



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ.

ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΥ Χ. ΚΥΡΙΑΚΗ

ΙΑΤΡΟΣ

Φεβρουάριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΤΗΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ.**

ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΥ Χ. ΚΥΡΙΑΚΗ

ΙΑΤΡΟΣ

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπουσα: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Μέλος: Ρόχας Χιλ Ανδρέα Πάολα: Λέκτορας

Μέλος: Ζυγά Σοφία, Επίκουρη Καθηγήτρια

Φεβρουάριος 2013

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΥ Χ. ΚΥΡΙΑΚΗ, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

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

Υπογραφή:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της μεταπτυχιακής εργασίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα Σπουδών: « Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων».

Θα ήθελα να ευχαριστήσω το Τμήμα Ερευνών Τεκμηρίωσης και Εκπαιδευτικής Τεχνολογίας του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου για την έγκριση διεξαγωγής της έρευνας και την Περιφέρεια Πελοποννήσου για την άδεια εκπόνησης της εργασίας.

Ευχαριστώ τις Δ/νσεις Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Κορινθίας, Αργολίδας, Αρκαδίας, Μεσσηνίας και Λακωνίας για την έγκριση αποστολής των ερωτηματολογίων στα σχολεία και τους Διευθυντές και Εκπαιδευτικούς των σχολείων που επιλέχθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την συλλογή των στοιχείων της έρευνας.

Ευχαριστώ την τριμελή επιτροπή και πιο συγκεκριμένα, την Μαρία Τσιρώνη, (επιβλέπον μέλος ΔΕΠ), Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την πολύτιμη βοήθειά της και τη συνεχή καθοδήγηση για την εκπόνηση της εργασίας, την Ανδρέα-Πάολα Ρόχας Χιλ, Λέκτορα Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και την Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Ευχαριστώ την αδελφή μου Αντωνία για την βοήθεια της, στη σύνταξη και συγγραφή των κειμένων της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο όρος ατύχημα ορίζεται ως κάθε ασυνεχές (στιγμιαίο) συμβάν το οποίο προκαλεί σωματική ή διανοητική βλάβη ή απώλεια ζωής, υποδηλώνει δε ότι πρόκειται για συμβάν που οφείλεται σε έλλειψη τύχης και είναι απρόβλεπτο από τον πάσχοντα. Όσον αφορά στα παιδικά ατυχήματα μετά τους γονείς οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που περνούν τον περισσότερο χρόνο με τα παιδιά και ως εκ τούτου πολλές φορές γίνονται μάρτυρες ατυχημάτων στο σχολικό χώρο. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η επιμόρφωσή τους στην παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις ατυχημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας αυτής είναι να διερευνηθεί ο βαθμός ετοιμότητας και επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στις σχολικές μονάδες της Περιφέρειας Πελοποννήσου σε θέματα σχετικά με τα ατυχήματα των μαθητών, την πρόληψη αυτών και την παροχή πρώτων βοηθειών καθώς και η πρόθεσή τους για επιμόρφωση.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν οι εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Περιφέρειας Πελοποννήσου. Η έρευνα έγινε με την δημιουργία ερωτηματολογίου 32 ερωτήσεων και είχε ως κύριο στόχο να αποτυπώσει το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών σε θέματα πρώτων βοηθειών στα σχολεία και την ανάγκη/διάθεση επιμόρφωσης μέσα από σεμινάρια άμεσης παρέμβασης στο σχολικό περιβάλλον.

Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε με στόχο να είναι απλό και κατανοητό παραθέτοντας συγκεκριμένες ερωτήσεις, ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα δημιουργίας σύγχυσης. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσής τους υπολογίστηκε περίπου στα 15 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να απαντήσουν όλοι οι εκπαιδευτικοί των σχολείων και τηρήθηκε η ανωνυμία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Απαντήθηκαν 145 ερωτηματολόγια (RR 58%). Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα οι 97 ήταν γυναίκες (66,9%). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος διαμορφώθηκε στα 44 έτη με τυπική απόκλιση 7,8 έτη. 68,96% των εκπαιδευτικών δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια (62,5% των ανδρών και 72,16% των γυναικών) αν και 98,62%, θεωρούν ότι είναι απαραίτητες οι γνώσεις πρώτων βοηθειών στα σχολεία. Ως προς το επίπεδο γνώσεων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, 81,37% των εκπαιδευτικών αυτοαξιολογούνται στο επίπεδο του μέτριου και κακού (Γυναίκες 87,62%). Μόλις 21,15% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι ανταποκρίθηκαν ικανοποιητικά σε ανάγκη άμεσης εφαρμογής Πρώτων Βοηθειών. Αναφορικά με τις ελλείψεις που οι εκπαιδευτικοί εντοπίζουν στον εργασιακό χώρο σχετικά με τη δυνατότητα παροχής Πρώτων Βοηθειών

στο σχολικό περιβάλλον 42% αυτών εστιάζουν στην έλλειψη εξοπλισμού και 31,58% στις ελλείψεις φαρμακείου και αναλώσιμων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η καθολική διάθεση επιμόρφωσης η οποία αγγίζει το 96%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Όπως προκύπτει από τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αν και οι τραυματισμοί στο σχολικό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα συχνοί η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών σε θέματα παροχής πρώτων βοηθειών είναι ελλιπής. Με δεδομένη την πρόθεση που επιδεικνύουν για σχετική επιμόρφωση, τέτοια σεμινάρια θα πρέπει να συμπεριληφθούν στα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με συνεχείς πρακτικές ασκήσεις και επικαιροποιήσεις.

Λέξεις Κλειδιά: Ατύχημα, σχολικό ατύχημα, παιδί , εκπαιδευτικοί, πρώτες βοήθειες .

ABSTRACT

INTRODUCTION: The term accident is defined as any discontinuous (instantaneous) event which causes physical or mental harm or loss of life, it indicates that this event due to lack of luck and unforeseen by the sufferer. Regarding accidents in children after their parents, teachers are the ones who spend more time with their children and therefore many times witnessing accidents in school premises. For this reason it is necessary to educate them in first aid in case of accidents.

PURPOSE of this study is to investigate the degree of readiness and training of teachers in schools of Peloponnese in matters relating to accidents of students, preventing them and applying first aid as well as the intention of training.

METHODS: The target population were the teachers of Primary and Secondary Education Region of Peloponnese. The research was done by creating a questionnaire had 32 questions and main objective to capture the knowledge of teachers in first aid in schools and the need / availability of training courses through direct intervention in the school setting.

The preparation of the questionnaire was designed to be simple and understandable citing specific questions in order to minimize the likelihood of confusion. The questionnaires were anonymous and the required time to complete them was estimated about 15 minutes. The questionnaire asked to be answered by all the teachers in the schools and held anonymously.

RESULTS: 145 questionnaires were answered (RR 58%). Of the respondents 97 were female (66.9%). The average age of the sample was about 44 years with a standard deviation of 7.8 years. 68.96% of teachers have attended seminars (62.5% of men and 72.16% women) while 98.62% said they needed the knowledge of first aid in schools as to the level of knowledge about ambulance, 81.37% of teachers evaluate themselves in terms of moderate and bad (Female 87.62%). Just 21.15% of respondents felt that adequately respond to a need for immediate implementation of First Aid. Regarding the shortcomings teachers identify workplace on the ability to provide first aid in school 42% of them focus on the lack of equipment and 31.58% in the gaps and pharmacy supplies. Particularly important is the universal availability of education which reaches 96%

CONCLUSIONS: According to the data collected and due to that the injuries at the school environment is especially frequent, training of teachers in primary care is poor. Given the

intention to demonstrate relevant training, such courses should be included in continuing education programs with continuous updates and practical exercises.

Keywords: Accident, accident school, child, teacher, first aid.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	13
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
2. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	16
2.1. ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ.....	16
2.2. ΠΝΙΓΜΟΣ – ΠΝΙΓΜΟΝΗ.....	17
2.3. ΠΤΩΣΗ.....	18
2.4. ΕΓΚΑΥΜΑ.....	19
2.5. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ.....	19
2.6. ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ.....	20
2.7. ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ.....	20
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	21
3.1. ΔΙΕΘΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	21
3.2. ΑΜΕΡΙΚΗ.....	24
3.3. ΕΥΡΩΠΗ.....	25
3.4. ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΥΠΡΟ.....	31
3.5. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	33
3.6. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ.....	36
4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ.....	38
4.1. ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.....	39
4.2. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	40
4.3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	40
4.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	41
5. ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΑΤΥΧΗΜΑ.....	42
5.1. ΒΑΣΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ.....	45
5.2. ΒΑΣΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ.....	52
5.3. ΘΕΣΗ ΑΝΑΝΗΨΗΣ.....	60
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	62
6. ΣΚΟΠΟΣ.....	63
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	63
7.1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ.....	64
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	64
8.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ/ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ.....	64
8.2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	69
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	91
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	92
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ.....	97

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως ατύχημα ορίζουμε την οξεία έκθεση σε ενέργεια η οποία μπορεί να είναι μηχανική, θερμική, ηλεκτρική, χημική καθώς επίσης συμπεριλαμβάνονται και συνθήκες στέρησης βασικών ζωτικών παραμέτρων όπως η θερμότητα και το οξυγόνο.

Ένα ατύχημα μπορεί να προκληθεί ακούσια ή εκούσια. Τα ακούσια ατυχήματα είναι τα τροχαία, τα οικιακά και ελεύθερου χρόνου ατυχήματα (πτώσεις, εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πνιγμοί – πνιγμονές, ατυχήματα σε αθλοπαιδιές) και τα επαγγελματικά. Τα εκούσια ατυχήματα είναι η βία η οποία χωρίζεται σε αυτοπρόκλητη (αυτοκτονίες και απόπειρες) και ετερόκλητη (μεταξύ ερωτικών συντρόφων και κακοποίηση) (Πετρίδου, 2005).

Τα ατυχήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου και αναπηρίας των παιδιών στη χώρα μας. Τα ατυχήματα που απειλούν τα παιδιά είναι πολλά: τροχαία, πτώσεις, δηλητηριάσεις, εγκαύματα, πνιγμός, κλπ. μπορούν δε να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε, όπως στο σπίτι, στο σχολείο, στο δρόμο, στην παιδική χαρά, στις διακοπές. Όταν ένα παιδί τραυματίζεται σωματικά, τραυματίζεται και ψυχικά τόσο το ίδιο όσο και όλη η οικογένεια του.

Τα παιδικά ατυχήματα ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες αν και τα όρια αυτών δεν είναι αρκετά σαφή. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο σπίτι και στον περιβάλλοντα χώρο και τα είδη των ατυχημάτων που περιλαμβάνονται είναι οι πτώσεις και οι τραυματισμοί, η εισρόφηση ξένων σωμάτων, η πνιγμονή και ο πνιγμός, τα εγκαύματα οι ηλεκτροπληξίες και οι δηλητηριάσεις. Στην δεύτερη κατηγορία κατατάσσονται τα ατυχήματα που συμβαίνουν έξω από το σπίτι και αυτά αναφέρονται σε τροχαία ατυχήματα, σε ατυχήματα αναψυχής και αθλητικά, σε ατυχήματα στο σχολείο, στην παιδική χαρά και τον παιδότοπο και στο χώρο εργασίας. Στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνονται τα μη κατατάξιμα ατυχήματα και αυτά είναι ατυχήματα από πυρκαγιές, σεισμούς, βία και αυτοκτονίες (Τσουμάκας, 2006).

Το είδος των ατυχημάτων στα παιδιά έχει άμεση σχέση με την ηλικία τους. Στη βρεφική ηλικία τα ατυχήματα που συμβαίνουν συχνότερα είναι οι πτώσεις, οι εισροφήσεις και η κατάποση ξένων σωμάτων, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα. Στην νηπιακή ηλικία επίσης κυριαρχούν οι πτώσεις και ακολουθούν οι πνιγμοί, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα. Στην πρώτη σχολική ηλικία τα ατυχήματα που συμβαίνουν κατά κύριο λόγο

είναι τα τροχαία, με το παιδί πεζό, επιβάτη και ποδηλάτη ενώ συναντάμε επίσης πνιγμούς, εγκαύματα, πτώσεις ενώ σπάνιες είναι οι δηλητηριάσεις. Στην προεφηβική ηλικία τα ατυχήματα που δεσπόζουν είναι τα τροχαία και πάλι ενώ ακολουθούν οι πνιγμοί, οι πτώσεις και τέλος τα εγκαύματα (Τσουμάκας, 2006).

Σε αντίθεση με τις περισσότερες ασθένειες, ατυχήματα συμβαίνουν σε όλους, σε ανύποπτο χρόνο. Ο συνδυασμός τύπου κατοικίας, κοινωνικής τάξης, γένους, ηλικίας, ωριμότητας και χαρακτήρα, δημιουργεί τις προϋποθέσεις που προκαλούν τα ατυχήματα. Είναι αποδεδειγμένο όμως, ότι η σωστή και συστηματική πρόληψη μπορεί να μειώσει τον αριθμό και τη σοβαρότητα των παιδικών ατυχημάτων μέχρι και 50%. Ένα μη σοβαρό ατύχημα μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα να κάνει το παιδί περισσότερο προσεκτικό. Δυστυχώς όμως, πολλά από τα ατυχήματα είναι σοβαρά και καταλήγουν σε μόνιμες αναπηρίες ακόμα και σε θάνατο.

Το κράτος και οι ενήλικες ευθύνονται για τη δημιουργία σωστής υποδομής, ώστε το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν τα παιδιά να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ασφαλές. Παρά ταύτα, όλα τα παιδιά παθαίνουν ατυχήματα. Έχει παρατηρηθεί ότι, τα αγόρια παθαίνουν συχνότερα ατυχήματα από τα κορίτσια, προκαλούνται περισσότερα παιδικά ατυχήματα στις υποβαθμισμένες περιοχές, και ορισμένα παιδιά είναι περισσότερο ριψοκίνδυνα από άλλα.

Ο αριθμός των μαθητών στην Ελλάδα είναι περίπου 1.000.000. Υπολογίζεται ότι ετησίως 50.000 μαθητές υφίστανται κάποιο ατύχημα στο περιβάλλον του σχολείου. Κάθε χρόνο στη χώρα μας καταγράφονται περισσότερα από 1.800 ατυχήματα μέσα και έξω από τα σχολεία με θύματα μικρούς μαθητές.

Τα μικρά παιδιά είναι από τη φύση τους γεμάτα περιέργεια και δεν έχουν ανεπτυγμένη την αίσθηση του κινδύνου, για αυτό και είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στα ατυχήματα. Μεγαλώνοντας, αναπτύσσουν μεν την αίσθηση του κινδύνου, επηρεάζονται όμως και από άλλους παράγοντες, όπως η ανάγκη επίδειξης, η αντίδραση στους νόμους και στις συμβουλές των ενηλίκων και η γοητεία της περιπέτειας, με αποτέλεσμα να εξακολουθούν να κινδυνεύουν από ατυχήματα. Από την προσχολική ηλικία, τα παιδιά περνούν μεγάλο μέρος του χρόνου τους σε χώρους εκπαίδευσης (παιδικοί σταθμοί, σχολεία), με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων, να συμβαίνει εκεί καθώς και κατά την μεταφορά των παιδιών προς και από, τους χώρους αυτούς (Γεωργιακώδης, 2004). Τα στοιχεία του Κέντρου Ερευνάς και Πρόληψης Παιδικών

Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) χαρτογραφούν το προαύλιο ως τον πιο επικίνδυνο χώρο, αφού επτά στους δέκα τραυματισμούς καταγράφονται σε αυτόν το χώρο, ενώ στην αίθουσα και τις σκάλες σημειώνεται το 17% των ατυχημάτων.

