

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΓΝΩΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ
ΚΑΙ ΣΤΗ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ ΣΕ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

του Γεώργιου Ι. Δημόπουλου

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία που υποβάλλεται
στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων
απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Μεταπτυχιακού Προγράμματος
«Οργάνωση και Διοίκηση Αθλητικών Οργανισμών και Επιχειρήσεων» του Τμήματος
Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
στην κατεύθυνση
«Οργάνωση και Διαχείριση Προγραμμάτων Βελτίωσης Υγείας»

Σπάρτη

2015

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Στεργιούλας Απόστολος, Καθηγητής Τ.Ο.Δ.Α.

2^{ος} Επιβλέπων: Μουντάκης Κωνσταντίνος, Ομ. Καθηγητής Τ.Ο.Δ.Α.

3^η Επιβλέπουσα: Τριπολιτσιώτη Αλεξάνδρα, (Ε.Ε.Π.) Τ.Ο.Δ.Α.

Copyright © Δημόπουλος Ι. Γεώργιος, 2015

Με επιφύλαξη κάθε δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής εργασίας. Κατά κύριο λόγο οφείλω να εκφράσω τις ειλικρινείς και θερμές ευχαριστίες μου, καθώς και την εκτίμηση μου στον επιβλέποντα Καθηγητή Δρ. Στεργιούλα Απόστολο, για την ανάθεση αυτής της διπλωματικής εργασίας με το τόσο ενδιαφέρον θέμα. Τον ευχαριστώ επίσης για το χρόνο που διέθεσε, την επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε, τις επισημάνσεις και τις διορθώσεις του που με βοήθησαν στην διεκπεραίωση αυτής προσπάθειας.

Στη συνέχεια ευχαριστώ όλους τους διευθυντές των σχολικών μονάδων που έδωσαν την συγκατάθεση τους και συνεργάστηκαν μαζί μου στη διανομή και συλλογή των δεδομένων της έρευνας, καθώς και όλους τους συναδέλφους μου εκπαιδευτικούς που ανταποκρίθηκαν και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια βοηθώντας έτσι στην υλοποίηση της έρευνας.

Ευχαριστώ ακόμα όλους τους καθηγητές του Τ.Ο.Δ.Α., για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν στην διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

Τέλος να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με στήριξε με υπομονή μέχρι το τέλος.

Αφιερώνεται

στη σύζυγο μου Αγγελίνα και στα παιδιά μου Μαρία και Γιάννη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δημόπουλος Ι. Γεώργιος: Εκτίμηση του επιπέδου των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης
(Με την επίβλεψη του κου Στεργιούλα Απόστολου, Καθηγητής)

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής ήταν να εκτιμήσει το επίπεδο γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στη μελέτη πήραν μέρος εθελοντικά 410 εκπαιδευτικοί δημόσιων δημοτικών σχολείων της περιφέρειας Αττικής. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με κλίμακα που σχεδιάστηκε από τον οργανισμό “Emergency First Response” και είχε ελεγχθεί για την εγκυρότητα, αξιοπιστία και αντικειμενικότητά της. Η κλίμακα περιελάμβανε: α) Δέκα ερωτήσεις κλειστού τύπου, από τις οποίες οι έξι αφορούσαν δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά και οι τέσσερις ερωτήσεις αφορούσαν την εκπαίδευση και την εμπειρία του δείγματος στη παροχή πρώτων βοηθειών β) Σαράντα μία ερωτήσεις γνώσεων για τη παροχή των πρώτων βοηθειών και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, με επιλογή απαντήσεων σωστού και λάθους. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics version 21. Η ανάλυση των δεδομένων που πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική και με τη δοκιμασία χ^2 έδειξε: Μόνο το 34,90% των ερωτηθέντων είχε παρακολουθήσει σεμινάρια Π.Β.. Λιγότεροι από τους μισούς εκπαιδευτικούς του δείγματος (47,80%) γνώριζαν για την πιστοποίηση στις Π.Β., ενώ το 43,20% θα δίσταζε να παράσχει Π.Β. Η συντριπτική πλειοψηφία (61,20%) δεν μπορούσε να αναγνωρίσει τα συμπτώματα της καρδιακής ανακοπής. Για την αναγνώριση συμπτωμάτων πιθανού τραυματισμού στη σπονδυλική στήλη, το 49,80% του δείγματος απάντησε λανθασμένα και το 5,10% ότι δεν ήξερε. Μόνο το 12,70% γνώριζε πότε πρέπει να μεταφερθεί άμεσα ένα άτομο στο νοσοκομείο. Το ποσοστό γνώσης του δείγματος για τη διαχείριση σοβαρής

αιμορραγίας, ήταν 50%. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p \leq 0,05$) με το «φύλο», παρουσίασε η ερώτηση «ένδειξη πνιγμού - δυσκολία της αναπνοής» (p -value = 0.007). Με την «ηλικία», η σημαντικότερη ερώτηση που έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ήταν η «Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία καρδιάς» (p -value = 0.001). Με τις «μεταπτυχιακές σπουδές» η ερώτηση «δίχως αισθήσεις – τοποθέτηση σε θέση ανάληψης» (p -value = 0.000). Με τα «έτη υπηρεσίας» στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσίασαν έντεκα ερωτήσεις. Η ερώτηση «Η Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν επιδεινώνει τη κατάσταση του ασθενούς» (p -value = 0.001) παρουσίασε την μεγαλύτερη. Στατιστικά σημαντικές διαφορές με την «παρακολούθηση σεμιναρίων» παρουσίασαν οι ερωτήσεις «Αιτία δισταγμού παροχής Π.Β.» (p -value = 0,000) και «Ένδειξη καρδιακής ανακοπής – η μη ανταπόκριση στην ομιλία» (p -value = 0,000). Με την εμπειρία ατυχήματος στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν στην ερώτηση «Τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης» (p -value = 0,030). Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής φανερώνουν ανεπάρκεια γνώσης των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες και την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και καταδεικνύουν την ανάγκη υποχρεωτικής συστηματικής και συνεχούς εκπαίδευσης.

Λέξεις κλειδιά: πρώτες βοήθειες, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, εκπαιδευτικός πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

ABSTRACT

George Dimopoulos: Evaluation of Primary Education Teachers' Knowledge in First Aid and CPR

(With the supervision of Dr. Stergioulas Apostolos)

The purpose of this master thesis was to assess the level of knowledge on first aid and CPR in primary-school teachers. In the study participated 410 volunteer teachers of public elementary schools of the region of Attica. Data collection took place on a scale designed by the organization "Emergency First Response" and was tested for validity, reliability and objectivity. The scale included: a) Ten closed type questions, of which six were demographic, occupational and educational characteristics and four questions related to the education and experience of the sample in first aid and b) Forty one knowledge questions about the provision of first aid and CPR, with a choice of right and wrong answers. For statistical analysis was used the statistical package IBM SPSS Statistics version 21. The data analysis which was performed with descriptive statistics and the χ^2 test, showed: Only 34.90% of respondents had attended first aid seminars. Less than half sample of teachers (47.80%) knew about the certification in first aid while 43.20% will be hesitant to provide first aid. The vast majority (61.20%) could not recognize the symptoms of cardiac arrest. To identify possible injury symptoms in the spine, the 49.80% of the sample answered incorrectly and 5.10% did not know. Only the 12.70% knew when to immediately transfer a person to the hospital. The sample rate for knowledge management of major bleeding was 50%. Statistically significant differences ($p \leq 0.05$) with "sex", presented by the question "choking sign – difficulty on breathing (p -value = 0.007). With the "age", the most important question that showed statistically significant difference was "CPR. – Re-operation of heart" (p -value = 0.001). By "graduate studies" the question "without senses - placement in recovery position" (p -value = 0.000). With the "previous years of service" statistically significant differences showed eleven questions. The question "The CPR does not worsen the condition of the patient" (p -value = 0.001) presented

the greater. Statistically significant differences with "attending seminars» had the question "the cause of hesitation supply first aid" (p-value = 0,000) and the question" indication of cardiac arrest - the failure to respond to the speech" (p-value = 0,000). By accident experience statistically significant differences were presented the question " avoid contamination» (p-value = 0,030). Conclusions: The results of this survey show deficient knowledge of primary school teachers in first aid and CPR and demonstrate the need for compulsory and systematic continuing education.

Key words: first Aid, CPR, primary education, teachers.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1.1. Διατύπωση του προβλήματος.....	11
1.2. Σκοπός της έρευνας.....	12
1.3. Σημαντικότητα της έρευνας.....	13
1.4. Ερευνητικές υποθέσεις.....	14
1.5. Λειτουργικοί ορισμοί.....	14
1.6. Περιορισμοί της μελέτης.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	18
2.1. Ιστορική αναδρομή	18
2.2. Αρχές Βιοηθικής	20
2.3. Νομοθεσία.....	21
2.4. Βασική Υποστήριξη της ζωής	25
2.4.1 Η αλυσίδα της επιβίωσης.....	25
2.4.2. Κατευθυντήριες Οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης για τη βασική υποστήριξη της ζωής σε Ενήλικες 2010	27
2.4.3. Κατευθυντήριες Οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης για τη βασική υποστήριξη επίσης ζωής σε Παιδιά 2010	31
2.5. Πρώτες Βοήθειες	32
2.5.1. Αναγκαιότητα Παροχής Πρώτων Βοηθειών.....	33
2.5.2. Καταστάσεις που Απαιτούν την Παροχή Πρώτων Βοηθειών.....	34
2.6. Επίπεδο γνώσεων στην Ελλάδα	34
2.7. Επίπεδο γνώσεων στο Εξωτερικό	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΣ.....	40
3.1. Δείγμα.....	40
3.2. Μέσα συλλογής δεδομένων	40

3.3. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	41
3.4. Στατιστική Ανάλυση	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	43
4.1. Παρουσίαση των δημογραφικών και γενικών χαρακτηριστικών των εκπαιδευτικών του δείγματος.....	43
4.2. Παρουσίαση της αξιολόγησης του επιπέδου της γνώσης του δείγματος στις πρώτες βοήθειες και στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.....	53
4.3. Ανάλυση Πρώτης Υπόθεσης	61
4.4. Ανάλυση Δεύτερης Υπόθεσης	66
4.5. Ανάλυση Τρίτης Υπόθεσης.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	94
5.1. Συζήτηση.....	94
5.2. Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	98
Βιβλιογραφία	101
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	107
Παράρτημα Ι.....	108
Παράρτημα ΙΙ.....	109

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Πρώτες Βοήθειες (Π.Β.) αποτελούν το αρχικό βήμα για τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων, που απειλούν τη υγεία ενός ατόμου. Οι Π.Β. έχουν βασικό στόχο την παροχή ποιοτικής φροντίδας στο άτομο που κινδυνεύει μέχρι να έρθει εξειδικευμένη βοήθεια. Η δυνατότητα κάποιος παριστάμενος να παρέχει πρώτες βοήθειες είναι πολύ σημαντική, είτε πρόκειται για απλό τραυματισμό από ατύχημα, είτε για ξαφνική ασθένεια (αλλεργικό σοκ, επιληψία, κλπ) ή ακόμα και για την αντιμετώπιση σοβαροτέρων περιστατικών, όπως είναι η καρδιακή ανακοπή όπου απαιτείται η εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.). Καθημερινά συμβαίνουν δεκάδες ατυχήματα και πολλοί άνθρωποι που είναι μάρτυρες τέτοιων ατυχημάτων, μη γνωρίζοντας στοιχειώδεις πρώτες βοήθειες συχνά πανικοβάλλονται με κίνδυνο να βλάψουν το άτομο που έχει ανάγκη άμεσης βοήθειας, χωρίς να το θέλουν. Η έγκαιρη παρέμβαση σε συνδυασμό με την ικανότητα κάποιου να αναγνωρίζει, να εκτιμά και να διαχειρίζεται ψύχραιμα και σωστά την κρισιμότητα μιας κατάστασης που θα τύχει να είναι αυτόπτης μάρτυρας, μπορεί να αποβεί καθοριστική και σωτήρια ειδικά εκεί όπου ο χρόνος παίζει καθοριστικό ρόλο.

Ο σχολικός χώρος του δημοτικού σχολείου χαρακτηρίζεται από πολλές και έντονες κινητικές δραστηριότητες. Έτσι κάθε άλλο παρά απαλλαγμένος είναι από έκτακτες καταστάσεις που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης. Το απρόσεκτο παιχνίδι στο διάλειμμα, οι αδέξιες κινητικές δραστηριότητες στην τάξη μεταξύ των παιδιών και οι έντονες κινήσεις στο μάθημα της Φυσικής Αγωγής, πολλές φορές αποτελούν γενεσιουργές αιτίες τραυματισμών και ατυχημάτων. Σύμφωνα με στοιχεία του Ελληνικού Στατιστικού Ινστιτούτου (2004), τα σχολικά ατυχήματα στη χώρα μας υπολογίζονται στο 1/3 των ατυχημάτων που αφορούν παιδιά σχολικής ηλικίας. Σχετικά πρόσφατα στοιχεία του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (Κ.Ε.Π.Π.Α.) (2007) για τα παιδικά ατυχήματα, οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την Πύλη Στατιστικών Δεδομένων (Injury Statistics Portal) αναφέρουν ότι την εξαετία 1996-2001 σημειώθηκαν 23.000 σχολικά ατυχήματα εντός του σχολείου, σε παιδιά ηλικίας 5-14 ετών. Το 60 % αυτών αφορούσε την ηλικιακή ομάδα 10-14 ετών και το 66 % αγόρια. Οι λόγοι των παιδικών και ειδικότερα των σχολικών ατυχημάτων είναι η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα των παιδιών (Bijur, Stewart-Brown & Butler, 1986; Sibert &

Newcombe, 1977). Επίσης οικογενειακοί παράγοντες, όπως το μέγεθος της οικογένειας, το εισόδημα των γονέων, η ηλικία τους και το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τα ποσοστά στα ατυχήματα στο σχολείο (Brown & Davison, 1978). Επιπροσθέτως σε πρόσφατη μελέτη παρατήρησης και καταγραφής παραγόντων κινδύνου για σχολικά ατυχήματα διαπιστώθηκαν σημαντικές ελλείψεις στις υποδομές και τον εξοπλισμό των σχολικών συγκροτημάτων που αποτελούν πιθανές εστίες κινδύνου πρόκλησης ατυχημάτων (Σύρου & Σουρτζή, 2012). Από στοιχεία του Ελληνικού Στατιστικού Ινστιτούτου (2004), η κύρια αιτία πρόκλησης ατυχημάτων είναι οι πτώσεις, ενώ το προαύλιο θεωρείται ο πιο επικίνδυνος χώρος τραυματισμών σε συνδυασμό με τα ατυχήματα που συμβαίνουν στις αίθουσες και τις σκάλες. Η ίδια έρευνα αναφέρει ότι τα περισσότερα ατυχήματα λαμβάνουν χώρα στο διάλειμμα και στους χώρους άθλησης υπό τη παρουσία συνήθως του εποπτεύοντος εκπαιδευτικού, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός ατυχημάτων αντιμετωπίστηκε στο σχολείο με ένα σημαντικό ποσοστό των παιδιών που χρειάστηκε η εισαγωγή τους για νοσηλεία (Γεωργιακώδης & Βοζίκης, 2004).

Είναι προφανές ότι οι εκπαιδευτικοί αποτελούν το κλειδί για την αντιμετώπιση των σχολικών ατυχημάτων και έχουν την υποχρέωση να παρέχουν τις στοιχειώδεις πρώτες βοήθειες από τη στιγμή μάλιστα που όπως είναι γνωστό δεν παρίσταται νοσηλευτικό ή ιατρικό προσωπικό στους χώρους εκπαίδευσης στην Ελλάδα.

1.1. Διατύπωση του προβλήματος

Οι εκπαιδευτικοί λοιπόν καθημερινά αναγκάζονται να δίνουν τις πρώτες βοήθειες όχι μόνο στα παιδιά, αλλά και όταν χρειαστεί στους συναδέλφους τους, καθώς και τους επισκέπτες των σχολείων στις περιπτώσεις τραυματισμών και ξαφνικής ασθένειας που συμβαίνουν, είτε στο σχολικό περιβάλλον ή κατά τη διάρκεια σχολικών δραστηριοτήτων. Άλλωστε τα δημόσια δημοτικά σχολεία αποτελούν χώρο εργασίας για περισσότερους από 25 εκπαιδευτικούς όλων των ειδικοτήτων (σε σχολεία πόλεων), καθώς και για διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Επίσης αποτελούν και χώρο συγκέντρωσης των συγγενών (γονείς, παππούδες, γιαγιάδες) κατά την καθημερινή προσέλευση και αποχώρηση των παιδιών

ή κατά τη διάρκεια των σχολικών εκδηλώσεων, καθώς επίσης και επισκεπτών. Όπως προαναφέρθηκε στα δημόσια σχολεία της χώρας μας δεν υπάρχει θεσμοθετημένος κλάδος σχολικών νοσηλευτών. Μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής προβλέπεται, ενώ και στα ιδιωτικά σχολεία η παρουσία νοσηλευτών εξαρτάται από την ιδιωτική πρωτοβουλία των ιδιοκτητών, αφού δεν υπάρχει συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο (Αλεξανδροπούλου, Καλοκαιρινού & Σουρτζή, 2006). Γι' αυτό είναι αναγκαία η γνώση των πρώτων βοηθειών από τους εκπαιδευτικούς οποιασδήποτε ειδικότητας και βαθμίδας, η διαρκής εκπαίδευση και η πιστοποίηση τους ειδικά στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Κ.Α.Ρ.Π.Α.). Βέβαια πρέπει να τονιστεί ότι τα υπουργεία Παιδείας και Υγείας δεν έχουν φροντίσει ποτέ να επιμορφωθεί το σύνολο των εκπαιδευτικών της χώρας στις πρώτες βοήθειες. Οποιαδήποτε προσπάθεια γίνεται από ιδιωτική πρωτοβουλία των ίδιων των εκπαιδευτικών. Επιπροσθέτως σύμφωνα με την εγκύκλιο Φ.7/495/123484/Γ1/04-10-2010 του Υπουργείου Παιδείας: *«οι εκπαιδευτικοί δεν υποχρεούνται να έχουν τις απαραίτητες ιατρικές ή φαρμακευτικές γνώσεις, ώστε να συνεισφέρουν με εξειδικευμένες πράξεις (χορήγηση φαρμάκου από το στόμα, ή σε ενέσιμη μορφή) σε ειδικού τύπου ασθένειες των μαθητών (εφηβικός ζαχαρώδης διαβήτης, επιληπτικές κρίσεις κλπ), αλλά και σε εποχιακές ιώσεις. Αυτό δεν αποκλείει την υποχρέωση του εκπαιδευτικού να παρέχει τις στοιχειώδεις πρώτες βοήθειες στους μαθητές του σχολείου του».*

Είναι προφανές ότι η διαπίστωση για το ποιες πρώτες βοήθειες θεωρούνται στοιχειώδεις επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια του κάθε εκπαιδευτικού ή διευθυντή σχολικής μονάδας. Δεν υπάρχει δηλαδή ένα σαφές πλαίσιο ως προς τι υποχρεούται και τι όχι να πράξει ο εκπαιδευτικός. Επομένως είναι εύλογος ο προβληματισμός κατά πόσο οι γνώσεις των εκπαιδευτικών των δημόσιων σχολείων στις πρώτες βοήθειες είναι επαρκείς, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στη διαχείριση τόσο των εκτάκτων περιστατικών υγείας στο σχολείο, όσο και στη σωστή υλοποίηση των προγραμμάτων Αγωγής Υγείας με θέμα τις πρώτες βοήθειες.

1.2. Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπέδου γνώσεων των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες και στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Κ.Α.Ρ.Π.Α.).

Επιμέρους στόχος αποτέλεσε η διερεύνηση των σχέσεων που έχει αυτό το

επίπεδο γνώσεων με δημογραφικούς και άλλους. παράγοντες.

1.3. Σημαντικότητα της έρευνας

Το θέμα της γνώσης παροχής πρώτων βοηθειών και καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), είναι πάντοτε σημαντικό και επίκαιρο αφού αφορά όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας, αλλά όλες τις πληθυσμιακές ομάδες. Ιδιαίτερα στο χώρο της εκπαίδευσης όπου τα σχολικά ατυχήματα όπως προαναφέρθηκε αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στη χώρα μας.

Οι προγενέστερες έρευνες που έγιναν στα δημόσια δημοτικά σχολεία πάνω στην κατεύθυνση αυτή είναι περιορισμένες ιδιαίτερα όσον αφορά την αξιολόγηση των γνώσεων. Ασχολήθηκαν με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών για τις πρώτες βοήθειες και έδειξαν την αναγκαιότητα της γνώσης, καθώς και την ανεπάρκεια εκπαίδευσης που επικρατεί στο κλάδο. Επιπροσθέτως επισημάνθηκε από τους εκπαιδευτικούς η επιτακτική ανάγκη επιμόρφωσης ώστε να είναι σε θέση να προσφέρουν πρώτες βοήθειες.

Το γεγονός ότι η παρούσα ερευνητική μελέτη προσπάθησε να εκτιμήσει και να αξιολογήσει τη γνώση των εκπαιδευτικών πάνω στη διαχείριση συγκεκριμένων περιπτώσεων που μπορούν να συμβούν στο σχολικό περιβάλλον και χρήζουν παροχή πρώτων βοηθειών όπως είναι η καρδιακή ανακοπή με την εφαρμογή της Κ.Α.Ρ.Π.Α., οι αιμορραγίες, οι τραυματισμοί στη σπονδυλική στήλη, η διαχείριση του σοκ, η ένδειξη πνιγμού κλπ, την καθιστά ενδιαφέρουσα και σημαντική. Τα πιθανά οφέλη από τα αποτελέσματα της έρευνας δεν αφορούν μόνο τους εκπαιδευτικούς, αλλά και ολόκληρη την σχολική κοινότητα αφού θα δοθούν οι κατευθύνσεις για το τρόπο βελτίωσης της υπάρχουσας κατάστασης που θα εξασφαλίζει την ασφαλή αντιμετώπιση των παραπάνω περιστατικών. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας μπορεί να συμβάλει ώστε να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις από τα Υπουργεία Παιδείας και Υγείας με τη δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου που θα επιβάλλει την υποχρεωτική εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες και θα εξασφαλίζει την άμεση αντιμετώπιση περιπτώσεων που απειλούν την υγεία, προσφέροντας προστασία και ασφαλή παραμονή στα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς και γενικά σε όλους όσους εμπλέκονται μέσα στις σχολικές μονάδες. Επιπροσθέτως, η αξιοποίηση αυτών των αποτελεσμάτων σε παρόμοιες ερευνητικές μελέτες και σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες, θα εξυπηρετήσει τους σκοπούς της μάθησης, ενώ θα

συμβάλλει γενικότερα στη προάσπιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας στη χώρα μας.

1.4. Ερευνητικές υποθέσεις

Y1

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα «εκτίμησης του επιπέδου γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» μεταξύ φύλου, ηλικίας, και οικογενειακής κατάστασης των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Y2

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα «εκτίμησης του επιπέδου γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» μεταξύ μεταπτυχιακών σπουδών και ετών υπηρεσίας των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης.

Y3

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα «εκτίμησης του επιπέδου γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» μεταξύ των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια πρώτων βοηθειών, αυτών που είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες, αυτών που τους συνέβη κάποιο ατύχημα και αυτών που γνώριζαν τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες.

1.5. Λειτουργικοί ορισμοί

Πρώτες βοήθειες: Είναι η άμεση φροντίδα που δίνεται σε έναν τραυματία ή σε κάποιον που αρρώστησε ξαφνικά. Σε καμιά περίπτωση δεν υποκαθιστούν την ιατρική φροντίδα, αλλά αποτελούν την παροδική υποστήριξη μέχρι να φθάσει η κατάλληλη βοήθεια. Αν και για ορισμένα επαγγέλματα αποτελούν υποχρέωση, συνήθως αποτελούν έκφραση αλληλεγγύης προς τον συνάνθρωπο (Μπαλτόπουλος, 2001).

Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (Κ.Α.Ρ.Π.Α.): Ορίζεται η αλληλουχία των ενεργειών που αποσκοπούν την επαναφορά στη ζωή ενός πάσχοντος από καρδιακή

ανακοπή και στη βαθμιαία αποκατάσταση των ζωτικών λειτουργιών. Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (1999), η Κ.Α.Ρ.Π.Α. περιλαμβάνει δυο βασικές ενέργειες: Τις θωρακικές συμπίεσεις (για να υποκατασταθεί η κυκλοφορία του αίματος από τη καρδιά προς όλα τα όργανα του σώματος) και τις εμφυσήσεις (για να μεταφερθεί το οξυγόνο στους πνεύμονες). Η Κ.Α.Ρ.Π.Α. βασίζεται στην αλυσίδα επιβίωσης που περιλαμβάνει τη γρήγορη άφιξη, την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και τέλος την εξωτερική απινίδωση (Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, 1999).

Διακρίνεται σε Βασική Κ.Α.Ρ.Π.Α. ή Βασική Υποστήριξη της Ζωής (BLS, Basic Life Support) και Εξειδικευμένη Κ.Α.Ρ.Π.Α. ή Υποστήριξη των Ζωτικών Λειτουργιών και της Καρδιάς (ACLS, Advanced Cardiac Life Support) και εφαρμόζεται με διαφορετικές τεχνικές στα παιδιά, βρέφη και με διαφορετικές στους ενήλικες.

Η Κ.Α.Ρ.Π.Α., μπορεί να εφαρμοσθεί ανάλογα με το που υπάρχει ανάγκη και σε εξωτερικούς αλλά και σε εσωτερικούς χώρους. Όσον αφορά τους χώρους του νοσοκομείου, απαιτείται ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό που καλείται να την εφαρμόσει. Η σύνθεση των ειδικών αυτών ομάδων ποικίλλει ανάλογα με τις τοπικές συνθήκες και τη δυνατότητα σε προσωπικό των ιδρυμάτων στα οποία εφαρμόζεται (Ρούσσο, 1997). Τα βασικά μέλη από τα οποία πρέπει να απαρτίζεται η ομάδα αναζωογόνησης είναι:

1. Ιατρός και ειδικευόμενος ιατρός.
2. Υπεύθυνος εκπαίδευσης στην Κ.Α.Ρ.Π.Α.
3. Αναισθησιολόγος.
4. Εκπρόσωποι ειδικών κλινικών όπως παιδιατρικό, γυναικολογικό, κτλ.
5. Νοσηλεύτης /τρια.

