταστάσεις.

## Βιβλιογραφία

Ababa Addis. (2003). First Aid extension package. Federal Democratic Republic of Ethiopia, Ministry of health. Διαθέσιμο από: [http://cnhde.ei.columbia.edu/training/documents/First\\_Aid.pdf](http://cnhde.ei.columbia.edu/training/documents/First_Aid.pdf)

Abarbanell NR. (2001). Prehospital midhigh trauma and traction splint use: recommendations for treatment protocols. *American Journal of Emergency Medicine*, 19, 137-40.

Anantharaman V. (2011). Chest compression-only CPR or good quality 30:2 CPR. *Singapore Medical Journal*, 52, 576-81.

Anderson GH, Harper WM, Connolly CD, Badham J, Goodrich N, Gregg PJ. (1993). Preoperative skin traction for fractures of the proximal femur. A randomised prospective trial. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 75, 794-6.

Anderson GS, Gaetz M, Masse J. (2011). First aid skill retention of first responders within the workplace. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation & Emergency Medicine*. Διαθέσιμο από: <http://www.sjtrem.com/content/19/1/11>.

Avino E. (2011). *Integralism, Altruism and Reconstruction: Essays in honor of Pitirim A. Sorokin*: Universitat de València.

Axelsson A, Herlitz J, Fridlund B. (2000). How bystanders perceive their cardiopulmonary resuscitation interventions; a qualitative study. *Resuscitation*, 47, 71-81.

Axelsson ÅB, Herlitz J, Holmberg S, Thorén A-B. (2006). A nationwide survey of CPR training in Sweden: Foreign born and unemployed are not reached by training programmes. *Resuscitation*, 70, 90-7.

Baby Elizabeth. (2002). Effectiveness of planned teaching programme on First Aid for students in a selected high school in Mangalore. Published Dissertation.

Baser M, Coban S, Tasci S, Sungur G, Bayat M. (2007). Evaluating first aid knowledge and attitudes of a sample of Turkish primary school teachers. *J Emergency Nursing*, 33, 428-32.

Bhide SS. (2007). 'Cling film' to wrap herniated loops. *Indian Pediatrics*, 44, 469.

Black C. (1997). First aid International Federation of Red Cross and Red Cross cent studies. Διαθέσιμο από: <http://www.graspoodsafety.org>.

Bobrow BJ, Spaite DW, Berg RA, Stolz U, Sanders AB, Kern KB. (2010). Chest compression-only CPR by lay rescuers and survival from out-of-hospital cardiac arrest. *Journal of the American Medical Association*, 304, 1447-54.

Bohn A, Van Aken H, Lukas RP, Weber T, Breckwoldt J. (2013). Schoolchildren as lifesavers in Europe - training in cardiopulmonary resuscitation for children. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 27, 387-96.

Boston: Map of marathon blasts. 2013. Διαθέσιμο από: <http://www.bbc.co.uk/news/world-us-canada-22164922>

British Red Cross. (2011). *Everyday first aid workbook*. UK: British Red Cross.

British Red Cross. (2012). *Red Cross first aid app*. UK: British Red Cross. Διαθέσιμο από: <http://www.redcross.org.uk/What-we-do/First-aid/Mobile-app>.

Cao YJ, Davidson P, DiGiacomo M, Yang M. (2010). Prehospital delay for acute coronary syndrome in China. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25, 487-96.

Chameides L, Berlin P, Cummins RO, Gonzales L, Goodman J, Hazinski MF. (2000). Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 5: new guidelines for first aid. The American Heart Association in collaboration with the International Liaison Committee on Resuscitation. *Circulation*, 102, I77-85.

Chipp E, Walton J, Gorman DF, Moiemens NS. (2008). A one year study of burn injuries in a British Emergency Department. *Burns*, 34, 516-20.

Clark MJ, Enraght-Moony E, Balanda KP, Lynch M, Tighe T, FitzGerald G. (2002). Knowledge of the national emergency telephone number and prevalence and characteristics of those trained in CPR in Queensland: baseline information for targeted training interventions. *Resuscitation*, 53, 63-9.

Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. (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, 1832-47.

Cuttle L, Kempf M, Liu P, Kravchuk O, Kimble RM. (2010). The optimal duration and delay of first aid treatment for deep partial thickness burn injuries. *Burns*, 36. 673-9.

Cuttle L, Pearn J, McMillan JR, Kimble RM. (2009). A review of first aid treatments for burn injuries. *Burns*, 35, 768-75.

Cytryn KN, Yoskowitz NA, Cimino JJ, Patel VL. (2009). Lay public's knowledge and decisions in response to symptoms of acute myocardial infarction. *Advances in Health Sciences Education: theory and practice*, 14, 43-59.

Dajer J.A. First aid. Διαθέσιμο από:  
[www.ilo.org/safework\\_bookshelf/english?content&nd=857170142](http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170142)

Deepak M, Nayak S. (2012). A study on assessment of knowledge on practice regarding first aid measures among the self-help groups in selected areas of Mangalore with a view to develop information module. *NUJHS*, 2, 68-71.

Demographic Research Bulletin 2016. Statistics Library, General Authority of Statistics in Saudi Arabia. Διαθέσιμο από: <http://www.cdsi.gov.sa/ar/3465>.

Donaldson LJ, Reckless IP, Scholes S, Mindell JS, Shelton NJ. (2008). The epidemiology of fractures in England. *Journal of epidemiology and community health*, 62, 174-80.

Donohoe RT, Haefeli K, Moore F. (2006). Public perceptions and experiences of myocardial infarction, cardiac arrest and CPR in London. *Resuscitation*, 71, 70-9.

Eisenburger P, Safar P. (1999). Life Supporting first aid training of the public- review and recommendations. *Resuscitation*, 41, 3-18.

Ertl L, Christ F. (2007). Significant improvement of the quality of bystander first aid using an expert system with a mobile multimedia device. *Resuscitation*, 74, 286-95.

Feldman W, Woodward CA, Hodgson C, Harsanyi Z, Milner R, Feldman E. (1983). Prospective study of school injuries: incidence, types, related factors and initial management. *Can Med Assoc J*, 129, 1279–1283.

First Aid Science Advisory Board. (2005). Part 10: first aid. *Circulation*, 112, III115-III25.