Μετά τους γονείς οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που περνούν τον περισσότερο χρόνο με τα παιδιά και ως εκ τούτου πολλές φορές γίνονται μάρτυρες ατυχημάτων στο σχολικό χώρο. Για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η επιμόρφωσή τους στην παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις ατυχημάτων.

Στη χώρα μας δεν είναι υποχρεωτική η γνώση παροχής πρώτων βοηθειών ιδιαίτερα σε χώρους αυξημένου κινδύνου στα ατυχήματα όπως είναι τα σχολεία ιδιαίτερα όταν έχουν να κάνουν με μικρά παιδιά τα οποία όπως αναφέραμε δεν έχουν την αίσθηση του κινδύνου.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να παρουσιάσει το γνωσιολογικό επίπεδο των εκπαιδευτικών σε θέματα πρώτων βοηθειών για αντιμετώπιση ατυχημάτων στα σχολεία, να διερευνηθεί η διάθεσή τους να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους εκπαιδευτικά σεμινάρια και παράλληλα να τονιστεί η αναγκαιότητα της εκπαίδευσής τους για την αρτιότερη αντιμετώπιση αυτών των ατυχημάτων.

2. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Ο όρος «ατύχημα» μεταφράζεται ως το γεγονός που κατά κάποιο τρόπο οφείλεται σε έλλειψη τύχης ή ατυχίας. Η αντίληψη αυτή στο παρελθόν αποτελούσε τον σημαντικότερο φραγμό για την πρόοδο στον έλεγχο και την πρόληψη των ατυχημάτων. Ο όρος ατύχημα έχει αντικατασταθεί διεθνώς από τον όρο 'εξωγενής βλάβη ή κάκωση'. Αυτό έγινε γιατί πλέον έχουμε την πεποίθηση ότι το ατύχημα δεν είναι κακοτυχία αλλά νόσος και επιδημία, η οποία 9 στις 10 φορές οφείλεται σε αμέλεια, σε περιφρόνηση του κινδύνου ή σε ανθρώπινο λάθος.

2.1. ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τον ορισμό που αναφέρεται από την INTERNATIONAL ROAD TRAFFIC AND ACCIDENT DATABASE (IRTAD 1998) τροχαίο ατύχημα εννοούμε το ατύχημα που συμβαίνει σε δημόσιο δρόμο ή χώρους ανοιχτούς στην κυκλοφορία οχημάτων, με αποτέλεσμα τον θάνατο ή τον τραυματισμό ενός ή περισσότερων ατόμων και την

εμπλοκή τουλάχιστον ενός οχήματος. Δεν περιλαμβάνονται ατυχήματα που σαν συνέπεια έχουν αποκλειστικά υλικές ζημιές.

Όταν λέμε τραυματισμός από τροχαίο ατύχημα εννοούμε τον τραυματισμό που προκλήθηκε σε έναν ή περισσότερους από τους οδικούς χρήστες οι οποίοι ενεπλάκησαν στο ατύχημα.

Θανατηφόρο ατύχημα ορίζεται το ατύχημα αυτό στο οποίο το θύμα σκοτώθηκε επιτόπου ή εντός 30 ημερών από την ημέρα του ατυχήματος.

Το παιδί μπορεί να βρεθεί θύμα τροχαίου είτε ως πεζός, ως επιβάτης, ως ποδηλάτης ή ως οδηγός κατά την εφηβεία.

Ως αίτια των παιδικών τροχαίων ατυχημάτων ενοχοποιούνται το ίδιο το παιδί, η ηλικία του και οι φυσικές του αδυναμίες λόγω μικρού αναστήματος και περιορισμένης ορατότητας και το περιβάλλον του, οι γονείς του και οι δάσκαλοί του που δεν φροντίζουν για τη σωστή εκπαίδευση και πληροφόρηση του παιδιού. Επιπλέον ενοχοποιείται η κατάσταση του οδικού δικτύου, η συμπεριφορά των οδηγών και η μη χρήση προστατευτικών μέτρων όπως ζώνη ασφαλείας, κράνος και παιδικό κάθισμα για την ασφαλή μεταφορά του παιδιού με το αυτοκίνητο.

2.2. ΠΝΙΓΜΟΣ - ΠΝΙΓΜΟΝΗ

Με τον όρο πνιγμό ορίζεται η κατάσταση εκείνη η οποία οδηγεί στο θάνατο του ατόμου και η οποία οφείλεται σε ασφυξία που επέρχεται μετά από βύθιση για ικανό χρονικό διάστημα των εξωτερικών στομιών της ρινικής και στοματικής κοιλότητας μέσα σε οποιοδήποτε υγρό μέσο. Αναγκαία συνθήκη για να θεωρηθεί ένα ατύχημα «πνιγμός» είναι να επέλθει ο θάνατος είτε άμεσα μετά το συμβάν, είτε απαραίτητος εντός των πρώτων 24 ωρών.

Ως παρ' ολίγον πνιγμός (near drowning) ορίζεται η επιβίωση του θύματος για τουλάχιστον 24 ώρες από ένα τέτοιο επεισόδιο. Ο "παρ' ολίγον πνιγμός", σύμφωνα με τον ορισμό, είναι ένα γεγονός ικανής σοβαρότητας, ώστε να απαιτήσει ιατρική φροντίδα και να συνεπάγεται ουσιώδη νοσηρότητα ή ακόμα και θάνατο, απαραίτητος μετά το πρώτο 24ωρο.

Κατά κύριο λόγο όταν αναφερόμαστε σε πνιγμό μιλάμε για ακούσιο ατύχημα δεν σπανίζουν όμως και οι περιπτώσεις όπου ο πνιγμός αποτελεί αποτέλεσμα απόπειρας αυτοκτονίας ή πολύ σπάνια ανθρωποκτονίας. Πνιγμός επίσης μπορεί να συμβεί στα πλαίσια μεγάλων φυσικών καταστροφών, αλλά και ατυχημάτων με μέσα μαζικής μεταφοράς ανθρώπων όπως πλοία, αεροπλάνα, υδροπλάνα.

Η πνιγμονή ως ορισμός αναφέρεται στον μηχανισμό απόφραξης των ανώτερων αεραγωγών, ανεξάρτητα από το μέσο που την προκαλεί και από την έκβαση, εάν δηλαδή εξελιχθεί σε πλήρη απόφραξη και ασφυξία ή αντίθετα το εμπόδιο ξεπεραστεί, είτε αυτόματα είτε με προσπάθεια του ατόμου είτε, τέλος, με βοήθεια τρίτου προσώπου (π.χ. χειρισμός «Heimlich») (Πετρίδου, 2002).

Όταν ο χρόνος εμπύθισης είναι λιγότερος από 3 λεπτά τότε τα θύματα συνήθως επιζούν εκτός και αν το νερό έχει μικρότερη θερμοκρασία από 10-15 βαθμούς Κελσίου οπότε επιβιώνουν και άτομα εμπυθισμένα για 10 περίπου λεπτά (Κέντρο Παιδιατρικής Μέριμνας, αχρονολόγητο).

Στα αίτια του πνιγμού περιλαμβάνονται: κόπωση, αιφνίδια οξεία κατάσταση (π.χ επιληψία κλπ), τραυματισμός της κεφαλής ή του νωτιαίου μυελού σε κατάδυση, δαγκώματα από υδρόβιους οργανισμούς, κλπ. Ο πνιγμός είναι δυνατόν να προληφθεί αρκεί οι γονείς να προσέχουν κάποια σημαντικά σημεία.

2.3. ΠΤΩΣΗ

Οι πτώσεις είναι κατά κύριο λόγο τα ατυχήματα που σκοτώνουν περισσότερα άτομα από οποιαδήποτε άλλη αιτία ατυχημάτων. Ακόμα πιο δραματικό είναι το γεγονός ότι πολλά είναι τα παιδιά που κάθε χρόνο βιώνουν τις επιπτώσεις των πτώσεων (Ζημάλης, 2003). Μία σχετική έρευνα έχει γίνει στην Ελλάδα το έτος 2004 και αναφέρει την πτώση σαν την κύρια αιτία ατυχημάτων και ο εξοπλισμός σε παιδικούς σταθμούς είναι συχνά ευθύνεται για τις αιτίες των παιδικών ατυχημάτων. (Dedoukou, 2004). Ως αίτια των πτώσεων ενοχοποιούνται κυρίως τα γλιστρήματα ή τα παραπατήματα στο ίδιο επίπεδο. Σπάνιες είναι οι πτώσεις από ψηλά σημεία. Πολλές από αυτές μπορούν να προβλεφθούν και να προληφθούν.

2.4. ΕΓΚΑΥΜΑ

Με τον όρο έγκαυμα αναφερόμαστε στη βλάβη του δέρματος από την επίδραση της θερμότητας η οποία μπορεί να είναι αέρια (φωτιά), υγρή (καυτό νερό), ή και στερεή (καυτές επιφάνειες). Επιπλέον μπορεί να είναι επίδραση χημικών ουσιών, ηλεκτρικού ρεύματος ή ακτινοβολίας στο σώμα. Η έκταση της βλάβης (βάθος του εγκαύματος) είναι αποτέλεσμα της έντασης της θερμότητας (ή άλλης έκθεσης) και της διάρκειας της έκθεσης.

Τα εγκαύματα διακρίνονται σε μερικού πάχους που είναι τα εγκαύματα 1ου βαθμού που προσβάλλουν τις επιφανειακές στιβάδες της επιδερμίδας και τα εγκαύματα 2ου βαθμού που εκτείνονται σε διάφορο πάχος στην επιδερμίδα (με σχηματισμό φυσαλίδων) και σε τμήμα του χορίου και τα ολικού πάχους που είναι τα 3ου βαθμού τα οποία χαρακτηρίζονται από καταστροφή όλων των στοιχείων του δέρματος και θρόμβωση του υποδορίου πλέγματος (Σούκουλη, 2005).

Τα αίτια των εγκαυμάτων είναι θερμικά τα οποία προκαλούνται από επαφή με φωτιά, καυτές επιφάνειες, καυτό νερό ή υδρατμούς, χημικά τα οποία μπορούν να ερεθίσουν ή να προκαλέσουν βλάβη στο δέρμα ή να απορροφηθούν από αυτό, προκαλώντας εκτεταμένες ή μοιραίες βλάβες μέσα στο σώμα και ηλιακά που μπορεί να προκληθούν από υπερβολική έκθεση στις ακτίνες του ήλιου ή μιας υπεριώδης λάμπας. Ακόμα εγκαύματα μπορεί να προκληθούν από σταγόνες χημικών στα μάτια και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά τραύμα αν δεν αντιμετωπισθούν άμεσα, από ηλεκτρισμό όταν αυτός περνά μέσα από το σώμα. Τέλος εγκαύματα μπορεί να προκληθούν από κεραυνό ή χαμηλής ή υψηλής τάσης ρεύμα (Υγεία, 2006).

2.5. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

Ως δηλητηρίαση ορίζουμε την έκθεση (π.χ. εισπνοή, λήψη από του στόματος, ή παρεντερικά, δερματική επαφή) σε μία τοξίνη η οποία καταλήγει σε επικίνδυνες επιδράσεις πάνω σε κάποιο βιολογικό σύστημα. Η δηλητηρίαση μπορεί να συμβεί με δηλητήρια οικιακής χρήσης όπως λευκαντικά, διαλυτικά χρωμάτων, ζιζανιοκτόνα που μπορούν να προκαλέσουν χημικά εγκαύματα ή εσωτερικά τραύματα αν τα καταπιούμε. Συνηθισμένη είναι και η δηλητηρίαση από Φάρμακα η οποία μπορεί να είναι

αποτέλεσμα ηθελημένης ή αθέλητης υπερβολικής δόσης ενός φαρμάκου ή από κατάχρηση ναρκωτικών. Σχετική έρευνα έχει γίνει στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης για δηλητηρίαση ποικίλης αιτιολογίας τη περίοδο 1985-2001 και αναφέρει ότι οι παιδικές δηλητηριάσεις είναι συχνότερες στα αγόρια, είναι γενικά ελαφριές και έχουν καλή έκβαση, ενώ η συχνότητά τους συνδέεται και με τις γενικότερες κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες διαβίωσης αυτών (Ζιάκα, 2003β). Οι τρόποι δηλητηρίασης είναι οι εξής: δερματική έκθεση, οφθαλμική έκθεση, γαστρεντερική έκθεση (κατάποση ουσίας), εισπνοή αερίων, τροφική δηλητηρίαση (μπορεί να προκληθεί από μολυσμένη τροφή από βακτηρίδια ή τοξίνες που έχουν παραχθεί από βακτηρίδια που υπήρχαν κάποτε στην τροφή), δηλητηρίαση με αιθανόλη (Σούκουλη, 2001).

2.6. ΞΕΝΑ ΣΩΜΑΤΑ

Ως "ξένο σώμα" περιγράφεται οποιοδήποτε υλικό μπει μέσα στο σώμα ή μέσω μιας πληγής του σώματος, ή μέσω μιας από τις φυσικές οδούς του σώματος όπως αυτί, μύτη ή στοματική κοιλότητα.

Τα ξένα σώματα που μπορεί να μπουν στο σώμα μας είναι αρχικά οι παρασχίδες οι οποίες προέρχονται από ξύλο ή θραύσματα γυαλιού μέσα στο δέρμα κυρίως χεριών, ποδιών ή και γονάτων, τα αγκίστρια, κάποιο ξένο σώμα στον οφθαλμό ή στη μύτη, κάποιο έντομο στο αυτί. Επίσης μπορεί να είναι κατάποση ξένων σωμάτων καθώς τα μικρά παιδιά συχνά βάζουν αντικείμενα μέσα στο στόμα, τα οποία μπορεί να καταπιούν, όπως κέρματα ή καρφίτσες. Ακόμα μπορεί να έχουμε ξένα σώματα στην τραχεία όπως μικρά μαλακά αντικείμενα τα οποία μπορεί να διαφύγουν από τους προστατευτικούς μηχανισμούς του λαιμού και να γλιστρήσουν μέσα στην τραχεία καθώς και σώματα όπως οι ξηροί καρποί μπορεί να εισροφηθούν από τον πνεύμονα και να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη (Σούκουλη, 2002).