Τα άτομα αυτά, είναι απαραίτητο να λαμβάνουν συνεχή εκπαίδευση και να διαθέτουν σχετική εμπειρία. Ακόμα, είναι απαραίτητο να υπάρχει «αρχηγός» στην ομάδα αυτή ο οποίος θα πρέπει να συντονίζει τους ρόλους και τις ενέργειες της ομάδας. Επίσης αυτός και μόνο είναι ο μόνος που έχει την εξουσιοδότηση να απομακρύνει από τον χώρο του συμβάντος όλους τους παρευρισκόμενους που δεν παίρνουν μέρος στην ανάνηψη, ενώ είναι ο μόνος που δίνει εντολές με φωνή σταθερή, με ευκρίνεια, και όχι επιτακτικά, ενώ σε περίπτωση διαφωνίας με τα υπόλοιπα μέλη πρέπει να ακολουθηθούν μόνο οι διαταγές του. Εξυπακούεται βέβαια

ότι εάν χρειαστεί διακοπή της Κ.Α.Α την απόφαση την παίρνει αποκλειστικά μόνο ο «αρχηγός» (Παπαδόπουλος, 2001; Jevon, 2002).

Παιδιατρική Κ.Α.Ρ.Π.Α: ή Υποστήριξη της Ζωής στα Παιδιά (PLS, Pediatric Life Support) διακρίνεται σε βασική και εξειδικευμένη Κ.Α.Ρ.Π.Α. για παιδιά και βρέφη καθώς και περιγεννητική αναζωογόνηση για νεογνά.

Γνώση: Είναι η θεωρητική και πρακτική κατανόηση των θεμάτων που αφορούν τις πρώτες βοήθειες και την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), η οποία ενδεχομένως βοηθά στην απόκτηση δεξιοτήτων και ικανοτήτων.

Εκπαίδευση: Η παρακολούθηση ενός ολοκληρωμένου προγράμματος μαθημάτων πρώτων βοηθειών και Κ.Α.Ρ.Π.Α. από αναγνωρισμένους παρόχους επαγγελματιών υγείας, με σκοπό την απόκτηση συγκεκριμένων γνώσεων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων και τέλος τη διαμόρφωση αξιών (ηθική, αλληλεγγύη, υπευθυνότητα, κτλ). Αυτό γίνεται με βάση συγκεκριμένες μεθόδους (θεωρητική διδασκαλία, ολοκληρωμένη παρουσίαση των θεμάτων με βίντεο, πρακτική εξάσκηση πάνω σε προπλάσματα, κ.τ.λ.) και είναι οριοθετημένο χρονικά.

Πιστοποίηση : Είναι η επιτυχημένη εξεταστική διαδικασία αξιολόγησης της εκπαίδευσης και των γνώσεων (θεωρητικών και πρακτικών) πάνω στις πρώτες βοήθειες από αναγνωρισμένους εκπαιδευτικούς οργανισμούς σε ετήσια βάση, με σκοπό τη διατήρηση των γνώσεων σύμφωνα με τα τελευταία πρωτόκολλα και τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση: Είναι η πρώτη βαθμίδα του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος. Παρέχεται από το Νηπιαγωγείο που αποτελεί την προσχολική εκπαίδευση και το Δημοτικό Σχολείο που είναι ο πρώτος κύκλος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Δημόσιο Δημοτικό Σχολείο: Εκπαιδευτικός θεσμός με σκοπό την παροχή μόρφωσης στα παιδιά ηλικίας 6-12 ετών μέσω της συστηματικής διδασκαλίας συγκεκριμένων μαθημάτων. Αποτελείται από έξι τάξεις και είναι εξαετούς διάρκειας

(Α-ΣΤ΄ Δημοτικού). Η φοίτηση είναι υποχρεωτική και φοιτούν μαζί αγόρια και κορίτσια (μεικτά σχολεία). Τα δημόσια δημοτικά σχολεία υπάγονται στο Υπουργείο Πολιτισμού Παιδείας και Θρησκευμάτων το οποίο έχει την ευθύνη για τη λειτουργία τους, ενώ η εκπαίδευση παρέχεται από το κράτος δωρεάν.

Εκπαιδευτικός: Είναι ο λειτουργός που διορίζεται σε υπηρεσία να διδάξει στο δημοτικό σχολείο. Η έννοια περιλαμβάνει τον διευθυντή, τους δασκάλους, καθώς και τους εκπαιδευτικούς όλων των ειδικοτήτων, που προβλέπονται από το κανονισμό λειτουργίας των δημόσιων σχολείων δημοτικής εκπαίδευσης.

1.6. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη είχε κάποιους περιορισμούς που σχετίζονταν με το σχεδιασμό της. Οι περιορισμοί αυτοί, εστιάζουν στο γεγονός ότι αξιολογήθηκε μόνο η θεωρητική γνώση στον τομέα της παροχής πρώτων βοηθειών και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης διότι η εκτίμηση των πρακτικών γνώσεων είναι εξαιρετικά χρονοβόρος και ακριβού κόστους διαδικασία. Επιπλέον, το δείγμα αποτελεί μόνο ένα μικρό μέρος των εκπαιδευτών της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, με αποτέλεσμα τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας να είναι ενδεικτικά της γενικότερης κατάστασης που αφορά αυτή τη συγκεκριμένη γνώση στη πληθυσμιακή ομάδα των εκπαιδευτικών των δημόσιων δημοτικών σχολείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1. Ιστορική αναδρομή

Οι προσπάθειες διάσωσης ενός ανθρώπου από άλλους ανθρώπους είχαν εμφανιστεί ακόμα και από τους προϊστορικούς χρόνους. Κάποιες ακούγονται αλλόκοτες όπως η έλξη του πάσχοντος από άλογο που κάλπαζε σε αλώνι ή η τοποθέτηση του πάνω σε βαρέλι το οποίο γύριζε εμπρός και πίσω ώστε να αυξομειώνεται η πίεση μέσα στο θώρακα του θύματος.

Στην αρχαία Αίγυπτο ειδικές ομάδες διάσωσης πλαισίωναν τα εργοτάξια των πυραμίδων για την αντιμετώπιση θανατηφόρων δηλητηριάσεων από ζώα. Οι σχετικές μαρτυρίες για το πως οι γιατροί της εποχής προσπαθούσαν να σώσουν τους ασθενείς τους σώζονται σε πάπυρους εκείνης της εποχής.

Στην αρχαία Ελλάδα τέτοιες προσπάθειες έμπλεκαν με τους μύθους (π.χ. προσπάθειες ανάνηψης και επαναφοράς από τον κάτω κόσμο μυθικών προσώπων). Αναφορές υπάρχουν και σε άλλα ιστορικά κείμενα όπως της Καινής Διαθήκης (Παπαδόπουλος, 1999).

Τον 16ο αιώνα ο Παράκελσος επαναφέρει το 1530 ασθενή, εμφυσώντας αέρα στους πνεύμονες του με χρήση φυσητήρων σωλήνων προσαρμοσμένους στο στόμα του.

Οι πρώτες ωστόσο οργανωμένες προσπάθειες για την αναζωογόνηση άρχισαν να καταγράφονται από τα μέσα 18ου αιώνα, ενώ το 1767 και 1774 ιδρύονται αντίστοιχα η Ολλανδική και Αγγλική Βασιλική εταιρεία διάσωσης. Περνώντας από διάφορα στάδια, η αναζωογόνηση άρχισε να λαμβάνει τη σύγχρονη της μορφή.

Το 1827 μετά από σειρά πειραμάτων ο Leroyd'Etoile αμφισβήτησε ανοιχτά την μέχρι τότε κυρίαρχη μέθοδο αερισμού με θετικές πιέσεις, ενώ πρότεινε ένα διαφορετικό μοντέλο, αυτό της ανάπτυξης αρνητικών πιέσεων στους αεραγωγούς κατά την εισπνοή και θετικούς κατά την εκπνοή.

Το 1858 εισάγεται η μέθοδος Silverster & Howard δηλαδή την εφαρμογή έκτασης και ανάτασης των άνω ακρών στην εισπνοή και την πίεση των κάτω ακρών στην εκπνοή.

Στις αρχές του 20ου αιώνα εμφανίστηκε ο πρώτος αναπνευστήρας που χρησιμοποιούσε το μοντέλο d'Etoile και λειτουργούσε σε περιπτώσεις ανακοπής στα χειρουργεία. Το 1929 περιγράφηκε η πρώτη προσπάθεια καθετηριασμού της Δεξιάς

Καρδίας. Σταθμοί αποτέλεσαν η ανακοίνωση του Safar το 1958, που αφορούσε τη σημασία του εμπνεόμενου αέρα του διασώστε στους πνεύμονες του θύματος και η εργασία των Jude & Kouwenhoven για την αποτελεσματικότητα των εξωτερικών συμπιέσεων και του ινιδισμού (Παπαδόπουλος, 1999).

Η τρέχουσα τεχνική της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1960. Οι αρχικές εφαρμογές της αφορούσαν ανθρώπους κατά τα άλλα υγείς, οι οποίοι εμφάνιζαν αιφνίδια, μη αναμενόμενη καρδιακή ανακοπή στο χειρουργείο ή λόγω πνιγμού. Οι επιτυχίες της, σε συνδυασμό με την απλότητα και την ευκολία εκμάθησής της, συνέβαλαν στην ταχεία επέκταση της χρήσης της (Κόκκινος, 1998).

Το 1973 για πρώτη φορά η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (American Heart Association) εισήγαγε Πρότυπα και κατευθυντήριες οδηγίες στην Κ.Α.Ρ.Π.Α. Οι προδιαγραφές της Εθνικής Συνδιάσκεψης της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας για την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση και την Επείγουσα Καρδιακή Φροντίδα αναθεωρούνταν σε τακτικότητα και ακολουθούσαν οι ανάλογες δημοσιεύσεις σε ειδικά τεύχη του περιοδικού JAMA (1974, 1980, 1986, 1992).

Το 1989 συστήθηκε το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (European Resuscitation Council), με κύριο στόχο να «σωθούν οι ζωές, που δεν θα έπρεπε να χαθούν» με τη βελτίωση των Προτύπων της Αναζωογόνησης στην Ευρώπη και να συντονίσει τις δραστηριότητες των Ευρωπαϊκών οργανισμών που ενδιαφέρονται για την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση. Αποτέλεσμα της δημιουργίας του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης ήταν από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες να έχουν δώσει στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση τη δέουσα σημασία. Η δεκαετία αυτή αποτέλεσε σταθμό και για ένα λόγο ακόμα. Αυτός είναι η πρόταση των ξεκάθαρων ορισμών που αφορούν την καρδιακή ανακοπή, την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, τον τρόπο αναφοράς των καρδιακών ανακοπών και την αλυσίδα επιβίωσης που είναι η αλληλουχία των γεγονότων που πρέπει να ακολουθηθούν προκειμένου να σωθεί μια ανθρώπινη ζωή.

Το 1992 ιδρύθηκε η επιτροπή International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) με σκοπό «να αποτελέσει ένα μηχανισμό συναίνεσης μέσω του οποίου η διεθνής επιστήμη και γνώση, η σχετική με την επείγουσα καρδιακή φροντίδα, θα μπορεί να αναγνωριστεί και ανασκοπηθεί» και με στόχο να διαμορφώσει διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Το 1997 δημοσιεύτηκαν

συμβουλευτικές οδηγίες της ILCOR που αφορούσαν τη βασική (Basic Life Support), παιδιατρική (Pediatric Life Support) και την εξειδικευμένη (Advanced Life Support) αναζωογόνηση, ενώ το 1998 το European Resuscitation Council δημοσίευσε με μικρές διαφορές νέες οδηγίες του. Από τις οδηγίες των δυο συμβουλίων θεσπίστηκαν το 2000 νέες οδηγίες για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. και την Επείγουσα Καρδιακή Φροντίδα, όπου συνέβαλαν αποφασιστικά στην εξέλιξη των τεχνικών της Κ.Α.Ρ.Π.Α. συγκριτικά με τα προηγούμενα χρόνια, γεγονός που οδήγησε στην καλύτερη αντιμετώπιση των περιστατικών καρδιακής ανακοπής (Handley, Monsieus, & Bossaert, 2000).

2.2. Αρχές Βιοηθικής

Η Βιοηθική πραγματεύεται τα ηθικά ζητήματα που αναδύονται στις βιοϊατρικές επιστήμες. Οι θεμελιώδεις αρχές της Βιοηθικής είναι τέσσερις: ο σεβασμός της αυτονομίας (respect for autonomy), η ωφέλεια (beneficence), το να μη βλάπτει (non maleficence) και η δικαιοσύνη (justice). Το ωφελείν και το μη βλάπτειν έλκουν την καταγωγή τους από το ιπποκρατικό ρητό του 5ου αιώνα π.Χ.: «*Ασκέειν περί τα νοσήματα δύο, ωφελείν ή μη βλάπτειν*».

Η αρχή του ωφελείν υπαγορεύει την ηθική υποχρέωση του ιατρού να δρα προς όφελος του ασθενούς. Τα επιμέρους καθήκοντα που προκύπτουν είναι (α) η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του ασθενούς, (β) η πρόληψη και η θεραπεία της νόσου, (γ) η προαγωγή της υγείας, (δ) η μείωση της αναπηρίας, (ε) η διάσωση από τους κινδύνους και (στ) η ελάφρυνση της ψυχικής και σωματικής ταλαιπωρίας (Beauchamp & Childress, 2009; Κρανιδιώτης, Γεροβασίλης, Τασούλης, & Νανάς 2010).

Η αρχή του μη βλάπτειν επικεντρώνει στην αποχή από κάθε ενέργεια που θα μπορούσε να βλάψει τον ασθενή. Η αρχή αυτή είναι επιτακτικότερη σε σχέση με το «ωφελείν», διότι επικεντρώνει στην προσπάθεια απόκτησης εμπιστοσύνης από τον ιατρό προς τον ασθενή.

Τέλος, η αρχή της δικαιοσύνης επιτάσσει, αρχικά την ίση περίθαλψη όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, εθνικότητας και κοινωνικής τάξης, και δεύτερον, τη διανεμητική που σημαίνει ότι όταν υπάρχει έλλειψη διαθέσιμων πόρων, θα πρέπει να γίνεται κατανομή με βάση την πιθανότητα επιβίωσης του ασθενούς που

στον οποίο θα χρησιμοποιηθούν (Baskett, Petter, Steen, & Bossaert, 2005; Singer P. A., 2008).

2.3. Νομοθεσία

Με βάση το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο, το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, ενεργώντας με την επίσημη ιδιότητα τους, έχουν την υποχρέωση να εφαρμόζουν Κ.Α.Ρ.Π.Α. όταν ενδείκνυται ιατρικά και ελλείψει απόφασης για «μη αναζωογόνηση» (ΦΕΚ 219/22.02.2007).

Σε πολλές χώρες του κόσμου, εφαρμόζεται ο «νόμος» του «Καλού Σαμαρείτη» σε σχέση με την Κ.Α.Ρ.Π.Α. με σκοπό να προστατευτούν οι μη ειδικευμένοι διασώστες οι οποίοι ενεργούν καλή τη πίστει, υπό την προϋπόθεση ότι δεν είναι ένοχοι εγκληματικής αμέλειας. Σε άλλες χώρες οι νόμοι μπορεί να μην έχουν διατυπωθεί και καταγραφεί, με σαφήνεια, αλλά η αρχή του «Καλού Σαμαρείτη» εφαρμόζεται από τη δικαιοσύνη. Τέτοιοι διακανονισμοί είναι, ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία και συνέχιση μιας πολιτικής Κ.Α.Ρ.Π.Α. στην κοινότητα και τα νοσοκομεία. Μέχρι στιγμής, δεν έχει εκδοθεί κάποια καταδικαστική απόφαση εναντίον ατόμου που εφάρμοσε Κ.Α.Ρ.Π.Α. (incardiology, 2015).

Με την Υπουργική Απόφαση 15576/2007 καθορίστηκε ότι πέραν της υποχρεωτικής εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, πληρώματα ασθενοφόρων, παραϊατρικό προσωπικό...) στη Βασική Υποστήριξη ζωής και στην Αυτόματη Εξωτερική Απινίδωση (ΑΕΑ), δύναται να εκπαιδευτούν και οι μη επαγγελματίες υγείας (πολίτες) στα ανωτέρω, με τις διαδικασίες που προβλέπονται στην εν λόγω Υπουργική Απόφαση .

Με τη παρούσα εγκύκλιο επιδιώκεται η θέσπιση βασικών κανόνων χρήσης Αυτόματων Εξωτερικών Απινιδιστών (ΑΕΑ) και Απινιδιστών από μη ιατρούς, λειτουργούς υγείας και γενικό πληθυσμό για την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση καρδιακής ανακοπής, ως ακολούθως:

I. Βασικοί Ορισμοί

Καρδιακή Ανακοπή (ΚΑ). Είναι η αιφνίδια και απρόβλεπτη διακοπή της λειτουργίας της αναπνοής ή της κυκλοφορίας ή και των δυο.

Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΑ) είναι η αλληλουχία των ενεργειών που αποσκοπούν στην επαναφορά του θύματος καρδιακής ανακοπής στη ζωή.

Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (Β-ΚΑΑ) ή Βασική υποστήριξη της ζωής, είναι η υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών, δηλαδή της αναπνοής και της κυκλοφορίας, με απλά μέσα, μέχρι να φθάσει η εξειδικευμένη βοήθεια. Στη Β-ΚΑΑ περιλαμβάνεται η εφαρμογή θωρακικών Συμπιέσεων και Αναπνοών, ως και αυτόματου εξωτερικού απινιδισμού.

Ανανήπτης - Διασώστης. Οποιοδήποτε εκπαιδευμένο άτομο είναι παρόν στο επεισόδιο ΚΑ και συμβάλλει στη διάσωση του θύματος.

Απινιδισμός είναι η διαβίβαση ηλεκτρικού ρεύματος δια μέσου του μυοκαρδίου, με στόχο τη μετατροπή θανατηφόρου αρρυθμίας (κοιλιακή μαρμαρυγή και άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία) σε ρυθμό συμβατό με τη ζωή.

Απινιδιστής είναι μια συσκευή που ανιχνεύει τον καρδιακό ρυθμό και διοχετεύει ρεύμα στο μυοκάρδιο.

Ο Αυτόματος Εξωτερικός Απινιδιστής (ΑΕΑ) είναι μια μικρή, ελαφριά, αξιόπιστη συσκευή που ανιχνεύει αυτόματα τον καρδιακό ρυθμό και έχει την ικανότητα, βάσει προγραμματισμού, να καθορίσει αν απαιτείται απινιδισμός (χωρίς παρέμβαση από τον χειριστή). Φορτίζεται αυτόματα και προτρέπει τον χειριστή με φωνητικές οδηγίες στα ελληνικά να χορηγήσει ηλεκτρική ενέργεια, με σκοπό την επαναλειτουργία της καρδιάς.

Ο μη ιατρός χρήστης δεν χρειάζεται ιδιαίτερες γνώσεις, παρά μόνον την εκπαίδευση στη Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (Β-ΚΑΑ) και στη χρήση ΑΕΑ, η οποία παρέχεται είτε σε ειδικό πιστοποιημένο σεμινάριο αναγνωρισμένο από την ΕΕΚΑΑΝ του ΚΕΣΥ είτε στο πλαίσιο πιστοποιημένης από το ΚΕΣΥ επαγγελματικής κατάρτισης.

II. Στόχος του προγράμματος

Αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των θυμάτων καρδιακής ανακοπής και η ποιότητα της υπόλοιπης ζωής τους.

Ενθάρρυνση εκπαίδευσης του πληθυσμού, των μη ιατρών με έμφαση σε ομάδες επαγγελματικά εμπλεκόμενες στην αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (Σώματα Ασφαλείας, Πυροσβεστικό Σώμα, Ναυαγοσώστες, Ιδιωτική ασφάλεια κλπ.)

III. Χρήστης του ΑΕΑ

- Τον ΑΕΑ χειρίζεται οποιοσδήποτε ανανήπτης έχει εκπαιδευτεί στη Β-ΚΑΑ και τον Αυτόματο Εξωτερικό Απινιδισμό και εφαρμόζει τις οδηγίες του κατασκευαστή.

- Οποιοδήποτε άτομο που προσφέρει άμεση βοήθεια σε ένδειξη καλής θέλησης στο θύμα ΚΑ, με ή χωρίς τη χρήση ΑΕΑ, ακόμη και αν δεν έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, δεν θεωρείται ένοχο.

IV. Αναγκαιότητα εγκατάστασης ΑΕΑ

- Υπολογίζεται ότι ποσοστό 16%-20% των ανακοπών συμβαίνει σε δημόσιους χώρους.

- Στους δημόσιους χώρους, η ανακοπή αφορά κυρίως νεαρά άτομα χωρίς να προηγούνται προειδοποιητικά σημεία και εκδηλώνεται συνήθως με κοιλιακή μαρμαρυγή (>85%) που είναι απινιδώσιμος ρυθμός.

- Το ποσοστό επιβίωσης εξαρτάται άμεσα από τις δεξιότητες και την ετοιμότητα του παρευρισκομένου.

- Στην ανακοπή εκτός νοσοκομείου, εάν δεν χρησιμοποιηθεί απινιδιστής, η επιβίωση του θύματος χωρίς νευρολογική βλάβη μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο είναι μικρότερη από 1%.

- Το πιο σύγχρονο ασθενοφόρο με τους πιο εκπαιδευμένους διασώστες και τα τελειότερα μέσα δεν μπορούν να προσφέρουν στον ίδιο χώρο την ποιοτική άμεση φροντίδα του εκπαιδευμένου παρευρισκόμενου πολίτη.

- Η μείωση του χρόνου παρέμβασης είναι αναγκαία, δεδομένου ότι, με τον έγκαιρο απινιδισμό, αυξάνεται θεαματικά η επιβίωση του θύματος χωρίς νευρολογικές βλάβες.

V. Δημόσιοι χώροι εγκατάστασης ΑΕΑ

Κάθε Δημόσια Υπηρεσία, Ιδιωτική επιχείρηση. Οργανισμός, όπου συχνάζει μεγάλος αριθμός προσώπων, όπως :

- Αεροδρόμια, Λιμάνια

- Υπουργεία, Δικαστήρια, Σωφρονιστικά Καταστήματα, Κοινοβούλιο και λοιπές Δημόσιες Υπηρεσίες

- Αεροπλάνα, Πλοία

- Αθλητικά κέντρα

- Ξενοδοχεία, Σχολεία

- Εμπορικά κέντρα, Σταθμοί λεωφορείων

- Σιδηροδρομικοί σταθμοί και οποιοσδήποτε άλλος χώρος, όπου η άμεση πρόσβαση ιατρικής βοήθειας και απαραίτητου συνοδού εξοπλισμού είναι δυσχερής ή αδύνατη.

VI. Εγκατάσταση και θέση ΑΕΑ

Έχοντας υπ' όψη τα ανωτέρω και ειδικότερα τα αναφερόμενα στις ενότητες IV και V, η εγκατάσταση ΑΕΑ καθορίζεται με βάση συγκεκριμένα κριτήρια χωροταξίας και πιθανότητας εμφάνισης επεισοδίου καρδιακής ανακοπής. Συγκεκριμένα:

- Εκτιμώνται χώροι με τη μεγαλύτερη συχνότητα ανακοπή (2 ανακοπές/έτος).

Π.χ. Σε γήπεδα 1 ΑΕΑ/15.000 θεατές

φυλακή 1 ΑΕΑ/όροφο

εμπορικό κέντρο 1 ΑΕΑ/ όροφο

ξενοδοχείο 1 ΑΕΑ

αεροπλάνο 1 ΑΕΑ

- Επιλέγονται χώροι όπου κυκλοφορούν περισσότερα από 250 άτομα, ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών , επί περίπου 16 ώρες ημερησίως.

-Επίσης, χώροι όπου συνέβησαν περισσότερα του ενός επεισόδια ανακοπής κατά τα τελευταία 2 χρόνια.

Η θέση εγκατάστασης του ΑΕΑ πρέπει να είναι προσβάσιμη (περπατώντας 1-1μιση λεπτό) και ορατή εμφανώς σε όλους.

Η θέση του ΑΕΑ πρέπει να είναι δίπλα σε τηλέφωνο για την άμεση ενεργοποίηση του ΕΚΑΒ.

VII. Προϋποθέσεις εγκατάστασης ΑΕΑ

Η εγκατάσταση ΑΕΑ στους προαναφερθέντες πολυσύχναστους χώρους είναι υποχρεωτική και επιπλέον πρέπει να:

- Τηρούνται οι γραπτές οδηγίες εγκατάστασης της ΕΕΚΑΑΝ.
- Ελέγχεται και συντηρείται ο βασικός εξοπλισμός.
- Συμπληρώνονται τα στοιχεία του επεισοδίου ανακοπής (ημέρα, ώρα, όνομα θύματος, έκβαση) και αποστέλλονται στην ΕΕΚΑΑΝ.

VIII. Υπεύθυνοι του ΑΕΑ και υποχρεώσεις του συγκεκριμένου χώρου όπου εγκαταστάθηκε ο ΑΕΑ ορίζονται τα πρόσωπα από τη δημόσια ή ιδιωτική επιχείρηση, τα οποία:

- Έχουν εκπαιδευθεί στην ΚΑΑ και τον Αυτόματο Εξωτερικό Απινιδισμό.

- Έχουν την ευθύνη για τον έλεγχο λειτουργίας του ΑΕΑ.
- Είναι υπεύθυνα για τη συμπλήρωση των στοιχείων της ανακοπής.
- Διασφαλίζουν την τυχόν αναρμόδια χρήση, δολιοφθορά ή κλοπή των μηχανημάτων.
- Τηρούν αρχείο χρήσης των μηχανημάτων.