Fischer P, Krueger JI, Greitemeyer T, Vogrincic C, Kastenmuller A, Frey D. (2011). The unresponsive bystander: are bystanders more responsive in dangerous emergencies? *Psychological Bulletin*, 137, 517-37.

Fogle CC, Oser CS, Blades LL, Harwell TS, Helgerson SD, Gohdes D. (2004). Increasing employee awareness of the signs and symptoms of heart attack and the need to use 911 in a state Health Department. *Preventing Chronic Disease*, 1, A07.

Gagliardi M, Neighbors M, Spears C, Byrd S, Snarr J. (1994). Emergencies in the school setting: are public school teachers adequately trained to respond. *Prehospital Disaster Med*, 9, 222-5.

Goldberg RJ, Steg PG, Sadiq I, Granger CB, Jackson EA, Budaj A. (2002). Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). *American Journal of Cardiology*, 89, 791-6.

Guptha LC, Abhitabh G. (2002). *Manual of first aid*. 1st ed. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. P.147-57.

Harvey LA, Barr ML, Poulos RG, Finch CF, Sherker S, Harvey JG. (2011). A population-based survey of knowledge of first aid for burns in New South Wales. *The Medical Journal of Australia*, 195, 465-8.

Hashim R. (2011). Dental trauma management awareness among primary school teachers in the Emirate of Ajman. *Eur J Pediatr Dent*, 12, 99-102.

Health and safety team. (2011). *Guidance for Head teachers and managers on first aid*. East Sussex county council, Flinder University. Διαθέσιμο από: <https://czone.eastsussex.gov.uk/schoolmanagement/healthsaftey/main/Documents/First%20Aid%20guidance>.

Heidenreich JW, Bonner A, Sanders AB. (2012). Rescuer fatigue in the elderly: standard vs. hands-only CPR. *The Journal of Emergency Medicine*, 42, 88-92.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2011). *International first aid and resuscitation guidelines 2011*. Switzerland: IFRC.

- Jackson RJ, Nolan JP. (2012). Improving outcome in out-of-hospital cardiac arrest: impact of bystander cardiopulmonary resuscitation and prehospital physician care. *Critical Care*, 15, 101.
- Jacobs I, Nadkarni V. (2004). Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports. *Circulation*, 110, 3385-97.
- Joseph N, Kumar GS, Babu YPR, Nelliyanil M, Bhaskaran U. (2014). Knowledge of First Aid Skills Among Students of a Medical College in Mangalore City of South India. *Ann Med Health Sci Res*, 4, 162-166.
- Kano M, Siegel JM, Bourque LB. (2005). First-aid training and capabilities of the lay public: a potential alternative source of emergency medical assistance following a natural disaster. *Disasters*, 29, 58–74.
- Khraim FM, Carey MG. (2009). Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counselling*, 75, 155-61.
- Krasteva V, Jekova I, Didon JP. (2011). An audiovisual feedback device for compression depth, rate and complete chest recoil can improve the CPR performance of lay persons during self-training on a manikin. *Physiological Measurement*, 32, 687-99.
- Kumar S, Agarwal A, Kumar A, Agrawal G, Chaudhary S, Dwivedi V. (2008). A study of knowledge, attitude and practice of hospital consultants, resident doctors and private practitioners with regard to pre-hospital and emergency care in Lucknow *Indian J Surg*, 70, 14-8.
- Kumar, S.D., Kulkarni, P., Srinivas, N., Prakash, B., Hugara, S. and Ashok, N.C. (2013). Perception and practices regarding first-aid among school teachers in Mysore. *National Journal of Community Medicine*, 4, 349-352.
- Lam NN, Dung NT. (2008). First aid and initial management for childhood burns in Vietnam - an appeal for public and continuing medical education. *Burns*, 34, 67-70.
- Larsen P, Pearson J, Galletly D. (2004). Knowledge and attitudes towards cardiopulmonary resuscitation in the community. *N Z Med J*, 117, U870.
- Latane B, Darley J. (1969). Bystander 'apathy'. *American Scientist*, 67, 244-69.

Latane B, Darley J. (1968). Group Inhibition of Bystander Intervention in Emergencies. *Journal of personality and social psychology*, 10, 215-21.

Lee C, Porter KM. (2005). Prehospital management of lower limb fractures. *Emergency Medicine Journal*, 22, 660-3.

Lee JS, Jeon WC, Ahn JH, Cho YJ, Jung YS, Kim GW. (2011). The effect of a cellular-phone video demonstration to improve the quality of dispatcher-assisted chest compression-only cardiopulmonary resuscitation as compared with audio coaching. *Resuscitation*, 82, 64-8.

Li F, Jiang F, Jin X, Qiu Y, Shen X. (2012). Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff in the preschools of Shanghai, China, 1–7.

Livingston A, Holland AJ, Dickson D. (2006). Language barriers and paediatric burns: does education make a difference? *Burns*, 32, 482-6.

Lubrano R, Romero S, Scoppi P, Cocchi G, Baroncini S, Elli M. (2005). How to become an under 11 rescuer: a practical method to teach first aid to primary schoolchildren. *Resuscitation*, 64, 303-7.

Luepker RV, Raczynski JM, Osganian S, Goldberg RJ, Finnegan JR, Hedges JR. (2000). Effect of a community intervention on patient delay and emergency medical service use in acute coronary heart disease: The Rapid Early Action for Coronary Treatment (REACT) Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 284, 60-7.

Manning R, Levine M, Collins A. (2007). The Kitty Genovese murder and the social psychology of helping: the parable of the 38 witnesses. *The American psychologist*, 62, 555-62.

Martin EA. (2009). *Oxford Concise Medical Dictionary*. 7 ed. Oxford: Oxford University Press.

McGinn AP, Rosamond WD, Goff DC, Taylor HA, Miles JS, Chambless L. (2005). Trends in prehospital delay time and use of emergency medical services for acute myocardial infarction: experience in 4 US communities from 1987-2000. *American Heart Journal*, 150, 392-400.

Meischke H, Ho MT, Eisenberg MS, Schaeffer SM, Larsen MP. (1995). Reasons patients with chest pain delay or do not call 911. *Annals of Emergency Medicine*, 25, 193-7.