2.7. ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ

Ως ηλεκτροπληξία ορίζουμε την διαδικασία εκείνη κατά την οποία το σώμα μας διαρρέεται από ηλεκτρικό ρεύμα. Μπορεί να μοιάζει με απλό γαργάλημα στις άκρες

των δακτύλων του χεριού ή μπορεί να προκαλέσει μυϊκή σύσπαση, να παραλύσει την καρδιά, να ανακόψει τη λειτουργία της αναπνοής ή να προσβάλλει καίρια το νευρικό σύστημα. Το ανθρώπινο σώμα είναι καλός αγωγός του ηλεκτρισμού. Όταν υπάρχει υγρασία, όπως με τα βρεγμένα χέρια ή πόδια, τα υγρά δάπεδα ή το γρασίδι, το σώμα μας γίνεται ακόμη καλύτερος αγωγός του ηλεκτρισμού και σε συνδυασμό με κάποια βλάβη σε συσκευές ή ένα ανθρώπινο λάθος ή το συνδυασμό βλάβης και ανθρώπινου λάθους έχουμε τα κύρια αίτια της ηλεκτροπληξίας. Επιπλέον ενοχοποιούνται η άγνοια των συγκεκριμένων οδηγιών για τη χρησιμοποίηση του ηλεκτρισμού και του ηλεκτρολογικού εξοπλισμού, η αδυναμία μας να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί, η αμέλεια, η κατάχρηση και η λαθεμένη χρήση αυτών (Σημάλης, 2002).

3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

3.1. ΔΙΕΘΝΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Όλες οι χώρες ασχολούνται εκτεταμένα με την πλήρη έκταση του προβλήματος των παιδικών τραυματισμών. Τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης, το συντονισμό των δραστηριοτήτων σε διάφορους τομείς - συμπεριλαμβανομένων των μη κυβερνητικών οργανώσεων, ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και τη βιομηχανία. Ενώ υπάρχουν πολλοί τομείς που πρέπει ακόμα να μελετηθούν, υπάρχει ήδη σημαντική ποσότητα διαθέσιμων πληροφοριών με αποτέλεσμα τη μείωση του της επίπτωσης του θανάτου μετά τον τραυματισμό των παιδιών αλλά και τη νοσηρότητα. Κάθε παιδί που χάθηκε από τραυματισμό ή σοβαρή αναπηρία θα κοστίζει αρκετά στο μέλλον της οικονομίας της χώρας. Κάνοντας πράξη τη μείωση του ατυχήματος μειώνεται το κόστος του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, και κυρίως αυξάνεται η προστασία των παιδιών.

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα 3.1.1.1. προκύπτει ότι σε χώρες με χαμηλό εισόδημα το ποσοστό των θανάτων από ατυχήματα είναι ιδιαίτερα υψηλό.

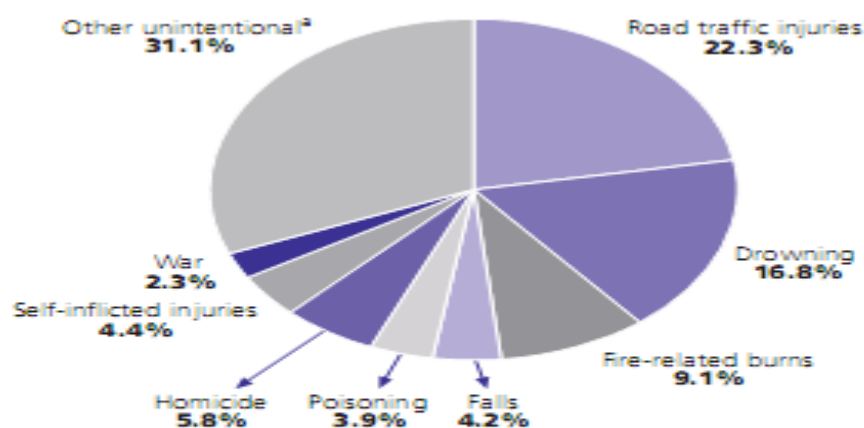
Πίνακας 3.1.1.1.: Αναλογίες θανάτων από ατύχημα ανά 100.000 παιδιά ανά ηλικία και εισόδημα

	AGE (in years)					
	Under 1	1–4	5–9	10–14	15–19	Under 20
HIC	28.0	8.5	5.6	6.1	23.9	12.2
LMIC	102.9	49.6	37.6	25.8	42.6	41.7
World	96.1	45.8	34.4	23.8	40.6	38.8

Source: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Σε παγκόσμια κλίμακα όπως προκύπτει από το γράφημα 3.1.1.2. τα τροχαία ατυχήματα κατέχουν ένα ποσοστό 22.3 %, ενώ μαζί με εγκαύματα, πνιγμούς, πτώσεις καλυπτουν ένα ποσοστό πάνω από 50%. Όπως επίσης προκύπτει, τα υπόλοιπα ακούσια ατυχήματα, στα οποία συμπεριλαμβάνονται η ασφυξία , δήγματα από ζώα αλλά και υποθερμία/ υπερθερμία καλύπτουν ένα ποσοστό 31.1 % στην παγκόσμια κατανομή.

Γράφημα 3.1.1.2.: Κατανομή των θανάτων από ατυχήματα στα παιδιά ανά αίτιο παγκοσμίως, σε ηλικίες 0 – 17 ετών.

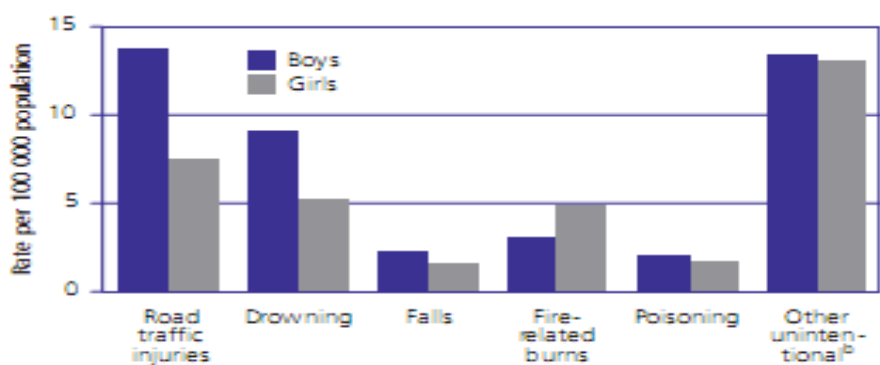


² "Other unintentional" includes categories such as smothering, asphyxiation, choking, animal and venomous bites, hypothermia and hyperthermia as well as natural disasters.

Source: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Παγκοσμίως τα αγόρια κατέχουν μεγαλύτερο ποσοστό σε θάνατους από ατυχήματα συγκριτικά με τα κορίτσια . Είναι χαρακτηριστικό ότι σε τροχαία ατυχήματα και πνιγμούς το ποσοστό τους είναι περίπου διπλάσιο σε σχέση με τα κορίτσια, ενώ στα ακούσια ατυχήματα, στις πτώσεις και στις δηλητηριάσεις τα ποσοστά και των δύο φύλων είναι περίπου ίσα. Αντιθέτως σε θανατηφόρα ατυχήματα από εγκαύματα το ποσοστό των κοριτσιών είναι περίπου διπλάσιο από αυτό των αγοριών (Γράφημα 3.1.1.3.).

Γράφημα 3.1.1.3.: Παγκόσμια κατανομή θανάτων από ατυχήματα ανά 100.000 παιδιά κατά αιτία και φύλο.



^a These data refer to those under 20 years of age.

^b "Other unintentional" includes categories such as smothering, asphyxiation, choking, animal and venomous bites as well as natural disasters.

Source: WHO (2008), Global Burden of Disease: 2004 update.

Σε έρευνα της WHO για τα ποσοστά θνησιμότητας από πνιγμό χωρίς πρόθεση σε παιδιά 0 – 14 ετών σε παγκόσμια κλίμακα, στις 15 πιο μεγάλες χώρες εκτός Τουρκίας, προκύπτει ότι η Ν. Κορέα εμφανίζει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας ενώ ακολουθούν το Μεξικό, η Πολωνία και η Τσεχία. Με βάση την ίδια έρευνα η Ελλάδα κατέχει την τρίτη θέση από το τέλος, με προτελευταία την Ιταλία και τελευταίο το Ην. Βασίλειο (Πίνακας 3.1.1.4.).

ΧΩΡΕΣ	ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	0,39
ΓΑΛΛΙΑ	0,46
ΕΛΛΑΔΑ	0,56
ΓΑΛΛΙΑ	0,81
ΙΣΠΑΝΙΑ	1,12
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	1,24
ΚΑΝΑΔΑΣ	1,26
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1,33
Η.Π.Α.	1,74
ΙΑΠΩΝΙΑ	1,93
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	1,97
ΤΣΕΧΙΑ	2,23
ΠΟΛΩΝΙΑ	2,84
ΜΕΞΙΚΟ	3,30
ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ	5,14

Πίνακας 3.1.1.4.: Θνησιμότητα ανά 100.000, σε παιδιά 1-14 ετών, από πνιγμό χωρίς πρόθεση, στις 15 πιο μεγάλες χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός Τουρκίας (Πηγή: Ανάλυση της WHO Mortality Database από το London School of Hygiene & Tropical Medicine, 1991-1995

3.2. ΑΜΕΡΙΚΗ

Όσον αφορά στα παιδικά ατυχήματα που συμβαίνουν στην Αμερική, σε έρευνα του 2004 που αφορούσε στο ποσοστό των θανάτων σε ακούσια ατυχήματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Σε αυτή την έρευνα αναφέρεται το ποσοστό των θανάτων ανά 100.000 άτομα ανά χρόνο και αφορά τις τέσσερις γεωγραφικές περιοχές τις Αμερικής στις χρονικές περιόδους 1989-91 και 1996-98 (Πίνακας 3.2.1.1), και οι αιτίες θανάτου ανά γεωγραφική περιοχή στη διάρκεια της δεκαετίας 1989-98 (Πίνακας 3.2.1.2). Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την έρευνα, στην Αμερική σαν σύνολο, οι θάνατοι από τα ακούσια παιδικά ατυχήματα φτάνουν στο 3,5% το χρόνο.

Table 1 Childhood (0–14 years) unintentional injury mortality rate (MR, deaths per 100 000 person-years) in four major geographic regions in the US in 1989–91 and 1996–98 and regression derived annual percent change (95% confidence interval, confidence interval (CI), and p value)

Region	1989–91		1996–98		Percent annual decline of MR			
	Annual No of deaths	MR	Annual No of deaths	MR	Point estimate	95% CI	p Value	
West	1571	12.8	1312	9.6	4.0	3.0	5.0	0.0001
Midwest	1735	13.2	1420	10.6	2.9	1.9	3.9	0.0005
South	3041	16.3	2653	13.1	3.1	2.3	3.9	0.0001
Northeast	985	9.8	673	6.4	5.7	4.9	6.6	0.0001
Total US	7332	13.5	6058	10.5	3.5	2.9	4.2	0.0001

Πίνακας 3.2.1.1.: Ποσοστό θανάτων παιδικών ατυχημάτων (Αμερική).

Όπως καταγράφεται στους πίνακες την διετία 1996-98 ο αριθμός των θανάτων από ακούσιους τραυματισμούς στην Αμερική είναι μικρότερος συγκριτικά με την διετία 1989-91. Επίσης παρατηρούμε ότι η κύρια αιτία θανάσιμων τραυματισμών και στις τέσσερις γεωγραφικές περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών είναι τα ατυχήματα με όχημα, ενώ ιδιαίτερα χαμηλά είναι τα ποσοστά θανάτων από δηλητηριάσεις που μέχουν καταγραφεί τα έτη 1989-98. (Phillippakis, 2004).

Table 2 Childhood (0–14 years) unintentional injury mortality rate (deaths per 100 000 person-years) according to the principal external cause of death in four major regions in the US during the 10 year period 1989–98

Region	Motor vehicle	Other transport	Poisoning	Fall	Fire/burn	Drowning/submersion	Machinery	Firearm	Other	Total
West	5.0	0.3	0.2	0.2	0.8	2.1	0.1	0.3	2.3	11.3
Midwest	4.7	0.3	0.2	0.2	2.0	1.5	0.2	0.3	2.3	11.8*
South	6.3	0.3	0.2	0.2	2.0	2.4	0.1	0.5	2.5	14.5
Northeast	3.1	0.1	0.1	0.3	1.6	1.0	0.1	0.1	1.4	7.8
Total US	5.0	0.2	0.2	0.2	1.7	1.9	0.1	0.3	2.2	11.9*

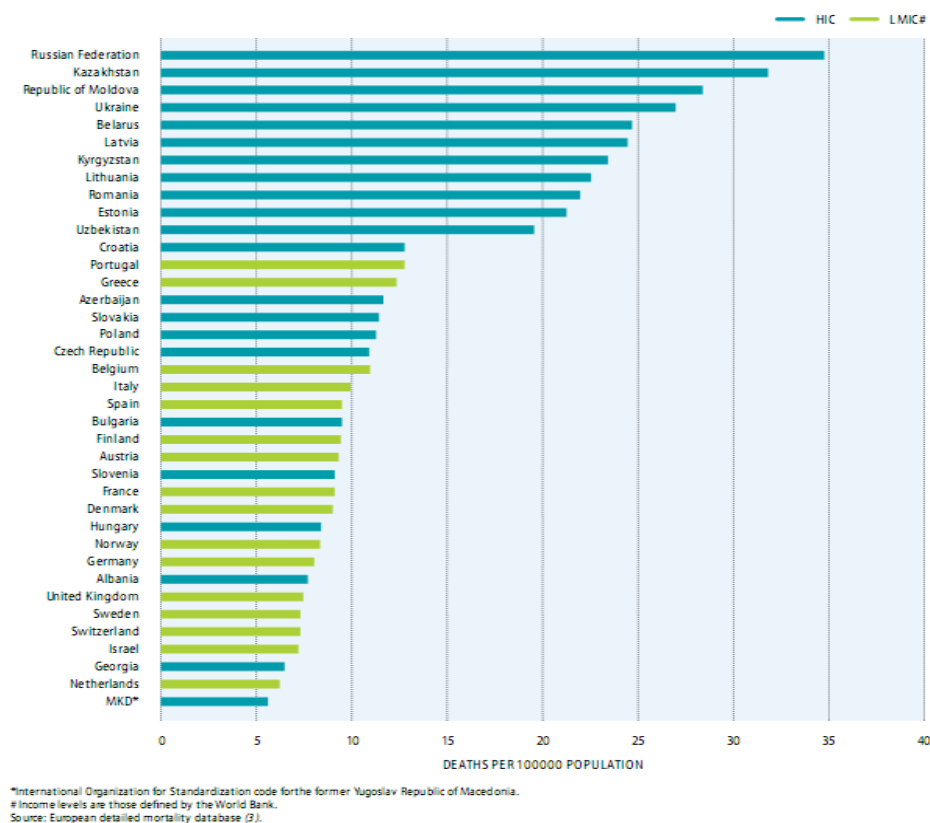
*Minor discrepancies due to rounding errors.