2.4. Βασική Υποστήριξη της ζωής

Η Βασική Κ.Α.Ρ.Π.Α. ή Βασική Υποστήριξη της Ζωής (Basic Life Support - BLS) ορίζεται ως το πρώτο στάδιο της Αναζωογόνησης του οποίου τη βάση αποτελεί η άμεση αναγνώριση του επείγοντος με στόχο την άμεση οξυγόνωση των ζωτικών οργάνων. Αυτό επιτυγχάνεται με την υποστήριξη της αναπνοής δηλαδή, την ελευθέρωση των ανώτερων αεροφόρων οδών και εφαρμογή τεχνητής αναπνοής μέσω πνευμονικών εμφυσήσεων οι οποίες διεξάγονται στόμα-με-στόμα. Ταυτόχρονα πραγματοποιείται και υποστήριξη της κυκλοφορίας με εξωτερικές θωρακικές συμπίεσεις, μέχρις ότου καταφθάσει εξειδικευμένη ιατρική ομάδα (Jevon, 2012).

Η Κ.Α.Ρ.Π.Α., περιλαμβάνει μια σειρά ενεργειών των οποίων απώτερος στόχος είναι :

- Η ταχύτατη αποκατάσταση της μεταφοράς οξυγόνου στους ιστούς.
- Η υποστήριξη της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων.
- Ο καθορισμός των αιτίων της ανακοπής και η άμεση αναστροφή της.

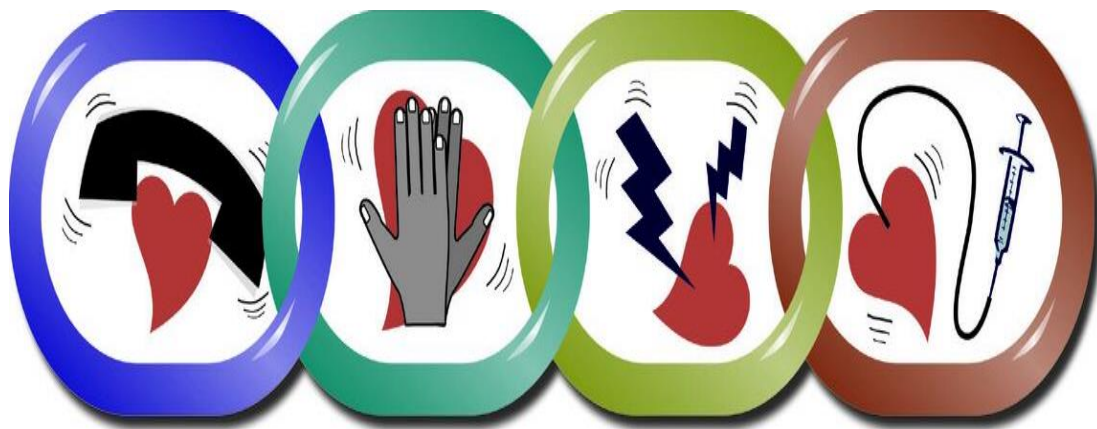
Η βασική Κ.Α.Ρ.Π.Α. θα πρέπει να γίνεται άμεσα μόλις διαπιστωθεί ότι έχει σταματήσει η αναπνοή ή κυκλοφορία του αίματος. Η πράξη αυτή, θα πρέπει να ξεκινάει άμεσα μιας και δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση η ύπαρξη συγκεκριμένου ιατρικού εξοπλισμού και μπορεί να παρασχεθεί σε οποιοδήποτε μέρος, από οποιονδήποτε άνθρωπο γνωρίζει πώς να το κάνει (Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, 1999).

2.4.1. Η αλυσίδα της επιβίωσης

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη παράγραφο, ο σημαντικότερος και πιο καθοριστικός παράγοντας για την αποκατάσταση καρδιακής λειτουργίας και την απώτερη επιβίωση του ασθενούς αποτελεί το μεσοδιάστημα από την κατάρρευση του ασθενούς μέχρι την έναρξη των προσπαθειών αναζωογόνησης και υποβοηθούμενης

άρδευσης και οξυγόνωσης. Γι αυτό το λόγο, έχουν θεσπιστεί κάποια standards που αφορούν τη σειρά με την οποία θα πρέπει να δράσει ο διασώστης.

Η αλυσίδα της επιβίωσης αποτελεί ένα από αυτά τα διεθνή standards και θεσπίστηκε για πρώτη φορά στη Συνδιάσκεψη του Utstein. Η αλυσίδα της επιβίωσης, είναι ορισμένη σειρά ενεργειών - συνδυασμός παρεμβάσεων με στόχο την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης πριν την άφιξη του ασθενούς στο νοσοκομείο (Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, 1999).



Εικόνα 2.1: Η αλυσίδα της επιβίωσης

Οι τέσσερις κρίκοι της αλυσίδας της επιβίωσης είναι: η έγκαιρη πρόσβαση, η έγκαιρη Κ.Α.Ρ.Π.Α., η έγκαιρη απινίδωση και η έγκαιρη παροχή εξειδικευμένης φροντίδας.

Αναλυτικά:



Ο πρώτος κρίκος της αλυσίδας συμβολίζει την έγκαιρη προσέγγιση και αναγνώριση κάποιων πρόωρων συμπτωμάτων του θύματος και την έγκαιρη ενεργοποίηση του συστήματος επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.



Ο δεύτερος κρίκος συμβολίζει την έγκαιρη εφαρμογή της Βασικής Κ.Α.Ρ.Π.Α. από τον διασώστη.



Ο τρίτος κρίκος απεικονίζει την έγκαιρη εφαρμογή απινίδωσης με σκοπό να επαναλειτουργήσει η καρδιά.



Ο τέταρτος και τελευταίος κρίκος συμβολίζει την εξειδικευμένη φροντίδα η οποία περιλαμβάνει τη διασωλήνωση, τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, την αναγνώριση και την ανάταξη των αναστρέψιμων αιτιών με σκοπό να σταθεροποιηθεί η κατάσταση του θύματος (Jevon, 2002).

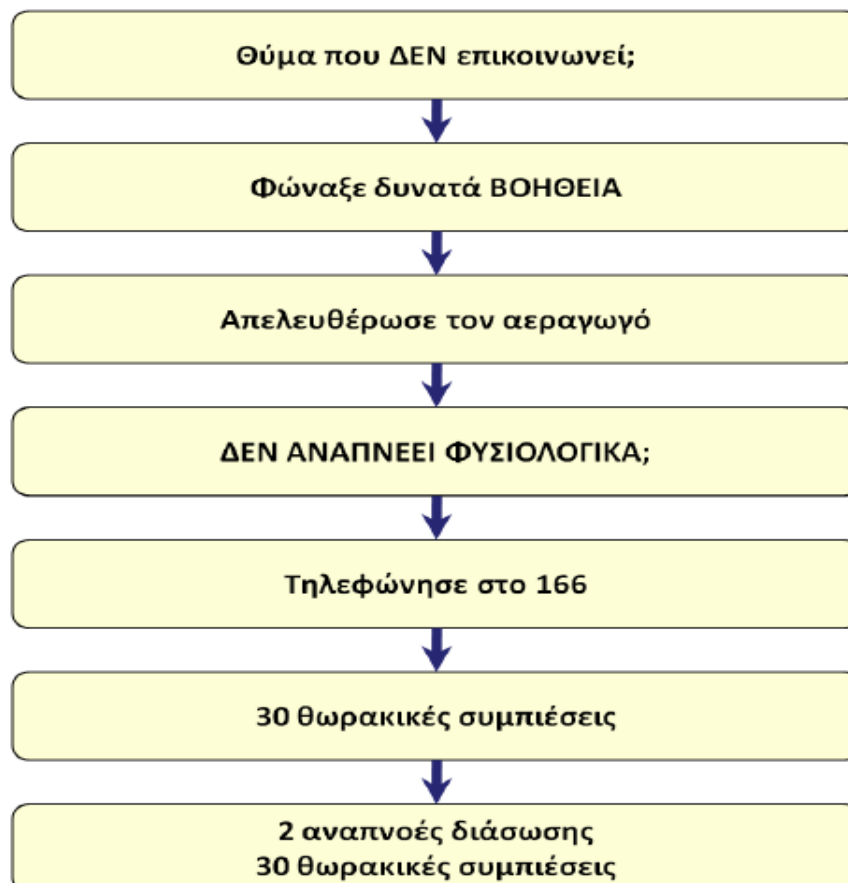
2.4.2. Κατευθυντήριες Οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης για τη βασική υποστήριξη της ζωής σε Ενήλικες 2010

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης, εξέδωσε τις τελευταίες οδηγίες που αφορούν τη βασική υποστήριξη της ζωής το 2010 και με βάση αυτές πραγματοποιούνται οι αντίστοιχες πράξεις μέχρι και την έκδοση των νέων οδηγιών.

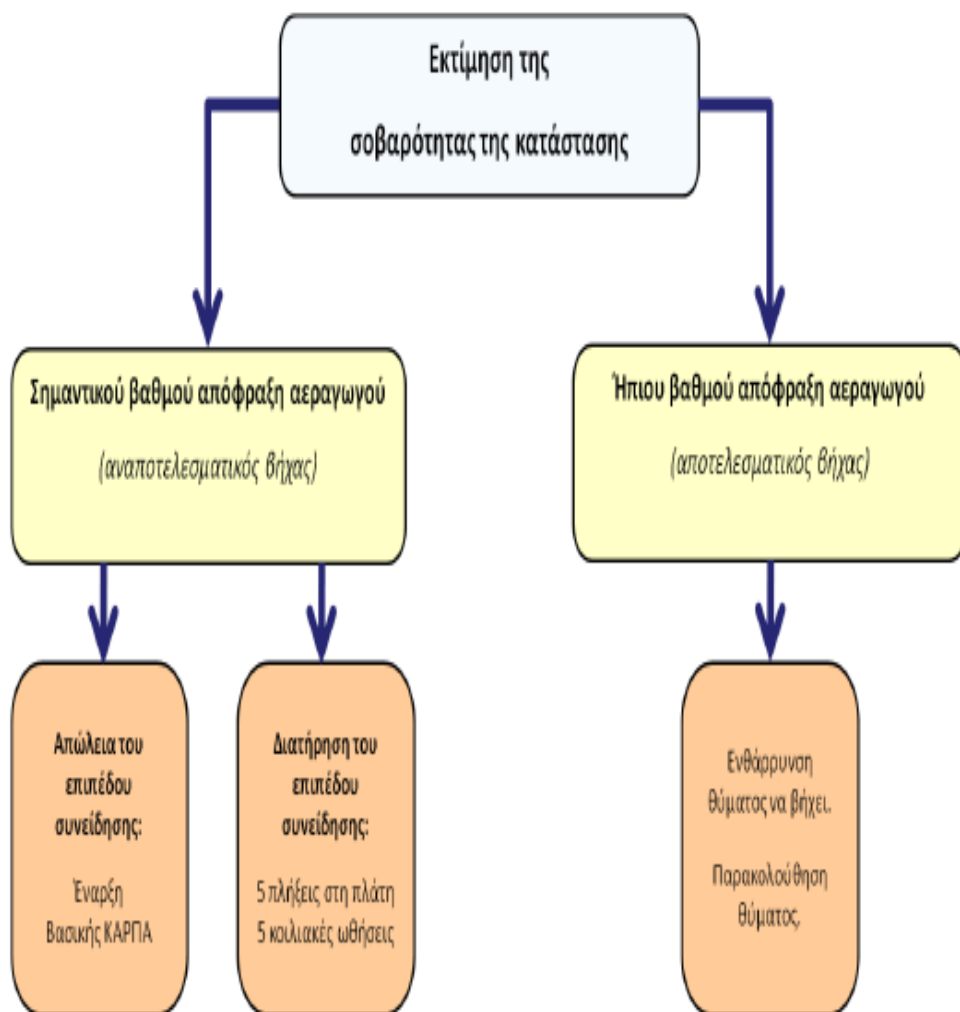
Με βάση αυτές τις οδηγίες, θα πρέπει να ακολουθούνται οι παρακάτω αλγόριθμοι European Resuscitation Council, 2010).

Οι προηγούμενες οδηγίες του ERC, εκδόθηκαν το 2005. Από αυτές, προκύπτει μια σειρά αλλαγών που αφορά τόσο τους διασώστες όσο και τον διαθέσιμο εξοπλισμό. Με βάση τις νεότερες οδηγίες:

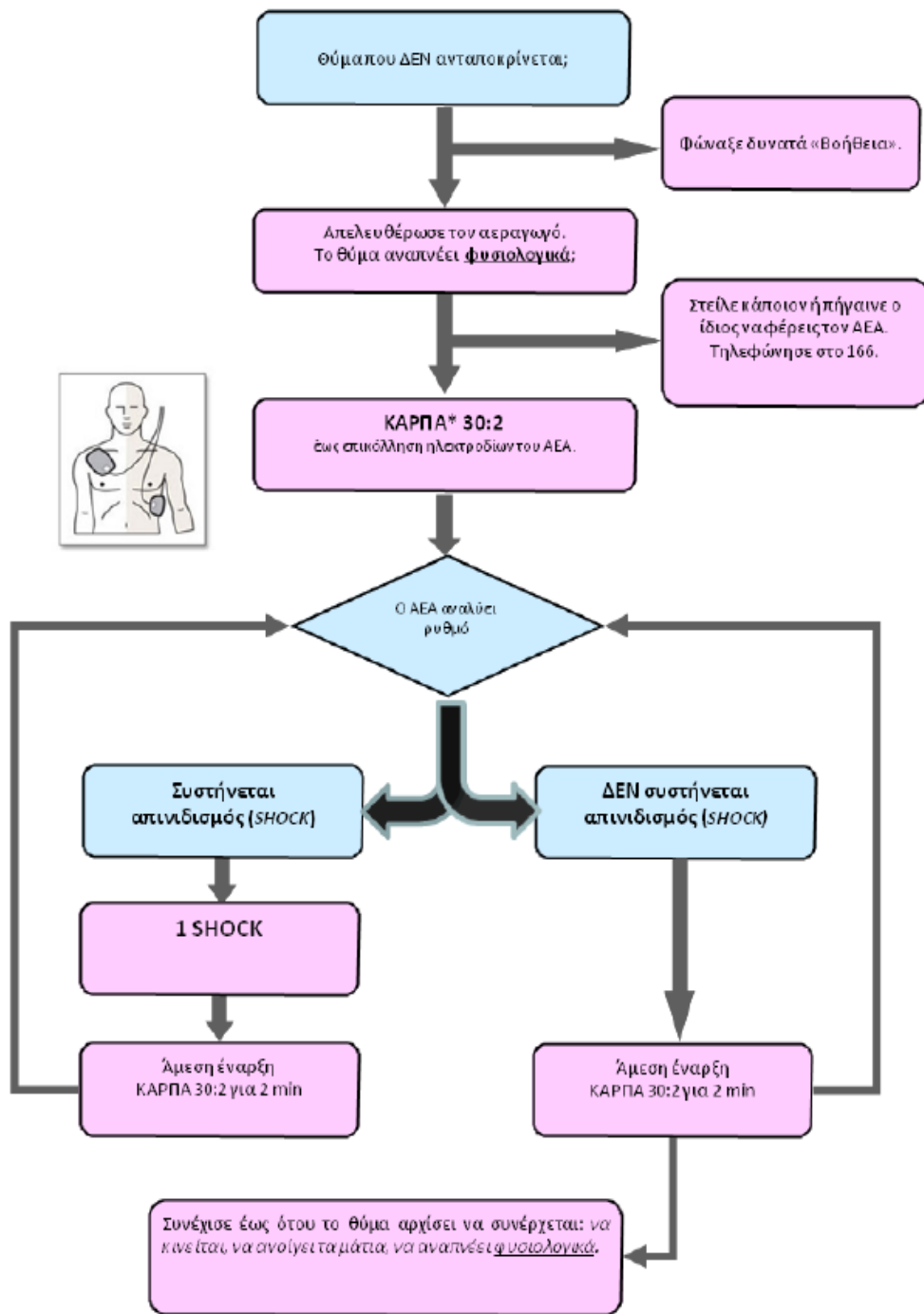
- Απαιτείται εκπαίδευση στους συντονιστές των επειγουσών κλήσεων ώστε μετά την αναγνώριση της κατάστασης από τον καλούντα, να μπορούν να κρίνουν εάν υπάρχει απώλεια συνείδησης ή διαφοροποίηση στην ποιότητα της αναπνοής. Με βάση αυτά τα δεδομένα θα πρέπει να είναι σε θέση να ενεργοποιήσουν συγκεκριμένο πρωτόκολλο.
- Απαιτείται άμεση παρέμβαση από όλους τους διασώστες, εκπαιδευμένους και μη, ώστε να εφαρμόζουν θωρακικές συμπίεσεις στο θύμα της καρδιακής ανακοπής. Η αναλογία συμπίεσεων - εμφυσήσεων αλλάζει και πλέον είναι 30:2 .
- Ενθαρρύνεται η χρήση συσκευών καθοδήγησης/ανατροφοδότησης (prompt / feedback) κατά την Κ.Α.Ρ.Π.Α. Αυτό πλέον επιτρέπει την αποθήκευση και χρήση των δεδομένων των συσκευών με σκοπό τη βελτίωση των τεχνικών και την παροχή πληροφοριών σε όλους τους επαγγελματίες και διασώστες.



Εικόνα 2.2. Αλγόριθμος Βασικής Υποστήριξης της Ζωής (Νανάς, 2010)



Εικόνα 2.3. Αλγόριθμος αντιμετώπισης απόφραξης του αεραγωγού (Νανάς, 2010)

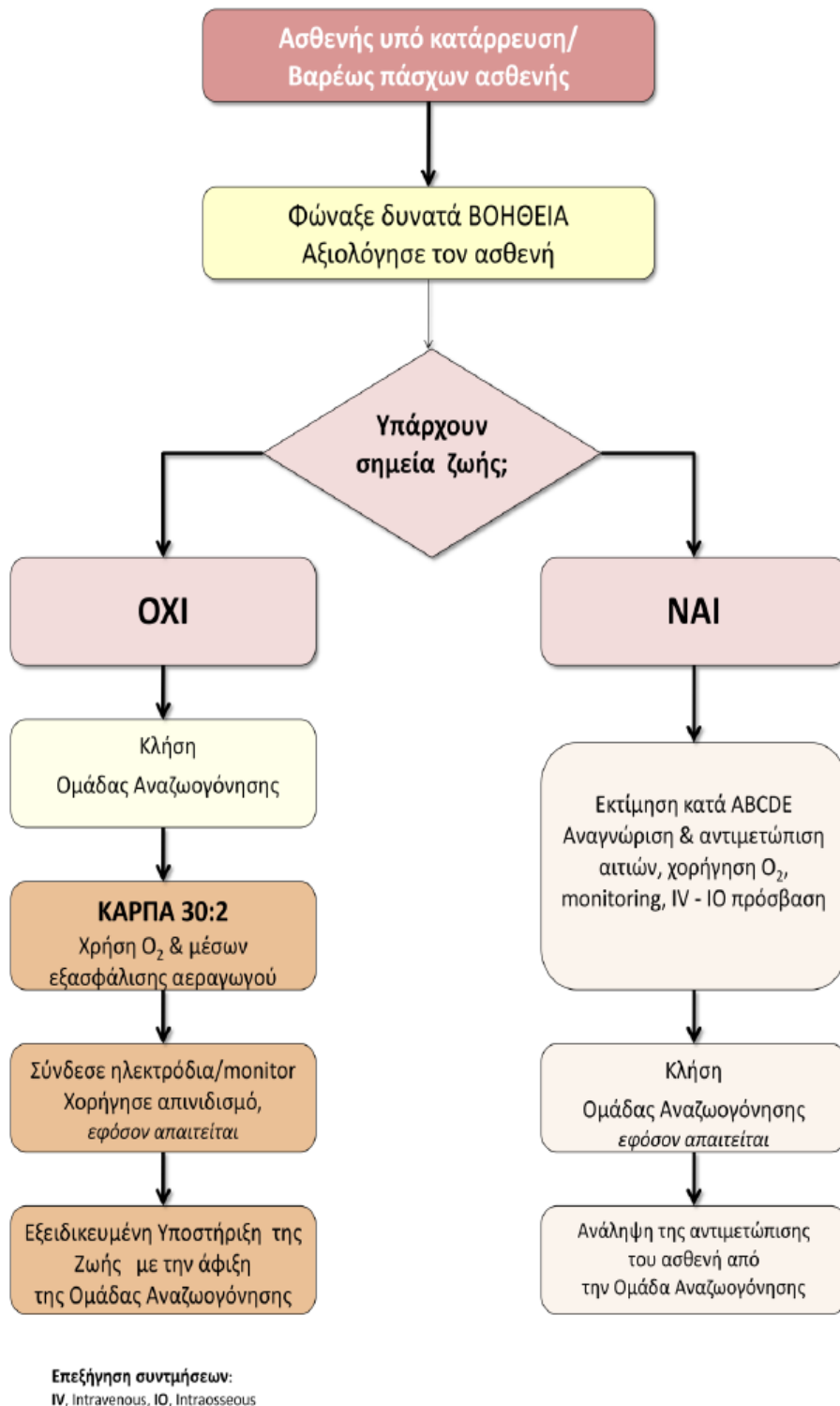


ΣΗΜΕΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΑΕΑ:

ΔΕΝ πρέπει κανείς να ακουμπά το θύμα κατά την διάρκεια που ο ΑΕΑ αναλύει το ρυθμό ή χορηγεί shock. Έλεγξε, φωνάζοντας δυνατά και καθαρά « απομακρυνθείτε » κάθε φορά που ο ΑΕΑ αναλύει, ή χορηγεί shock.

* ΚΑΡΠΑ Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση

Εικόνα 2.4. Αλγόριθμος αυτόματου εξωτερικού απινιδιστή (ΑΕΑ) (Νανάς, 2010)



Εικόνα 2.5. Αλγόριθμος ενδονοσοκομειακής υποστήριξης της ζωής (Νανάς, 2010)

2.4.3. Κατευθυντήριες Οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης

για τη βασική υποστήριξη επίσης ζωής σε Παιδιά 2010

Τα παιδιά αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα η οποία χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης όσον αφορά την Κ.Α.Ρ.Π.Α., διότι είναι δύσκολο να διαπιστωθεί η παρουσία ή απουσία σφυγμού σε λιγότερο από 10 δευτερόλεπτα. Για το λόγο αυτό, η έναρξη εφαρμογής των θωρακικών συμπίεσεων δεν βασίζονται στην ψηλάφηση του σφυγμού. Η έναρξη επίσης Κ.Α.Ρ.Π.Α., ξεκινά από όταν διαπιστωθεί ότι το παιδί δεν ανταποκρίνεται, δεν αναπνέει φυσιολογικά, και δεν υπάρχουν σημεία κυκλοφορίας.

Η αναλογία συμπίεσεων- εμφυσήσεων που εφαρμόζεται στα παιδιά πρέπει να βασίζεται στον αριθμό των παρόντων διασωστών. Ως πρώτη επιλογή προτείνεται ο λόγος 30:2 και φορούν έναν διασώστη. Εάν υπάρχουν περισσότεροι διασώστες, εφαρμόζουν το λόγο 15:2.

Όσον αφορά τα βρέφη και τα μικρόσωμα παιδιά, εφαρμόζεται συμπίεση με τα δυο δάκτυλα του επίσης χεριού για έναν διασώστη και με επίσης δυο αντίχειρες για δύο ή περισσότερους διασώστες. Το βάθος επίσης θωρακικής συμπίεσης θα πρέπει να είναι τουλάχιστον κατά το 1/3 επίσης προσθιοπίσθιας διαμέτρου σε όλα τα παιδιά (π.χ. περίπου 4 cm για βρέφη και περίπου 5 cm για παιδιά). Θα πρέπει επίσης να διασφαλίζεται η πλήρης επαναφορά του θωρακικού τοιχώματος μετά από κάθε συμπίεση. Οι θωρακικές συμπίεσεις θα πρέπει να εφαρμόζονται με ελάχιστες διακοπές προκειμένου να ελαχιστοποιείται ο χρόνος μηδενικής ροής. Τόσο για τα βρέφη όσο και για τα παιδιά, η συχνότητα των συμπίεσεων θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 100 αλλά όχι πάνω από 120/ min (European Resuscitation Council, 2010).

2.5. Πρώτες Βοήθειες

Οι πρώτες βοήθειες, είναι η άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας από μη εξειδικευμένα άτομα. Το βασικό τους χαρακτηριστικό είναι ότι δεν αποσκοπούν στη θεραπεία του ασθενούς αφού δεν παρέχονται από γιατρούς.

Οι στόχοι της παροχής πρώτων βοηθειών είναι:

1. Η αναστολή της επέκτασης της βλάβης του οργανισμού μέσα από τον έλεγχο της επίδρασης του βλαπτικού παράγοντα, που προκάλεσε την αρχική βλάβη.

2. Η διάσωση της ζωής του θύματος, η οποία επιτυγχάνεται με την αποκατάσταση της αναπνευστικής και της καρδιακής λειτουργίας και την αναστολή της αιμορραγίας.
3. Η βελτίωση της κατάστασης του θύματος, που μπορεί επιτευχθεί τόσο με τις προσπάθειες ανακούφισης του όσο και με τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και προστασίας.
4. Η προετοιμασία του θύματος για τη μετέπειτα ειδική ιατρική του αντιμετώπιση.
5. Η ενημέρωση του γιατρού για τις συνθήκες του ατυχήματος, την κατάσταση του αρρώστου πριν δοθούν οι πρώτες βοήθειες και τις μεταβολές της κατά την μεταφορά καθώς και για τι είδος των πρώτων βοηθειών που χορηγήθηκαν (Γερμένης, 1989).