- Mlekusch W, Dick P, Haumer M, Sabeti S, Minar E, Schillinger M. (2006). Arterial puncture site management after percutaneous transluminal procedures Using a hemostatic wound dressing (Clo-Sur P.A.D.) versus conventional manual compression: a randomized controlled trial. *Journal of Endovascular Therapy*, 13, 23-31.
- Naimer SA, Anat N, Katif G. (2004). Evaluation of techniques for treating the bleeding wound. *Injury*, 35, 974-9.
- Naimer SA, Chemla F. (2000). Elastic adhesive dressing treatment of bleeding wounds in trauma victims. *American Journal of Emergency Medicine*, 18, 816-9.
- Noureddine S. (2009). Patterns of responses to cardiac events over time. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24, 390-7.
- Ogawa T, Akahane M, Koike S, Tanabe S, Mizoguchi T, Imamura T. (2011). Outcomes of chest compression only CPR versus conventional CPR conducted by lay people in patients with out of hospital cardiopulmonary arrest witnessed by bystanders: nationwide population based observational study. *British Medical Journal*, 342, c7106.
- Pallavisarji U, Gururaj G, Girish RN. (2013). Practice and Perception of First Aid Among Lay First Responders in a South- ern District of India, 1, 155–160.
- Parker G Thomas. Introduction to first aid. Διαθέσιμο από: [http://www.healthguidance.org/entry/8941/1/introduction\\_to\\_First\\_Aid.html](http://www.healthguidance.org/entry/8941/1/introduction_to_First_Aid.html).
- Parker MJ, Handoll HH. (2006). Pre-operative traction for fractures of the proximal femur in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19, CD000168.
- Perkins-Porras L, Whitehead DL, Strike PC, Steptoe A. (2009). Pre-hospital delay in patients with acute coronary syndrome: Factors associated with patient decision time and home-to-hospital delay. *The European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 26-33.
- Piliavin J, Charng H. (1990). Altruism: A Review of Recent Theory and Research. *Annual Review of Sociology*, 16, 27-65.
- Plant N, Taylor K. (2013). How best to teach CPR to schoolchildren: A systematic review. *Resuscitation*, 84, 415–21

Quinn RH, Macias DJ. (2006). The management of open fractures. *Wilderness & Environmental Medicine*, 17, 41-8.

Rea TD, Page RL. (2010). Community approaches to improve resuscitation after out-of-hospital sudden cardiac arrest. *Circulation*, 121, 1134-40.

Resch S, Bjarnetoft B, Thorngren KG. (2005). Preoperative skin traction or pillow nursing in hip fractures: a prospective, randomized study in 123 patients. *Disability and Rehabilitation*, 27, 1191-5.

Resuscitation Council (UK). (2011). *Advanced Life Support*. 6 ed. UK: Resuscitation Council (UK).

Roberts WT, Timmis AD. (2007). Patients with cardiac chest pain should call emergency services. *British Medical Journal*, 335, 669.

Roppolo P, Westfall A, Pepe PE, Nobel L, Cowan J, Kay JJ. (2009). Dispatcher assessments for agonal breathing improve detection of cardiac arrest. *Resuscitation*, 80, 769-72.

Rosen JE, Chen FS, Hiebert R, Koval KJ. (2001). Efficacy of preoperative skin traction in hip fracture patients: a prospective, randomized study. *Journal of orthopaedic trauma*, 15, 81-5.

Ruston A. (2001). Accessing emergency care at the time of a heart attack: why people do not dial 999 for an ambulance. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 121, 243-7.

Sayre MR, Berg RA, Cave DM, Page RL, Potts J, White RD. (2008). Cardiopulmonary resuscitation: a call to action for bystander response to adults who experience out-of-hospital sudden cardiac arrest. *Circulation*, 117, 2162-7.

Scarborough P, Bhatnagar P, Wickramasinghe K, Smolina K, Mitchell C, Rayner M. (2010). *Coronary Heart Disease Statistics: 2010 Edition*. UK: British Heart Foundation Health Promotion Research Group.

Semwal J, Juyal R, Singh M, Candpal SD. (2013). Rapid assessment of first aid awareness amongst the rural community of Doiwala block, Dehradun. *Indian Journal of Community Health*, 25, 262-264.

Severien I, Tan EC, Metz JC, Biert J, Berden HJ. (2005). The level of first aid and basic life support for the next generation of physicians. *Ned Tijdschr Geneesk*, 149, 1756-7.

Sipsma K, Stubbs BA, Plorde M. (2011). Training rates and willingness to perform CPR in King County, Washington: A community survey. *Resuscitation*, 82, 564–7.

Skinner AM, Brown TL, Peat BG, Muller MJ. (2004). Reduced hospitalisation of burns patients following a multi-media campaign that increased adequacy of first aid treatment. *Burns*, 30, 82-5.

Sorokin P. (1948). *The reconstruction of humanity*: Beacon Press.

St John Ambulance. (2010). New iPhone first aid app. UK: St Joh Ambulance. Διαθέσιμο από: <http://www.sja.org.uk/sja/about-us/latest-news/news-archive/news-stories-from-2010/april/new-iphone-first-aid-app.aspx>.

Swor R, Khan I, Domeier R, Honeycutt L, Chu K, Compton S. (2006). CPR training and CPR performance: do CPR-trained bystanders perform CPR? *Academic Emergency Medicine*, 13, 596-601.

The Science Behing the Heroism in Boston. 2013. Διαθέσιμο από: <http://www.psychologicalscience.org/index.php/publications/observer/obsonline/the-science-behind-the-heroism-in-boston.html>

Tiintinalli J. (2002). *Emergency medicine a comprehensive study guide*. New York: McGraw Hill.

Todd I. (2004). *Clinical Practice Guidelines for Use in UK Ambulance Services*. Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee. Διαθέσιμο από: [http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/emergencycare/research/ambguidelines/archive/jrcalc\\_guidelines\\_v3\\_20041.pdf](http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/hsri/emergencycare/research/ambguidelines/archive/jrcalc_guidelines_v3_20041.pdf).

Tullmann DF, Haugh KH, Dracup KA, Bourguignon C. (2007). A randomized controlled trial to reduce delay in older adults seeking help for symptoms of acute myocardial infarction. *Research in Nursing and Health*, 30, 485-97.

Vaillancourt C, Stiell IG, Wells GA. (2008). Understanding and improving low bystander CPR rates: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 10, 51-65.

Van de Velde S, Heselmans A, Roex A, Vandekerckhove P, Ramaekers D, Aertgeerts B. (2009). Effectiveness of nonresuscitative first aid training in laypersons: a systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 54, 447-57.