Πίνακας 3.2.1.2. Αιτίες θανάτου ανά γεωγραφική περιοχή στη διάρκεια της δεκαετίας 1989-1998

3.3. ΕΥΡΩΠΗ

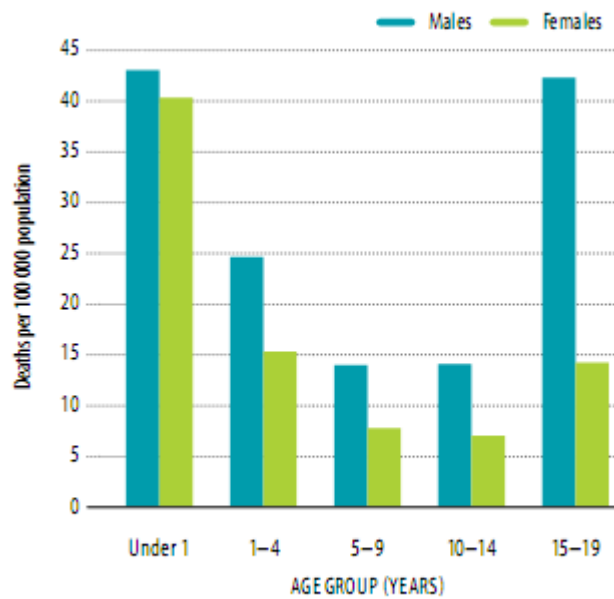
Σύμφωνα με τον ΠΟΥ στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης η χώρα μας κατέχει την 14 θέση θνησιμότητας από ακούσιους τραυματισμούς παιδιών ηλικίας 0-19 ετών σχεδόν δίπλα με την Κροατία και την Πορτογαλία. Τον μεγαλύτερο μέσο όρο παρουσιάζει η Ρωσία και τους μικρότερους η Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας, η

Ολλανδία και η Γεωργία (Γράφημα 3.3.1.1.). Τα ποσοστά των ακούσιων θανάσιμων τραυματισμών στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε παιδιά ηλικίας 1-19 ετών κατανέμονται όπως φαίνεται στο γράφημα 3.3.1



Γράφημα 3.3.1.: Μέσος όρος θνησιμότητας από ακούσιους τραυματισμούς σε παιδιά ηλικίας 0-19 ετών στην Ευρώπη (ΠΟΥ)

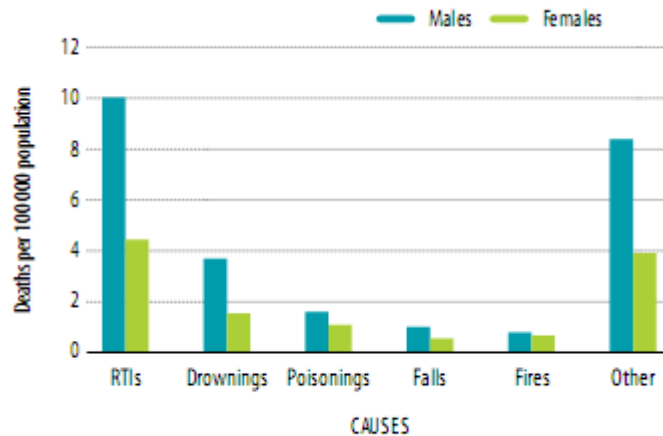
Όπως καταγράφεται τα αγόρια είναι περισσότερο επιρρεπή σε θανατηφόρα ατυχήματα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ενώ φαίνεται ότι ο κίνδυνος και για τα δύο φύλα είναι αυξημένος στην πρώτη βρεφική και παιδική ηλικία και στην περίοδο της εφηβείας(Γράφημα 3.3.2).



Source: The global burden of disease: 2004 update (1).

Γράφημα 3.3.1.2. : Ποσοστά θανάτου για όλους τους ακούσιους τραυματισμούς παιδιών ανά φύλο και ηλικία στην Ευρώπη (ΠΟΥ)

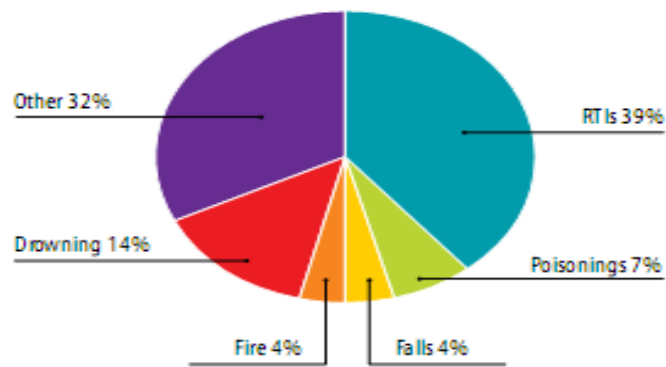
Τα τροχαία ατυχήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου και ακολουθεί ο πνιγμός ανεξαρτήτως φύλου (Γράφημα 3.3.3., Γράφημα 3.3.4.).



Source: The global burden of disease: 2004 update (1).

Γράφημα 3.3.3: Ποσοστά θανάτων από ακούσιους τραυματισμούς παιδιών ανά φύλο και αιτία τραυματισμού στην Ευρώπη (ΠΟΥ)

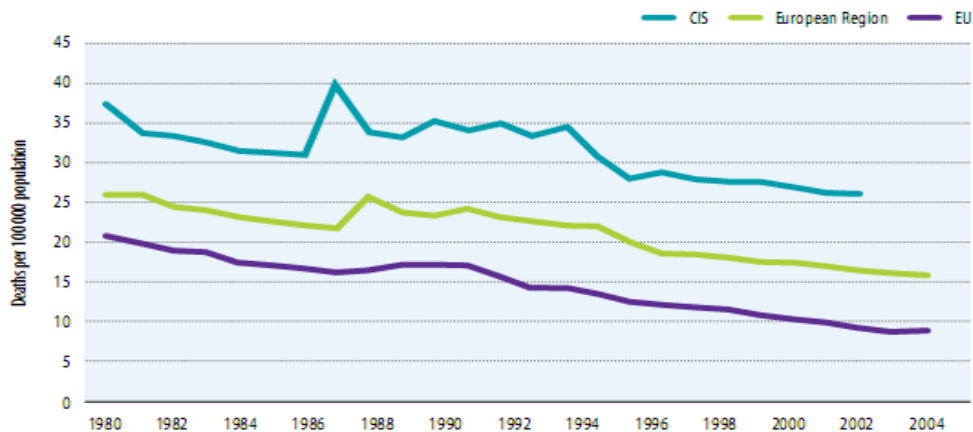
Proportion of unintentional injury deaths among people aged 0–19 years in the WHO European Region (total deaths: 42 000)



Source: The global burden of disease: 2004 update (1).

Γράφημα 3.3.4: Ποσοστό των ακούσιων θανάσιμων τραυματισμών ατόμων ηλικίας 0-19 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Π.Ο.Υ)

Σημαντικό όμως είναι το γεγονός ότι το ποσοστό θνησιμότητας από ακούσιο τραυματισμό στην παιδική ηλικία στην Ευρωπαϊκή Ένωση μειώνεται σταδιακά από το 1980 έως το 2004 σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. (Γράφημα 3.3.5).



Source: Mortality by 67 causes of death, age and sex (15).

Γράφημα 3.3.5.: Τάσεις και τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από ακούσιο τραυματισμό στην παιδική ηλικία σε παιδιά ηλικίας 1-19 στην ευρωπαϊκή περιφέρεια του ΠΟΥ

Σύμφωνα με έρευνα του 2000 για τη θνησιμότητα των παιδικών ατυχημάτων στην Ευρώπη κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1984-1993 φαίνεται ότι η χώρα με την

υψηλότερη θνησιμότητα είναι η Πορτογαλία ενώ οι Σκανδιναβικές χώρες καταγράφουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Σημαντική σε κάθε περίπτωση είναι η μείωση της θνησιμότητας στο τέλος της δεκαετίας. (Πίνακας 3.3.6) (Petridou, 2000, Polinder, 2007).

Table 1. Age-adjusted childhood (0–14 y) mortality rate (MRadj, per 100 000 person-years) and regression derived percent annual decline (and 95% confidence interval) in EU member states during the decade 1984–93.

Country	1984		1993		Per cent annual decline of MRadj	95% CI		p-value
	Deaths #	Mradj	Deaths #	Mradj				
UK	1103	10.2	599	5.4	6.1	5.0	7.2	<10 ⁻³
Austria	195	14.5	125	8.9	5.7	3.7	7.7	<10 ⁻³
Germany	1233	13.8	970	7.6	5.3	4.3	6.3	<10 ⁻³
Ireland	126	12.3	74*	8.3	5.1	3.8	6.5	<10 ⁻³
France	1565	14.4	899	8.5	4.9	3.8	6.0	<10 ⁻³
Portugal	556	24.9	255	15.1	4.7	3.1	6.3	<10 ⁻³
Belgium	251	13.6	184**	10.5	4.6	3.2	6.0	<10 ⁻²
Greece	262	13.2	156	9.1	4.3	3.0	5.6	<10 ⁻³
Netherlands	279	10.1	174	6.3	3.5	2.1	5.0	10 ⁻³
Sweden	97	6.4	81	5.0	3.4	0.7	6.0	0.04
Italy	935	8.4	586*	6.7	3.3	2.2	4.3	<10 ⁻³
Denmark	89	9.8	61	6.8	2.4	-0.2	5.0	0.11
Spain	1028	12.2	692*	10.4	1.8	0.8	2.7	0.01
Finland	76	8.0	69	7.1	0.7	-1.7	3.0	0.58

* Latest available data 1992. ** Latest available data 1989.

Πίνακας 3.3.6.: Δεδομένα θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων στην Ευρώπη

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα του 2007, πέντε από τις νέες χώρες - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και τις τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Περιοχής με διαθέσιμα στοιχεία θνησιμότητας (Ρουμανία, Λετονία, Εσθονία, Λιθουανία και Βουλγαρία) παρουσιάζουν εξαιρετικά υψηλούς δείκτες παιδικής θνησιμότητας από ατύχημα ενώ στις υπόλοιπες χώρες η θνησιμότητα είναι κάτω από 100 παιδιά ανά εκατομμύριο παιδικού πληθυσμού. Η χώρα μας καταλαμβάνει ενδιάμεση θέση (15η) ενώ η Μάλτα, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο συγκαταλέγονται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας (ΚΕΠΑ, 2007).

Αξίζει εδώ να αναφερθεί ότι στο Ηνωμένο Βασίλειο πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος ελαχιστοποίησης τραυματισμού για τα Σχολεία. Παρατηρήθηκε ότι πριν από την παρέμβαση, οι δύο συγκρινόμενες ομάδες είχαν παρόμοιο επίπεδο γνώσης. Πέντε μήνες μετά την παρέμβαση, τα εκπαιδευμένα παιδιά παρουσίασαν αύξηση των γνώσεων στην παροχή πρώτων βοηθειών και τη σωστή διαδικασία για την πραγματοποίηση κλήσης στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Επέδειξαν επίσης καλύτερη τεχνική βασικής υποστήριξης της ζωής, είχαν την ικανότητα να

αναγνωρίσουν τον κίνδυνο, και να προετοιμαστούν για αυτόν. (Dowswell T et al. **Accidental falls: fatalities and injuries. An examination of the data sources and review of the literature on preventive strategies.** Newcastle, University of Newcastle upon Tyne, 1999).

Δεν είναι λίγα τα παιδικά ατυχήματα που συμβαίνουν κάθε χρόνο σε οργανωμένα και μη οργανωμένα αθλήματα. Σύμφωνα με σχετική έρευνα του 2002 για ατυχήματα στο σχολείο και έξω από αυτό, σε παιδιά ηλικίας 5 με 14 ετών σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, τα αθλητικά ατυχήματα αποτελούν ένα τεράστιο πρόβλημα δεδομένου ότι τα ατυχήματα στην Ιρλανδία φτάνουν τα 40.000 ενώ στην Αγγλία ξεπερνούν τα 200.000 αθλητικά ατυχήματα. Επιπλέον να σημειωθεί ότι τα αγόρια υπερτερούν των κοριτσιών καθώς εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα ατυχημάτων σε οργανωμένα και μη αθλήματα και στις έξι χώρες της Ευρώπης. Σύμφωνα πάντα με την έρευνα ανάμεσα στα παιδικά ατυχήματα, το ποδόσφαιρο είναι το άθλημα που ευθύνεται για το ένα τρίτο των ατυχημάτων αυτών (Belechri, 2002).

Σημαντικό πάντως είναι ότι σε κάθε θάνατο από ατύχημα αντιστοιχούν 129 εισαγωγές σε νοσοκομείο και 1635 επισκέψεις στο Τμήμα Επειγόντων (Γράφημα 3.3.1.7).

Γράφημα 3.3.1.7.: Κλινική πυραμίδα τραυματισμών στα παιδιά



(πηγή WHO)

3.4. ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Στην Κύπρο, ο χάρτης των παιδικών ατυχημάτων, όπως διαγράφεται από διάφορες έρευνες διαμορφώνεται ως εξής: 1% των παιδιών μέχρι 12 χρόνων εισάγεται στα κυβερνητικά νοσηλευτήρια λόγω τραυματισμού, 0,2% των παιδιών μέχρι 14 χρόνων τραυματίζεται από τροχαίο, 1% των παιδιών μέχρι 12 χρόνων ζητά βοήθεια από τα Τμήματα Ατυχημάτων και Επειγόντων Περιστατικών των κυβερνητικών νοσηλευτηρίων λόγω εγκαύματος (Κασινίδου, 2006).

Τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στα Ελληνόπουλα (50%), με δεύτερη τα κακοήθη νοσήματα (16%) και τρίτη τις συγγενείς διαμαρτυρίες (8%). Κάθε χρόνο στην Ελλάδα 500.000 παιδιά τραυματίζονται από διάφορες αιτίες, 700 απ' αυτά χάνουν τη ζωή τους και 3000 μένουν ανάπηρα για όλη τους τη ζωή. Από αυτά τα τραγικά συμβάντα, τα 100 λαμβάνουν χώρα μέσα στο σπίτι και μάλιστα στο 50% των περιπτώσεων παρουσία ενηλίκων.

Σημειώνεται ότι πολλά από τα οικιακά ατυχήματα συμβαίνουν σε παιδιά, η μητέρα των οποίων ακολουθεί επαγγελματική καριέρα και αφήνει τη φροντίδα τους σε τρίτους. Υπολογίζεται πως κάθε χρόνο το 6-9% των παιδιών στην Ελλάδα επισκέπτονται κάποιο ιατρό, Κέντρο Υγείας ή νοσοκομείο για ένα σοβαρό ή λιγότερο σοβαρό ατύχημα (Τσουμάκας, 2006).

Για κάθε θάνατο παιδιού που σημειώνεται από ατύχημα αντιστοιχούν 50 εισαγωγές για αντιμετώπιση σε Νοσοκομεία και 500 επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας, όπως φαίνεται στο γράφημα 3.4.1. (Πετρίδου, 2005).