2.5.1. Αναγκαιότητα Παροχής Πρώτων Βοηθειών

Η παροχή Πρώτων βοηθειών από το γενικό πληθυσμό, αποτελεί μια αναγκαία πράξη για μια σειρά λόγων που αναλύονται παρακάτω:

1. Νομικοί λόγοι: Η παροχή Πρώτων Βοηθειών έχει λάβει μορφή νομικής για συγκεκριμένες ομάδες όπως αστυνομικούς, πυροσβέστες, αξιωματικούς πλοίων ή φορέων όπως βιομηχανίες, σχολεία, εργοτάξια, κ.α.
2. Κοινωνικοί λόγοι: Η παροχή πρώτων βοηθειών, είναι επίσης κοινωνικά επιβεβλημένη τόσο στο πλαίσιο του συστήματος αυτοφροντίδας, όσο και στο πλαίσιο των κοινωνικών σχέσεων.
3. Οικονομικοί λόγοι: Η σωστή και οργανωμένη παροχή Πρώτων Βοηθειών μπορεί να αποφέρει τη μείωση του υγειονομικού κόστους, με αποτέλεσμα να αποτελεί κίνητρο από πλευρά της πολιτείας να εκπαιδεύσει περισσότερες κοινωνικές ομάδες.
4. Ηθικοί λόγοι: Τα ανθρωπιστικά συναισθήματα, που δημιουργεί στους τρίτους μια έκτακτη κατάσταση, αποτελούν βασικό λόγο παροχής πρώτων βοηθειών σε ένα άτομο που έχει ανάγκη (Γερμένης, 1989).

2.5.2 Καταστάσεις που Απαιτούν την Παροχή Πρώτων Βοηθειών

Με βάση τις σημειώσεις Πρώτων Βοηθειών που έχει εκδώσει ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, οι καταστάσεις κατά τις οποίες η παροχή πρώτων βοηθειών είναι απαραίτητη, είναι οι παρακάτω:

- Τραύματα
- Μόλυνση
- Τσιμπήματα
- Αλλεργικές Διαταραχές
- Εγκαύματα
- Κακώσεις Αρθρώσεων
- Λιποθυμία
- Κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις
- Διάσειση
- Τραυματισμός Σπονδυλικής Στήλης
- Τραυματισμός Λεκάνης
- Αφαίρεση Κράνους τραυματισμένου μοτοσικλετιστή
- Κατάγματα
- Δηλητηριάσεις
- Έμφραγμα
- Ανακοπή
- Στηθάγχη
- Παιδικοί Πυρετικοί Σπασμοί
- Επιληψία
- Ξένο Σώμα στο Λάρυγγα-Πνιγμονή (Γιανναδάκη, 2012)

2.6. Επίπεδο γνώσεων στην Ελλάδα

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν, όσον αφορά την Ελλάδα, αφορούν κυρίως το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την Κ.Α.Ρ.Π.Α. και την παροχή των πρώτων βοηθειών. Με βάση τα δεδομένα κυρίως των δέκα τελευταίων ετών, έχει διαπιστωθεί ότι γενικά οι θεωρητικές γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα, της τάξης του 84.2% όπως πρόέκυψε από τις γραπτές δοκιμασίες στις οποίες υποβλήθηκαν

(Xanthos, Akrivopoulou, Pantazopoulos, Aroni, Datsis, & Iacovidou, 2012).

Παλαιότερες μελέτες, αποκάλυψαν ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών είναι ελλείψεις ακόμα και όσον αφορά τον ακριβή ρυθμό συμπίεσεων-εμφυσήσεων, αφού η πλειονότητα του δείγματος απάντησε αρνητικά (69,2%), παρά το γεγονός ότι το 54,4% είχε παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάριο πρώτων βοηθειών τα τελευταία 4 χρόνια (Ζαχαρόπουλος, Πρελορέντζου, & Μερκούρης, 2007).

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάστηκαν και σε μελέτη που δημοσιεύτηκε ένα χρόνο αργότερα, αφού το 42% των νοσηλευτών είχε παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών και Κ.Α.Ρ.Π.Α. από πιστοποιημένο φορέα την τελευταία τριετία (Καπάδοχος, Καράμαλη, Πολυκανδριώτη, & Μειδάνη, 2008).

Αξιοσημείωτα αποτελέσματα, παρουσιάζονται και στην έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2011 και αφορούσε την εκπαίδευση των νοσηλευτών από πιστοποιημένους φορείς το τελευταίο διάστημα. Τα ποσοστά ήταν επίσης χαμηλά, αφού μόνο το 25.2% των νοσηλευτών έλαβε εκπαίδευση τους τελευταίους 6 μήνες, το 22.4% πριν από 6-12 μήνες, ενώ το 52.4% τουλάχιστον 12 μήνες πριν από την εξέταση (Μιχάλη, Ξάνθος, Χουλιάρης, Χανιώτης, & Παπαδημητρίου, 2011).

Τα αποτελέσματα μεταγενέστερων ερευνών, είναι εξίσου απογοητευτικά, αφού σε τρεις μελέτες που δημοσιεύθηκαν το 2012, τα ποσοστά των νοσηλευτών που δε γνώριζαν ούτε την αναλογία συμπίεσεων – εμφυσήσεων, ούτε τη λειτουργία του απινιδωτή αλλά ούτε και πως θα αντιδράσουν στη θέα ενός θύματος που δεν αναπνέει ήταν τραγικά χαμηλά. Ενδεικτικά, στη μελέτη που έκαναν οι Φαντάκη, Μπαρούξης, Τριανταφύλλου, Αντωνάκης, Αγγελή, και Στεφαναδάκης (2012) το 65.6%, δεν γνώριζε καν τι πρέπει να κάνουν μπροστά σε ένα θύμα που δεν έχει τις αισθήσεις του, παρόλο που η πλειονότητα των νοσηλευτών εργαζόταν σε τομείς εντατικής φροντίδας.

Μια άλλη μελέτη αποκάλυψε ότι το 19.7% των νοσηλευτών τόσο των αστικών όσο και των επαρχιακών νοσοκομείων, δεν είχε εκπαιδευτεί ποτέ στη χρήση εξωτερικού απινιδωτή, ενώ το 29.6% είχε παρακολουθήσει σεμινάριο Κ.Α.Ρ.Π.Α. μόλις μια φορά, το 21.4% δύο φορές ενώ το 29.3% είχε επανεκπαιδευτεί στην Κ.Α.Ρ.Π.Α. πάνω από 2 φορές (Kozamani, Karadochos, & Kadda, 2012).

Η έρευνα των Παπαϊωάννου και Ντικούδη (2014), επιβεβαιώνει όλα τα παραπάνω, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι το επίπεδο των θεωρητικών γνώσεων

και δεξιοτήτων των νοσηλευτών μειώνεται σε σημαντικό βαθμό μέσα σε 3-6 μήνες από τη αρχική τους εκπαίδευση.

Το γεγονός ότι τα ποσοστά των ερευνών που αφορούν το επίπεδο των γνώσεων στην παροχή πρώτων βοηθειών και Κ.Α.Ρ.Π.Α. είναι τόσο χαμηλά, είναι ενδεικτικό της κατάστασης που επικρατεί στην Ελλάδα και αφορά τον τομέα εκπαίδευσης σε αυτό το αντικείμενο. Είναι εύκολα αντιληπτό ότι εφόσον τα ποσοστά είναι τόσο χαμηλά μεταξύ των εργαζομένων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, τα ποσοστά των υπόλοιπων πληθυσμιακών ομάδων θα είναι ακόμα χαμηλότερα.

Γενικά, από τις μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα, προκύπτει ότι οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας της καρδιακής ανακοπής σε ασθενείς εκτός νοσοκομείου θα μπορούσαν να μειωθούν, αν το 20% του πληθυσμού ήταν σε θέση να εφαρμόσει Κ.Α.Ρ.Π.Α. (Patsaki, Pantazopoulos, Dontas, Passali, Papadimitriou & Xanthos, 2012).

Για όλους τους παραπάνω λόγους, είναι πολύ σημαντικό και πλέον επιβεβαιώνεται από πλήθος παλαιότερων μελετών ότι η επανάληψη σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και Κ.Α.Ρ.Π.Α. διασφαλίζει σε πολύ σημαντικό βαθμό την ικανότητα των ατόμων που έλαβαν την εκπαίδευση να την εφαρμόσουν (Χατζάκης, Κριτσωτάκης, Αγγελάκη, Τζανουδάκη, & Ανδρουλάκη, 2004; Ζαχαρόπουλος, Πρελορέντζου, & Μερκούρης, 2007).

Όσον αφορά συγκεκριμένα τους εκπαιδευτικούς, παρά τα χαμηλά ποσοστά που επικρατούν γενικότερα, οι εκπαιδευτικοί στην πλειονότητά τους ενώ δεν είναι σε θέση να παρέχουν πρώτες βοήθειες, μπορούν να αναγνωρίσουν ένα περιστατικό καρδιακής ανακοπής και να καλέσουν ιατρική βοήθεια (Patsaki, και συν., 2012).

Στην έρευνα των Καδδά, Μαρβάκη, Γιόρογλου, Γεωργούση και Κατσαρού, (2011) που αφορούσε τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού προέκυψε ότι, από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 55.1% δεν είχε παρακολουθήσει ξανά κάποιο σεμινάριο σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, ενώ το 44.9% είχε παρακολουθήσει.

Παλαιότερη μελέτη που αφορά του καθηγητές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, εξήγαγε το συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση και η συνεχόμενη επιμόρφωση στις πρώτες βοήθειες και την Κ.Α.Ρ.Π.Α. είναι απολύτως αναγκαία και στις δυο εκπαιδευτικές βαθμίδες (Τριπόδης,Χ., Χριστάκης, Ψυχογιού, & Τριπόδης, Ν., 2009). Το ίδιο επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα της εφαρμογής ενός προγράμματος εκπαίδευσης στο προσωπικό σχολείων Ειδικής Αγωγής της Αττικής,

όπου πέτυχε την ενίσχυση της γνώσης τους και τη βελτίωση των δεξιοτήτων τους στην παροχή πρώτων βοηθειών (Αλεξανδροπούλου, 2010).

Τέλος, ο Stergioulas (2006), στα πλαίσια της μελέτης του αναφορικά με την εκπαίδευση Καθηγητών Φυσικής Αγωγής σε θέματα καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης, έδειξε ότι ένα μικρό ποσοστό (36,02%) από αυτούς ήταν ικανοί να εφαρμόσουν Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Οι συμμετέχοντες εκπαιδευτικοί στην έρευνα εξέφρασαν την αναγκαιότητα για περαιτέρω εκπαίδευσή τους σε θέματα με αυτό το περιεχόμενο, καθότι στην καθημερινότητά τους καλούνται να αντιμετωπίσουν απειλητικές καταστάσεις για τους μαθητές τους.

2.7. Επίπεδο γνώσεων στο Εξωτερικό

Οι διεθνείς και ευρωπαϊκές μελέτες που αφορούν τη διερεύνηση των γνώσεων διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων σε σχέση με το επίπεδο των γνώσεων τους στον τομέα παροχής πρώτων βοηθειών και Κ.Α.Ρ.Π.Α., δε φαίνεται να διαφοροποιούνται σημαντικά από αυτές που αφορούν ξεχωριστά την Ελλάδα. Στη μελέτη των Makinen, Niemi-Murola και Castren (2009) μόλις το 1/3 του νοσηλευτικού προσωπικού είχε εκπαιδευτεί στη χρήση εξωτερικού απινιδωτή κατά τη διάρκεια της βασικής εκπαίδευσης, ενώ μόνο το 10% είχε λάβει μέρος σε σεμινάριο Κ.Α.Ρ.Π.Α. σε διάστημα 6 μηνών.

Όσον αφορά τη σημαντικότητα της επανεκπαίδευσης στην Κ.Α.Ρ.Π.Α. και τις πρώτες βοήθειες, οι έρευνες φαίνεται να συγκλίνουν, εμφανίζοντας μειωμένα ποσοστά αξιολογήσεων μετά από την πάροδο σημαντικού χρονικού διαστήματος από την εκπαίδευση και αυξημένα ποσοστά στις αξιολογήσεις των γνώσεων μετά από μικρό χρονικό διάστημα από το πέρας της εκπαίδευσης.

Τα συμπεράσματα μελέτης που έγινε στη Γαλλία σε επαγγελματίες υγείας, έδειξαν ότι τα υποχρεωτικά ενδονοσοκομειακά εκπαιδευτικά μαθήματα Κ.Α.Ρ.Π.Α. είναι απαραίτητα αφού η αφομοίωση των γνώσεων φθάνει σε ποσοστό που υπερβαίνει το 90% (Timsit, Paquin, Pease, Macrez, Aim, Texeira, και συν., 2006). Το ίδιο έτος, δημοσιεύθηκε μια μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο η οποία έδειξε ότι η επανεκπαίδευση στην Κ.Α.Ρ.Π.Α. αυξάνει σημαντικά τις δεξιότητες σε πρακτικό επίπεδο και ελαττώνει αισθητά το χρόνο που παρέχεται η πρώτη απινίδωση (Woollard, Whitfield, Newcombe, Colquhoun, Vetter, & D., C., 2006).

Αξιοσημείωτα είναι και τα συμπεράσματα έρευνας των Spooner, Fallaha, Kocierz, Smith, C., Smith, S. και Perkins (2007) στην οποία φαίνεται ότι οι δεξιότητες στην αναζωογόνηση, μειώνονται σημαντικά και η απόδοση κρίνεται αισθητά ανεπαρκής μόλις 6 εβδομάδες μετά από το τέλος της αρχικής εκπαίδευσης.

Το 2008, δυο έρευνες που δημοσιεύθηκαν κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα. Η έρευνα των Smith, Gilcreast και Pierce (2008) έδειξε ότι παρά το γεγονός ότι στους νοσηλευτές παρέχεται αξιόλογη εκπαίδευση, το επίπεδο των επιδόσεων στα τεστ δεξιοτήτων μειώνεται σημαντικά ακόμα και μετά την πάροδο των 6 μηνών. Παρομοίως, η μελέτη των Andresen, Arntz, Grafing, Hofmann, S., Hofmann, D., Kraemer και συν. (2008) υποστηρίζει ότι με βάση τα αποτελέσματά της, φαίνεται ότι η εφαρμογή μικρής διάρκειας επανεκπαίδευσης 6 μήνες μετά την αρχική εκπαίδευση, είναι αρκετή ώστε να διατηρηθούν οι γνώσεις σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο. Παρόμοιο συμπέρασμα εξήχθη και στην έρευνα των Soar, Monsieurs, Balance, Barelli, Biarent, Greif και συν (2010) στην οποία υποστηρίζεται ότι οι δεξιότητες μειώνονται σημαντικά 3 με 6 μήνες από την αρχική εκπαίδευση.

Όσον αφορά το γενικό πληθυσμό, τα συμπεράσματα των ερευνών, είναι παρόμοια, αφού για τις περιπτώσεις τροχαίων ατυχημάτων, φαίνεται ότι η εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών μπορεί να οδηγήσει σε πολίτες που θα είναι πιο προσεκτικοί στην οδήγηση αλλά και σε παρευρισκομένους που θα παρέχουν πιο άμεσες και πιο επαρκείς πρώτες βοήθειες σε επείγουσες καταστάσεις (Larsson, Martensson, & Alexanderson, 2002; Mauritz, Pelinka, Kaff, Segall, & Fridrich, 2003).

Όσον αφορά τις περιπτώσεις πνιγμονής, η μελέτη των Tung, Law, Chu, Law και Wong (2001) τονίζει τη σημασία της επαρκούς εκπαίδευσης του γενικού πληθυσμού στη σωστή εφαρμογή της τεχνικής Heimlich.

Τέλος, όσον αφορά τον τομέα της εκπαίδευσης, τα ποσοστά φαίνεται να κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα, το ίδιο και η αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης με την πάροδο του χρόνου. Έρευνα που έγινε σε δείγμα 334 εκπαιδευτικών δημόσιων σχολείων στις Ηνωμένες Πολιτείες, αποκάλυψε ότι το 1/3 των εκπαιδευτικών δεν είχε εκπαιδευτεί στις πρώτες βοήθειες και το 40 % δεν είχε πότε εκπαιδευτεί στη Κ.Α.Ρ.Π.Α. ενώ το 87% από αυτούς συμφωνούσε ότι η εκπαίδευση στη φροντίδα εκτάκτων περιστατικών υγείας θα πρέπει να αποτελεί μέρος των γενικότερων προπαρασκευαστικών προγραμμάτων εκπαίδευσης τους (Gagliardi, Neighbors, Spears, Byrd, & Snarr, 1994).

Σε μεταγενέστερη έρευνα που διεξήχθη στην Τουρκία τα αποτελέσματα έρευνας αξιολόγησης της γνώσης στις πρώτες βοήθειες σε δείγμα εκπαιδευτικών δημοτικής εκπαίδευσης, έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί είχαν ανεπαρκή γνώση και δεν μπορούσαν να δώσουν σωστά πρώτες βοήθειες (Murunvet, Sibel, Sultan, Gonul, & Meral, 2007). Αντίστοιχα ήταν τα αποτελέσματα έρευνας που έγινε στην ίδια χώρα σε εκπαιδευτικούς προσχολικής εκπαίδευσης. Οι εκπαιδευτικοί θεωρούσαν τους εαυτούς τους ανεπαρκείς ως προς τις γνώσεις στις πρώτες βοήθειες και τη βασική υποστήριξη της ζωής, ενώ εξέφρασαν ενδιαφέρον για να λάβουν κατάλληλη εκπαίδευση (Yürümez, Yavuz, Sağlam, Köken, & Tunay, 2007).

Μερικά ακόμα αξιοσημείωτα συμπεράσματα, που αφορούν τη σημασία της εκπαίδευσης των καθηγητών και γενικά την πρόληψη των ατυχημάτων στα σχολεία, έχουν εξαχθεί από διάφορες έρευνες που αφορούν όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες.

Μελέτη που διεξήχθη σε σχολεία της Αγγλίας και αφορούσε μαθητές που είχαν υποστεί ρινορραγία κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς, έδειξε ότι μόνο το 37,5% των καθηγητών γνώριζε και είχε την κατάλληλη εκπαίδευση στην παροχή απλών πρώτων βοηθειών (Robertson, King, Tomkinson, 2010).

Προγενέστερες μελέτες, τονίζουν τη σημασία της ύπαρξης σχολικής νοσηλεύτριας και της συστηματικής εκπαίδευση και καθοδήγηση για την άμεση αντιμετώπιση επείγουσών καταστάσεων (Olympia R, 2005; Singer, Gulla, Thode, & Cronin, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1. Δείγμα

Πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν οι εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης όλων των ειδικοτήτων της περιφέρειας Αττικής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 410 εκπαιδευτικών δημόσιων δημοτικών σχολείων της περιφέρειας Αττικής, που συμπλήρωσαν εθελοντικά και ανώνυμα το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε. Πραγματοποιήθηκε προσπάθεια το ερωτηματολόγιο να διανεμηθεί σε σχολικές μονάδες σύμφωνα με τις υλικοτεχνικές υποδομές τους, το πληθυσμό, και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τις κάθε περιοχής. Με αυτό το τρόπο το δείγμα ήταν έγκυρο και αξιόπιστο στην περιγραφή του συνολικού πληθυσμού σε επίπεδο εκπαιδευτικών και μαθητών. Για αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκαν κατανομές προηγούμενων ερευνών και τα στοιχεία που διατηρεί του Υπουργείο Παιδείας και η Διδασκαλική Ομοσπονδία Ελλάδος (Δ.Ο.Ε.). Επίσης, σε ορισμένες περιοχές της Αττικής επιλέχθηκαν τυχαία παραπάνω από μια σχολική μονάδα σύμφωνα με το πληθυσμό των μαθητών τους.

3.2. Μέσα συλλογής δεδομένων

Σαν ιδανικό εργαλείο για την διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο βασίζεται σε ερωτήσεις αξιολόγησης της γνώσης για τις πρώτες βοήθειες και τη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Το έχει συντάξει ο διεθνής οργανισμός “Emergency First Response” και κατά συνέπεια έχει ελεγχθεί ως προς την αξιοπιστία των ερωτήσεων που απαντήθηκαν από τους συνεντευξιζόμενους.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη: Στο πρώτο μέρος περιλαμβάνονται δέκα ερωτήσεις κλειστού τύπου, από τις οποίες οι έξι αφορούν δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά και οι τέσσερις ερωτήσεις αφορούν την εκπαίδευση και την εμπειρία του δείγματος στη παροχή πρώτων βοηθειών, με επιλογή απαντήσεων ΝΑΙ και ΟΧΙ. Στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνονται σαράντα ένα ερωτήσεις γνώσεων για τη παροχή των πρώτων βοηθειών και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, με επιλογή απαντήσεων σωστού και λάθους. Το κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή του ερευνητή που εξηγούσε το λόγο και τον τρόπο συμπλήρωσης του. Ο απαιτούμενος

χρόνος συμπλήρωσης υπολογίστηκε στα 15 λεπτά. Απαραίτητη για τις ανάγκες της έρευνας κρίθηκε η τήρηση των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας. Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες εκπαιδευτικοί ενημερώθηκαν τόσο προφορικά όσο και γραπτά ότι η συμμετοχή τους στη μελέτη θα ήταν εθελοντική, θα διαφυλασσόταν πλήρως η ανωνυμία καθώς και ότι η επεξεργασία των δεδομένων από τις απαντήσεις τους, θα ήταν απόλυτα εμπιστευτική.

3.3. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη τη χρονική περίοδο Νοεμβρίου – Δεκεμβρίου 2014. Ο ερευνητής της παρούσας εργασίας, μετά από προσωπική επαφή ενημέρωσε τους διευθυντές των σχολικών μονάδων για την έρευνα και την αναγκαιότητά της. Στους διευθυντές που έδωσαν την συγκατάθεσή τους για τη διεξαγωγή της έρευνας, δόθηκαν οι αναγκαίες επεξηγήσεις, έτσι ώστε να είναι σε θέση αυτοί να διεξάγουν αποτελεσματικά τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων. Συνολικά διανεμήθηκαν 500 ερωτηματολόγια και συλλέχθηκαν συμπληρωμένα 410 (ποσοστό ανταπόκρισης 82 %). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε κυρίως κατά τη διάρκεια του ωραρίου των εκπαιδευτικών, αλλά και εκτός αυτού.

3.4. Στατιστική Ανάλυση

Τα συγκεντρωθέντα δεδομένα καταχωρήθηκαν στο στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS Statistics version 21 για Windows. Οι ερωτήσεις (μεταβλητές) του πρώτου μέρους κωδικοποιήθηκαν, ενώ του δεύτερου μέρους παρέμειναν με την αρίθμησή τους. Τα γραφήματα και οι πίνακες ονομάστηκαν κατάλληλα. Στην ερώτηση μεταπτυχιακές σπουδές όσοι εκπαιδευτικοί δεν απάντησαν, η εισαγωγή στο σύστημα έγινε με την επιλογή «δεν έχω». Επίσης, στο δεύτερο μέρος όποιες ερωτήσεις δεν απαντήθηκαν εισήχθησαν στο σύστημα με την επιλογή «δε γνωρίζω».

Για την ανάλυση ανεξαρτησίας της χ^2 δοκιμασίας, οι ανεξάρτητες μεταβλητές των υποθέσεων ήταν αυτές του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου και οι εξαρτημένες αυτές του δεύτερου μέρους. Οι ερωτήσεις ήταν αλφαριθμητικές μεταβλητές και για αυτόν τον λόγο ο έλεγχος ανεξαρτησίας κάποιων μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με την χ^2 δοκιμασία. Στην συνέχεια της ανάλυσης των στατιστικών αποτελεσμάτων εξήχθησαν όλα τα γραφήματα, οι πίνακες συχνοτήτων,

οι πίνακες διπλής εισόδου και οι πίνακες της χ^2 δοκιμασίας. Όμως στο κείμενο της ανάλυσης αποτυπώθηκαν αυτά τα στοιχεία που παρουσιάζουν ενδιαφέρον ως προς το επίπεδο της γνώσης των εκπαιδευτικών στις πρώτες βοήθειες και στην εξάρτηση των μεταβλητών μεταξύ τους. Ιδιαίτερα, για την χ^2 δοκιμασία καθορίστηκε επίπεδο σημαντικότητας 0,05 και το στοιχείο από το πίνακα που εξετάζει την ανεξαρτησίας είναι το Asymp. Sig. (2-sided), το οποίο εκφράζει το p-value και θα συγκρίνεται με το επίπεδο σημαντικότητας. Για την απόφαση αν είναι εξαρτημένες οι μεταβλητές, θα πρέπει το Asymp. Sig. να είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας (Εμβλωτής, Κατσή, & Σιδερίδης, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτήν την ενότητα παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία, η αξιολόγηση της γνώσης των εκπαιδευτικών του δείγματος στις πρώτες βοήθειες (Π.Β.) και η εξάρτηση των ερωτήσεων του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου από τις ερωτήσεις του πρώτου. Στα δημογραφικά στοιχεία ή στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτυπώνονται οι πίνακες ποσοστών και η χ^2 δοκιμασία ανεξαρτησίας των μεταβλητών. Τέλος, μετά την περιγραφική ανάλυση του πρώτου και δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου, αναλύονται τα αποτελέσματα για τις ερευνητικές υποθέσεις.

4.1. Παρουσίαση των δημογραφικών και γενικών χαρακτηριστικών των εκπαιδευτικών του δείγματος

Από τους συμμετέχοντες εκπαιδευτικούς στην έρευνα το 33,2% ήταν άνδρες και το 66,8% γυναίκες, ποσοστά που είναι ανάλογα με αυτά που δίνει το Υπουργείο Πολιτισμού Παιδείας και Θρησκευμάτων, καθώς και η Διδασκαλική Ομοσπονδία Ελλάδος. Συνεπώς, το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού ως προς το φύλο. Όσον αφορά την ηλικία του δείγματος, το 16,3% ανήκει στις ηλικίες μικρότερες των 35 ετών, το 69% στις ηλικίες 36 έως 50 ετών και το 14,6% στις ηλικίες μεγαλύτερες των 51 ετών. Αυτή η κατανομή ηλικίας δεν ήταν πλήρως αντιπροσωπευτική του πληθυσμού των εκπαιδευτικών, όπου θα έπρεπε να είναι πιο αυξημένα τα ποσοστά των άνω 51 ετών σε σχέση με αυτά στους κάτω των 35 ετών. Όμως, το ποσοστό που αφορά τις ηλικίες των εκπαιδευτικών που είναι μικρότερες των 35 ετών, είναι πιθανόν να περιγράφεται από την πολιτική του Υπουργείου να αποσπά εκπαιδευτικούς ή να χρησιμοποιεί αναπληρωτές και νεοδιόριστους στην περιφέρεια της Αττικής όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Επίσης, το χαμηλό ποσοστό των εκπαιδευτικών άνω των 51 ετών είναι πιθανόν να βασίζεται στην πρόωρη συνταξιοδότηση ή στην χρονική στιγμή που πραγματοποιείται η έρευνα όπου αλλάζει ο ηλικιακός χάρτης.