Van de Velde S, Roex A, Vangronsveld K, Niezink L, Van Praet K, Heselmans A. (2012). Can training improve laypersons helping behaviour in first aid? A randomised controlled deception trial. *Emergency Medicine Journal*, 30, 292-7.

Venter TH, Karpelowsky JS, Rode H. (2007). Cooling of the burn wound: the ideal temperature of the coolant. *Burns*, 33, 917-22.

Walker SB, Cleary S, Higgins M. (2001). Comparison of the FemoStop device and manual pressure in reducing groin puncture site complications following coronary angioplasty and coronary stent placement. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 366-75.

What Boston Showed about Human Nature. *Scientific American*, 2013. Διαθέσιμο από: <http://www.scientificamerican.com/article.cfm?id=what-boston-showed-about-human-nature>

WHO Technical Report Series. (1999). World Health Organization, Geneva.

Xanthos T, Karatzas T, Stroumpoulis K, Lelovas P, Simitsis P, Vlachos I. (2011). Continuous chest compressions improve survival and neurologic outcome in a swine model of prolonged ventricular fibrillation. *American Journal of Emergency Medicine*, 30, 1389-94.

Yasunaga H, Horiguchi H, Tanabe S, Akahane M, Ogawa T, Koike S. (2012). Collaborative effects of bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation and prehospital advanced cardiac life support by physicians on survival of out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide population-based observational study. *Critical Care*, 14, R199.

Yip DK, Chan CF, Chiu PK, Wong JW, Kong JK. (2002). Why are we still using pre-operative skin traction for hip fractures? *International orthopaedics*, 26, 361-4.

Zhang S, Hub D, Wang X, Yang J. (2009). Use of emergency medical services in patients with acute myocardial infarction in China. *Clinical Cardiology*, 32, 137-41.

Καδδά Ο, Μαρβάκη Α, Γιόρογλου Σ, Γεωργούση Ε, Κατσαρού Α, Αργυρίου Γ, Ίντας Γ. (2011). Βασικές Γνώσεις Πρώτων Βοηθειών από Ειδικές Πληθυσμιακές Ομάδες. Βήμα του Ασκληπιού, 10, 260-275.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι-ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

<b>Τίτλος:</b>	«Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του νομού Αρκαδίας σε θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών»
<b>Ημερομηνία:</b>	26/11/2017
<b>Υπεύθυνος Ερευνητικός Φορέας:</b>	Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου  Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής  Τμήμα Νοσηλευτικής  Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»
<b>Επιβλέπων Καθηγητής:</b>	Δρ. Τζαβέλλα Φωτεινή
<b>Ερευνητής:</b>	Κουλού Νικολέττα, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, Κοινωνιολόγος
<b>Είδος Μελέτης:</b>	Συγχρονική μελέτη παρατήρησης
<b>Εισαγωγή - Θεωρητικό Πλαίσιο:</b>	<p>Η ανάγκη γνώσης της παροχής Πρώτων Βοηθειών από το σύνολο των πολιτών κρίνεται αναγκαία, εφόσον θα πρέπει να θεωρηθεί ως ο σημαντικότερος τρόπος προσφοράς βοήθειας του συνανθρώπου σε περίπτωση ανάγκης.<sup>1</sup> Όπως, λοιπόν, γίνεται αντιληπτό οι γνώσεις πρώτων βοηθειών από όλους μας αποτελούν επιτακτική ανάγκη. Είναι κοινά αποδεκτό πως η γνώση πρώτων βοηθειών σε πολλές χώρες αποτελεί κοινή συνείδηση και προσφέρονται υποχρεωτικά σε πολύ μεγάλο αριθμό πληθυσμού. Η άμεση αλλά και ταυτόχρονα επιτυχημένη παροχή πρώτων βοηθειών μπορεί να είναι σωτήρια στην περίπτωση ατυχήματος ή ασθένειας.</p> <p>Πιο συγκεκριμένα, πρώτες βοήθειες είναι η άμεση παροχή βοήθειας ή περίθαλψης που δίνεται σε ένα περιστατικό τραυματισμού ή ξαφνικής</p>

ασθένειας, με σκοπό την επείγουσα αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή και την υγεία των καταστάσεων.<sup>2-3</sup> Κυριότερος σκοπός των πρώτων βοηθειών είναι η διατήρηση της ζωής, η πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης του θύματος, η ανακούφιση από τον πόνο και η βοήθεια για ανάνηψη του θύματος.<sup>4</sup> Όπως αντιλαμβανόμαστε, οι πρώτες βοήθειες προσφέρονται συνήθως στην περίπτωση ατυχήματος ή ξαφνικής ασθένειας.

Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως ατύχημα ορίζεται η βλάβη που προκαλείται στο ανθρώπινο σώμα, σε βιολογικό επίπεδο, ως αποτέλεσμα της οξείας έκθεσης του ατόμου σε μηχανική, χημική, θερμική ή ηλεκτρική ενέργεια ή ραδιενέργεια σε ποσότητες που υπερβαίνουν το όριο της φυσιολογικής ανοχής. Στις μέρες μας, ο όρος ατύχημα σημαίνει γεγονός το οποίο προκαλείται από εξωτερική αιτία ανεξάρτητα από την ανθρώπινη θέληση, δρα ταχύτητα και έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση σωματικής ή διανοητικής βλάβης.<sup>5</sup>

Είναι κοινά παραδεκτό, πως αν και η πλειοψηφία των ατυχημάτων οφείλεται σε τροχαία ατυχήματα, σημαντικό είναι εξίσου και το ποσοστό των ατυχημάτων που συμβαίνουν τόσο σε εσωτερικό όσο και σε εξωτερικό περιβάλλον.<sup>6</sup> Είναι κοινά παραδεκτό πως η δυνατότητα άμεσης παροχής πρώτων βοηθειών αποτελεί αναγκαία απάντηση στο χάος που ακολουθεί την πρόκληση ενός ατυχήματος. Μέσω αυτών μπορούν να μετριαστούν τα αποτελέσματα ενός τραυματισμού και να σωθεί η ζωή ενός ανθρώπου.