Γράφημα 3.4.1.: Πυραμίδα ατυχημάτων

Στην Ελλάδα (1996-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 10 θάνατοι από πνιγμούς, 86 νοσηλείες και 109 επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων σε παιδιά ηλικίας 0-14 ετών. Δηλαδή για κάθε θάνατο από πνιγμό εκτιμάται ότι νοσηλεύονται για παρ' ολίγο πνιγμό 9 παιδιά ενώ άλλα 11 εξετάζονται από γιατρούς εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Η Ελλάδα κατέχει την 13 θέση στον κόσμο σε θνησιμότητα ανά 100.000 σε παιδιά ηλικίας 1-14 ετών από πνιγμό χωρίς πρόθεση. (ΚΕΠΑ, 2007β και την 7η θέση μεταξύ των 15 παλαιότερων μελών της Ε.Ε. σε συχνότητα φαρμακευτικών δηλητηριάσεων, με 460 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους. Περίπου οι μισές δηλητηριάσεις αφορούν σε παιδιά, και το 44% των σχετικών περιστατικών έχει ως αιτία τη λήψη ψυχοφαρμάκων, αναλγητικών και αντιβιοτικών, το 23% απορρυπαντικών, το 5% καλλυντικών και το 3% γεωργικών φαρμάκων (Τσατσαμπά, αχρονολόγητο).

Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία που παρουσιάζει το 2007 το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων ανάλογα με την ηλικία των παιδιών διαφοροποιούνται και οι χώροι στους οποίους λαμβάνουν χώρα τα παιδικά ατυχήματα. Έτσι σύμφωνα με τον πίνακα 3.4.2. στα παιδιά ηλικίας κάτω του 1 έτους, τα περισσότερα ατυχήματα λαμβάνουν χώρα στο οικιακό περιβάλλον ομοίως με τα παιδιά ηλικίας 1-4 ετών. Οι σχολικοί χώροι κατέχουν την πρώτη θέση στα παιδικά ατυχήματα στις ηλικίες 5-14 ετών. Αν μάλιστα συμπεριλάβουμε και τους χώρους άθλησης τότε το ποσοστό αγγίζει περίπου στο 22% του συνόλου των ατυχημάτων σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες.

ΟΡΙΣΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Παιδικά ατυχήματα σε διάφορους χώρους στην Ελλάδα

Χώρος ατυχημάτων	Ηλικίες	
	< 1 έτους	1-4 ετών
5-14 ετών		
Οικία 2.354	635	3.606
Γύρω από το σπίτι 1.218	88	943
Εκπαιδευτικοί χώροι 3.370	11	254
Χώροι άθλησης 1.047	6	37
Μεταφορά-Κυκλοφορία 2.210	40	441
Άλλα 3.504	78	1.728
Σύνολο 13.703	858	7.009
Γενικό Σύνολο:	21.570	

Πίνακας 3.4.2.: Στοιχεία από την ετήσια στατιστική της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Annual EHLASS Report Greece, 1999. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αν συνυπολογίσουμε τις κατηγορίες «Εκπαιδευτικοί Χώροι» και «Χώροι Άθλησης» για όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, αυτές συμπληρώνουν ποσοστό που αντιστοιχεί στο 21,91% του συνόλου των ατυχημάτων αυτών των ηλικιών.

3.5. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Τα ατυχήματα στο σχολείο μπορεί να συμβούν σε διάφορα μέρη όπως στο προαύλιο την ώρα του διαλείμματος, στην αίθουσα διδασκαλίας, στους κοινόχρηστους χώρους του

σχολείου, στις σκάλες και στους διαδρόμους, στη γυμναστική, την άθληση και το παιχνίδι και τέλος στην διαδρομή από και προς το σχολείο (Πίνακας 3.5.1) (Τζιούμα, Τζακώστα, αχρονολόγητο, Γεωργιακώδης, 2004).

Τύπος	Περιστατικά	Ποσοστό
Άλλος χώρος σχολείου	8	6,50%
Διάδρομος εξωτερικός	2	1,63%
Διάδρομος εσωτερικός	5	4,07%
Δρόμος γύρω από σχολείο	2	1,63%
Εκτός σχολείου και γύρω χώρου	8	6,50%
Πεζοδρόμιο-Πεζοδρόμος γύρω από σχολείο	1	0,81%
Περίβολος σχολείου	56	45,52%
Σκάλα εξωτερική	5	4,07%
Σκάλα εσωτερική	6	4,88%
Τάξη	30	24,39%
Σύνολο	123	100,00%

Πίνακας 3.5.1.: Χώρος σχολικών ατυχημάτων (Πηγή Γεωργιακώδης, 2004)

Από καταγραφές ενός Γενικού Νοσοκομείου το 1993 και τεσσάρων το 1996 φαίνεται ότι το ποσοστό των συνολικών τραυματισμών σε σχολικό περιβάλλον είναι αρκετά υψηλό στο σύνολο-30% και 22% αντίστοιχα-(Πίνακας 3.5.2.).

Χώροι τραυματισμού παιδιών < 1-14 ετών στην Ελλάδα

Τόποι (επιλεγμένοι) τραυματισμών	1993	Ποσοστό στο		1996	Ποσοστό στο	
		σύνολο τραυματισμών			σύνολο	
		(10 τόποι)			(10 τόποι)	
Σχολείο	468	(29,8%)		4.260	22,1%	

Τόποι διασκέδασης	69	(4,4%)	1.109	5,7%
Αθλητισμός	509	(32,5%)	1.310	6,8%
Σπίτι	235	(15%)	7.119	37%
Μεταφορά	149	(9,5%)	2.603	13,5%

Πίνακας 3.5.2: Καταγραφή ενός Γενικού Νοσοκομείου Αττικής. Annual EHLASS Report Greece 1993. Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Καταγραφή τεσσάρων Νοσοκομείων (2 Γενικών, 1 Τραυματιολογικού Νοσοκομείου κυρίως, και 1 Παιδιατρικού Νοσοκομείου). Annual EHLASS Report Greece 1996. Ελληνικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η απροσεξία των μαθητών παράλληλα με την κακή διαμόρφωση των αύλειων χώρων και την ελλιπή κατάρτιση των εκπαιδευτικών είναι οι κύριες αιτίες πρόκλησης των περισσότερων ατυχημάτων στα σχολεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) (Παιδικά ατυχήματα: οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την Πύλη Στατιστικών Δεδομένων (Injury Statistics Portal), 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.

Η συντριπτική πλειοψηφία των τραυματισμών (92%) συνέβη κατά τη διάρκεια λειτουργίας του σχολείου. Επτά στους δέκα τραυματισμούς έλαβαν χώρα στην αυλή του σχολείου, το 10% στην αίθουσα και το 7% σε σκάλα. Η βασική αιτία ατυχήματος ήταν η πτώση (56%) και αναλυτικότερα το 6% των περιπτώσεων τραυματίστηκε λόγω πτώσης από σκάλα και το 5% από ύψος.

Το 20% των ατυχημάτων κατέληξε σε κάταγμα, ενώ όσον αφορά στην έκβαση, το 46% των περιπτώσεων χρειάστηκε θεραπεία και επανεξέταση και το 4% νοσηλεύτηκε. Είναι αποδεδειγμένο, όμως, ότι η σωστή και συστηματική πρόληψη μπορεί να μειώσει τον αριθμό και τη σοβαρότητα των παιδικών ατυχημάτων μέχρι και 50%. Με την ευαισθητοποίηση των γονέων και των εκπαιδευτικών για την πρόληψη των τροχαίων, τα ατυχήματα μπορούν να μειωθούν στο ελάχιστο. (Christie N et al. 2008)

3.6. ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Τα δεδομένα της Πύλης Ατυχημάτων δείχνουν ότι κατά την τελευταία διαθέσιμη περίοδο (1992-2004) παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα 1593 ακούσιοι θάνατοι παιδιών ηλικίας 0-14, εκ των οποίων οι 874 οφείλονται σε τροχαία, οι 135 σε πνιγμούς, οι 82 σε πτώσεις, οι 47 σε εγκαύματα, οι 23 σε δηλητηριάσεις. Για τους υπόλοιπους 432 θανάτους από ατυχήματα οι αιτίες ήταν αδιευκρίνιστες.

Από τους 123 θανάτους παιδιών που σημειώνονται ετησίως στη χώρα μας κατά μέσο όρο, η μεγαλύτερη αναλογία για όλα σχεδόν τα είδη ατυχημάτων και όλες τις ηλικιακές ομάδες αφορά στα αγόρια (60%). Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 (Πίνακας 3.6.1.) (ΚΕΠΑ, 2007).

Ηλικία	0-4 ετη			5-9 ετη			10-14 ετη			0-14 ετη		
	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο	A	K	Σύνολο
Τροχαίο	130	92	222	161	118	279	237	136	373	328	346	674
Πνιγμός	24	16	40	36	8	44	36	15	51	96	39	135
Πτώση	24	20	44	10	7	17	14	7	21	48	34	82
Έγκαυμα	15	14	29	6	6	12	4	2	6	25	22	47
Δηλητηρίαση	2	4	6	1	0	1	4	12	16	7	16	23
Λοιπά/αδιευκρίνηστα αιτια	174	141	315	24	24	48	45	24	69	243	189	432
Σύνολο	369	287	656	238	163	401	340	196	536	647	646	1293

Πίνακας 3.6.1.: Κατανομή θανάτων από ακούσιο τραυματισμό σε παιδιά (0-14 έτη) στην Ελλάδα για τα έτη 1992-2004 ανά είδος ατυχήματος, ηλικία και φύλο (πηγή: Injury Statistics Portal 1992-2004, δεδομένα Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)).

3.6.1. ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Πρώτη αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα παιδιά (0-14 έτη) είναι τα τροχαία ατυχήματα, που ευθύνονται για το 55% του συνολικού αριθμού θανάτων από γνωστές αιτίες ατυχημάτων στην ηλικία αυτή. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως

κατά μέσο όρο 67 θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Από το σύνολο των θανάτων, το 52% αντιστοιχεί σε επιβαίνοντες, το 37% σε πεζούς και το 11% σε οδηγούς. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας εντοπίζονται στις ηλικίες 10-14, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4. Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση της θνησιμότητας στα αγόρια κατά την ηλικία των 10-14 ετών.

3.6.2.ΠΝΙΓΜΟΙ

Οι πνιγμοί αποτελούν τη δεύτερη σημαντικότερη από τις γνωστές αιτίες θανάτου από ατύχημα στα ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 10 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας για τα αγόρια εντοπίζονται στις ηλικίες 5-9, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 0-4, ενώ το αντίστροφο ισχύει για τα κορίτσια, τα οποία έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από πνιγμό στις ηλικίες 0-4 και οι χαμηλότερη στις ηλικίες 5-9.

3.6.3.ΠΤΩΣΕΙΣ

Οι θάνατοι από πτώσεις αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στα ελληνόπουλα ηλικίας 0-14 ετών. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 6 θάνατοι από πνιγμούς στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) τα αγόρια εμφανίζουν συστηματικά υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 5-9 για τα αγόρια και 10-14 για τα κορίτσια.

3.6.4. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Τέταρτη αιτία θανάτου από παιδικό ατύχημα γνωστής αιτιολογίας στη χώρα μας είναι τα εγκαύματα. Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 4 θάνατοι από εγκαύματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν ίδιους δείκτες θνησιμότητας. Οι υψηλότεροι δείκτες θνησιμότητας και για τα δύο φύλα εντοπίζονται στις ηλικίες 0-4, ενώ οι χαμηλότεροι στις ηλικίες 10-14.

3.6.5. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρείται ετησίως κατά μέσο όρο 1 θάνατος από δηλητηριάσεις στις ηλικίες 0-14 ετών.

Εκτός από την άνοδο του βιοτικού επιπέδου, η λειτουργία των Κέντρων Δηλητηριάσεων και άλλες προληπτικές φύσης ενέργειες συνέβαλαν ουσιαστικά στη μείωση των θανάτων από δηλητηριάσεις, που αποτελούν την πέμπτη και λιγότερο συχνή αιτία θανάτου σε παιδιά στη χώρα μας.

3.6.6. ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΙ ΑΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Στην Ελλάδα (1992-2004) παρατηρούνται ετησίως κατά μέσο όρο 33 θάνατοι από λοιπές και αδιευκρίνιστες αιτίες στις ηλικίες 0-14 ετών. Και στις τρεις ηλικιακές κατηγορίες (0-4, 5-9 και 10-14 έτη) αγόρια και κορίτσια εμφανίζουν σχεδόν ίδιους δείκτες θνησιμότητας. Αξιοσημείωτη αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται στις ηλικίες 0-4.

4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Τα παιδικά ατυχήματα συχνά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των παιδιών καθώς συχνά προκαλούν μόνιμες ή παροδικές αναπηρίες. Οι επιπτώσεις δεν αφορούν μόνο στα παιδιά αλλά και σε ολόκληρη την οικογένεια αφού δαπανώνται πολλές εργατοώρες για την αρτιότερη υποστήριξή τους και αυξάνουν το κόστος του οικογενειακού

προϋπολογισμού. Οι τομείς που κυρίως οι συνέπειες των παιδικών ατυχημάτων αφορούν είναι η υγεία του ατόμου, η δημόσια υγεία, ο οικονομικός και ο ψυχολογικός τομέας.

4.1.ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Όλοι πια γνωρίζουμε πως στον 21ο αιώνα οι ακούσιες σωματικές κακώσεις (ατυχήματα) αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας στις νεαρές ομάδες ηλικιών. Όσον αφορά στις συνέπειες στην υγεία του ατόμου τα ατυχήματα τόσο σε παιδιά (0-14 ετών) όσο και νέους ενήλικες ευθύνονται για περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη νοσολογική οντότητα. Οι συνέπειες αφορούν κύρια το ίδιο το παιδί και τους οικείους του (ψυχικό τραύμα, σωματική βλάβη, αναπηρία, θάνατος), αλλά και τον θύτη (ψυχικό τραύμα, δίκες). Το παιδί μετά το οποιοδήποτε ατύχημα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, με τις καλύτερες παροχές που διατίθενται ώστε η βοήθεια να είναι περισσότερο αποτελεσματική και με τις λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες.

Οι θάνατοι όμως των παιδιών αποτελούν την κορυφή του παγόβουνου. Αρκεί να αναλογιστεί κανείς τους ανήλικους που εξαιτίας κάποιου τραυματισμού είναι αναγκασμένοι ή να παραμένουν για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα σε κάποια μονάδα εντατικής θεραπείας μέχρι την πλήρη αποκατάστασή τους, η οποία δεν είναι πάντα εφικτή, ή σε όλη τους τη ζωή να ζουν με το βάρος μίας βαριάς ή μη αναπηρίας. Και δυστυχώς όταν πρόκειται για κάποια αναπηρία ή κάποια μόνιμη βλάβη η ταλαιπωρία δεν τελειώνει με την έξοδο του παιδιού από το νοσοκομείο. Αρκετές είναι οι περιπτώσεις που για χρόνια το παιδί περνάει ώρες σε ειδικά κέντρα προκειμένου να επιτευχθεί η πλήρης αποκατάσταση της βλάβης του. Αλλά το πρόβλημα δεν σταματάει εδώ. Ανεξάρτητα με την βαρύτητα του ατυχήματος είτε πρόκειται για βαριά αναπηρία είτε για ελαφρύ περιστατικό, τα ατυχήματα συνδυάζονται με σοβαρές ψυχοκοινωνικές διαταραχές, οι οποίες αναφέρονται ως μετατραυματικό σύνδρομο.