Η οικογενειακή κατάσταση των εκπαιδευτικών του δείγματος έδειξε ότι το 70% είναι παντρεμένοι και το 30% είναι χωρισμένοι ή άγαμοι. Αυτό συνάδει με την ηλικιακή κατανομή του δείγματος, η οποία είναι 84% άνω από 35 ετών. Για τις μεταπτυχιακές σπουδές το 19,8% του δείγματος είχε μεταπτυχιακό, το 2,9% είχε διδακτορικό και το 14,1% ήταν κάτοχοι δεύτερου πτυχίου ή άλλου, ενώ το σημαντικό

ποσοστό των 60,5% ατόμων του δείγματος δεν είχε μεταπτυχιακές σπουδές. Επίσης, το 1,5% των εκπαιδευτικών του δείγματος κατείχαν μεταπτυχιακό και δεύτερο πτυχίο ή άλλο, το 0,2% είχαν διδακτορικό και δεύτερο πτυχίο ή άλλο, το 0,2% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού, διδακτορικού και δεύτερου πτυχίου ή άλλο ενώ το 0,7% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού και διδακτορικού. Τέλος, όσον αφορά τη προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών στην εκπαίδευση, το 24,1% του δείγματος είχε έως 10 έτη υπηρεσίας, ενώ το 45,6% αντιπροσώπευε τα 11 – 20 έτη υπηρεσίας και άνω των 21 ετών υπηρεσίας είχε το 30,2% του δείγματος. Το επίπεδο μόρφωσης δεν αναλύθηκε επειδή τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από εκπαιδευτικούς όπου όλοι είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		Απόλυτη Συχνότητα (N)	Σχετική Συχνότητα(%)
Φύλο	Άρρεν	136	33.2
	Θήλυ	274	66.8
Ηλικία	<35	67	16.3
	36-50	283	69.0
	>51	60	14.6
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένος	287	70.0
	Χωρισμένος/άγαμος	123	30.0
Έτη υπηρεσίας	Μέχρι 10 έτη	99	24.1
	11-20	187	45.6
	Πάνω από 21	124	30.2
Μεταπτυχιακές σπουδές	Μεταπτυχιακό	81	19.8
	Διδακτορικό	12	2.9
	Άλλο πτυχίο	58	14.1
	Δεν έχω	248	60.5
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο πτυχίο/άλλο	6	1.5
	Διδακτορικό – Δεύτερο πτυχίο/άλλο	1	0.2
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό – Δεύτερο πτυχίο/άλλο	1	0.2
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	3	0.7

Στο πρώτο μέρος της κλίμακας περιγράφονται και τέσσερις γενικές ερωτήσεις για την προσωπική εμπειρία ή επαφή των συνεντευξιζόμενων με τις πρώτες βοήθειες. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση «παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών» το 34,9 % των εκπαιδευτικών απάντησε ότι είχε παρακολουθήσει ανάλογα σεμινάρια, ενώ το 65,1% ότι δεν είχε παρακολουθήσει. Μία άλλη ερώτηση αποτελεί η «εμπειρία ατυχήματος», όπου το 46,6% του δείγματος απάντησε ότι είχε εμπειρία, γιατί είχε εμπλακεί σε ατύχημα, ενώ το 53,4% δεν είχε ανάλογη εμπειρία. Ένα άλλο γενικό χαρακτηριστικό αποτελεί «η κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών». Στην ερώτηση αυτή το 29,3 % του δείγματος απάντησε ότι είχε κληθεί να παράσχει Π.Β., ενώ το 70,7% απάντησε ότι δεν έχει κληθεί να δώσει Π.Β. Τέλος, όσον αφορά την ερώτηση «γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες;» το 47,8% απάντησε ότι γνώριζε, ενώ το 52,2% ότι δε γνώριζε (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Κατανομή των εκπαιδευτικών για τις τέσσερις τελευταίες ερωτήσεις του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου, που εξετάζει την επαφή του δείγματος με τις πρώτες βοήθειες.

Ερώτηση	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Παρακολούθηση σεμιναρίων Π.Β.	34,90%	65,10%
Εμπειρία ατυχήματος	46,60%	53,40%
Κλήση για παροχή Π.Β.	29,30%	70,70%
Γνώση για την πιστοποίηση Π.Β.	47,80%	52,20%

Στο πίνακα 3 περιγράφεται η σχέση μεταξύ «παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών» και «φύλο» όπου δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ αυτών. Ιδιαίτερα, το ποσοστό των ανδρών που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια Π.Β. ήταν 12,68%, ενώ των γυναικών ήταν 22,16%.

Πίνακας 3. Συχνότητες για την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών ως προς το φύλο και σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Παρακολούθηση Σεμιναρίων Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Φύλο	Άρρεν	52	84	136
	Θήλυ	91	183	274
Σύνολο		143	267	410

$$x^2=1.010, df=1, p\text{-value} = 0.315.$$

Στην ερώτηση για την «ύπαρξη εμπειρίας ατυχήματος» σε σχέση με το «φύλο», που αναλύεται στον πίνακα 4, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές

διαφορές μεταξύ αυτών. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ανδρών που είχαν εμπειρία ατυχήματος ήταν 15,85% ενώ των γυναικών ήταν 30,73%.

Πίνακας 4. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς το φύλο και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Εμπειρία Ατυχήματος		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Φύλο	Άρρεν	65	71	136
	Θήλυ	126	148	274
Σύνολο		191	219	410

$$x^2=0.119, df=1, p\text{-value} = 0.730.$$

Το «φύλο» σε σχέση με τη «κλήση για παροχή Π.Β» δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ιδιαίτερα, οι άνδρες που είχαν κληθεί να παράσχουν Π.Β. ήταν 9,76%, ενώ οι γυναίκες ήταν 19,51% (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Συχνότητες για την κλήση για παροχή Π.Β. ως προς το φύλο και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Κλήση για Παροχή Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Φύλο	Άρρεν	40	96	136
	Θήλυ	80	194	274
Σύνολο		120	290	410

$$x^2=0.002, df=1, p\text{-value} = 0.964.$$

Η «γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών» σε σχέση με το «φύλο», που παρουσιάζονται στο πίνακα 6, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι γυναίκες που γνώριζαν για την πιστοποίηση Π.Β. ήταν 30%, ενώ οι άνδρες 17,80%.

Πίνακας 6. Συχνότητες για την γνώση πιστοποίησης Π.Β. ως προς το φύλο και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Γνώση Πιστοποίησης Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Φύλο	Άρρεν	73	63	136
	Θήλυ	123	151	274
Σύνολο		196	214	410

$$x^2=2.812, df=1, p\text{-value} = 0.094.$$

Για την μεταβλητή «ηλικία» δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο με τη μεταβλητή «εμπειρία ατυχήματος» όσο και με τη μεταβλητή «γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών», όπως αποτυπώνονται στους πίνακες 7 και 8. Ιδιαίτερα η «γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών», παρουσιάζει υψηλά επίπεδα εξάρτησης με 83,1% να περιγράφεται από την «ηλικία». Επιπροσθέτως, στην ηλικιακή ομάδα άνω των 51 για το υπό μελέτη δείγμα γνωρίζουν για την πιστοποίηση των πρώτων βοηθειών 30 άτομα όσα και αυτά που δε γνωρίζουν για την πιστοποίηση, το οποίο αντιπροσωπεύει ποσοστό 7,32%.

Πίνακας 7. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Εμπειρία Ατυχήματος		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Ηλικία	<35	24	43	67
	36 – 50	134	149	283
	>51	33	27	60
Σύνολο		191	219	410

$$x^2=4.894, df=2, p\text{-value} = 0.087.$$

Πίνακας 8. Συχνότητες για τη γνώση πιστοποίησης Π.Β. ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Γνώση Πιστοποίησης Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Ηλικία	<35	30	37	67
	36 – 50	136	147	283
	>51	30	30	60
Σύνολο		196	214	410

$$x^2=0.369, df=2, p\text{-value} = 0.831.$$

Οι «μεταπτυχιακές σπουδές» εκτός από το «φύλο», παρουσιάζουν εξάρτηση με την «οικογενειακή κατάσταση», την «εμπειρία ατυχήματος», την «κλήση για παροχή Π.Β» και την «γνώση πιστοποίησης Π.Β.», όπως αποτυπώνονται στους πίνακες 9 έως 12. Όλες οι μεταβλητές παρουσιάζουν υψηλές εξαρτήσεις με την μεγαλύτερη να είναι μεταξύ μεταπτυχιακών σπουδών και κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών. Συγκεκριμένα, το 53,09% αυτών με μεταπτυχιακό είχαν εμπειρία ατυχήματος. Επίσης, το 54,32% με μεταπτυχιακό τίτλο γνώριζαν για την πιστοποίηση Π.Β., ενώ με διδακτορικό γνώριζαν το 58,33%. Επιπροσθέτως, με μεταπτυχιακό και δεύτερο πτυχίο/ άλλο το 66,67% γνώριζαν για την πιστοποίηση και το ίδιο ποσοστό ισχύει για αυτούς που είχαν μεταπτυχιακό και διδακτορικό. Τέλος, οι παντρεμένοι εκπαιδευτικοί του δείγματος σε ποσοστό 67,90% είχαν μεταπτυχιακό, το 50% είχε διδακτορικό, το 74,14% δεύτερο πτυχίο/άλλο, 70,56% δεν έχουν μετεκπαίδευση, το 66,67% μεταπτυχιακό και δεύτερο πτυχίο ή άλλο. Με διδακτορικό και δεύτερο πτυχίο/άλλο δεν υπήρχε παντρεμένος εκπαιδευτικός, ενώ όσοι είχαν μεταπτυχιακό, διδακτορικό και δεύτερο πτυχίο/άλλο ή είχαν διδακτορικό και μεταπτυχιακό ήταν όλοι παντρεμένοι.

Πίνακας 9. Συχνότητες της οικογενειακής κατάστασης ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Οικογενειακή Κατάσταση		
		Παντρεμένος	Χωρισμένος/ Άγαμος	Σύνολο
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	55	26	81
	Διδακτορικό	6	6	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	43	15	58
	Δεν έχω	175	73	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	4	2	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	3	0	3
Σύνολο		287	123	410

$$\chi^2=7.046, df=7, p\text{-value} = 0.424.$$

Πίνακας 10. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Εμπειρία Ατυχήματος		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	43	38	81
	Διδακτορικό	5	7	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	28	30	58
	Δεν έχω	112	136	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	2	4	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	1	2	3
Σύνολο		191	219	410

$$\chi^2=4.141, df=7, p\text{-value} = 0.763.$$

Πίνακας 11. Συχνότητες της κλήσης για παροχή Π.Β. ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Κλήση για παροχή Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	21	60	81
	Διδακτορικό	5	7	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	17	41	58
	Δεν έχω	74	174	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	2	4	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	1	2	3
Σύνολο		120	290	410

$$\chi^2=2.267, df=7, p\text{-value} = 0.944.$$

Πίνακας 12. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Γνώση Πιστοποίησης Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	44	37	81
	Διδακτορικό	7	5	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	21	37	58
	Δεν έχω	118	130	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	4	2	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	2	1	3
Σύνολο		191	219	410

$$x^2=8.158, df=7, p\text{-value} = 0.319.$$

Πίνακας 13. Συχνότητες για τη γνώση πιστοποίησης Π.Β. ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Γνώση Πιστοποίησης Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Έτη Υπηρεσίας	Έως 10	43	56	99
	11 – 20	91	96	187
	>21	62	62	124
Σύνολο		196	214	410

$$x^2=1.053, df=2, p\text{-value} = 0.591.$$

Πίνακας 14. Συχνότητες για τη γνώση πιστοποίησης Π.Β. ως προς την οικογενειακή κατάσταση και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Γνώση Πιστοποίησης Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένος	137	150	287
	Άγαμος/ Χωρισμένος	59	64	123
Σύνολο		196	214	410

$$x^2=0,002, df=1, p\text{-value} = 0.966.$$

Πίνακας 15. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Εμπειρία Ατυχήματος		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένος	139	148	287
	Άγαμος/ Χωρισμένος	52	71	123
Σύνολο		191	219	410

$$x^2=1.311, df=1, p\text{-value} = 0.252.$$

Πίνακας 16. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Κλήση για Παροχή Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένος	91	196	287
	Άγαμος/ Χωρισμένος	29	94	123
Σύνολο		120	290	410

$$x^2=2.749, df=1, p\text{-value} = 0.097.$$

Η εμπειρία ατυχήματος και η κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών σχετίζονταν με την γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών. Συγκεκριμένα 94 άτομα γνώριζαν για την πιστοποίηση και είχαν εμπειρία ατυχήματος (22,92%), έναντι 117 που δεν γνώριζαν και δεν είχαν εμπειρία (28,52%). Επίσης, μόνο 64 άτομα είχαν κληθεί να παράσχουν πρώτες βοήθειες και γνώριζαν για τη πιστοποίηση (15,6%), έναντι 158 που δεν χρειάστηκε να παρέχουν πρώτες βοήθειες και δε γνώριζαν για την πιστοποίηση πρώτων βοηθειών (38,54%).

Πίνακας 17. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς τη γνώση πιστοποίησης Π.Β. και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Γνώση Πιστοποίησης Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Εμπειρία Ατυχήματος	ΝΑΙ	94	97	191
	ΟΧΙ	102	117	219
Σύνολο		196	214	410

$$x^2=0.285, df=1, p\text{-value} = 0.594.$$

Πίνακας 18. Συχνότητες για την εμπειρία ατυχήματος ως προς τη γνώση πιστοποίησης Π.Β. και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		Γνώση Πιστοποίησης Π.Β.		
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	Σύνολο
Κλήση για Παροχή Π.Β.	ΝΑΙ	64	56	120
	ΟΧΙ	132	158	290
Σύνολο		196	214	410

$$\chi^2=2.078, df=1, p\text{-value} = 0.149.$$

4.2. Παρουσίαση της αξιολόγησης του επιπέδου της γνώσης του δείγματος στις πρώτες βοήθειες και στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

Η αξιολόγηση του επιπέδου της γνώσης των πρώτων βοηθειών και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), παρουσιάζεται στο πίνακα 19. Στη πρώτη στήλη υπάρχουν οι ερωτήσεις, στη δεύτερη στήλη τα ποσοστά της επιλογής «σωστό», στην τρίτη τα ποσοστά της επιλογής «λάθος», στην τέταρτη τα ποσοστά της επιλογής «δε γνωρίζω» και στην πέμπτη στήλη με την έντονη γραφή δίδεται η σωστή απάντηση. Η επιλογή «δε γνωρίζω» αντιπροσωπεύει την αναπάντητη ερώτηση. Η αξιολόγηση της γνώσης προκύπτει από το ποσοστό της σωστής απάντησης σε κάθε ερώτηση του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου. Στο πίνακα 19 αποτυπώνονται οι 7 πρώτες ερωτήσεις. Στην τρίτη ερώτηση παρατηρήθηκε ότι η διαφορά της σωστής απάντησης «λάθος» (56,3%) σε σχέση με την επιλογή απάντησης «σωστό» (43,2%) δεν είναι μεγάλη.

Πίνακας 19. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 1 έως 6.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
1. Στα μαθήματα πρώτων βοηθειών, μαθαίνετε να προσφέρετε επείγουσα φροντίδα με βάση τις ίδιες προτεραιότητες που χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες ιατρούς για την παροχή βοήθειας σε τραυματίες ή ασθενείς.	75,60%	22,90%	1,50%	ΣΩΣΤΟ
2. Όταν κάποιος χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, ο χρόνος είναι ζωτικής σημασίας γιατί όταν ένα άτομο δεν έχει καρδιακό παλμό και δεν αναπνέει, μπορεί να πραγματοποιηθεί αμετάκλητη εγκεφαλική βλάβη εντός μερικών λεπτών.	97,80%	2,00%	0,20%	ΣΩΣΤΟ
3. Θα δίσταζα να προσφέρω πρώτες βοήθειες, γιατί μπορεί να κατηγορηθώ αν κάτι δεν πήγαινε καλά.	43,20%	56,30%	0,50%	ΛΑΘΟΣ
4. Πρέπει να βοηθήσω κάποιον που χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, γιατί μπορεί να σωθεί η ζωή του.	94,60%	5,40%	-	ΣΩΣΤΟ
5. Πρέπει να βοηθήσω κάποιον που χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, γιατί μπορεί να μειωθεί η προσωρινή ή η μόνιμη αναπηρία του.	73,90%	25,90%	0,20%	ΣΩΣΤΟ
6. Πρέπει να βοηθήσω κάποιον που χρειάζεται επείγουσα φροντίδα γιατί μπορεί να μειωθεί ο χρόνος ανάρρωσής του.	61,50%	37,60%	1,00%	ΣΩΣΤΟ

Στον πίνακα 20, το δείγμα φάνηκε ότι δε γνώριζε την ερώτηση 8 επειδή είχε απαντηθεί η σωστή επιλογή «λάθος» σε ποσοστό 47,60%, το οποίο υπάγεται στα πλαίσια του στατιστικού λάθους.

Πίνακας 20. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 7 έως 10.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
7. Η «προτεραιότητα της κλήσης» σημαίνει ότι μόλις διαπιστώσετε ότι ένα άτομο δεν ανταποκρίνεται, καλείτε άμεσα ένα ασθενοφόρο ή κινητοποιείτε το 166.	86,80%	12,70%	0,50%	ΣΩΣΤΟ
8. Κάθε φορά που πραγματοποιείτε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), η καρδιά του ατόμου που κινδυνεύει θα ξεκινά να λειτουργεί και πάλι και θα τον επαναφέρετε στη ζωή.	51,50%	47,60%	1,00%	ΛΑΘΟΣ
9. Δεν θα πρέπει ποτέ να φοβάστε ότι θα βλάψετε ένα άτομο η καρδιά του οποίου έχει σταματήσει κατά την πραγματοποίηση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), επειδή δεν είναι δυνατό να επιδεινωθεί η κατάστασή του.	65,60%	32,40%	2,00%	ΣΩΣΤΟ
10. Ως εκπαιδευμένος στις πρώτες βοήθειες, ο γενικός κανόνας που μπορεί να σας βοηθήσει να αποφύγετε την μόλυνση από τα παθογόνα του αίματος είναι να τοποθετείτε πάντοτε ένα προστατευτικό ανάμεσα σε εσάς και οποιαδήποτε υγρασία ή οποιοδήποτε υγρό προέρχεται από ένα άτομο που κινδυνεύει.	85,60%	13,90%	0,50%	ΣΩΣΤΟ

Στον πίνακα 21 στην ερώτηση 12 παρουσιάστηκε ανεπάρκεια της γνώσης της σωστής απάντησης, αφού η επιλογή «σωστό» απαντήθηκε μόλις σε ποσοστό 36,30%. Στην ερώτηση 15 η σωστή επιλογή «σωστό» απαντήθηκε μόνο σε ποσοστό 41% και η ανεπάρκεια της γνώσης αυτής της ερώτησης ήταν στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 21. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 11 έως 16.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
11. Ως εκπαιδευμένος στις πρώτες βοήθειες, ο γενικός κανόνας που μπορεί να σας βοηθήσει να αποφύγετε την μόλυνση από τα παθογόνα του αίματος είναι να αφήσετε άτομο που κινδυνεύει να επιδέσει μόνο του τις πληγές του που αιμορραγούν κάθε φορά που αυτό είναι εφικτό.	28,50%	71,00%	0,50%	ΛΑΘΟΣ
12. Ο τρόπος που μπορείτε να αναγνωρίσετε την καρδιακή ανακοπή σε ένα άτομο που κινδυνεύει είναι όταν αυτό δεν ανταποκρίνεται όταν του μιλάτε ή τον αγγίζετε.	36,30%	61,20%	2,40%	ΣΩΣΤΟ
13. Ο τρόπος που μπορείτε να αναγνωρίσετε την καρδιακή ανακοπή σε ένα άτομο που κινδυνεύει είναι ότι αυτό δεν αναπνέει.	70,00%	28,50%	1,50%	ΣΩΣΤΟ
14. Η κινητοποίηση της υπηρεσίας αντιμετώπισης ιατρικού επείγοντος στην περιοχή σας είναι ο αριθμός τηλεφώνου 113.	11,00%	81,00%	8,00%	ΛΑΘΟΣ
15. Η παγκόσμια ένδειξη ότι κάποιος πνίγεται είναι να πιάνει το λαιμό του.	41,00%	57,30%	1,70%	ΣΩΣΤΟ
16. Η παγκόσμια ένδειξη ότι κάποιος πνίγεται είναι να μην μπορεί να αναπνεύσει ή να βήξει.	64,10%	34,40%	1,50%	ΣΩΣΤΟ

Στον πίνακα 22, στην ερώτηση 18 η σωστή επιλογή απάντησης «λάθος» απαντήθηκε σε ποσοστό μόλις 36,60%

Πίνακας 22. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 17 έως 22.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
17. Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), είναι να αυξήσει την πιθανότητα αναζωογόνησης του ατόμου που κινδυνεύει, διοχετεύοντας αίμα πλούσιο σε οξυγόνο από την καρδιά στα ζωτικά όργανα του σώματος.	75,60%	20,50%	3,90%	ΣΩΣΤΟ
18. Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), είναι να απινιδώσει την καρδιά ενός ασθενούς.	59,30%	36,60%	4,10%	ΛΑΘΟΣ
19. Ο απινιδισμός είναι σημαντικός σε ένα άτομο που κινδυνεύει από καρδιακή ανακοπή, γιατί διακόπτει τις ακανόνιστες συσπάσεις της καρδιάς, αποκαθιστώντας τον κανονικό καρδιακό παλμό	76,80%	20,30%	2,90%	ΣΩΣΤΟ
20. Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν άφθονο οξυγόνο σε ένα άτομο που κινδυνεύει και που δεν αναπνέει, αρκετό για την υποστήριξη της ζωής του.	81,20%	17,30%	1,50%	ΣΩΣΤΟ
21. Η αρτηριακή αιμορραγία είναι το αίμα ανοικτού κόκκινου χρώματος που αναβλύζει από μια πληγή με ρυθμό ίδιο με τον καρδιακό παλμό.	69,00%	26,60%	4,40%	ΣΩΣΤΟ
22. Η φλεβική αιμορραγία είναι το αίμα σκούρου κόκκινου χρώματος, που αναβλύζει από μια πληγή δίχως συγκεκριμένο ρυθμό.	75,40%	19,80%	4,80%	ΣΩΣΤΟ

Στον πίνακα 23, η ερώτηση 26 απαντήθηκε λανθασμένα σε ποσοστό 49,80% και μόνο το 45,10% απάντησε σωστά, το οποίο υπάγεται στα πλαίσια του στατιστικού λάθους.

Πίνακας 23. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 23 έως 28.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
23. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, δεν μπορεί να μετακινήσει ένα μέρος του σώματός του όταν του ζητηθεί.	73,90%	24,90%	1,20%	ΣΩΣΤΟ
24. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, έχει απώλεια ισορροπίας όταν επιχειρεί να περπατήσει ή να καθίσει.	68,80%	29,70%	1,50%	ΣΩΣΤΟ
25. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, έχει εφίδρωση και γρήγορο σφυγμό.	35,10%	59,50%	5,40%	ΛΑΘΟΣ
26. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, έχει προβλήματα όρασης, πονοκέφαλο και δυσκολία στην αναπνοή.	45,10%	49,80%	5,10%	ΣΩΣΤΟ
27. Υποψία για τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη υπάρχει όταν συμβεί ατύχημα από κατακόρυφη βουτιά σε πισίνα.	75,60%	22,90%	1,50%	ΣΩΣΤΟ
28. Υποψία για τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη υπάρχει όταν συμβεί ατύχημα με πτώση από ύψος μεγαλύτερο από το ύψος του ατόμου που κινδυνεύει.	76,10%	21,70%	2,20%	ΣΩΣΤΟ

Ενώ η ερώτηση 31 στο πίνακα 24 παρουσιάζει σημαντικό επίπεδο λανθασμένης αντίληψης από τους εκπαιδευτικούς, αφού το 86,60% του δείγματος απάντησε «σωστό» με την ορθή απάντηση «λάθος» να κατέχει ποσοστό μόλις 12,70%.

Πίνακας 24. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 29 έως 34.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
29. Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ατόμου που κινδυνεύει.	90,50%	5,90%	3,60%	ΣΩΣΤΟ
30. Ένα άτομο που κινδυνεύει και δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, χωρίς να υπάρχει υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική, πρέπει να τοποθετηθεί σε θέση ανάνηψης.	76,60%	20,50%	2,90%	ΣΩΣΤΟ
31. Ένα άτομο που κινδυνεύει και δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, χωρίς να υπάρχει υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική, πρέπει να μεταφερθεί αμέσως σε νοσοκομείο.	86,60%	12,70%	0,70%	ΛΑΘΟΣ
32. Σε έναν ενήλικα άτομο που κινδυνεύει, ο καλύτερος τρόπος να ελεγχθεί ο καρδιακός κτύπος είναι να αναζητήσετε ενδείξεις αναπνοής (κοιτάζτε, ακούστε, αισθανθείτε).	90,00%	10,00%	-	ΣΩΣΤΟ
33. Σε ένα διασώστη, η αναλογία θωρακικών συμπίεσεων προς αναπνοές διάσωσης για Κ.Α.Ρ.Π.Α. σε ενήλικα είναι 30 συμπίεσεις προς 2 αναπνοές.	56,80%	36,30%	6,80%	ΣΩΣΤΟ
34. Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η απευθείας πίεση.	81,20%	15,60%	3,20%	ΣΩΣΤΟ

Σε αυτήν την ομάδα ερωτήσεων απαντήθηκαν σωστά όλες οι ερωτήσεις από τους περισσότερους εκπαιδευτικούς. Όπως αποτυπώνεται στο πίνακα 25, οι ερωτήσεις 35 και 37 έδειξαν στατιστικά σημαντικά στοιχεία, επειδή τα ποσοστά των απαντήσεων «λάθους» και «σωστού» είναι πολύ κοντά.