Συνήθη ατυχήματα που συναντάμε στην καθημερινότητα:

- πτώσεις,
- λιποθυμίες,
- αιμορραγίες,
- κατάγματα,
- εγκαύματα,
- δηλητηριάσεις,



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• πνιγμοί,</li> <li>• τσιμπήματα-δαγκώματα.<sup>7</sup></li> </ul> <p>Συμπεραίνουμε, λοιπόν, πως η επιμόρφωση όλου του πληθυσμού στην παροχή πρώτων βοηθειών αποτελεί δικλείδα ασφαλείας για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.</p>
<p><b>Σκοπός - Επιμέρους Στόχοι:</b></p>	<p>Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των γνώσεων των Δημοσίων υπαλλήλων του Νομού Αρκαδίας σε θέματα Πρώτων βοηθειών.</p> <p>Πιο συγκεκριμένα, θα ερευνηθούν:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• οι γνώσεις των δημοσίων υπαλλήλων σε θέματα πρώτων βοηθειών,</li> <li>• ο βαθμός ετοιμότητας στην παροχή πρώτων βοηθειών.</li> <li>• η σπουδαιότητα της επιμόρφωσης των δημοσίων υπαλλήλων σε θέματα πρώτων βοηθειών.</li> </ul>
<p><b>Σχεδιασμός μελέτης και Μεθοδολογία:</b></p>	<p>Πραγματοποιήθηκε μια περιεκτική βιβλιογραφική αναζήτηση που διενεργήθηκε με την χρήση των παρακάτω όρων-λέξεων κλειδιά: πρώτες βοήθειες, επιμόρφωση, ατυχήματα, ετοιμότητα. Κατά την αναζήτηση δεν τέθηκε περιορισμός στη χρονική περίοδο και αναζητήθηκαν άρθρα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα στις μηχανές αναζήτησης Pub Med και Google Scholar. Απορρίφθηκαν άρθρα στα οποία δεν υπήρχε πρόσβαση στο πλήρες κείμενο. Το εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί για την διεξαγωγή της έρευνας είναι σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο έχει κατασκευαστεί από μια ερευνητών(Καδδά Όλγα, Μαρβάκη Αικατερίνη, Γιόρογλου Σοφία, Γεωργούση Ευγενία, Κατσαρού Αναστασία , Αργυρίου Γεώργιος, Ίντας Γεώργιος) και έχει ζητηθεί έντυπη άδεια χρήσης του. Το δείγμα που θα χρησιμοποιηθεί στην έρευνα μας είναι υπάλληλοι που απασχολούνται σε δομές του δημοσίου του Νομού Αρκαδίας.</p>

<b>Ανάλυση δεδομένων:</b>	<p>Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα γίνει χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS version 21 έκδοση για Windows. Σε όλες τις αναλύσεις θα χρησιμοποιηθεί επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%. Οι στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν είναι πίνακες συνάφειας <math>\chi^2</math> και ανάλυση διασποράς 2 παραγόντων.</p>
<b>Αναμενόμενα αποτελέσματα:</b>	<p>Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων θα διερευνήσουμε το επίπεδο των γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων σε θέματα παροχής πρώτων βοηθειών. Επίσης, αναμένουμε να εντοπίσουμε πως ο βαθμός ετοιμότητας για την αντιμετώπιση ενός ατυχήματος είναι μικρός. Ακόμη, θα διερευνήσουμε το ποσοστό των δημοσίων υπαλλήλων που έχει παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο πρώτων βοηθειών.</p>
<b>Ηθικά θέματα:</b>	<p>Κατά την εκπόνησης της παρούσας έρευνας δεν προκύπτουν πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες. Στο σημείο αυτό πρέπει να διαβεβαιωθεί ότι θα εφαρμοστούν όλοι οι απαραίτητοι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Συγκεκριμένα, εξασφαλίζεται η συγκατάθεση των ατόμων ύστερα από σχετική ενημέρωση, ενώ η συμμετοχή είναι εθελοντική και ανώνυμη. Τέλος, δεν θα υπάρξει καμία οικονομική επιβάρυνση των φορέων που θα συμμετάσχουν στην μελέτη.</p>

**Χρονοδιάγραμμα:**

1-15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ	15-31 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ	1 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ-15 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ	15 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ- 15 ΜΑΡΤΙΟΥ	15 ΜΑΡΤΙΟΥ- 30 ΑΠΡΙΛΙΟΥ.
Βιβλιογραφική ή ανασκόπηση				
	Συμπλήρωση ερωτηματολογίων και συλλογή δεδομένων			
		Στατιστική ανάλυση		
			Συγγραφή αποτελεσμάτων ερευνητικής μελέτης	

**Βιβλιογραφία**

1. Μπαλτόπουλος, Γ. (2001). *Πρώτες Βοήθειες*. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
2. Καραμπάτσου, Δ. (2009). Διαθέσιμο στο <http://www.firstaidtraining.gr/> (τελευταία ανάκτηση 23/09/2017)
3. Slabe, D., & Fink, R. (2012). Kindergarten teachers' and their assistants' knowledge of first aid in Slovenian kindergartens. *Health Education Journal*, 72 (4), 398-407.
4. Παπασταματίου, Μ. (2011). *Βασικές αρχές στην παροχή Πρώτων βοηθειών*. Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισσιανού.
5. World Health Organization. (2008). *World report on child injury*

*prevention*. M. Peden, K. Oyegbite, J. Ozanne-Smith, A. A. Hyder, C. Branche, A. F. Rahman, et al.

6. Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G., & Koibusingye, O. (2001). *Injury Surveillance Guidelines*. Geneva: World Health Organization. Τσούσκας Λ.Ι. (2000). *Πρώτες βοήθειες*, University Studio Press A.E.

7. Τσούσκας Λ.Ι. (2000). *Πρώτες βοήθειες*, University Studio Press A.E.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



### ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ  
ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το παρόν ανώνυμο, δομημένο και αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποτελεί το κύριο εργαλείο της μελέτης της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα:

**«Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του νομού Αρκαδίας σε θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών»** και εκπονείται στα πλαίσια των συμβατικών μου υποχρεώσεων για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών **«Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων»**, υπό την επίβλεψη της Δρ. Τζαβέλλα Φωτεινής Επίκουρης Καθηγήτριας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική, ανώνυμη και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ολιγόλεπτη. Σας ευχαριστούμε πολύ για την συμμετοχή σας .

Με εκτίμηση, Νικολέττα Κουλού.