4.2. ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Τα ατυχήματα αποτελούν σοβαρότατο πρόβλημα της δημόσιας υγείας όλων των χωρών γιατί αφορούν το νεανικό και κυρίως τον υγιή πληθυσμό και είναι ευθύνη όλων γιατί σε μεγάλο βαθμό μπορούν να προληφθούν. Το πρώτο και κύριο που πρέπει να αναφέρουμε όταν μιλάμε για τις συνέπειες των παιδικών ατυχημάτων στη δημόσια υγεία είναι η μεγάλη επίπτωση που παρουσιάζεται τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Πολλά είναι τα περιστατικά των παιδικών ατυχημάτων που εμφανίζονται κάθε χρόνο. Το σημαντικό είναι πως ολοένα αυξάνονται δραματικά και το πρόβλημα αυτό αρχίζει και παίρνει διαστάσεις επιδημίας. Το δεύτερο και σημαντικότερο είναι η αυξημένη πιθανότητα θανάτου και αναπηρίας των παιδιών που εμφανίζονται σαν αποτέλεσμα των παιδικών ατυχημάτων. Ένα άλλο που αξίζει να αναφερθεί είναι, όπως είναι ήδη γνωστό άλλωστε, πως οι παράγοντες κινδύνου των παιδικών ατυχημάτων είναι διάσπαρτες σε όλο τον παιδικό πληθυσμό, και όχι μόνο, το οποίο σημαίνει ότι κάποιο ατύχημα δυστυχώς μπορεί να συμβεί σε κάθε παιδί και όχι απαραίτητα μία φορά. Αυτό σημαίνει ότι όλα τα παιδιά είναι επιρρεπή στα ατυχήματα και για να τα προλάβουμε θα πρέπει να ενεργήσουμε μαζικά σε όλο τον παιδικό πληθυσμό και αποτελεσματικά. Εκτός των άλλων τα ατυχήματα καταναλώνουν σημαντικό τμήμα των υπηρεσιών του συστήματος υγείας το σημαντικότερο όμως είναι πως μπορούμε εύκολα και γρήγορα να παρέμβουμε και να αλλάξει αυτό. Σαν τελευταία συνέπεια πρέπει να αναφέρουμε το κόστος που αφορά τόσο την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, όσο τη θεραπεία και τέλος την αποκατάσταση των αποτελεσμάτων των παιδικών ατυχημάτων.

4.3. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Μέχρι πρότινος, υπήρχαν λίγες πληροφορίες, για το πόσο στοιχίζουν τα παιδικά ατυχήματα, στις χώρες μέλη της Ε.Ε. Το πρόγραμμα Eurocost δείχνει ότι οι δαπάνες των νοσηλίων, σε νοσοκομεία, για όλους τους ασθενείς, από ατύχημα, σε όλη την Ε.Ε. (τα 15 παλιά κράτη - μέλη) είναι συνολικά €10.8 δισ. Τα μεγαλύτερα ποσοστά, δαπανώνται, για παιδιά, από 0-4 ετών, και άντρες από 18 έως 24 ετών, λόγω των υψηλών ποσοστών ατυχημάτων, σε αυτές τις ηλικίες. Το πρόγραμμα Eurocost, επίσης, μας δίνει

πληροφορίες, για το κόστος, ανάλογα, με το είδος του ατυχήματος. Αν συγκρίνουμε τα νούμερα βλέπουμε ότι το κόστος, ανά ασθενή, είναι μεγαλύτερο, για τα ατυχήματα στους δρόμους (€597) και μικρότερο για τα ατυχήματα στη δουλειά (€127). Οι αυτοκτονίες (€280) και τα ατυχήματα που γίνονται στο σπίτι ή στον ελεύθερο χρόνο μας (€250) κατατάσσονται στη δεύτερη και στην τρίτη σειρά, αντίστοιχα (Καταναλωτικά βήματα, Σεπτέμβριος 2005) . Όσον αφορά στα τροχαία ατυχήματα σε ημερίδα που πραγματοποιήθηκε με θέμα την Οδική Ασφάλεια της οποίας τη χορηγία ανέλαβε η Αττική Οδός ώστε να συμβάλει με την σειρά της στην γενικότερη προσπάθεια που γίνεται για την οδική ασφάλεια στη χώρα μας ο Πρόεδρος του Συλλόγου Ελλήνων Συγκοινωνιολόγων κατά την διάρκεια της ομιλίας του είπε: "Το ετήσιο κόστος των ατυχημάτων για την χώρα μας ανέρχεται σε 3 δις ευρώ υπολογίζεται δε ότι κόστος ανά θάνατο για την χώρα ανέρχεται σε 1,2 εκ ευρώ , για σοβαρό τραυματισμό 140 χιλιάδες ευρώ ενώ για ελαφρύ 14 χιλιάδες ευρώ. Πρέπει να γίνει καταγραφή των μελανών σημείων του οδικού δικτύου και να γίνουν άμεσα παρεμβάσεις".

4.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Η αναπηρία έχει μια διαφορετική εικόνα από εκείνη της αρρώστιας, καθώς πρόκειται για μια χρόνια κατάσταση. Αν και η σωματική αναπηρία είναι ο κοινός παρονομαστής κάθε παιδί έχει διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης των ψυχοτραυματικών εμπειριών, διαθέτει τους δικούς του μηχανισμούς άμυνας και βιώνει διαφορετικά την αναπηρία του. Οι αντιδράσεις κατ' αρχήν έχουν σχέση με την ηλικία. Διαφορετικές είναι οι αντιδράσεις σε ένα παιδί προσχολικής ή σχολικής ηλικίας όταν βρεθεί αντιμέτωπο με την αναπηρία και διαφορετικές σε ένα παιδί εκ γενετής ανάπηρο που έχει ενσωματώσει την αναπηρία του στη ζωή του. Μπορούμε να διακρίνουμε δύο χαρακτηριστικά ψυχολογικά προφίλ παιδιών με χρόνιες αναπηρίες.

Από τη μια πλευρά έχουμε παιδιά δειλά, παθητικά, απομονωμένα, με έντονα συναισθήματα αγανάκτησης και εχθρότητας προς τα φυσιολογικά άτομα. Αναπτύσσουν έναν παθολογικό εγωισμό, γκρινιάζουν συνέχεια και διεκδικούν, πιστεύουν ότι οι άλλοι τους οφείλουν πολλά επειδή σε αυτά έτυχε η αναπηρία. Δείχνουν έλλειψη ενδιαφέροντος για κάθε ατομική και κοινωνική δραστηριότητα και έχουν μεγάλη τάση εξάρτησης από

τους γονείς και κυρίως από τη μητέρα τους. Στο άλλο άκρο είναι παιδιά που δείχνουν υπερβολική τάση για ανεξαρτητοποίηση και αυτονομία. Αναλαμβάνουν επικίνδυνες δραστηριότητες, προκαλώντας και εκθέτοντας τη ζωή τους σε κίνδυνο. Δοκιμάζουν συνέχεια τον εαυτό τους και την ανοχή του περιβάλλοντος, αναγκάζοντας τους γονείς τους να παίρνουν περιοριστικά μέτρα. Είναι σαν να έχουν απολέσει έως ένα βαθμό τον έλεγχο της πραγματικότητας και χρησιμοποιούν μηχανισμούς άρνησης για τα επώδυνα συναισθήματα που τους προκαλεί η αναπηρία. Τα ψυχολογικά προβλήματα δεν έχουν ανάλογη σχέση με τη σοβαρότητα της αναπηρίας.

Μια μικρή αναπηρία μπορεί να προκαλέσει μεγάλες ψυχικές διαταραχές. Αντίθετα, η δομή της προσωπικότητας παίζει το σημαντικότερο ρόλο. Όταν υπάρχει ισχυρή θέληση, αναπτύσσεται κίνητρο για να ξεπεραστεί η αναπηρία και έχουμε τις φωτεινές εξαιρέσεις με καλά αποτελέσματα προσωπικής και κοινωνικής επιτυχίας. Άτομα που ζουν χωρίς συγκρούσεις την αναπηρία τους, δέχονται τους περιορισμούς προχωρούν μπροστά και αναπτύσσουν άλλες αντισταθμιστικές δραστηριότητες. Στα πλαίσια της πρόληψης των ψυχικών διαταραχών εντάσσεται η ευαισθητοποίηση της κοινότητας, προκειμένου να αλλάξει η αρνητική στάση απέναντι στα ανάπηρα άτομα. (Ψυχολογικές επιπτώσεις της αναπηρίας στα παιδιά, διαθέσιμο στο [www. iatronet.gr](http://www.iatronet.gr).)

5. ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΑΤΥΧΗΜΑ

Ένα **ατύχημα** είναι το απρόβλεπτο και απρόοπτο συμβάν, συχνά με την έλλειψη του δόλου. Αυτό συνεπάγεται συνήθως αρνητική έκβαση που μπορεί να είχε αποφευχθεί αν είχαν προληφθεί οι συνθήκες που οδήγησαν στο ατύχημα. Το **επείγον** είναι μια κατάσταση που θέτει σε άμεσο κίνδυνο την υγεία, και κατά συνέπεια τη ζωή. Τα περισσότερα περιστατικά έκτακτης ανάγκης απαιτούν επείγουσα παρέμβαση για να αποφευχθεί η επιδείνωση της κατάστασης.

Στο πλαίσιο της καλύτερης αντιμετώπισης των ατυχημάτων έχουν δημιουργηθεί πολλοί φορείς και ακολουθούνται αρκετά πρωτόκολλα παροχής πρώτων βοηθειών τα οποία αναβαθμίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία παρέχει μια ποικιλία από επιλογές για τα σχολεία που θέλουν να εκπαιδεύσουν τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς και το προσωπικό τους στη χρήση και την παροχή πρώτων βοηθειών. Τα μαθήματα μπορούν να καλύψουν τις συγκεκριμένες ανάγκες των σχολείων και παρέχουν βασική εκπαίδευση πρώτων βοηθειών. Χρησιμοποιώντας ένα ειδικά σχεδιασμένο πρόγραμμα, τα τμήματα της εταιρείας μπορούν να διδάξουν μαθήματα πρώτων βοηθειών ειδικά για σχολεία. Η ατζέντα περιέχει μαθήματα πρώτων βοηθειών σε 30 με 40 λεπτά, επιτρέποντάς τους να διδάσκονται σε διάστημα αρκετών ημερών σε μια τάξη.

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης (ERC) είναι το Ευρωπαϊκό Διεπιστημονικό Συμβούλιο για την Ιατρική Αναζωογόνησης και Επείγουσας Ιατρικής Φροντίδας. Ιδρύθηκε το 1989.

Στόχος του είναι «να διατηρήσει την ανθρώπινη ζωή, κάνοντας την υψηλή ποιότητα ανάνηψης διαθέσιμη για όλους». Αποτελεί το δίκτυο των Εθνικών Συμβουλίων Αναζωογόνησης στην Ευρώπη.

Ο Οργανισμός έχει ως στόχο μεταξύ άλλων, τις ακόλουθες δραστηριότητες:

- α) Την προώθηση και την ενίσχυση του δικτύου των Εθνικών Συμβουλίων Αναζωογόνησης στην Ευρώπη.
- β) Την παραγωγή κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων προς την Ευρώπη, κατάλληλων για την άσκηση της καρδιοπνευμονικής και εγκεφαλικής ανάνηψης (CPR) σε νήπια, παιδιά και ενήλικους.
- γ) Την ενημέρωση αυτών των κατευθυντήριων γραμμών, υπό το πρίσμα της κριτικής εξέτασης της επιστήμης και της πρακτικής CPR.
- δ) Την προώθηση του ελέγχου της πρακτικής ανάνηψης συμπεριλαμβανομένων των προσπαθειών της τυποποίησης των αρχείων της ανάνηψης.
- ε) Τον σχεδιασμό και η υποστήριξη τυποποιημένων προγραμμάτων διδασκαλίας κατάλληλων για όλους τους εκπαιδευόμενους στην Ευρώπη από το απλό κοινό έως τον εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας.
- στ) Την προώθηση και το συντονισμό της κατάλληλης έρευνας.
- ζ) Την οργάνωση σχετικών συνεδρίων και άλλων επιστημονικών συναντήσεων στην Ευρώπη.
- η) Την προώθηση της πολιτικής και την ευαισθητοποίηση του κοινού για τις απαιτήσεις ανάνηψης και πρακτικής στην Ευρώπη.

- θ) Την προώθηση των ανταλλαγών μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών κλάδων υγείας.
- ι) Την παροχή συμβουλών στα Ευρωπαϊκά και άλλα εθνικά και διεθνή όργανα για όλα τα θέματα που σχετίζονται με CPR.

Στην Αγγλία, όσοι ασχολούνται επαγγελματικά με τη φροντίδα παιδιών, όπως βρεφονηπιαγωγοί και γενικά όσοι επιβλέπουν παιδιά πρέπει να παρακολουθούν, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, πρόγραμμα εκμάθησης πρώτων βοηθειών για παιδιά. Η Rescue Training International (RTI) είναι διεθνής εκπαιδευτικός οργανισμός. Παρέχει ποιοτική και πιστοποιημένη εκπαίδευση πρώτων βοηθειών τόσο στο ευρύ κοινό όσο και στους επαγγελματίες υγείας εκδίδοντας διεθνώς αναγνωρισμένα πιστοποιητικά. Είναι επίσης εγκεκριμένος πάροχος εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών στους χώρους εργασίας καθώς επίσης τελεί μέλος της Ομοσπονδίας Οργανισμών Εκπαίδευσης Πρώτων Βοηθειών της Μεγάλης Βρετανίας. Το πρόγραμμα Επείγουσας Πρώτης Βοήθειας για παιδιά και βρέφη είναι σχεδιασμένο ώστε όλοι οι συμμετέχοντες να αποκτήσουν τις ελάχιστες απαραίτητες γνώσεις προκειμένου να είναι σε θέση να υποστηρίξουν τη ζωή ενός παιδιού ή ενός βρέφους. Περιλαμβάνει μια σειρά από βασικές θεωρητικές και πρακτικές ενότητες ενώ ο κύριος προσανατολισμός του προγράμματος είναι η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση παιδιού και βρέφους. Απευθύνεται στο γενικότερο πληθυσμό όπως γονείς, δάσκαλοι, στελέχη παιδικών κατασκηνώσεων αλλά και σε κάθε ενδιαφερόμενο, ως η ελάχιστη γνώση αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών για παιδιά και βρέφη. Κατά τη διάρκεια του εκπαιδευτικού προγράμματος "Πρώτες Βοήθειες στο Σχολείο" οι συμμετέχοντες εκπαιδεύονται στην αντιμετώπιση των επειγόντων και απειλητικών για τη ζωή των μαθητών περιστατικών. Το πρόγραμμα πληροί τις κατευθυντήριες οδηγίες του Συμβουλίου Υγιεινής και Ασφάλειας (H.S.E.) της Μεγάλης Βρετανίας, και ήδη διδάσκεται στα στελέχη όλων των σχολικών οργανισμών του Ηνωμένου Βασιλείου και της Βόρειας Ιρλανδίας. Το πρόγραμμα κρίνεται απαραίτητο σε δασκάλους, νηπιαγωγούς, καθηγητές και σε όσους συναναστρέφονται με τους μαθητές, κατά τη διάρκεια του σχολικού ωραρίου.