Πίνακας 25. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 35 έως 39.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
35. Κατά τη διαχείριση σοβαρής αιμορραγίας, αν ο ελαστικός επίδεσμος ή η γάζα εμποτιστεί με αίμα, θα πρέπει γενικά να τον αφαιρέσετε και να τον αντικαταστήσετε με καινούργιο.	48,30%	50,00%	1,70%	ΛΑΘΟΣ
36. Η διαχείριση του σοκ συχνά περιλαμβάνει την ανύψωση των ποδιών του ατόμου που έχει ανάγκη βοήθειας κατά 15-30 εκατοστά και την προστασία από τον ήλιο ή την κάλυψή του, ώστε να διατηρηθεί η θερμοκρασία του σώματος με βάση το τοπικό κλίμα.	80,50%	16,30%	3,20%	ΣΩΣΤΟ
37. Η ακινητοποίηση και περιστροφή του σώματος, σας επιτρέπει να γυρίσετε το άτομο που έχει ανάγκη πρώτων βοηθειών ανάσκελα με προσοχή αν υποψιάζεστε τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης.	52,40%	43,20%	4,40%	ΣΩΣΤΟ
38. Αν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού επειγόντος, είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.	61,70%	35,90%	2,40%	ΣΩΣΤΟ
39. Ασθένεια είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.	75,40%	23,40%	1,20%	ΣΩΣΤΟ

Πίνακας 26. Παρουσίαση των ποσοστών των ερωτήσεων του Δεύτερου Μέρους από την ερώτηση 40 έως 41.

Ερώτηση	Ποσοστό Σωστού	Ποσοστό Λάθους	Ποσοστό Δε Γνωρίζω	Σωστή Απάντηση
40. Παράδειγμα τραυματισμού είναι τα εξαρθήματα και τα κατάγματα.	90,70%	9,30%	-	ΣΩΣΤΟ
41. Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, τοποθετείτε τον επίδεσμο όσο πιο σφιχτά μπορείτε.	34,40%	65,10%	0,50%	ΛΑΘΟΣ

4.3. Ανάλυση Πρώτης Υπόθεσης

Για την ανάλυση της πρώτης υπόθεσης εξετάστηκαν ως προς την ανεξαρτησία όλες οι ερωτήσεις του δεύτερου μέρους σε σχέση με το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση. Οι ερωτήσεις του δεύτερου μέρους είναι δυνατόν να ομαδοποιηθούν σε πολλές θεματικές ενότητες, αλλά για την παρούσα εργασία και ανάλυση ομαδοποιήθηκαν μόνο αυτές που αφορούσαν την Κ.Α.Ρ.Π.Α., την αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής και τη διάνοιξη του αεραγωγού. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν: 8, 9, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 29, 32, και 33. Επίσης, παρουσιάζονται οι πίνακες διπλής εισόδου με τον έλεγχο ανεξαρτησίας των μεταβλητών αυτών που έχουν σημαντική διαφορά και αυτών που έχουν σημαντική εξάρτηση άνω του 95%.

Πίνακας 27. Συχνότητες για την τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης ως προς το φύλο και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		10. Τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Φύλο	Άρρεν	125	11	0	136
	Θήλυ	226	46	2	274
Σύνολο		351	57	2	410

$$\chi^2=6.885 \text{ df}=2, \text{ p-value} = 0.032.$$

Πίνακας 28. Συχνότητες για την ένδειξη πνιγμού ή δυσκολία στην αναπνοή ως προς το φύλο και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		16. Ένδειξη πνιγμού - η δυσκολία στην αναπνοή			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Φύλο	Άρρεν	73	61	2	136
	Θήλυ	190	80	4	274
Σύνολο		263	141	6	410

$$\chi^2=9.955 \text{ df}=2, \text{ p-value} = 0.007.$$

Πίνακας 29. Συχνότητες για την διάκριση φλεβικής αιμορραγίας ως προς το φύλο και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		22. Διάκριση φλεβικής αιμορραγίας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Φύλο	Άρρεν	103	27	6	136
	Θήλυ	206	54	14	274
Σύνολο		309	81	20	410

$$\chi^2=0.095 \text{ df}=2, \text{ p-value} = 0.953.$$

Πίνακας 30. Συχνότητες για την διαχείριση αιμορραγίας – αντικατάσταση επιδέσμου ως προς το φύλο και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		35. Διαχείριση αιμορραγίας – αντικατάσταση επιδέσμου			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Φύλο	Άρρεν	66	68	2	136
	Θήλυ	132	137	5	274
Σύνολο		198	205	7	410

$$\chi^2=0.069 \text{ df}=2, \text{ p-value} = 0.966.$$

Από τους πίνακες 27 έως 30 φάνηκε ότι το δείγμα των εκπαιδευτικών παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το «φύλο» στις ερωτήσεις για την «τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης» και «ένδειξη πνιγμού ή δυσκολία στην αναπνοή». Επίσης, η ερώτηση για «διάκριση φλεβικής αιμορραγίας» και αυτή της «διαχείρισης αιμορραγίας – αντικατάσταση επιδέσμου», περιγράφηκαν από το φύλο σε ποσοστό 95,3% και 96,6% αντιστοίχως. Ουσιαστικά, οι ερωτήσεις για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. δε παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το «φύλο». Ακόμα και οι δύο ερωτήσεις για τις πρώτες βοήθειες που παρουσιάζουν

στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο, δεν δίνουν κάποια συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Πίνακας 31. Συχνότητες για το ότι ο 113 είναι ο αριθμός κλήσης ιατρικού επείγοντος ως προς την οικογενειακή κατάσταση και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		14. 113 ο αριθμός κλήσης ιατρικού επείγοντος			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένος	32	232	23	287
	Άγαμος/ Χωρισμένος	13	100	10	123
Σύνολο		45	322	33	410

$$x^2=0.030 \text{ df}=2, \text{ p-value} = 0.985.$$

Πίνακας 32. Συχνότητες για τον τρόπο διαχείρισης σοκ ως προς την οικογενειακή κατάσταση και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		36. Τρόπος διαχείρισης σοκ			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένος	231	47	9	287
	Άγαμος/ Χωρισμένος	99	20	4	123
Σύνολο		330	67	13	410

$$x^2=0.004 \text{ df}=2, \text{ p-value} = 0.998.$$

Στους πίνακες 31 και 32 παρουσιάστηκαν τα στατιστικά ευρήματα για την «οικογενειακή κατάσταση». Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά με καμία από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, που αξιολογούν τη γνώση των πρώτων βοηθειών και της Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Ιδιαίτερα οι ερωτήσεις για το ότι ο «αριθμός 113 είναι ο αριθμός κλήσης ιατρικού επείγοντος» και ο «τρόπος διαχείρισης σοκ», περιγράφηκαν από την οικογενειακή κατάσταση σε ποσοστό 98,5% και 99,8% αντιστοίχως.

Πίνακας 33. Συχνότητες για τη βοήθεια – μειώνει την αναπηρία ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		5. Η βοήθεια – μειώνει την αναπηρία			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Ηλικία	<35	38	29	0	67
	36 – 50	212	70	1	283
	>51	53	7	0	60
Σύνολο		303	106	1	410

$$\chi^2=17.537 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.002.$$

Πίνακας 34. Συχνότητες για τη βοήθεια μειώνει το χρόνο ανάρρωσης ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		6. Η βοήθεια – μειώνει το χρόνο ανάρρωσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Ηλικία	<35	29	38	0	67
	36 – 50	175	106	2	283
	>51	48	10	2	60
Σύνολο		252	154	4	410

$$\chi^2=24.765 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.000.$$

Πίνακας 35. Συχνότητες για την εφαρμογή Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία της καρδιάς ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		8. Εφαρμογή Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία της καρδιάς			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Ηλικία	<35	33	33	1	67
	36 – 50	132	149	2	283
	>51	46	13	1	60
Σύνολο		211	195	4	410

$$\chi^2=19.474 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.001.$$

Πίνακας 36. Συχνότητες για την διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		21. Διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Ηλικία	<35	40	27	0	67
	36 – 50	198	69	16	283
	>51	45	13	2	60
Σύνολο		283	109	18	410

$$\chi^2=11.116 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.025.$$

Πίνακας 37. Συχνότητες για την διάκριση φλεβικής αιμορραγίας ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		22. Διάκριση φλεβικής αιμορραγίας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Ηλικία	<35	45	21	1	67
	36 – 50	216	49	18	283
	>51	48	11	1	60
Σύνολο		309	81	20	410

$$\chi^2=10.390 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.034.$$

Πίνακας 38. Συχνότητες για τον τραυματισμό σπονδυλικής στήλης – εφίδρωση, γρήγορος σφυγμός ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		25. Τραυματισμός σπονδυλικής στήλης – εφίδρωση, γρήγορος σφυγμός			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Ηλικία	<35	28	39	0	67
	36 – 50	90	172	21	283
	>51	26	33	1	60
Σύνολο		144	244	22	410

$$\chi^2=10.541 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.032.$$

Πίνακας 39. Συχνότητες για την παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας ως προς την ηλικία και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		38. Παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Ηλικία	<35	40	26	1	67
	36 – 50	176	99	8	283
	>51	37	22	1	60
Σύνολο		253	147	10	410

$$x^2=0.856 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.931.$$

Η «ηλικία» παρουσίασε με πολλές μεταβλητές σημαντικές διαφορές, που παρουσιάστηκαν στους πίνακες 33 έως 39. Η «εφαρμογή Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία της καρδιάς» παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά με την «ηλικία», αλλά όλες οι άλλες ερωτήσεις που απαρτίζουν την ομάδα της Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφορές ως προς την «ηλικία». Επίσης, οι ερωτήσεις για τις Π.Β. που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με την «ηλικία» είναι η 5, 6, 21, 22 και 25 του δεύτερου μέρους. Από αυτές φάνηκε μια στατιστική σημαντική διαφορά των ερωτήσεων που σχετίζονται με την «αιμορραγία» σε σχέση με την «ηλικία». Το σημαντικό στην ανεξάρτητη μεταβλητή «ηλικία» αποτελεί ότι η μεγαλύτερη εξάρτηση παρατηρήθηκε με την μεταβλητή «παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας» σε επίπεδο 93,1%.

4.4. Ανάλυση Δεύτερης Υπόθεσης

Η δεύτερη υπόθεση ελέγχει την ανεξαρτησία των ερωτήσεων αξιολόγησης της γνώσης των πρώτων βοηθειών και της Κ.Α.Ρ.Π.Α. με τις μεταπτυχιακές σπουδές και τα έτη υπηρεσίας. Παρουσιάζονται οι πίνακες διπλής εισόδου και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών που είναι ανεξάρτητοι και αυτών που εξαρτώνται άνω του 95%.

Πίνακας 40. Συχνότητες του χρόνου είναι ζωτικής σημασίας ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		2. Χρόνος είναι ζωτικής σημασίας			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΣΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	80	1	0	81
	Διδακτορικό	12	0	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	57	1	0	58
	Δεν έχω	241	6	1	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	6	0	0	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	3	0	0	3
Σύνολο		401	8	1	410

$$\chi^2=1.639 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 1.000.$$

Πίνακας 41. Συχνότητες της εφαρμογής Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία της καρδιάς ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		8. Εφαρμογή Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία της καρδιάς			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	33	47	1	81
	Διδακτορικό	7	5	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	31	26	1	58
	Δεν έχω	133	114	1	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	3	2	1	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	3	0	0	3
Σύνολο		211	195	4	410

$$\chi^2=25.979 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 0.026.$$

Πίνακας 42. Συχνότητες της τοποθέτησης προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		10. Τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	70	11	0	81
	Διδακτορικό	11	1	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	47	10	1	58
	Δεν έχω	212	35	1	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	6	0	0	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	3	0	0	3
Σύνολο		351	57	2	410

$$\chi^2=5.103 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 0.984.$$

Πίνακας 43. Συχνότητες του 113 ο αριθμός κλήσης ιατρικού επείγοντος ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		14. 113 ο αριθμός κλήσης ιατρικού επείγοντος			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	6	72	3	81
	Διδακτορικό	1	11	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	10	42	6	58
	Δεν έχω	26	199	23	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	2	4	0	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	0	1	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	0	3	0	3
Σύνολο		45	332	33	410

$$\chi^2=23.922 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 0.047.$$

Πίνακας 44. Συχνότητες της ένδειξης πνιγμού το πιάσιμο του λαιμού ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		15. Ένδειξη πνιγμού το πιάσιμο του λαιμού			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	25	56	0	81
	Διδακτορικό	1	11	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	31	26	1	58
	Δεν έχω	108	134	6	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	6	0	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	0	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	2	1	0	3
Σύνολο		168	235	7	410

$$\chi^2=24.047 \text{ df}=14, \text{ p-value}=0.045.$$

Πίνακας 45. Συχνότητες για δίχως αισθήσεις και κίνδυνο – τοποθέτηση σε θέση ανάνηψης ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		30. Δίχως αισθήσεις – τοποθέτηση σε θέση ανάνηψης			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	61	19	1	81
	Διδακτορικό	10	2	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	49	7	2	58
	Δεν έχω	189	51	8	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	2	4	0	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	0	1	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	1	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	3	0	0	3
Σύνολο		314	84	12	410

$$\chi^2=50.131 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 0.000.$$

Πίνακας 46. Συχνότητες άτομο σε κίνδυνο – μεταφορά σε νοσοκομείο ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		31. Άτομο σε κίνδυνο – μεταφορά σε νοσοκομείο			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	67	14	0	81
	Διδακτορικό	6	6	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	49	9	0	58
	Δεν έχω	223	22	3	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	6	0	0	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	2	1	0	3
Σύνολο		355	52	3	410

$$\chi^2=24.366 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 0.041.$$

Πίνακας 47. Συχνότητες Κ.Α.Ρ.Π.Α. - αναλογία 30 συμπίεσεις προς 2 αναπνοές ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		33. Κ.Α.Ρ.Π.Α. - αναλογία 30 συμπίεσεις προς 2 αναπνοές			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	40	39	2	81
	Διδακτορικό	8	4	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	32	21	5	58
	Δεν έχω	146	83	19	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	4	1	1	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	0	0	1	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	2	1	0	3
Σύνολο		233	149	28	410

$$\chi^2=24.761 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 0.037.$$

Πίνακας 48. Συχνότητες του τρόπου διαχείρισης σοκ ως προς τις μεταπτυχιακές σπουδές και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		36. Τρόπος διαχείρισης σοκ			
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	ΣΥΝΟΛΟ
Μεταπτυχιακές Σπουδές ή Μετεκπαίδευση	Μεταπτυχιακό	65	13	3	81
	Διδακτορικό	11	1	0	12
	Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	48	8	2	58
	Δεν έχω	198	43	7	248
	Μεταπτυχιακό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	4	1	1	6
	Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό – Δεύτερο Πτυχίο/ Άλλο	1	0	0	1
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	2	1	0	3
Σύνολο		330	67	13	410

$$\chi^2=6.426 \text{ df}=14, \text{ p-value} = 0.955.$$

Από τους πίνακες 40 έως 48 φαίνεται ότι οι μεταπτυχιακές σπουδές επηρεάζουν τις απαντήσεις για την αξιολόγηση της γνώσης της Κ.Α.Ρ.Π.Α. παρά το ότι οι ερωτήσεις «εφαρμογής Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία της καρδιάς» (ερώτηση 8) και «Κ.Α.Ρ.Π.Α. - αναλογία 30 συμπιέσεις προς 2 αναπνοές» (ερώτηση 33) παρουσιάζουν ανεξαρτησία. Από την άλλη, οι μεταπτυχιακές σπουδές δεν συσχετίζονται μόνο με τις μεταβλητές «113 ο αριθμός κλήσης ιατρικού επείγοντος» (ερώτηση 14), «ένδειξη πνιγμού το πιάσιμο του λαιμού» (ερώτηση 15), «δίχως αισθήσεις και κίνδυνο – τοποθέτηση σε θέση ανάνηψης» (ερώτηση 30) και «άτομο σε κίνδυνο – μεταφορά σε νοσοκομείο» (ερώτηση 31). Αυτό δηλώνει εξάρτηση των απαντήσεων για την αξιολόγηση της γνώσης πρώτων βοηθειών και δεν μπορεί να εξαχθεί βέβαιο συμπέρασμα ανεξαρτησίας μιας υποομάδας των πρώτων βοηθειών.

Πίνακας 49. Συχνότητες η παροχή βοήθειας – σώζει ζωή ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		4. Η παροχή βοήθειας – σώζει ζωή			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	95	4	0	99
	11 – 20	170	17	0	187
	>21	123	1	0	124
Σύνολο		388	22	0	410

$$\chi^2=10.529 \text{ df}=2, \text{ p-value} = 0.005.$$

Πίνακας 50. Συχνότητες για τη βοήθεια – μειώνει αναπηρία ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		5. Η παροχή βοήθειας – μειώνει αναπηρία			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	66	33	0	99
	11 – 20	132	54	1	187
	>21	105	19	0	124
Σύνολο		303	106	1	410

$$\chi^2=12.242 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.016.$$

Πίνακας 51. Συχνότητες για τη βοήθεια – μειώνει το χρόνο ανάρρωσης ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		6. Η παροχή βοήθειας – μειώνει το χρόνο ανάρρωσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	53	46	0	99
	11 – 20	106	80	1	187
	>21	93	28	3	124
Σύνολο		252	154	4	410

$$\chi^2=20.246 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.000$$

Πίνακας 52. Συχνότητες για την προτεραιότητα κλήσης – κλήση 166 ή ασθενοφόρου ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		7. Προτεραιότητα κλήσης – κλήση 166 ή ασθενοφόρου			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	80	19	0	99
	11 – 20	165	22	0	187
	>21	111	11	2	124
Σύνολο		356	52	2	410

$$\chi^2=10.024 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.040.$$

Πίνακας 53. Συχνότητες για την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ – επαναλειτουργία της καρδιάς ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		8. Εφαρμογή Κ.Α.Ρ.Π.Α. – επαναλειτουργία της καρδιάς			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	45	53	1	99
	11 – 20	85	101	1	187
	>21	81	41	2	124
Σύνολο		211	195	4	410

$$\chi^2=15.382 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.004.$$

Πίνακας 54. Συχνότητες για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν επιδεινώνει τη κατάσταση του ασθενούς ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		9. Η Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν επιδεινώνει τη κατάσταση του ασθενούς			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	57	40	2	99
	11 – 20	114	71	2	187
	>21	98	22	4	124
Σύνολο		269	133	8	410

$$\chi^2=18.730 \text{ df}=4, \text{ p-value} = 0.001.$$

Πίνακας 55. Συχνότητες για το ότι ο 113 είναι ο αριθμός κλήσης του ιατρικού επείγοντος ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		14. 113 ο αριθμός κλήσης του ιατρικού επείγοντος			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	17	77	5	99
	11 – 20	17	158	12	187
	>21	11	97	16	124
Σύνολο		45	332	33	410

$$X^2=10.450, do=4, p\text{-value} = 0.033.$$

Πίνακας 56. Συχνότητες για την ένδειξη πνιγμού η δυσκολία στην αναπνοή ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		16. Ένδειξη πνιγμού η δυσκολία στην αναπνοή			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	69	30	0	99
	11 – 20	109	77	1	187
	>21	85	34	5	124
Σύνολο		263	141	6	410

$$X^2=14.730, do=4, p\text{-value} = 0.005.$$

Πίνακας 57. Συχνότητες για την διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		21. Διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	65	33	1	99
	11 – 20	123	53	11	187
	>21	95	23	6	124
Σύνολο		283	109	18	410

$$X^2=9.990, do=4, p\text{-value} = 0.041.$$

Πίνακας 58. Συχνότητες για τον τραυματισμό σπονδυλικής στήλης – εφίδρωση, γρήγορος σφυγμός ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		25. Τραυματισμός σπονδυλικής στήλης – εφίδρωση, γρήγορος σφυγμός			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	37	61	1	99
	11 – 20	68	112	7	187
	>21	39	71	14	124
Σύνολο		144	244	22	410

$\chi^2=13.414$, $do=4$, $p\text{-value} = 0.009$.

Πίνακας 59. Συχνότητες για τον τραυματισμό σπονδυλικής στήλης – προβλήματα όρασης, δυσκολία αναπνοής ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		26. Τραυματισμός σπονδυλικής στήλης - προβλήματα όρασης, δυσκολία αναπνοής			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	52	45	2	99
	11 – 20	91	88	8	187
	>21	42	71	11	124
Σύνολο		185	204	21	410

$\chi^2=12.767$, $do=4$, $p\text{-value} = 0.012$.

Πίνακας 60. Συχνότητες για την ΚΑΡΠΑ – 30 συμπίεσεις προς 2 αναπνοές ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		33. Κ.Α.Ρ.Π.Α. – 30 συμπίεσεις προς 2 αναπνοές			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	56	39	4	99
	11 – 20	103	77	7	187
	>21	74	33	17	124
Σύνολο		233	149	28	410

$$\chi^2=17.296, do=4, p\text{-value} = 0.002.$$

Πίνακας 61. Συχνότητες για την διαχείριση αιμορραγίας – απευθείας πίεση ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		34. Διαχείριση αιμορραγίας – απευθείας πίεση			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	74	23	2	99
	11 – 20	159	26	2	187
	>21	100	15	9	124
Σύνολο		333	64	13	410

$$\chi^2=15.414, do=4, p\text{-value} = 0.004.$$

Πίνακας 62. Συχνότητες για την διαχείριση αιμορραγίας – αντικατάσταση επιδέσμου ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		35. Διαχείριση αιμορραγίας – αντικατάσταση επιδέσμου			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	50	48	1	99
	11 – 20	90	94	3	187
	>21	58	63	3	124
Σύνολο		198	205	7	410

$$\chi^2=0.887, do=4, p\text{-value} = 0.926.$$

Πίνακας 63. Συχνότητες για την υποψία τραυματισμού σπονδυλικής στήλης – ακινητοποίηση περιστροφή σώματος ως προς τα έτη υπηρεσίας και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		37. Υποψία τραυματισμού σπονδυλικής στήλης – ακινητοποίηση περιστροφή σώματος			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Έτη υπηρεσίας	<10	44	54	1	99
	11 – 20	104	75	8	187
	>21	67	48	9	124
Σύνολο		215	177	18	410

$$\chi^2=10.476, do=4, p\text{-value} = 0.033.$$

Από τους παραπάνω πίνακες (49 έως 63) φάνηκε ότι τα «έτη υπηρεσίας» διαφοροποιήθηκαν εν μέρει από τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο γνώσης για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. Από τις 11 ερωτήσεις που απαρτίζουν την ομάδα της Κ.Α.Ρ.Π.Α., σε τρεις παρουσιάστηκε στατιστική ανεξαρτησία (ερωτήσεις 8, 9 και 33). Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες της ομάδας που δεν παρουσίασαν μεγάλη στατιστική εξάρτηση, έδειξε στατιστικά ευρήματα ανεξαρτησίας. Στο σύνολο της γνώσης των πρώτων βοηθειών παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις 4, 5, 6, 7, 14, 16, 21, 25, 26, 34 και 37.

4.5. Ανάλυση Τρίτης Υπόθεσης

Σε αυτήν την υπόθεση ελέγχθηκε εάν οι απαντήσεις που δόθηκαν από το δείγμα για την αξιολόγηση της γνώσης πρώτων βοηθειών και της Κ.Α.Ρ.Π.Α. εξαρτώνται από τις μεταβλητές «παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών», «εμπειρία ατυχήματος», «κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών» και «γνώση για την πιστοποίηση πρώτων βοηθειών». Παρουσιάζονται οι πίνακες διπλής εισόδου και ο έλεγχος ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές που είναι ανεξάρτητες και αυτές που εξαρτώνται πάνω από 95%.

Πίνακας 64. Συχνότητες για την αιτία δισταγμού παροχής Π.Β. ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		3. Αιτία δισταγμού παροχής Π.Β.			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	NAI	43	98	2	143
	OXI	134	133	0	267
Σύνολο		177	231	2	410

$$\chi^2=18.256, df=2, p\text{-value} = 0.000.$$

Πίνακας 65. Συχνότητες για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν επιδεινώνει τη κατάσταση του ασθενούς ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		9. Η Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν επιδεινώνει τη κατάσταση του ασθενούς			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	NAI	105	35	2	143
	OXI	164	98	5	267
Σύνολο		269	133	8	410

$$\chi^2=6.362, df=2, p\text{-value} = 0.042.$$

Πίνακας 66. Συχνότητες για την ένδειξη ανακοπής – η μη ανταπόκριση στην ομιλία ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		12. Ένδειξη καρδιακής ανακοπής – η μη ανταπόκριση στην ομιλία			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	NAI	30	111	2	143
	OXI	119	140	8	267
Σύνολο		149	251	10	410

$$\chi^2=18.256, df=2, p\text{-value} = 0.000.$$

Πίνακας 67. Συχνότητες για την διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		21. Διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	NAI	110	26	7	143
	OXI	173	83	11	267
Σύνολο		283	109	18	410

$\chi^2=7.945$, $df=2$, $p\text{-value} = 0.019$.

Πίνακας 68. Συχνότητες για την υπόνοια τραυματισμού στην σπονδυλική στήλη – θέση ανάληψης ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		30. Υπόνοια τραυματισμού στην σπονδυλική στήλη – θέση ανάληψης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	NAI	110	29	4	143
	OXI	204	55	8	267
Σύνολο		314	84	12	410

$\chi^2=0.021$, $df=2$, $p\text{-value} = 0.990$.

Πίνακας 69. Συχνότητες για την διαχείριση αιμορραγίας – αντικατάσταση επιδέσμου ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		35. Διαχείριση αιμορραγίας – αντικατάσταση επιδέσμου			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	NAI	59	78	6	143
	OXI	139	127	1	267
Σύνολο		198	205	7	410

$\chi^2=11.122$, $df=2$, $p\text{-value} = 0.004$.