## Η ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Αριθμός Ερωτηματολογίου : .....

### Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο : Άρρεν  Θήλυ

Ηλικία (έτος γεννήσεως) :

18-35  36-65  65 και άνω

Οικ. Κατάσταση : Έγγαμος/η  Άγαμος/η

Διαζευγμένος  Χήρος/α

Μορφωτικό Επίπεδο : Υ.Ε.  Δ.Ε.

Τ.Ε-Π.Ε.  Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση

Επάγγελμα : Εκπαιδευτικό προσωπικό  Διοικητικό προσωπικό

Ιατρικό Προσωπικό  Νοσηλευτικό Προσωπικό

Τεχνικό Προσωπικό  Πυροσβεστικό Προσωπικό

Άλλο:.....

....

Τόπος κατοικίας: Δήμος Τρίπολης

Δήμος Γορτυνίας

Δήμος Μεγαλόπολης

Δήμος Β. Κυνουρίας

Δήμος Ν. Κυνουρίας

1. Έχετε παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο σχετικά με τις πρώτες βοήθειες ;

ναι  όχι

1<sup>α</sup>. Αν ναι, πόσο χρονικό διάστημα διάρκεσε;

12 – 24 ώρες  2-3 εβδομάδες  1 μήνα  >1 μήνα

2. Ένα λιποθυμικό επεισόδιο το αντιμετωπίζετε:

- a) Κάνοντας αέρα στον λιποθυμισμένο και ανοίγοντας τα παράθυρα
- b) Βάζοντας τον να καθίσει και δίνοντας του νερό
- c) Ξαπλώνοντας τον στο δάπεδο και ελευθερώνοντας του τα ρούχα

3. Ποια ονομάζουμε θέση ανάνηψης ;

- a) Ξαπλωμένος στο δάπεδο με τα πόδια ελαφρά υπερυψωμένα
- b) Ξαπλωμένος ο ασθενής στο οριζόντιο επίπεδο
- c) Καθιστός

4. Σε μια εμφανή αιμορραγία άκρου από τραυματισμό:

- a) Μεταφέρετε τον ασθενή όσο το δυνατόν ταχύτερα στο πλησιέστερο νοσοκομείο χωρίς να κάνετε τίποτα. Άλλωστε η ταχύτητα της αντιμετώπισης μετράει.
- b) Ασκείτε πίεση στο σημείο που αιμορραγεί με μια καθαρή γάζα έως ότου τον μεταφέρετε στο νοσοκομείο.
- c) Δένετε πολύ σφικτά το άκρο με πχ μια ζώνη ώστε να μην αιμορραγεί.

5. Γνωρίζετε τι είναι η ίσχαιμη περιόδεση;

ναι       όχι

6. Σε μια αιμορραγία από τη μύτη (ρινορραγία). Αφού μετρήσουμε την αρτηριακή πίεση του αρρώστου:

- a) Τοποθετούμε τον πάσχοντα με το κεφάλι γυρισμένο προς τα πίσω ;
- b) Βάζουμε τον ασθενή να φυσήξει δυνατά τη μύτη του ώστε να καθαρίσει από τα πύγματα και πιέζοντας την βάση της μύτης να κρατά το κεφάλι του σκυμμένο ελαφρά προς τα εμπρός
- c) Ταμπονάρουμε τους ρώθωνες πρόχειρα με μία γάζα

7. Μετά από μια πτώση από ύψος, ο πάσχων επικοινωνεί.

- a) Θα προσπαθήσετε να τον σηκώσετε και να τον τοποθετήσετε σε ασφαλές μέρος
- b) Θα τον αφήσετε εκεί που έπεσε, θα τον σκεπάσετε και θα περιμένετε το ΕΚΑΒ
- c) Θα τον βάλετε ξαπλωμένο στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου σας και θα τον μεταφέρετε στο πλησιέστερο νοσοκομείο

8. Σε ένα τραυματισμό από ρυπαρό αιχμηρό αντικείμενο (π.χ. πρόκα σε σκουπίδια)

- a) Χρειάζεται καθαρισμός του τραύματος και αντιτετανικός ορός ;
- b) Χρειάζεται καθαρισμός του τραύματος, αντιτετανικός ορός και εμβόλιο;
- c) Τίποτα από τα παραπάνω, μόνο καθαρισμός και λίγο Betadine

9. Τι είναι το κάταγμα;

- a) Σπάσιμο του οστού
- b) Μετατόπιση της άρθρωσης
- c) Και τα δύο

- 10.** Σε κάποιον που υποψιάζεστε ότι έχει υποστεί κάταγμα στο κάτω άκρο:
- Θα τον ανασηκώσετε για να τον μεταφέρετε με το αυτοκίνητό σας στο πιο κοντινό νοσοκομείο;
  - Θα ακινητοποιείτε το πάσχων μέλος με έναν πρόχειρο νάρθηκα (που μπορεί να φτιάξετε μόνοι σας) και θα τον μεταφέρετε στο νοσοκομείο;
  - Θα εφαρμόσετε ελαστική επίδεση του άκρου
- 11.** Σε ένα τροχαίο ατύχημα, ο επιβάτης ενός αυτοκινήτου παραμένει τραυματισμένος και αναίσθητος στη θέση του οδηγού.
- Θα προσπαθήσετε να τον μετακινήσετε έξω από αυτό και θα καλέσετε το 166
  - Θα καλέσετε ασθενοφόρο και θα περιμένετε χωρίς να τον αγγίζετε
  - Θα τον μετακινήσετε έξω από το αυτοκίνητο και θα τον μεταφέρετε με το αυτοκίνητό σας στο πλησιέστερο νοσοκομείο
- 12.** Ένας τραυματίας ευρίσκεται στην άκρη του δρόμου και παραπονείται για πόνο στην σπονδυλική στήλη.
- Θα πρέπει να τον μετακινήσετε για να τον τοποθετήσετε πιο άνετα
  - Θα τον αφήσετε ακίνητο και θα καλέσετε ασθενοφόρο
  - Θα τον βάλετε στο αυτοκίνητο σας και θα τον μεταφέρετε στο πλησιέστερο νοσοκομείο
  - Θα τοποθετήσετε το ΔΕΛΤΑ ώστε να ενημερώσετε τους άλλους οδηγούς, θα τον αφήσετε ακίνητο και θα καλέσετε ασθενοφόρο
- 13.** Σε ένα δάγκωμα από φίδι
- Θα απομυζήσετε το δηλητήριο με το στόμα σας
  - Θα κάνετε στον ασθενή αντιοφικό ορό
  - Θα επιδέσετε το άκρο πάνω από το δάγκωμα, θα πλύνετε καλά την περιοχή με νερό και σαπούνι και θα μετακινήσετε τον ασθενή αμέσως προς το πλησιέστερο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, αφού προηγουμένως ειδοποιήσετε ότι κατευθύνετε προς τα εκεί
- 14.** Σε περίπτωση τραυματισμού του ματιού από ένα ξένο σώμα που δεν φαίνεται να έχει κολλήσει στο μάτι
- Θα συστήσουμε στον ασθενή να τρίψει και να πιέσει το μάτι του έως ότου μέχρι να απαλλαγεί από αυτό;
  - Θα ξεπλύνουμε τα μάτι με άφθονο καθαρό χλιαρό νερό έως ότου το απομακρύνουμε
  - Θα ψάξουμε τον άρρωστο εάν φορά φακούς επαφής τους οποίους πρέπει αμέσως να βγάλουμε
- 15.** Σε ένα μικρής έκτασης έγκαυμα στο χέρι
- Θα συστήσουμε στον ασθενή να βυθίσει το άκρο του σε ένα δοχείο με καθαρό κρύο νερό;
  - Θα του συστήσουμε να το τρίψει με πάγο
  - Θα αλείψουμε το έγκαυμα με λάδι ή βούτυρο;