Οι Πρώτες Βοήθειες δεν αποσκοπούν στην τελική θεραπεία του ασθενούς. Όμως, αν προσφερθούν σωστά και αποτελεσματικά, οι πιθανότητες επιβίωσης και ομαλότερης αποθεραπείας του ασθενούς αυξάνονται σημαντικά. Ενίοτε οι Πρώτες Βοήθειες μπορούν από μόνες τους να σώσουν τη ζωή του ασθενούς ή να τον θεραπεύσουν γι' αυτό και η

σωστή άμεση παρέμβαση είναι σημαντική και πολλές φορές καθοριστική για την έκβαση της υγείας του θύματος .

5.1. ΒΑΣΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Οι κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την παιδιατρική υποστήριξη της ζωής βασίζονται σε δύο βασικές αρχές: (1) η συχνότητα των σοβαρών ασθενειών, ιδιαίτερα η καρδιοαναπνευστική ανακοπή, και η ζημία στα παιδιά είναι πολύ χαμηλότερη από ό, τι στους ενήλικες και (2) οι περισσότερες παιδιατρικές περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης εξυπηρετούνται κυρίως από τους παρόχους οι οποίοι είναι δεν ειδικοί στην παιδιατρική και έχουν περιορισμένη παιδιατρική επείγουσα ιατρική εμπειρία.

Ως εκ τούτου, οι κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την παιδιατρική υποστήριξη της ζωής πρέπει να ενσωματώσουν τις βέλτιστες διαθέσιμες επιστημονικές αποδείξεις, αλλά πρέπει επίσης να είναι απλές και εφικτές. Η παροχή πρώτων βοηθειών των παιδιών αν και έχει αρκετά κοινά με αυτή των ενηλίκων, έχει και κάποιες σημαντικές διαφορές. Γίνεται λίγο πιο γρήγορα σε ρυθμό με μικρότερη πίεση. Εφαρμόζεται τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα και μύτη παιδιού και με ρυθμό εμφυσήσεων 20/min ενώ η καρδιακή λειτουργία ελέγχεται μετά τις 5 εμφυσήσεις. Εφαρμόζεται πίεση στο θώρακα με το ένα χέρι πιο ελαφρά από ότι στους ενήλικους με ρυθμό 100/min, μέχρι υποχωρήσεως του στέρνου 3,5 cm σε κάθε συμπίεση. Κάθε 15 συμπίεσεις εφαρμόζονται 2 εμφυσήσεις.

Η παρακάτω ακολουθία πρέπει να ακολουθηθεί από εκείνους που είναι υποχρεωμένοι να ανταποκριθούν στις παιδιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (συνήθως ομάδες επαγγελματιών υγείας , εκπαιδευτικούς, κ.λ.π.)

Πλησιάστε με ασφάλεια

Ελέγξτε αντίδραση

Φωνάξτε για βοήθεια

Απελευθερώστε αεραγωγό

Ελέγξτε για αναπνοή

5 εμφυσήσεις

Καλέστε 112 (166/199)

Ελέγξτε για σημεία ζωής

15 θωρακικές συμπίεσεις

2 αναπνοές διάσωσης

15 θωρακικές συμπίεσεις

(Published September 2012 by European Resuscitation Council)

1. Βεβαιωθείτε για την ασφάλεια του διασώστη και του παιδιού
2. Ελέγξτε την ανταπόκριση του παιδιού.
 - Πλησιάστε το παιδί, ταρακουνήστε το ελαφρά και ρωτήστε δυνατά: Είσαι καλά;
3. Α. Σε περίπτωση που το παιδί αντιδρά με την απάντηση ή την κίνηση:
 - Αφήστε το παιδί στη θέση στην οποία βρέθηκε (με την προϋπόθεση δεν είναι σε περαιτέρω κίνδυνο).
 - Ελέγξτε την κατάσταση της υγείας του και ζητήστε βοήθεια αν είναι απαραίτητο
 - Επανεκτιμήστε το παιδί τακτικά.
3. Β. Εάν το παιδί δεν ανταποκρίνεται
 - Φωνάξτε βοήθεια.
 - Γυρίστε προσεκτικά το παιδί στην πλάτη του.

- Απελευθερώστε τους αεραγωγούς του παιδιού με κλίση του κεφαλιού και ανύψωση του πηγουνιού.

- Τοποθετήστε το χέρι σας στο μέτωπό του και απαλά δώστε κλίση του κεφαλιού προς τα πίσω.

- Την ίδια στιγμή, τοποθετώντας τα δάκτυλά σας κάτω από το πηγούνι του παιδιού, ανασηκώστε το πηγούνι. Μην πιέζετε τα μαλακά μέρη κάτω από το πηγούνι, καθώς αυτό μπορεί να αποφράξει τον αεραγωγό.

- Αν εξακολουθείτε να έχετε δυσκολία στο άνοιγμα των αεραγωγών, δοκιμάστε έλξη της κάτω γνάθου: τοποθετήστε τα δύο πρώτα δάχτυλα του κάθε χεριού πίσω από κάθε πλευρά της κάτω γνάθου (άρθρωση) και σπρώξτε το σαγόνι προς τα εμπρός.

4. Κρατώντας τον αεραγωγό ανοιχτό, κοιτάζετε, ακούστε και αισθανθείτε για φυσιολογική αναπνοή

βάζοντας το πρόσωπό σας κοντά στο πρόσωπο του παιδιού και παρατηρώντας το στήθος:

- Ψάξτε για κινήσεις του θώρακα.

- Ακούστε τη μύτη και το στόμα του παιδιού για ήχους αναπνοής.

- Νιώστε την κίνηση του αέρα στο μάγουλό σας. Στα πρώτα λεπτά μετά από μια καρδιακή ανακοπή ένα παιδί μπορεί να εργώδη αναπνοή με χαμηλή συχνότητα.. Κοιτάζτε, ακούστε και αισθανθείτε για όχι περισσότερο από 10s πριν αποφασίσετε . Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία για το αν η αναπνοή είναι φυσιολογική, ενεργείστε σαν να μην είναι φυσιολογική.

5 A. Αν το παιδί αναπνέει κανονικά:

- Γυρίστε το παιδί σε θέση ανάντησης

- Καλέστε ή στείλτε κάποιον για βοήθεια, και καλέστε τον τοπικό αριθμό έκτακτης ανάγκης για ασθενοφόρο.

- Ελέγξτε για τη συνεχή παρουσία αναπνοής.

5 B. Αν η αναπνοή δεν είναι κανονική ή απουσιάζει:

- Αφαιρέστε προσεκτικά τυχόν εμφανή στοιχεία απόφραξης των αεραγωγών.

- Δώστε πέντε πρώτες εμφυσήσεις.

- Κατά την εκτέλεση των εμφυσήσεων πρέπει να σημειωθεί οποιαδήποτε αντίδραση ή βήχας τυχόν παρουσιαστεί. Η ύπαρξη των σημείων αυτών ή η απουσία τους αποτελούν μέρος της αξιολόγησης σας «σημάδια ζωής», στη μετέπειτα περιγραφή.

Εμφυσήσεις για ένα παιδί άνω του 1 έτους:

- Βεβαιωθείτε για κλίση της κεφαλής και ανύψωση πηγουνιού.
- Πιάστε το μαλακό μέρος της μύτης κλείνοντας το με τον δείκτη και αντίχειρα, στηρίζοντας το χέρι σας στο μέτωπό του.
- Επιτρέψτε να ανοίξει το στόμα, διατηρώντας έλξη της γνάθου.
- Πάρτε μια ανάσα και τοποθετήστε τα χείλη σας γύρω από το στόμα, φροντίζοντας ότι έχετε σφραγίσει σωστά.
 - Φυσήξτε σταθερά μέσα στο στόμα για περίπου 1-1,5 s παρακολουθώντας παράλληλα την ανύψωση στο στήθος.
 - Διατηρήστε έκταση της κεφαλής και έλξη της γνάθου και παρακολουθήστε πτώση του στήθους του καθώς ο αέρας εξέρχεται.
 - Επαναλάβετε αυτή τη διαδικασία πέντε φορές. Η διαδικασία θεωρείται αποτελεσματική όταν παρακολουθώντας το στήθος του παιδιού παρατηρούμε ότι αυξάνεται και μειώνεται με παρόμοιο τρόπο όπως μια κανονική αναπνοή.

6. Εκτιμήστε την κυκλοφορία του παιδιού

Όχι περισσότερο από 10s:

- Ψάξτε για σημάδια της ζωής - αυτό περιλαμβάνει κάθε κίνηση, βήχα ή φυσιολογική αναπνοή (όχι εργώδη αναπνοή, ακανόνιστες, μη φυσιολογικές ανάσες). Εάν έχετε ελέγξει τον παλμό, βεβαιωθείτε ότι έχετε πάρει όχι περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα. Σε ένα παιδί πάνω από 1 έτος - αισθανθείτε την ύπαρξη καρωτιδικού σφυγμού στο λαιμό. Σε ένα βρέφος – αισθανθείτε το βραχιόνιο παλμό στην εσωτερική πλευρά του άνω βραχίονα. Τον μηριαίο παλμό στην βουβωνική χώρα, στη μέση μεταξύ της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθας και στο κανάλι της ηβικής σύμφυσης σε βρέφη και παιδιά.7A. Αν δεν είστε σίγουροι ότι μπορείτε να εντοπίσετε σημάδια της ζωής μέσα 10s:

- Συνεχίστε τις εμφυσήσεις, αν χρειαστεί, έως ότου το παιδί αρχίσει να αναπνέει ουσιαστικά μόνο του.
- Γυρίστε το παιδί στο πλάι (στη θέση ανάνηψης) αν παραμένει αναίσθητο.
- Αξιολογείτε το παιδί συχνά.7B. Αν δεν υπάρχουν σημάδια ζωής εκτός αν είστε **σίγουροι** ότι μπορείτε να αισθανθείτε έναν σταθερό παλμό μεγαλύτερο από 60 /λεπτό - 1 εντός 10s:

- Ξεκινήστε θωρακικές συμπίεσεις.
- Συνδυάστε εμφυσέςεις και θωρακικές συμπίεσεις:

Θωρακικές συμπίεσεις

Για όλα τα παιδιά, συμπιέζεται το κάτω μισό του στέρνου. Για να αποφευχθεί η συμπίεση της άνω κοιλιακής χώρας, εντοπίστε την ξιφοειδή απόφυση του στέρνου, βρίσκοντας τη γωνία, όπου οι κατώτερες πλευρές ενώνονται. Συμπιέστε το στέρνο ένα δάκτυλο πάνω από το σημείο αυτό. Αυτή η συμπίεση θα πρέπει να είναι επαρκής για να συμπιέσει το στέρνο κατά τουλάχιστον το ένα τρίτο του βάθους του θώρακα. Μην φοβάστε να ωθήσετε πάρα πολύ σκληρά: "Σπρώξτε σκληρά και γρήγορα". Απελευθερώστε την πίεση εντελώς και επαναλάβετε σε ένα ρυθμό τουλάχιστον 100/λεπτό - 1 Μετά από 15 συμπίεσεις, πραγματοποιήστε κλίση της κεφαλής και έλξη της γνάθου, και δώστε δύο αποτελεσματικές αναπνοές. Συνέχεια συμπίεσεις και αναπνοές σε αναλογία 15:02. Η καλύτερη μέθοδος για τη συμπίεση διαφέρει ελαφρώς μεταξύ βρεφών και παιδιών. Συμπίεση στο στήθος σε παιδιά πάνω από 1 έτος. Τοποθετήστε την παλάμη του ενός χεριού πάνω από το κατώτερο ήμισυ του στέρνου. Σηκώστε τα δάκτυλα για να εξασφαλισθεί ότι η πίεση δεν εφαρμόζεται πάνω πλευρά του παιδιού. Τοποθετήστε τον εαυτό σας κάθετα πάνω από στήθος του θύματος και, με το χέρι σας κατ'ευθείαν, συμπιέστε το στέρνο ώστε να κατέλθει τουλάχιστον το ένα τρίτο του βάθους του θώρακα (περίπου 5 εκατοστά). Σε μεγαλύτερα παιδιά ή για μικρούς διασώστες, αυτό επιτυγχάνεται πιο εύκολα χρησιμοποιώντας και τα δύο χέρια με τα δάκτυλα μεταξύ τους κλειδωμένα.

Μην διακόπτετε την ανάνηψη μέχρι:

- Το παιδί να δώσει σημάδια ζωής (μετακινείται, ανοίγει μάτια και αναπνέει κανονικά ή έχει καθορισμένο παλμό μεγαλύτερο από 60 / λεπτό)
- Περαιτέρω ειδική βοήθεια φτάνει και αναλαμβάνει.
- Μπορεί να έχετε εξαντληθεί. Πότε να καλέσετε για βοήθεια Είναι ζωτικής σημασίας για τους διασώστες να έχουν βοήθεια όσο το δυνατόν γρηγορότερα, όταν ένα παιδί καταρρέει.
- Όταν περισσότεροι από έναν διασώστες είναι διαθέσιμοι, ο ένας αρχίζει ανάνηψη ενώ ο άλλος διασώστης πηγαίνει για βοήθεια.

- Όταν υπάρχει μόνο ένας διασώστης, ξεκινά ανάνηψη για 1 λεπτό πριν πάει για βοήθεια. Ελαχιστοποίηση της διακοπής CPR, είναι δυνατόν να συμβεί όταν ο διασώστης μεταφέρει ένα βρέφος ή μικρό παιδί ενώ ζητά βοήθεια.
- Η μόνη εξαίρεση για την εκτέλεση του CPR για 1min πριν ο διασώστης πάει για βοήθεια είναι στην περίπτωση που αναφέρεται ξαφνική κατάρρευση παιδιού και όταν ο διασώστης είναι μόνος. Στην περίπτωση αυτή, η καρδιακή ανακοπή είναι πιθανό να προκληθεί από μια αρρυθμία και το παιδί θα χρειαστεί απινίδωση. Ζητήστε βοήθεια αμέσως εάν δεν υπάρχει κανείς για να πάει για σας.
- Θέση ανάνηψης

Ένα παιδί του οποίου οι αισθήσεις του αεραγωγού είναι σαφείς, και που αναπνέει κανονικά, θα πρέπει να λάβει θέση ανάνηψης. Η θέση ανάνηψης των ενηλίκων μπορεί να χρησιμοποιηθεί και στα παιδιά.