Πίνακας 70. Συχνότητες για την υποψία τραυματισμού σπονδυλικής στήλης – ακινητοποίηση περιστροφή σώματος ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		37. Υποψία τραυματισμού σπονδυλικής στήλης – ακινητοποίηση περιστροφή σώματος			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	62	74	7	143
	ΟΧΙ	153	103	11	267
Σύνολο		215	177	18	410

$$\chi^2=7.324, df=2, p\text{-value} = 0.026.$$

Πίνακας 71. Συχνότητες για την τοποθέτηση επιδέσμου σε τραύμα ως προς την παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		41. Τοποθέτηση επιδέσμου σε τραύμα			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Παρακολούθηση Σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	37	105	1	143
	ΟΧΙ	104	162	1	267
Σύνολο		141	267	2	410

$$\chi^2=7.158, df=2, p\text{-value} = 0.028.$$

Από τους παραπάνω πίνακες (64 έως 71), δεν φάνηκε να υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ της Κ.Α.Ρ.Π.Α. και της παρακολούθησης σεμιναρίων πρώτων βοηθειών, έστω και εάν υπήρχε ανεξαρτησία σε δύο ερωτήσεις της ομάδας (ερωτήσεις 9 και 12). Επιπροσθέτως, στο σύνολο της αξιολόγησης της γνώσης πρώτων βοηθειών παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις ερωτήσεις 3, 21, 35, 37 και 41. Από αυτές αποτυπώθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά με μια υποομάδα ερωτήσεων που αφορά τη διαχείριση τραυμάτων και αιμορραγιών (ερωτήσεις, 10, 11, 21, 22, 34, 35 και 41). Τέλος, για την ερώτηση 30 παρουσιάστηκε η μεγαλύτερη εξάρτηση με το 99% των απαντήσεων των εκπαιδευτικών να επηρεάζεται από την παρακολούθηση σεμιναρίων Π.Β..

Πίνακας 72. Συχνότητες για την τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης ως προς την εμπειρία ατυχήματος και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		10. Τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εμπειρία Ατυχήματος	ΝΑΙ	155	34	2	191
	ΟΧΙ	196	23	0	219
Σύνολο		351	57	2	410

$$\chi^2=7.033, df=2, p\text{-value} = 0.030.$$

Πίνακας 73. Συχνότητες για το ότι ο ασθενής επιδένει τα τραύματα – αποφυγή μόλυνσης ως προς την εμπειρία ατυχήματος και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		11. Ο ασθενής επιδένει τα τραύματα – αποφυγή μόλυνσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εμπειρία Ατυχήματος	ΝΑΙ	68	122	1	191
	ΟΧΙ	49	169	1	219
Σύνολο		117	291	2	410

$$\chi^2=8.805, df=2, p\text{-value} = 0.012.$$

Πίνακας 74. Συχνότητες για το ότι ο 113 είναι ο αριθμός κλήσης του ιατρικού επείγοντος ως προς την εμπειρία ατυχήματος και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		14. 113 ο αριθμός κλήσης του ιατρικού επείγοντος			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εμπειρία Ατυχήματος	ΝΑΙ	21	155	15	191
	ΟΧΙ	24	177	18	219
Σύνολο		45	332	33	410

$$\chi^2=0.018, df=2, p\text{-value} = 0.991.$$

Πίνακας 75. Συχνότητες για τον έλεγχο καρδιακού κτύπου – ενδείξεις αναπνοής ως προς την εμπειρία ατυχήματος και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		32. Έλεγχος καρδιακού κτύπου – ενδείξεις αναπνοής			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εμπειρία Ατυχήματος	ΝΑΙ	172	19	0	191
	ΟΧΙ	197	22	0	219
Σύνολο		369	41	0	410

$$x^2=0.001, df=1, p\text{-value} = 0.974.$$

Πίνακας 76. Συχνότητες για την παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας ως προς την εμπειρία ατυχήματος και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		38. Παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εμπειρία Ατυχήματος	ΝΑΙ	131	57	3	191
	ΟΧΙ	122	90	7	219
Σύνολο		253	147	10	410

$$x^2=7.451, df=2, p\text{-value} = 0.024.$$

Πίνακας 77. Συχνότητες για την ασθένεια – μη υγιής κατάσταση σώματος ως προς την εμπειρία ατυχήματος και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		39. Ασθένεια – μη υγιής κατάσταση σώματος			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Εμπειρία Ατυχήματος	ΝΑΙ	155	33	3	191
	ΟΧΙ	154	63	2	219
Σύνολο		309	96	5	410

$$x^2=7.702, df=2, p\text{-value} = 0.021.$$

Όπως φάνηκε από τους παραπάνω πίνακες (72 έως 77), δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της γνώσης για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. με την «εμπειρία ατυχήματος» και ότι στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν στις ερωτήσεις 10, 11, 38 και 39, από τις οποίες δεν εξήχθησαν σημαντικά ευρήματα για το σύνολο της γνώσης Π.Β. σε σχέση με την «εμπειρία ατυχήματος». Τέλος, οι ερωτήσεις 14 και

32 παρουσίασαν μεγάλη αλληλεπίδραση σε σχέση με την «εμπειρία ατυχήματος» της τάξεως 99,1% και 97,4% αντιστοίχως.

Πίνακας 78. Συχνότητες για την αιτία δισταγμού παροχής Π.Β. ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		3. Αιτία δισταγμού παροχής Π.Β.			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	40	79	1	120
	OXI	137	152	1	290
Σύνολο		177	231	2	410

$$x^2=6.931, df=2, p\text{-value} = 0.031.$$

Πίνακας 79. Συχνότητες για την βοήθεια – μειώνει χρόνο ανάρρωσης ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		6. Βοήθεια – μειώνει χρόνο ανάρρωσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	81	36	3	120
	OXI	171	118	1	290
Σύνολο		252	154	4	410

$$x^2=7.629, df=2, p\text{-value} = 0.022.$$

Πίνακας 80. Συχνότητες για την τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		10. Τοποθέτηση προστατευτικού – αποφυγή μόλυνσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	94	25	1	120
	OXI	257	32	1	290
Σύνολο		351	57	2	410

$$x^2=7.327, df=2, p\text{-value} = 0.026.$$

Πίνακας 81. Συχνότητες για τον ασθενής επιδέξει τα τραύματα – αποφυγή μόλυνσης ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		11. Ο ασθενής επιδέξει τα τραύματα – αποφυγή μόλυνσης			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	23	97	0	120
	OXI	94	194	2	290
Σύνολο		117	291	2	410

$$x^2=8.370, df=2, p\text{-value} = 0.015.$$

Πίνακας 82. Συχνότητες για την ένδειξη πνιγμού το πιάσιμο στο λαιμό ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		15. Ένδειξη πνιγμού το πιάσιμο του λαιμό			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	40	75	5	120
	OXI	128	160	2	290
Σύνολο		168	235	7	410

$$x^2=9.224, df=2, p\text{-value} = 0.010.$$

Πίνακας 83. Συχνότητες για την ένδειξη πνιγμού η δυσκολία στην αναπνοή ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		16. Ένδειξη πνιγμού η δυσκολία στην αναπνοή			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	82	33	5	120
	OXI	181	108	1	290
Σύνολο		263	141	6	410

$$x^2=11.277, df=2, p\text{-value} = 0.004.$$

Πίνακας 84. Συχνότητες για τον τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη – εφίδρωση, γρήγορος σφυγμός ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		25. Τραυματισμός στη σπονδυλική στήλη – εφίδρωση, γρήγορος σφυγμός			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	28	84	8	120
	OXI	116	160	14	290
Σύνολο		144	244	22	410

$$x^2=10.384, df=2, p\text{-value} = 0.006.$$

Πίνακας 85. Συχνότητες για τον τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη – προβλήματα όρασης, δυσκολία αναπνοής ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		26. Τραυματισμός στη σπονδυλική στήλη – προβλήματα όρασης, δυσκολία αναπνοής			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	40	70	10	120
	OXI	145	134	11	290
Σύνολο		185	204	21	410

$$x^2=11.150, df=2, p\text{-value} = 0.004.$$

Πίνακας 86. Συχνότητες για την υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική στήλη – κατακόρυφη βουτιά σε πισίνα ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		27. Υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική στήλη – κατακόρυφη βουτιά σε πισίνα			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	NAI	79	38	3	120
	OXI	231	56	3	290
Σύνολο		310	94	6	410

$$x^2=9.043, df=2, p\text{-value} = 0.011.$$

Πίνακας 87. Συχνότητες για το άτομο σε κίνδυνο – μεταφορά σε νοσοκομείο ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		31. Άτομο σε κίνδυνο – μεταφορά σε νοσοκομείο			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	104	15	1	120
	ΟΧΙ	251	37	2	290
Σύνολο		355	52	3	410

$$x^2=0.029, df=2, p\text{-value} = 0.986.$$

Πίνακας 88. Συχνότητες για τον έλεγχο καρδιακού κτύπου – ενδείξεις αναπνοής ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		32. Έλεγχος καρδιακού κτύπου – ενδείξεις αναπνοής			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	108	12	0	120
	ΟΧΙ	261	29	0	290
Σύνολο		369	41	0	410

$$x^2=0.000, df=1, p\text{-value} = 1.000$$

Πίνακας 89. Συχνότητες για την τοποθέτηση επιδέσμου σε τραύματα ως προς την κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		41. Τοποθέτηση επιδέσμου σε τραύματα			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Κλήση για παροχή Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	22	96	2	120
	ΟΧΙ	119	171	0	290
Σύνολο		141	267	2	410

$$x^2=23.319, df=2, p\text{-value} = 0.000.$$

Από τους παραπάνω πίνακες (78 έως 89) φάνηκε ότι οι ερωτήσεις για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντική διαφορά με τη «κλήση για παροχή Π.Β.» και ιδιαίτερα η ερώτηση 32 του δεύτερου μέρους που αποτελεί μέρος της αξιολόγησης της γνώσης για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. ήταν εξαρτημένη απόλυτα από τη

«κλήση για παροχή Π.Β.» στο δείγμα των εκπαιδευτικών. Επίσης η ερώτηση 31 περιγράφηκε από την «κλήση για παροχή Π.Β.» σε επίπεδο 98,6% και η αξιολόγηση της γνώσης Π.Β. δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές στο σύνολο της. Όμως, στις ερωτήσεις για την ένδειξη πνιγμού (ερωτήσεις 15 και 16) υπάρχει ανεξαρτησία, καθώς και στις ερωτήσεις 10,11 και 41 που αφορούν την διαχείριση τραυμάτων και αιμορραγιών, υπάρχει μια τάση για διαφοροποίηση.

Πίνακας 90. Συχνότητες για την ένδειξη ανακοπής – μη ανταπόκριση στην ομιλία ως προς την γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		12. Ένδειξη καρδιακής ανακοπής – μη ανταπόκριση στην ομιλία			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Γνώση Πιστοποίησης Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	72	119	5	196
	ΟΧΙ	77	132	5	214
Σύνολο		149	251	10	410

$$\chi^2=0.051, df=2, p\text{-value} = 0.975.$$

Πίνακας 91. Συχνότητες για την Κ.Α.Ρ.Π.Α. – απινίδωση καρδιάς ως προς την γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		18. Κ.Α.Ρ.Π.Α. – απινίδωση καρδιάς			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Γνώση Πιστοποίησης Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	117	71	8	196
	ΟΧΙ	126	79	9	214
Σύνολο		243	150	17	410

$$\chi^2=0.029, df=2, p\text{-value} = 0.986.$$

Πίνακας 92. Συχνότητες για την διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας ως προς την γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		21. Διάκριση αρτηριακής αιμορραγίας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Γνώση Πιστοποίησης Πρώτων Βοηθειών	NAI	136	51	9	196
	OXI	147	58	9	214
Σύνολο		283	109	18	410

$$x^2=0.087, df=2, p\text{-value} = 0.957.$$

Πίνακας 93. Συχνότητες για τον τραυματισμό σπονδυλικής στήλης – απώλεια ισορροπίας ως προς την γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		24. Τραυματισμός σπονδυλικής στήλης – απώλεια ισορροπίας			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Γνώση Πιστοποίησης Πρώτων Βοηθειών	NAI	147	48	1	196
	OXI	135	74	5	214
Σύνολο		282	122	6	410

$$x^2=7.943, df=2, p\text{-value} = 0.019.$$

Πίνακας 94. Συχνότητες για τον τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη – προβλήματα όρασης, δυσκολία αναπνοής ως προς την γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		26. Τραυματισμός στη σπονδυλική στήλη – προβλήματα όρασης, δυσκολία αναπνοής			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Γνώση Πιστοποίησης Πρώτων Βοηθειών	NAI	105	82	9	196
	OXI	80	122	12	214
Σύνολο		185	204	21	410

$$x^2=10.881, df=2, p\text{-value} = 0.004.$$

Πίνακας 95. Συχνότητες για την τοποθέτηση επιδέσμου σε τραύμα ως προς την γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών και η σημαντικότητα μεταξύ αυτών.

		41. Τοποθέτηση επιδέσμου σε τραύμα			Σύνολο
		ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΩ	
Γνώση Πιστοποίησης Πρώτων Βοηθειών	ΝΑΙ	79	115	2	196
	ΟΧΙ	62	152	0	214
Σύνολο		141	267	2	410

$$\chi^2=8.403, df=2, p\text{-value} = 0.015.$$

Οι παραπάνω πίνακες (88 έως 95) έδειξαν ότι η γνώση για τη Κ.Α.Ρ.Π.Α. δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές με τη «γνώση πιστοποίησης Π.Β.» Παρατηρήθηκε στις ερωτήσεις 24, 26, και 41 ανεξαρτησία με τη «γνώσης πιστοποίησης Π.Β.». Επομένως, και στο σύνολο της η αξιολόγηση της γνώσης των πρώτων βοηθειών δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά με την «γνώση πιστοποίησης πρώτων βοηθειών».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

5.1. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα, μελετά το επίπεδο των γνώσεων όσον αφορά την παροχή των πρώτων βοηθειών και της Κ.Α.Ρ.Π.Α., σε δείγμα εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ο πληθυσμός στόχος ήταν οι εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης όλων των ειδικοτήτων της περιφέρειας Αττικής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 410 εκπαιδευτικών δημόσιων δημοτικών σχολείων, οι οποίοι συμπλήρωσαν εθελοντικά και ανώνυμα το ερωτηματολόγιο που τους δόθηκε.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 34,90% των εκπαιδευτικών έχει παρακολουθήσει σεμινάρια Π.Β. και ιδιαίτερα από το ποσοστό αυτό, το 36.36% είναι άνδρες ενώ το 63,64% είναι γυναίκες.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συγκλίνουν με πλήθος ερευνών που αφορούν τόσο τις γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και τις γνώσεις των εκπαιδευτικών. Στη μελέτη των Καπάδοχου και συν. (2008) το 42% των νοσηλευτών είχε παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών και Κ.Α.Ρ.Π.Α. από πιστοποιημένο φορέα την τελευταία τριετία.

Όσον αφορά την πληθυσμιακή ομάδα των νοσηλευτών, η έρευνα των Μιχάλη και συν. που δημοσιεύθηκε το 2011 αποκάλυψε παρόμοια ποσοστά, αφού μόνο το 25.2% των νοσηλευτών έλαβε εκπαίδευση τους τελευταίους 6 μήνες, το 22.4% πριν από 6-12 μήνες, ενώ το 52.4% τουλάχιστον 12 μήνες πριν από την εξέταση.

Όσον αφορά το ποσοστό των εκπαιδευτικών που έχουν λάβει σχετική εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων, από την έρευνα των Τριπόδη και συν. (2009) προέκυψε ότι το 55,1%- 58,1% δεν γνωρίζουν Π.Β. καθώς δεν έχουν λάβει σχετική εκπαίδευση. Επίσης, η έρευνα των Patsaki και συν. (2012) αποκάλυψε ότι μόνο το 21,03% των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχε παρακολουθήσει μαθήματα Π.Β.

Η έρευνα των Gagliardi και συν. (1994) που έγινε σε δείγμα 334 εκπαιδευτικών δημόσιων σχολείων στις Ηνωμένες Πολιτείες, αποκάλυψε ότι το 1/3 των εκπαιδευτικών δεν είχε εκπαιδευτεί στις πρώτες βοήθειες και το 40 % δεν είχε τότε εκπαιδευτεί στη Κ.Α.Ρ.Π.Α..

Όσον αφορά την εμπειρία των εκπαιδευτικών στην αντιμετώπιση ατυχήματος το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας αποδίδει ποσοστό 46,58% του συνόλου τους.

Από αυτούς, το 34,03% ήταν άνδρες και το 65,97% ήταν γυναίκες. Στο σύνολο αυτών που είχαν εμπειρία ατυχήματος, το 12,57% ήταν κάτω των 35 ετών, το 70,16% ήταν από ηλικίας 36 έως 50 ετών και το 17,27% άνω των 51 ετών. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί που είχαν μεταπτυχιακές σπουδές πέραν του βασικού πτυχίου τους, ήταν 39,51% όπου το 48,77% του ποσοστού αυτού είχαν εμπειρία ατυχήματος. Οι εκπαιδευτικοί που ήταν κάτοχοι μόνο του βασικού πτυχίου σπουδών τους, ήταν 60,49% όπου το 44,76% αυτών είχαν εμπειρία ατυχήματος. Οι παντρεμένοι εκπαιδευτικοί αποτελούσαν το 72,77% αυτών που είχαν εμπειρία ατυχήματος, ενώ το 27,23% ήταν άγαμοι ή χωρισμένοι.

Η μελέτη των Robertson και συν. (2010) που διεξήχθη σε σχολεία της Αγγλίας και αφορούσε μαθητές που είχαν υποστεί ρινορραγία κατά τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς εμφανίζει παρόμοια ποσοστά. Συγκεκριμένα, το 37,5% των καθηγητών στην έρευνα αυτή, δήλωσε ότι γνώριζε και είχε την κατάλληλη εκπαίδευση στην παροχή απλών πρώτων βοηθειών.

Διαφορετικά είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Τριπόδη και συν. (2009) στην οποία συγκεκριμένα οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής, στην πλειονότητά τους (91,7%) δήλωσαν ότι μπορούν να ανταποκριθούν σε περίπτωση κάποιου ατυχήματος.

Οι εκπαιδευτικοί που κλήθηκαν να παράσχουν Π.Β. ήταν 29,27% του συνόλου και από αυτό το ποσοστό το 33,33% ήταν άνδρες και το 66,67% ήταν γυναίκες. Επίσης σε αυτό το ποσοστό των εκπαιδευτικών που κλήθηκαν να παράσχουν Π.Β., το 38,33% είχαν μεταπτυχιακές σπουδές, ενώ το 61,67% δεν είχαν άλλο πτυχίο από το βασικό. Τέλος, το 75,83% που κλήθηκαν για να παράσχουν Π.Β. ήταν παντρεμένοι και το 24,17% αυτών άγαμοι ή χωρισμένοι.

Οι εκπαιδευτικοί του δείγματος που γνώριζαν για την πιστοποίηση Π.Β. ήταν 47,80% του συνόλου τους. Το 37,24 αυτών ήταν άνδρες, ενώ το 62,76% ήταν γυναίκες. Επιπροσθέτως, αυτοί που γνώριζαν για την πιστοποίηση ήταν σε ποσοστό 15,31% κάτω των 35 ετών, 69,38% ήταν από 36 έως 50 ετών και το 15,31% ήταν άνω των 51 ετών. Το 39,80% αυτών που γνώριζαν για τη πιστοποίηση είχαν μετεκπαίδευση, ενώ το 60,20% δεν είχε άλλο πτυχίο από το βασικό. Επίσης, από το 47,80% που γνώριζαν για την πιστοποίηση, το 21,94% είχαν έως 10 έτη υπηρεσίας, το 46,43% είχε από 11 έως 20 έτη και το 31,63% είχε άνω από 21 έτη. Τέλος, από αυτούς που γνώριζαν για την πιστοποίηση το 69,90% ήταν παντρεμένοι και το 30,10% ήταν άγαμοι ή χωρισμένοι.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου όπου αξιολογείται η γνώση των εκπαιδευτικών, στην ερώτηση 8 «κάθε φορά που πραγματοποιείτε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), η καρδιά του ατόμου που κινδυνεύει θα ξεκινά να λειτουργεί και πάλι και θα τον επαναφέρετε στη ζωή», μόνο το 47,60% απάντησε σωστά. Στην ερώτηση 15 «η παγκόσμια ένδειξη ότι κάποιος πνίγεται είναι να πιάνει το λαιμό του», δόθηκε η σωστή απάντηση σε ποσοστό 41%. Επιπροσθέτως, στην ερώτηση 18 «η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Κ.Α.Ρ.Π.Α.), είναι να απινιδώσει την καρδιά ενός ασθενούς», μόλις το 36,6% απάντησε την σωστή επιλογή «ΛΑΘΟΣ» και στην ερώτηση 26 «όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη – έχει προβλήματα όρασης – πονοκέφαλο και δυσκολία στην αναπνοή» η σωστή απάντηση δόθηκε από τους εκπαιδευτικούς σε ποσοστό μόλις 45,10%. Για την ερώτηση 31 «ένα άτομο που κινδυνεύει και δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, χωρίς να υπάρχει υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική, πρέπει να μεταφερθεί αμέσως σε νοσοκομείο», απαντήθηκε η σωστή απάντηση σε πολύ χαμηλό ποσοστό (12,70%) από τους εκπαιδευτικούς. Επίσης, στις ερωτήσεις 3, 25, 33, 35 και 37, έχουν απαντηθεί σχεδόν με ίδια ποσοστά οι επιλογές «σωστό» και «λάθος» και αυτό δίνει σχεδόν χαμηλού επιπέδου ποσοστού γνώσης του δείγματος για αυτές τις ερωτήσεις. Απαντήθηκαν σωστά σε ποσοστό άνω του 70% οι ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 7, 10, 11, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 39 και 40. Από αυτές με υψηλά ποσοστά άνω του 90% απαντήθηκαν οι ερωτήσεις 2(97,80%), 4(94,60%), 29(90,50%), 32(90%) και 40(90,70%). Γενικά, διαφαίνεται ότι το δείγμα γνωρίζει τις βασικές αρχές των πρώτων βοηθειών. Υπάρχει όμως μικρότερη προσαρμογή όσον αφορά τις γνώσεις για τη Κ.Α.Ρ.Π.Α. και την αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής, επειδή οι ερωτήσεις 8 και 18 είχαν απαντηθεί λάθος, η 33 είχε πολύ κοντά τα ποσοστά σωστού – λάθους και μόνο οι ερωτήσεις 29 και 32 είχαν απαντηθεί σωστά σε πολύ υψηλά επίπεδα (90,50% και 90,00% αντίστοιχα).

Ως προς τις ερευνητικές υποθέσεις, από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, φαίνεται να επιβεβαιώθηκε η πρώτη και η τρίτη υπόθεση. Η πρώτη υπόθεση, αξιολόγησε το επίπεδο της γνώσης των Π.Β. και της Κ.Α.Ρ.Π.Α. σε σχέση με το «φύλο», την «ηλικία» και την «οικογενειακή κατάσταση». Συγκεκριμένα για τις ερωτήσεις (8,9,12,13,17,18,19,20,29,32,33) που αφορούν την Κ.Α.Ρ.Π.Α., την αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής και τη διάνοιξη του αεραγωγού, το «φύλο» του

δείγματος δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές με αυτές. Στο σύνολο της αξιολόγησης του επιπέδου γνώσης των Π.Β. οι ερωτήσεις 10 και 16 έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά. Επίσης η «οικογενειακή κατάσταση» δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις της Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Παρόμοια απεικόνιση παρουσιάστηκε και για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο της γνώσης των πρώτων βοηθειών. Τέλος η μεταβλητή «ηλικία» παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ερώτηση 8 που αφορά την Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Ενώ στο σύνολο του επιπέδου της γνώσης για τις Π.Β. παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις 5,6, 21,22 και 25. Παρόλα αυτά δεν μπορεί να ειπωθεί ότι η αξιολόγηση του επιπέδου γνώσης των Π.Β. είχε στατιστικά σημαντική διαφορά με την ηλικία. Επομένως επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση 1.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση εξέτασε ότι « δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των ερωτήσεων του δεύτερου μέρους του ερωτηματολογίου με τις μεταβλητές μεταπτυχιακές σπουδές και έτη υπηρεσίας». Για την μεταβλητή «μεταπτυχιακές σπουδές» παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις 8 και 33 που σχετίζονται με την Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Επίσης, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις 14, 15, 30 και 31. Για την μεταβλητή «έτη υπηρεσίας» παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις 8, 9 και 33 που αφορούν την Κ.Α.Ρ.Π.Α., καθώς και με τις ερωτήσεις 4, 5, 6, 7, 14, 16, 21, 25, 26, 34 και 37. Επομένως, δεν μπορεί να υποστηριχτεί ότι επιβεβαιώνεται η δεύτερη ερευνητική υπόθεση, αλλά ούτε και ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της γνώσης των Π.Β. και της Κ.Α.Ρ.Π.Α. με τις μεταβλητές «μεταπτυχιακές σπουδές» και «έτη υπηρεσίας» παρά μόνο μερικώς.

Όσον αφορά αυτή την υπόθεση, η έρευνα η οποία φαίνεται να συμφωνεί με την παρούσα, είναι η έρευνα των Τριπόδη και συν. (2009) στην οποία παρατηρείται ότι δεν εμφανίζεται μεγάλη στατιστική διαφορά όσον αφορά τις απαντήσεις που σχετίζονται με τις μεταβλητές «μεταπτυχιακές σπουδές» και «έτη υπηρεσίας».

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση εξέτασε ότι «δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των ερωτήσεων του δεύτερου μέρους με τις τέσσερις τελευταίες ερωτήσεις του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου». Η μεταβλητή «παρακολούθηση σεμιναρίων Π.Β.» παρουσίασε στατιστική σημαντική διαφορά μόνο με τις ερωτήσεις 9 και 12 από το σύνολο των ερωτήσεων που αφορούν την Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Επίσης, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις

ερωτήσεις 3, 21, 35, 37 και 41 που αξιολογούν το επίπεδο της γνώσης των Π.Β.. Για την μεταβλητή «Εμπειρία Ατυχήματος» δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις που αφορούν την Κ.Α.Ρ.Π.Α. Για τις ερωτήσεις που αξιολογούν το επίπεδο γνώσης των Π.Β., παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις 10, 11, 38 και 39. Η μεταβλητή «Κλήση Παροχής Π.Β.» δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις που αφορούν την Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Όμως, παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις 3, 6, 10, 11, 15, 16, 25, 26, 27 και 41, που αξιολογούν το επίπεδο γνώσης Π.Β.. Τέλος, όσον αφορά την μεταβλητή «γνώση πιστοποίησης των Π.Β.» δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με τις ερωτήσεις που αφορούν την Κ.Α.Ρ.Π.Α.. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν με τις ερωτήσεις 24, 26 και 41. Επομένως, μπορεί να ειπωθεί ότι επιβεβαιώνεται η τρίτη ερευνητική υπόθεση.