- 16.** Ένας ασθενής κατάπιε κατά λάθος καυστική ποτάσα (ισχυρό αλκάλι)
- Θα προσπαθήσετε με κάθε θυσία να του προκαλέσετε εμετό
  - Θα του δώσετε να πει λεμόνι ή ξύδι
  - Θα συμβουλευθείτε το κέντρο δηλητηριάσεων και θα τον μεταφέρετε αμέσως στο νοσοκομείο
- 17.** Ένας κυνηγός αποκλείστηκε στα χιόνια. Όταν τον βρήκαν είχε κρυοπάγημα, και στα δύο πόδια του. Τι θα συνιστούσατε να κάνει:
- Να βγάλει τα παπούτσια και τις κάλτσες του και να τρίψει τα πόδια του με χιόνι
  - Να βγάλει τα παπούτσια και τις κάλτσες του και να βυθίσει τα πόδια του σε χλιαρό νερό του οποίου βαθμιαία θα αυξάνετε την θερμοκρασία και να ζητήσει ιατρική βοήθεια
  - Να πει λίγο κονιάκ, να φάει λίγες σταφίδες και έως ότου πάει στο νοσοκομείο να καπνίσει ένα τσιγάρο εάν θέλει.
- 18.** Περιπατάτε στην παραλία όταν τυχαίνετε την στιγμή που βγάζουν ένα παιδί από το νερό. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;
- Θα κάνετε καρδιακές μαλάξεις
  - Θα δείτε πρώτα αν αναπνέει και εάν όχι θα εφαρμόσετε τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα .
  - Θα το γυρίσετε στο πλάι για να βγει το νερό
- 19.** Είστε σε ένα εστιατόριο όταν ακούτε φασαρία στο διπλανό τραπέζι και βλέπετε ότι ο κύριος δίπλα σας δυσπνοεί τρομερά, κάνοντας νόημα με τα χέρια του ότι πνίγηκε με το φαγητό του. Τι θα κάνετε;
- Θα τον κτυπήσετε στην πλάτη
  - Θα εφαρμόσετε τον χειρισμό Heimlich
  - Θα ειδοποιήσετε ασθενοφόρο.
- 20.** Βλέπετε στο δρόμο κάποιον που έχει χάσει τις αισθήσεις του και διαπιστώνετε από την ειδική κάρτα ότι είναι διαβητικός. Τι θα κάνετε περιμένοντας το ασθενοφόρο;
- Θα του δώσετε να φάει ή να πει κάτι γλυκό ; (π.χ. ζάχαρη ή πορτοκαλάδα)
  - Θα τον τοποθετήσετε στο έδαφος υψώνοντας με ένα ρούχο λίγο τα πόδια του
  - Θα του βρέξετε το πρόσωπο με λίγο κρύο νερό
- 21.** Κάθεστε στην τάξη και ξαφνικά ο διπλανός σας πέφτει από την καρέκλα του στο πάτωμα, γίνεται άκαμπτος αρχικά και μετά αρχίζει να τινάζεται, έχει κυανό χρώμα και δύσπνοια τι έπαθε;
- Καρδιακή ανακοπή
  - Εγκεφαλικό επεισόδιο
  - Κρίση επιληψίας
  - Λιποθυμική κρίση
  - Δεν γνωρίζω

22. Κάποιος που έχει έντονο άγχος παρουσιάζει το σύνδρομο του υπεραερισμού, ποια είναι η άμεση βοήθεια;

- a) Η τοποθέτηση του θύματος σε άνετη θέση για λίγα λεπτά.
- b) Να ξαπλώσει, να ηρεμήσει και να αναπνεύσει μέσα σε μια χάρτινη σακούλα τον εκπνεόμενο αέρα του.
- c) Να του δοθεί να πιει ή να φάει κάτι γλυκό, για να τονωθεί.
- d) Δεν γνωρίζω

23. Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας στο λουτρό, ποια πρέπει να είναι η πρώτη ενέργεια;

- a) Η διακοπή της παροχής ηλεκτρικού ρεύματος από το γενικό διακόπτη.
- b) Η απομάκρυνση του θύματος με ένα κακό αγωγό του ηλεκτρισμού.
- c) Να κλιθεί αμέσως ασθενοφόρο, για να τον μεταφέρει στο νοσοκομείο.
- d) Να ειδοποιηθεί ο ηλεκτρολόγος και να διακόψει το ρεύμα.
- e) Δεν γνωρίζω

24. Γνωρίζετε την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;

ναι  όχι

25. Πότε θα προβείτε σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;

- a) Σε περίπτωση λιποθυμίας
- b) Σε ύπαρξη επιπόλαιας αναπνοής
- c) Σε απουσία αναπνοής και σφυγμών
- d) Δεν γνωρίζω

26. Η αναλογία αναπνοών και εξωτερικών μαλάξεων είναι:

- a) Μία αναπνοή και τέσσερις μαλάξεις
- b) Δύο αναπνοές και 15 μαλάξεις
- c) Δύο αναπνοές και 30 μαλάξεις
- d) Δεν γνωρίζω

27. Γνωρίζετε τους αριθμούς των τηλεφώνων των παρακάτω φορέων ;

EKAB	ναι	<input type="checkbox"/>	όχι	<input type="checkbox"/>
Αστυνομία	ναι	<input type="checkbox"/>	όχι	<input type="checkbox"/>
Πυροσβεστική	ναι	<input type="checkbox"/>	όχι	<input type="checkbox"/>
Κέντρο Δηλητηριάσεων	ναι	<input type="checkbox"/>	όχι	<input type="checkbox"/>

28. Ποιοι κατά την γνώμη σας πρέπει να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες;

Επαγγελματίες Υγείας  Πυροσβέστες / Αστυνόμοι

Καθηγητές / Δάσκαλοι  Όλοι οι άνθρωποι

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ-ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

Αξιότιμη κα Κουλού,  
σας επισυνάπτω το ερωτηματολόγιο πρώτων βοηθειών και  
παράλληλα και την άδεια για να το χρησιμοποιήσετε.  
Σας εύχομαι καλή επιτυχία στο έργο σας και σας παροτρύνω να  
δημοσιεύσετε τα αποτελέσματα της έρευνάς σας, γιατί η έρευνα  
πρέπει να διαδίδεται και να μην μένει στα χαρτιά.  
Καλή επιτυχία.

Έντας Δ. Γεώργιος  
Νοσηλεύτης, MSc, MHSc, PhD

Τηλ: 6945492709

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV-ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,  
ΗΠΕΙΡΟΥ και ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

Τρίπολη 16/01/2018  
Αριθμ. Πρωτ.: 20445

ΤΜΗΜΑ: Γραμματείας  
Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ερυθρού Σταυρού  
Τρίπολη - 22100  
Πληροφορίες: Κ. Καπλάνης  
Τηλέφωνο: 2713 601704  
FAX: 2710 238173

Π Ρ Ο Σ:  
Την κ. ΚΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ  
Κοινωνιολόγος

**ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Αδειας για διεξαγωγή έρευνας στο Νοσοκομείο μας»**

Σε απάντηση της υπ'αριθμ. 20445/21-12-2017 αίτησής σας, σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στο Νοσοκομείο μας, στα πλαίσια εκπόνησης της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής σας εργασίας, με θέμα: «Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του Νομού Αρκαδίας σε θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών», σας κοινοποιούμε το υπ'αριθμ. 1466/29-12-2017 έγγραφό του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας, σύμφωνα με το οποίο εγκρίνεται το αίτημά σας.

Κατόπιν αυτών, παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες κοινοποιώντας προς εσάς και το υπ'αριθμ. 2226/25-1-2011 έγγραφο της 6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ



Ζαμπιλάς Παναγιώτης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
6<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ- ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τρίπολη 29 / 12 / 2017  
Αριθμ. Πρωτ. 1466

ΤΜΗΜΑ: Ε.Σ.  
ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: ΤΕΡΜΑ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Μ. ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ  
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: (2713) 601711  
FAX: (2710) 238175

ΠΡΟΣ: Το Τμήμα Γραμματείας  
Ενταύθα

ΚΟΙΝ.: Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας  
Ενταύθα

**ΘΕΜΑ 6<sup>ο</sup>:** Υποβολή της υπ' αριθμ. 20445/21.12.17 αίτησης της κ. Κουλού Νικολέττας - Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου - Τμήματος Νοσηλευτικής, σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στο Νοσοκομείο μας, στα πλαίσια έρευνας για την εκπόνηση της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής εργασίας της. (Πράξη Ε.Σ. 14<sup>η</sup>/28.12.17).

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του την υπ' αριθμ. 20445/21.12.17 αίτηση της κ. Κουλού Νικολέττας - Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου - Τμήματος Νοσηλευτικής, σχετικά με έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στο Νοσοκομείο μας, στα πλαίσια έρευνας για την εκπόνηση της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής εργασίας της, **μετά από διαλογική συζήτηση, ομόφωνα αποφασίζει - συνηγορεί για την χορήγηση αδειάς στην κ. Κουλού Νικολέττα - Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου - Τμήματος Νοσηλευτικής, για διανομή ερωτηματολογίου στο Νοσοκομείο μας, στα πλαίσια έρευνας για την εκπόνηση της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής εργασίας της, με θέμα: «Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του Νομού Αρκαδίας σε θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών.».**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο τέλος επισημαίνει στην ενδιαφερόμενη ότι κατά την διεξαγωγή της εν λόγω έρευνας, έχει την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, την υποχρέωση της τήρησης όλων των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και επιπλέον τονίζει ότι οι δομές του Νοσοκομείου μας δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και εργασιακά.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΕΚ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΤΥΠΟΥ  
ΤΡΙΠΟΛΗ 29.12.2017  
  
ΜΑΡΙΑ ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ  
Δ/ΚΟΣ - Λ/ΚΟΣ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Ε.Σ.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

Ποντίκης Ιωάννης  
Συντονιστής Δ/ντής  
Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ  
6<sup>ος</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -  
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης  
Τηλέφωνο : 2613 - 600578  
Fax : 2610 - 430790

ΠΑΤΡΑ 22./01/2018

Αριθμ. Πρωτ. 126

ΠΡΟΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

**Θέμα:** Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

**Σχετ:** Το από 20/12/2017 αίτημα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματος, του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, εγκρίνουμε στη μεταπτυχιακή φοιτήτρια κ. *Κουλού Νικολέττα*, να συλλέξει ερευνητικά δεδομένα στο νοσοκομείο σας, στο πλαίσιο της ερευνητικής εργασίας της με θέμα: «Διερεύνηση γνώσεων των δημοσίων υπαλλήλων του νομού Αρκαδίας σε θέματα παροχής Πρώτων Βοηθειών», με τις υποχρεώσεις να τηρηθούν οι θεμελιώδεις κανόνες ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας, να μην επιβαρυνθεί οικονομικά το νοσοκομείο σας και να διασφαλιστεί η ομαλή λειτουργία στους χώρους του νοσοκομείου που θα συλλεχθούν τα ερευνητικά δεδομένα.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

Κοινοποίηση:  
Ενδιαφερόμενη φοιτήτρια

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Δ. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