5.2. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Από την παρούσα έρευνα, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

1. Μεγαλύτερη εμπειρία στην αντιμετώπιση ατυχημάτων έχουν οι εκπαιδευτικοί μεγαλύτερης ηλικίας, οι εκπαιδευτικοί με μεταπτυχιακές σπουδές πέραν του βασικού πτυχίου και οι έγγαμοι εκπαιδευτικοί.
2. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί του δείγματος δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια Π.Β. και δεν γνωρίζουν για τη πιστοποίηση στις Π.Β., ενώ σε ένα σημαντικό ποσοστό θα δίσταζαν να παράσχουν Π.Β.
3. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος φαίνεται να γνωρίζει τις βασικές αρχές των Π.Β., ενώ αντίθετα μικρότερο ποσοστό γνωρίζει τις τεχνικές εφαρμογής της Κ.Α.Ρ.Π.Α. και την αναγνώριση της καρδιακής ανακοπής.
4. Υπάρχει ανεπάρκεια γνώσης στους εκπαιδευτικούς του δείγματος ως προς την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση περιπτώσεων τραυματισμού στη σπονδυλική στήλη, την διαχείριση σοβαρής αιμορραγίας και την αναγνώριση πνιγμού.

5. Υψηλά ποσοστά γνώσης παρουσιάζουν οι εκπαιδευτικοί του δείγματος μόνο στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, κρίνεται σκόπιμο να παρατεθούν κάποιες προτάσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση των έκτακτων περιστατικών που χρήζουν Π.Β. στους σχολικούς χώρους, καθώς και για την ενίσχυση της γνώσης των εκπαιδευτικών στις Π.Β. και τη Κ.Α.Ρ.Π.Α.

1. Κρίνεται απαραίτητη η εκπόνηση ανάλογων μελετών σε μεγαλύτερο δείγμα εκπαιδευτικών δημόσιων δημοτικών σχολείων και σε όλη την Ελληνική Επικράτεια για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.
2. Σημαντική κρίνεται επίσης η διεξαγωγή μελετών για την εκτίμηση και των πρακτικών γνώσεων των εκπαιδευτικών.
3. Καθιέρωση και σχεδιασμός προγραμμάτων Αγωγής για Π.Β. από επιστήμονες υγείας για εκπαιδευτικούς, ώστε οι εκπαιδευτικοί να διαχειρίζονται αποτελεσματικά τυχόν έκτακτα περιστατικά που απειλούν την υγεία και συνάμα να συμβάλλουν στη διαμόρφωση ασφαλούς σχολικού περιβάλλοντος.
4. Θέσπιση υποχρεωτικής εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών όλων των ειδικοτήτων και βαθμίδων εκπαίδευσης στις Π.Β. και αξιολόγηση της γνώσης των σε τακτά χρονικά διαστήματα.
5. Διδασκαλία των πρώτων βοηθειών σαν βασικό μάθημα για τους μαθητές από τις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου, με σκοπό την εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού από μικρή ηλικία για την προαγωγή και προάσπιση της δημόσιας υγείας.
6. Συνεργασία κάθε σχολικής μονάδας, εκπαιδευτικών και τοπικών φορέων με οργανισμούς υγείας.
7. Ύπαρξη πλήρους εξοπλισμένου σχολικού φαρμακείου στις σχολικές μονάδες σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για τη παροχή πρώτων βοηθειών από τους εκπαιδευτικούς.
8. Βελτίωση των υποδομών των σχολικών συγκροτημάτων (αύλειοι χώροι, αθλητικές εγκαταστάσεις, σκάλες) καθώς και τήρηση των

προδιαγραφών υγιεινής και ασφάλειας, για την αποφυγή πρόκλησης ατυχημάτων.

9. Θέσπιση θέσης σχολικού νοσηλευτή στις σχολικές μονάδες από τους αρμόδιους φορείς τα Υπουργεία Παιδείας και Υγείας.

Βιβλιογραφία

- Αλεξανδροπούλου, Μ., Καλοκαιρινού, Α., Σουρτζή, Π. (2006). Σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η θέση του σχολικού νοσηλευτή. *Νοσηλευτική*, 45(3), 308-314.
- Αλεξανδροπούλου, Μ. (2010). *Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας προγράμματος αγωγής υγείας πρώτων βοηθειών σε προσωπικό σχολείων ειδικής αγωγής*. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Νοσηλευτικής Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Andresen, D., Arntz, H., Grafing, W., Hoffmann, S., Hofmann, D., Kraemer, R., . . . Wegscheider, K. (2008). Public access resuscitation program including defibrillator training for laypersons: A randomized trial to evaluate the impact of training course duration. *Resuscitation*, 76, 419-424.
- Baskett, P., Petter, J., Steen, A., & Bossaert, L. (2005). The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. *Resuscitation*, 67, 171—180.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th εκδ.). New York: Oxford University Press.
- Bijur, P. E., Stewart-Brown, S., & Butler, N. (1986). Child behaviour and accidental injury in 11.966 preschool children. *American Journal of Diseases of Children*, 140, 487-492.
- Brown, G. W., & Davison, S. (1978). Social class, psychiatric disorder of mother and accidents to children. *Lancet*, 1, 378-380.
- Γερμένης, Τ. (1989). *Μαθήματα Πρώτων βοηθειών. Για επαγγέλματα Υγείας*. Βήτα medical arts.
- Γεωργιακώδης, Φ., & Βοζίκης, Α. (2004). Η επιδημιολογία των σχολικών ατυχημάτων: Συμπεράσματα από έρευνα σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. *17ο Πανελλήνιο Συνέδριο Στατιστικής*. Λευκάδα: Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο.

- Γιανναδάκη, Μ. (2012). *Σημειώσεις Α' Βοηθειών*. Ηράκλειο Κρήτης: Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.
- Εγκύκλιος Φ.7/495/123484/Γ1/04-10-2010/ΥΠΔΒΜΘ με θέμα «Φαρμακευτική Αγωγή Μαθητών εντός Σχολικού Ωραρίου».
- Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης, Ε. (1999). *Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση – Βασικές Αρχές* (Β εκδ.). Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.
- Εμβαλωτής, Α., Κατσής, Α., & Σιδερίδης, Γ. (2006). *Στατιστική μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Ιωάννινα.
- European Resuscitation Council, E. (2010). *Summary of the Main Changes in the Resuscitation Guidelines*. Edegem-Belgium: ERC.
- Ζαχαρόπουλος, Π., Πρελορέντζου, Χ., & Μερκούρης, Α. (2007). Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσης του νοσηλευτικού προσωπικού στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (B-KΑΡΠΙΑ). *Νοσηλευτική*, 46, 381-389.
- 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 and Disaster Medicine*, 9(4), 222-225.
- Handley, J., Monsieurs, G., & Bossaert, L. (2000). European Resuscitation Council Guidelines for Adult Basic Life Support, 48, 199-205.
- Incardiology, (2015). www.incardiology.gr. Ανακτήθηκε 15 Μαΐου 2015, από http://www.incardiology.gr/epeigon/protes_boitheies_europe.html
- Jevon, P. (2002). *Advanced Cardiac Life Support: A Practical Guide*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Jevon, P. (2012). *Advanced Cardiac Life Support, A Practical Guide*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Γιόρογλου, Σ., Γεωργούση, Ε., & Κατσαρού, Α. (2011). Βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(2), 1-15.

- Καπάδοχος, Θ., Καραμάλη, Β., Πολυκανδριώτη, Μ., & Μειδάνη, Μ. (2008). Η στάση των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση εξωνοσοκομειακά. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7, 360-371.
- Κόκκινος, Φ. (1998). Καρδιοαναπνευστική Ανάνηψη. *Ιατρική*, 74(1), 21-32.
- Κρανιδιώτης, Γ., Γεροβασίλης, Β., Τασούλης, Α., & Νανάς, Σ. (2010). Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(1), 18-36.
- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) (2007). *Παιδικά ατυχήματα: οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την Πύλη Στατιστικών Δεδομένων (Injury Statistics Portal)*.
- Kozamani, A., Kapadochos, T., & Kadda, O. (2012). Factors that influence nursing staff attitudes towards initiating CPR and in using an automatic external defibrillator when outside of a hospital. *Health Science Journal*, 6, 88-101.
- Larsson, E., Martensson, N., & Alexanderson, K. (2002). First-aid training and bystander actions at traffic crashes--a population study. *Prehosp Disaster Med*, 17, 134-141.
- Makinen, M., Niemi-Murola, L., & Castren, M. (2009). Nurses' attitudes towards resuscitation and national resuscitation guidelines—Nurses hesitate to start CPR-D. *Resuscitation*, 80, 1399-1404.
- Mauritz, W., Pelinka, L., Kaff, A., Segall, B., & Fridrich, P. (2003). First aid measures by bystanders at the place of accident. A prospective, epidemiologic study in the Vienna area. *Wien Klin Wochenschr*, 115, 698-704.
- Μιγάλη, Π., Ξάνθος, Θ., Χουλιάρας, Γ., Χανιώτης, Δ. Ι., & Παπαδημητρίου, Λ. (2011). Έλεγχος διατήρησης δεξιοτήτων στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό καρδιοχειρουργικού κέντρου. *Νοσηλευτική*, 50(2), 223-230.
- Μπαλτόπουλος, Γ. (2001). *Πρώτες Βοήθειες*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

- Muruvvet, B., Sibel, C., Sultan, T., Gonul, S., & Meral, B. (2007). Evaluating first-aid knowledge and attitudes of a sample of primary school teachers. *Journal of Emergency Nursing*, 33, 428-432.
- Νανάς, Σ. (2010). *Αλγόριθμοι Βασικής και Εξειδικευμένης Υποστήριξης της Ζωής*. Αθήνα: Γ.Ν.Α. "Ο Ευαγγελισμός".
- Olympia R, W. E. (2005). The preparedness of schools to respond to emergencies in children: a national survey of school nurses. *Pediatrics*, 116, 738-745.
- Παπαϊωάννου, Ε., Ντικούδη, Α. (2014). Οι γνώσεις των νοσηλευτών στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 7(2), 6–11.
- Παπαδόπουλος, Γ. (1999). *Η Εξέλιξη της Αναζωογόνησης*. University Studio Press.
- Παπαδόπουλος, Γ. (2001). *Προνοσοκομειακή Επείγουσα Ιατρική*. University Studio Press.
- Patsaki, A., Pantazopoulos I, Dontas I, Passali C., Papadimitriou L., Xanthos T. (2012). Evaluation of Greek high school teachers' knowledge in basic life support, automated external defibrillation, and foreign body airway obstruction: Implications for nursing interventions. *Journal of Emergency Nursing*, 38(2), 176-181.
- Robertson, A., King, R., & Tomkinson, A. (2010). Frequency and management of epistaxis in schools. *J Laryngol Otol*, 124, 302-305.
- Ρούσσοι, Χ. (1997). *Εντατική Θεραπεία* (Τόμ. 2). Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Sibert, J. R., & Newcombe, R. G. (1977). Accidental injection of poisons and child personality. *Postgraduate Medical Journal*, 53, 254-256.
- Singer, A., Gulla, J., Thode, H. J., & Cronin, K. (2004). Pediatric first aid knowledge among parents. *Pediatr Emerg Care*, 20, 808-811.
- Singer, P. A. (2008). *The Cambridge Textbook of Bioethics University of Toronto and University Health Network*. Canada.

- Smith, K., Gilcreast, D., & Pierce, K. (2008). Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills. *Resuscitation*, 78, 59-65.
- Soar, J., Monsieurs, K., Balance, J., Barelli, A., Biarent, D., Greif, R., Perkins, G. (2010). Principles of education in resuscitation. *Resuscitation*, 81, 1434-1444.
- Spooner, B., Fallaha, J., Kocierz, L., Smith, C., Smith, C., Smith, S., & Perkins, G. (2007). An evaluation of objective feedback in basic life support (BLS) training. *Resuscitation*, 73, 417-424.
- Stergioulas, A. (2006). Cardiopulmonary resuscitation training of Greek physical education teachers. *Biology of Exercise*, 2, 5-10.
- Σύρου, Ν., & Σουρτζή, Π. (2012). Εκτίμηση επικινδυνότητας για ατυχήματα σε δημοτικά σχολεία του νομού Τρικάλων. 39ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο. Βόλος: Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος.
- Timsit, J., Paquin, S., Pease, S., Macrez, A., Aim, J., Texeira, A., Kermarrec, N. (2006). Evaluation of a continuous training program at Bichat hospital for in-hospital cardiac arrest resuscitation. *Annales Francaises D'anesthesie et de Reanimation*, 25, 135-143.
- Τριπόδης, Χ., Χριστάκης, Α., Ψυχογιού, Π., & Τριπόδης, Ν. (2009). *Ατυχήματα - πρώτες βοήθειες στο σχολείο. Έρευνα*. Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Β' Αθήνας.
- Tung, P., Law, S., Chu, K., Law, W., & Wong, J. (2001). Gastric rupture after Heimlich maneuver and cardiopulmonary resuscitation. *Hepatogastroenterology*, 48, 109-111.
- Yürümez, Y., Yavuz, Y., Sağlam, H., Köken, R., & Tunay, K. (2007). Evaluation of the level of knowledge of first aid and basic life support of the educators working in preschools. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 6, 17-20.

- Φαντάκη, Μ., Μπαρούξης, Δ., Τριανταφύλλου, Γ., Αντωνάκης, Β., Αγγελή, Κ., & Στεφαναδάκης, Χ. (2012). Καταγραφή των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στη βασική υποστήριξη της ζωής. *Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση*, 53, 204-21.
- Woollard, M., Whitfield, R., Newcombe, R., Colquhoun, M., Vetter, N., & D., C. (2006). Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: A randomized controlled trial. *Resuscitation*, 71, 237-247.
- Χατζάκης, Κ., Κριτσωτάκης, Ε., Αγγελάκη, Ε., Τζανουδάκη, Ε., & Ανδρουλάκη, Ζ. (2004). Γνώσεις πρώτων βοηθειών σε εργαζόμενους στο βιομηχανικό τομέα. *Νοσηλευτική*, 43(2), 208-215.
- Xanthos, T., Akrivopoulou, A., Pantazopoulos, I., Aroni, F., Datsis, A., & Iacovidou, N. (2012). Evaluation of nurses' theoretical knowledge in Basic Life Support: A study in a district Greek hospital. *International Emergency Nursing*, 2 (20), 28-32.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Ορθίας Αρτέμιδος & Πλαταιών, Τ.Κ. 23100 Σπάρτη

27310-89658, FAX: 27310-89678

Ημερομηνία: 30/09/2014

Αγαπητή/έ εκπαιδευτικέ,

Σας ζητώ να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελεί τμήμα της ερευνητικής διπλωματικής εργασίας που εκπονώ με τίτλο «Εκτίμηση του επιπέδου γνώσεων στις Πρώτες Βοήθειες και στη Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση», στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών στην κατεύθυνση «Οργάνωση και Διαχείριση Προγραμμάτων Βελτίωσης Υγείας». Επιβλέπων είναι ο Καθηγητής κ. Απόστολος Στεργιούλας.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσδιορίσει τις γνώσεις για τις πρώτες βοήθειες και να δώσει πληροφορίες οι οποίες θα είναι χρήσιμες για τους υπεύθυνους της Αγωγής Υγείας για την οργάνωση ανάλογων σεμιναρίων και επιμορφώσεων.

Παρακαλώ διαβάστε με προσοχή το ερωτηματολόγιο. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και η επεξεργασία των δεδομένων από τις απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Κατά τη συμμετοχή σας στην έρευνα δεν καταγράφεται κανένα στοιχείο που να σας προσδιορίζει. Για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο δεν θα χρειαστείτε περισσότερα από 15 λεπτά. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι προαιρετική.

Σας ευχαριστώ, εκ των προτέρων για τη πολύτιμη βοήθειά σας,

Δημόπουλος Γεώργιος

Παράρτημα II

Ερωτηματολόγιο

Μέρος πρώτο

Δημογραφικές πληροφορίες

Φύλο:

Άρρεν

Θήλυ

Ηλικία:

Έως 35

36-50

>51...

Οικογενειακή κατάσταση:

Παντρεμένος

Χωρισμένος/άγαμος

Μορφωτικό επίπεδο:

Πρωτοβάθμια

Δευτεροβάθμια

Τριτοβάθμια

Μεταπτυχιακές σπουδές:

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Δεύτερο πτυχίο/Άλλο

Έτη υπηρεσίας:

Έως 10

11-20

>21

Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια πρώτων βοηθειών;

Ναι

Όχι

Σας συνέβη σε κάποια φάση κάποιο ατύχημα;

Ναι

Όχι

Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες;

Ναι

Όχι

Γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες;

Ναι

Όχι

**«Εκτίμηση του επιπέδου γνώσεων στις πρώτες βοήθειες
και στη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση»**

Μέρος δεύτερο

Επίπεδο γνώσεων

Σημειώστε την απάντησή σας: Σωστό Λάθος

1. Στα μαθήματα πρώτων βοηθειών, μαθαίνετε να προσφέρετε επείγουσα φροντίδα με βάση τις ίδιες προτεραιότητες που χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες ιατρούς για την παροχή βοήθειας σε τραυματίες ή ασθενείς.

Σωστό Λάθος

2. Όταν κάποιος χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, ο χρόνος είναι ζωτικής σημασίας γιατί όταν ένα άτομο δεν έχει καρδιακό παλμό και δεν αναπνέει, μπορεί να πραγματοποιηθεί αμετάκλητη εγκεφαλική βλάβη εντός μερικών λεπτών.

Σωστό Λάθος

3. Θα δίσταζα να προσφέρω πρώτες βοήθειες, γιατί μπορεί να κατηγορηθώ αν κάτι δεν πήγαινε καλά.

Σωστό Λάθος

4. Πρέπει να βοηθήσω κάποιον που χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, γιατί μπορεί να σωθεί η ζωή του.

Σωστό Λάθος

5. Πρέπει να βοηθήσω κάποιον που χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, γιατί μπορεί να μειωθεί η προσωρινή ή η μόνιμη αναπηρία του.

Σωστό Λάθος

6. Πρέπει να βοηθήσω κάποιον που χρειάζεται επείγουσα φροντίδα γιατί μπορεί να μειωθεί ο χρόνος ανάρρωσής του.

Σωστό Λάθος

7. Η «προτεραιότητα της κλήσης» σημαίνει ότι μόλις διαπιστώσετε ότι ένα άτομο δεν ανταποκρίνεται, καλείτε άμεσα ένα ασθενοφόρο ή κινητοποιείτε το 166.

Σωστό Λάθος

8. Κάθε φορά που πραγματοποιείτε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), η καρδιά του ατόμου που κινδυνεύει θα ξεκινά να λειτουργεί και πάλι και θα τον επαναφέρετε στη ζωή.

Σωστό Λάθος

9. Δεν θα πρέπει ποτέ να φοβάστε ότι θα βλάψετε ένα άτομο η καρδιά του οποίου έχει σταματήσει κατά την πραγματοποίηση καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ), επειδή δεν είναι δυνατό να επιδεινωθεί η κατάστασή του.

Σωστό Λάθος

10. Ως εκπαιδευμένος στις πρώτες βοήθειες, ο γενικός κανόνας που μπορεί να σας βοηθήσει να αποφύγετε την μόλυνση από τα παθογόνα του αίματος είναι να τοποθετείτε πάντοτε ένα προστατευτικό ανάμεσα σε εσάς και οποιαδήποτε υγρασία ή οποιοδήποτε υγρό προέρχεται από ένα άτομο που κινδυνεύει.

Σωστό Λάθος

11. Ως εκπαιδευμένος στις πρώτες βοήθειες, ο γενικός κανόνας που μπορεί να σας βοηθήσει να αποφύγετε την μόλυνση από τα παθογόνα του αίματος είναι να αφήσετε άτομο που κινδυνεύει να επιδέσει μόνο του τις πληγές του που αιμορραγούν κάθε φορά που αυτό είναι εφικτό.

Σωστό Λάθος

12. Ο τρόπος που μπορείτε να αναγνωρίσετε την καρδιακή ανακοπή σε ένα άτομο που κινδυνεύει είναι όταν αυτό δεν ανταποκρίνεται όταν του μιλάτε ή τον αγγίζετε.

Σωστό Λάθος

13. Ο τρόπος που μπορείτε να αναγνωρίσετε την καρδιακή ανακοπή σε ένα άτομο που κινδυνεύει είναι ότι αυτό δεν αναπνέει.

Σωστό Λάθος

14. Η κινητοποίηση της υπηρεσίας αντιμετώπισης ιατρικού επείγοντος στην περιοχή σας είναι ο αριθμός τηλεφώνου 113.

Σωστό Λάθος

15. Η παγκόσμια ένδειξη ότι κάποιος πνίγεται είναι να πιάνει το λαιμό του.

Σωστό Λάθος

16. Η παγκόσμια ένδειξη ότι κάποιος πνίγεται είναι να μην μπορεί να αναπνεύσει ή να βήξει.

Σωστό Λάθος

17. Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ), είναι να αυξήσει την πιθανότητα αναζωογόνησης του ατόμου που κινδυνεύει, διοχετεύοντας αίμα πλούσιο σε οξυγόνο από την καρδιά στα ζωτικά όργανα του σώματος.

Σωστό Λάθος

18. Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ), είναι να απινιδώσει την καρδιά ενός ασθενούς.

Σωστό Λάθος

19. Ο απινιδισμός είναι σημαντικός σε ένα άτομο που κινδυνεύει από καρδιακή ανακοπή, γιατί διακόπτει τις ακανόνιστες συσπάσεις της καρδιάς, αποκαθιστώντας τον κανονικό καρδιακό παλμό.

Σωστό Λάθος

20. Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν άφθονο οξυγόνο σε σε ένα άτομο που κινδυνεύει και που δεν αναπνέει, αρκετό για την υποστήριξη της ζωής του.

Σωστό Λάθος

21. Η αρτηριακή αιμορραγία είναι το αίμα ανοικτού κόκκινου χρώματος που αναβλύζει από μια πληγή με ρυθμό ίδιο με τον καρδιακό παλμό.

Σωστό Λάθος

22. Η φλεβική αιμορραγία είναι το αίμα σκούρου κόκκινου χρώματος, που αναβλύζει από μια πληγή δίχως συγκεκριμένο ρυθμό.

Σωστό Λάθος

23. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, δεν μπορεί να μετακινήσει ένα μέρος του σώματός του όταν του ζητηθεί.

Σωστό Λάθος

24. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, έχει απώλεια ισορροπίας όταν επιχειρεί να περπατήσει ή να καθίσει.

Σωστό Λάθος

25. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, έχει εφίδρωση και γρήγορο σφυγμό.

Σωστό Λάθος

26. Όταν ένα άτομο έχει τραυματιστεί στη σπονδυλική στήλη, έχει προβλήματα όρασης, πονοκέφαλο και δυσκολία στην αναπνοή.

Σωστό Λάθος

27. Υποψία για τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη υπάρχει όταν συμβεί ατύχημα από κατακόρυφη βουτιά σε πισίνα.

Σωστό Λάθος

28. Υποψία για τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη υπάρχει όταν συμβεί ατύχημα με πτώση από ύψος μεγαλύτερο από το ύψος του ατόμου που κινδυνεύει.

Σωστό Λάθος

29. Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ατόμου που κινδυνεύει.

Σωστό Λάθος

30. Ένα άτομο που κινδυνεύει και δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, χωρίς να υπάρχει υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική, πρέπει να τοποθετηθεί σε θέση ανάνηψης.

Σωστό Λάθος

31. Ένα άτομο που κινδυνεύει και δεν έχει τις αισθήσεις του, αλλά αναπνέει, χωρίς να υπάρχει υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική, πρέπει να μεταφερθεί αμέσως σε νοσοκομείο.

Σωστό Λάθος

32. Σε έναν ενήλικα άτομο που κινδυνεύει, ο καλύτερος τρόπος να ελεγχθεί ο καρδιακός κτύπος είναι να αναζητήσετε ενδείξεις αναπνοής (κοιτάζετε, ακούστε, αισθανθείτε).

Σωστό Λάθος

33. Σε ένα διασώστη, η αναλογία θωρακικών συμπίεσεων προς αναπνοές διάσωσης για ΚΑΡΠΑ σε ενήλικα είναι 30 συμπίεσεις προς 2 αναπνοές.

Σωστό Λάθος

34. Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η απευθείας πίεση.

Σωστό Λάθος

35. Κατά τη διαχείριση σοβαρής αιμορραγίας, αν ο ελαστικός επίδεσμος ή η γάζα εμποτιστεί με αίμα, θα πρέπει γενικά να τον αφαιρέσετε και να τον αντικαταστήσετε με καινούργιο.

Σωστό Λάθος

36. Η διαχείριση του σοκ συχνά περιλαμβάνει την ανύψωση των ποδιών του ατόμου που έχει ανάγκη βοήθειας κατά 15-30 εκατοστά και την προστασία από τον ήλιο ή την κάλυψή του, ώστε να διατηρηθεί η θερμοκρασία του σώματος με βάση το τοπικό κλίμα.

Σωστό Λάθος

37. Η ακινητοποίηση και περιστροφή του σώματος, σας επιτρέπει να γυρίσετε το άτομο που έχει ανάγκη πρώτων βοηθειών ανάσκελα με προσοχή αν υποψιάζεστε τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης.

Σωστό Λάθος

38. Αν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού επειγόντος, είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.

Σωστό Λάθος

39. Ασθένεια είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.

Σωστό Λάθος

40. Παράδειγμα τραυματισμού είναι τα εξαρθρήματα και τα κατάγματα.

Σωστό Λάθος

41. Κατά την τοποθέτηση επίδεσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, τοποθετείτε τον επίδεσμο όσο πιο σφιχτά μπορείτε.

Σωστό Λάθος