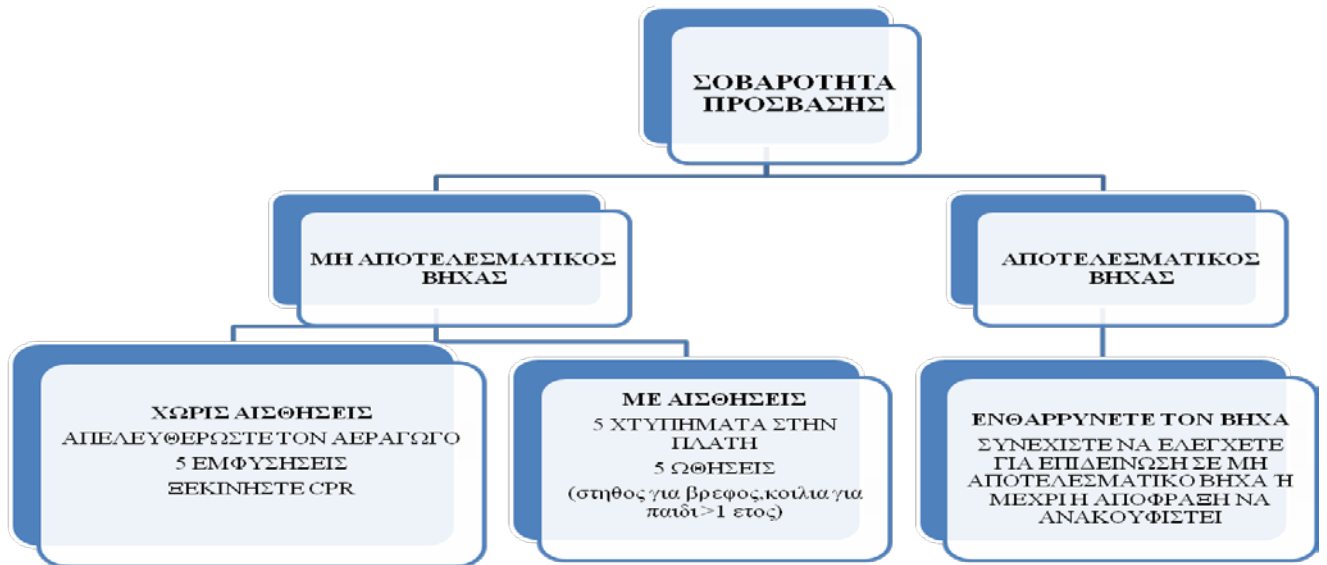
5.1.1. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ ΑΠΟ ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ (FBAO) ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Χτυπήματα στην πλάτη, στο στήθος και την κοιλιά μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της ενδο-θωρακικής πίεσης και μπορεί να αποβάλλουν ξένα σώματα από τον αεραγωγό. Στις μισές των περιπτώσεων περισσότερες από μία τεχνικές που αναφέρονται παραπάνω απαιτούνται για την ανακούφιση από την απόφραξη.

Δεν υπάρχουν δεδομένα για να δείξουν ποια μέτρα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται κατά προτεραιότητα ή με ποια σειρά θα πρέπει να εφαρμόζονται. Αν κάποιο δεν είναι επιτυχές, δοκιμάστε τα υπόλοιπα έως ότου το αντικείμενο να αποβληθεί.

Ο αλγόριθμος FBAO για παιδιά απλοποιήθηκε και ευθυγραμμίστηκε με τις κατευθυντήριες οδηγίες των ενηλίκων 2005 και εξακολουθεί να είναι η συνιστώμενη σειρά για τη διαχείριση FBAO (Γράφημα 5.1.1.1).

Η πιο σημαντική διαφορά από τον αλγόριθμο των ενηλίκων είναι ότι οι κοιλιακές ωθήσεις δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται στα βρέφη. Αν και οι κοιλιακές ωθήσεις έχουν προκαλέσει τραυματισμούς σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, ο κίνδυνος είναι ιδιαίτερα υψηλός σε βρέφη και πολύ μικρά παιδιά. Αυτό συμβαίνει λόγω της οριζόντιας θέσης των πλευρών, όπου αφήνουν τα άνω κοιλιακά σπλάχνα πολύ περισσότερο εκτεθειμένα σε τραύμα.



Γράφημα 5.1.1.1: Αλγόριθμος απόφραξης αεραγωγών από ξένο σώμα στα παιδιά (πηγη ERC)

Για το λόγο αυτό, οι κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπεία της FBAO είναι διαφορετικές ανάμεσα σε βρέφη και παιδιά. Σημεία για την αναγνώριση της FBAO σε ένα παιδί παρατίθενται στον Πίνακα 5.1.1.2.

Signs of foreign body airway obstruction.

General signs of FBAO	
Witnessed episode	
Coughing/choking	
Sudden onset	
Recent history of playing with/eating small objects	
Ineffective coughing	Effective cough
Unable to vocalise	Crying or verbal response to questions
Quiet or silent cough	Loud cough
Unable to breathe	Able to take a breath before coughing
Cyanosis	Fully responsive
Decreasing level of consciousness	

Πίνακας 5.1.1.2.: Σημεία για την απόφραξη αεραγωγών από ξένο σώμα (πηγη ERC)

5.2. ΒΑΣΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΖΩΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Αν και η μελέτη μας είναι βασισμένη κυρίως στις παιδικές ηλικίες σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στη βασική υποστήριξη ζωής ενηλίκων διότι τα μεγαλύτερα παιδιά συχνά μπορεί να χρειαστούν άμεση παρέμβαση πρώτων βοηθειών και θα πρέπει να αντιμετωπιστούν κατάλληλα.

Η βασική υποστήριξη της ζωής στους ενήλικες περιλαμβάνει την ακόλουθη αλληλουχία ενεργειών.

Πλησιάστε με ασφάλεια

Ελέγξτε αντίδραση

Φωνάξτε για βοήθεια

Απελευθερώστε αεραγωγό

Ελέγξτε για αναπνοή

Καλέστε 112 (166/199)

30 θωρακικές συμπίεσεις

2 αναπνοές διάσωσης

(Published September 2012 by European Resuscitation Council)

1. Βεβαιωθείτε για την ασφάλεια του διασώστη και του θύματος.
2. Ελέγξτε την ανταπόκριση του θύματος (Εικόνα 5.2.1.1).



Εικόνα 5.2.1.1.

(πηγη ERC)

- Πλησιάστε το θύμα, ταρακουνήστε το ελαφρά από τους ώμους και ρωτήστε δυνατά: Είσαι καλά;
3. A. Σε περίπτωση που το θύμα αντιδρά με την απάντηση ή την κίνηση:
- Αφήστε το στη θέση στην οποία βρέθηκε (με την προϋπόθεση δεν είναι σε περαιτέρω κίνδυνο).
 - Ελέγξτε την κατάσταση της υγείας του και ζητήστε βοήθεια αν είναι απαραίτητο
 - Επανεκτιμήστε το τακτικά.
3. B. Εάν το θύμα δεν ανταποκρίνεται

- Φωνάξτε βοήθεια (Εικόνα 5.2.1.2).



Εικόνα 5.2.1.2.

(πηγη ERC)

- Γυρίστε το προσεκτικά στην πλάτη του.

• Απελευθερώστε τους αεραγωγούς του θύματος με κλίση του κεφαλιού και ανύψωση του πηγουνιού (Εικόνα 5.2.1.3.).



Εικόνα 5.2.1.3.

(πηγη ERC)

• Τοποθετήστε το χέρι σας στο μέτωπό του και απαλά δώστε κλίση του κεφαλιού προς τα πίσω.

• Την ίδια στιγμή, τοποθετώντας τα δάκτυλά σας κάτω από το πηγούνι του, ανασηκώστε το. Μην πιέζετε τα μαλακά μέρη κάτω από το πηγούνι, καθώς αυτό μπορεί να αποφράξει τον αεραγωγό.

4.Κρατώντας τον αεραγωγό ανοιχτό, κοιτάζετε, ακούστε και αισθανθείτε για φυσιολογική αναπνοή βάζοντας το πρόσωπό σας κοντά στο πρόσωπο του θύματος και παρατηρώντας το στήθος (Εικόνα 5.2.1.4.).



Εικόνα 5.2.1.4.

(πηγη ERC)

• Ψάξτε για κινήσεις του θώρακα.

- Ακούστε τη μύτη και το στόμα του για ήχους αναπνοής.
- Νιώστε την κίνηση του αέρα στο μάγουλό σας. Στα πρώτα λεπτά μετά από μια καρδιακή ανακοπή ένα θύμα μπορεί να εργώδη αναπνοή με χαμηλή συχνότητα.. Κοιτάζτε, ακούστε και αισθανθείτε για όχι περισσότερο από 10s πριν αποφασίσετε . Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία για το αν η αναπνοή είναι φυσιολογική, ενεργείστε σαν να μην είναι φυσιολογική.

5α. Αν αναπνέει κανονικά:

- τοποθετήστε το θύμα σε θέση ανάντησης
- στείλετε ή καλέστε βοήθεια (ασθενοφόρο).
- συνεχίστε να εκτιμάτε ότι η αναπνοή παραμένει φυσιολογική.

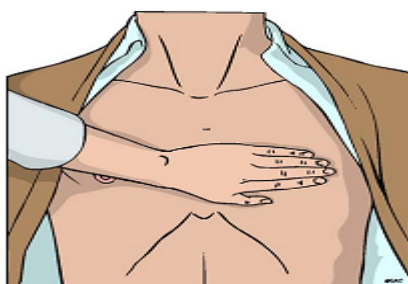
5β. Εάν η αναπνοή δεν είναι κανονική ή απουσιάζει:

- στείλετε κάποιον για βοήθεια και ζητήστε να μεταφέρει έναν αυτόματο απεινιδωτή αν υπάρχει

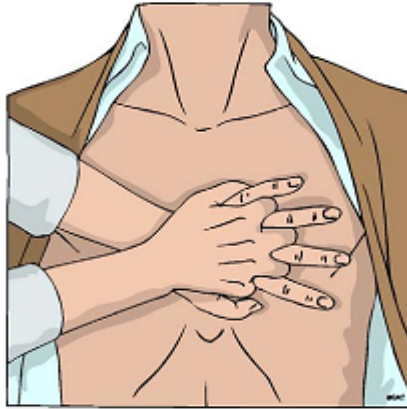
ή αν είστε μόνοι σας, χρησιμοποιήστε το κινητό σας τηλέφωνο για να ειδοποιήσετε το ασθενοφόρο. Μην αφήσετε το θύμα μόνο εκτός αν δεν υπάρχει άλλη επιλογή.

- ξεκινήστε θωρακικές συμπίεσεις ως εξής:
 - γονατίστε στο πλάι του θύματος
 - τοποθετήστε το ένα χέρι στο κέντρο του θώρακα του θύματος (που είναι το κάτω μισό του στέρνου) (Εικόνα 5.2.1.5.)

Εικόνα 5.2.1.5. (πηγη ERC)



- τοποθετήστε το άλλο χέρι σας πάνω στο πρώτο (Εικόνα 5.2.1.6.)



Εικόνα 5.2.1.6.

(πηγη ERC)

◦ αλληλοσυνδέστε τα δάχτυλα των χεριών σας ώστε να εξασφαλίσετε ότι η πίεση δεν εφαρμόζεται πάνω στις πλευρές του θύματος. Κρατήστε τα χέρια σας τεντωμένα (Εικόνα 5.2.1.7.).



Εικόνα 5.2.1.7.

(πηγη ERC)

◦ τον εαυτό σας θέση κάθετα πάνω στο στήθος του θύματος και συμπίεστε τουλάχιστον 5 εκατοστά (Εικόνα 5.2.1.8).



Εικόνα 5.2.1.8.

(πηγη ERC)

- μετά από κάθε συμπίεση, αφήστε να αποσυμπιεστεί πλήρως το στήθος χωρίς να απομακρύνετε τα χέρια σας από το στήρνο. Επαναλάβετε με ρυθμό 100/ λεπτό
- συμπίεση και αποσυμπίεση θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα σε ανάλογα χρονικά διαστήματα.

6α. Συνδυάστε θωρακικές συμπιέσεις με εμφυσησεις,

- Μετά από 30 συμπίεσεις ανοίξτε τον αεραγωγό.
- Πιάστε το μαλακό μέρος της μύτης κλείνοντας το με τον δείκτη και αντίχειρα, στηρίζοντας το χέρι σας στο μέτωπό του.
- Επιτρέψτε να ανοίξει το στόμα, διατηρώντας έλξη της γνάθου.
- Πάρτε μια ανάσα και τοποθετήστε τα χείλη σας γύρω από το στόμα, φροντίζοντας ότι έχετε σφραγίσει σωστά.
- Φυσήξτε σταθερά μέσα στο στόμα για περίπου 1-1,5 s παρακολουθώντας παράλληλα την ανύψωση στο στήθος (Εικόνα 5.2.1.9.).



Εικόνα 5.2.1.9.

(πηγη ERC)

- Διατηρήστε έκταση της κεφαλής και έλξη της γνάθου και παρακολουθήστε πτώση του στήθους του καθώς ο αέρας εξέρχεται (Εικόνα 5.2.1.10).
- Πάρτε μια ακόμα κανονική αναπνοή και φυσήξτε στο στόμα του θύματος μια ακόμη φορά ώστε να επιτευχθεί ένα σύνολο από δύο αποτελεσματικές εμφυσέςεις. Οι δύο ανάσες δεν θα πρέπει να διαρκέσουν περισσότερο από 5 δευτερόλεπτα.



Εικόνα 5.2.1.10

(πηγη ERC)

Στη συνέχεια, τοποθετήστε τα χέρια σας χωρίς καθυστέρηση στη σωστή θέση στο στήθος και δώστε επιπλέον 30 θωρακικές συμπίεσεις.

- Συνεχίστε με θωρακικές συμπίεσεις και εμφυσέςεις σε αναλογία 30:2.
- Σταματήστε να επανεξετάσετε το θύμα μόνο αν αρχίσει να ανταποκρίνεται διαφορετικά, μην διακόψετε την ανάνηψη.

Αν η αρχική εμφύσησή σας δεν προκαλεί έκταση στο στήθος όπως μια κανονική αναπνοή, στη συνέχεια, πριν από την επόμενη προσπάθεια σας:

- Εξετάστε το στόμα του θύματος και αφαιρέστε τυχόν εμπόδια
- Ελέγξτε και πάλι ότι υπάρχει επαρκής κλίση της κεφαλής και ανύψωση στο πηγούνι
- Μην προσπαθήσετε περισσότερο από δύο εμφυσέςεις κάθε φορά πριν τις θωρακικές συμπίεσεις.

Εάν υπάρχουν περισσότεροι από ένα διασώστη παρόντες, ένας δεύτερος πρέπει αναλάβει παρέχοντας CPR κάθε 2 λεπτά ώστε να μην επέλθει κόπωση. Βεβαιωθείτε ότι η διακοπή των θωρακικών συμπίεσεων είναι ελάχιστη κατά τη διάρκεια της αλλαγής των συνεργείων διάσωσης.

6β. Θωρακικές συμπίεσεις μόνο μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εξής:

- αν δεν είναι εκπαιδευμένο το προσωπικό, ή είναι απρόθυμοι να δώσουν εμφυσήσεις,
- εάν δίνονται μόνο θωρακικές συμπίεσεις, αυτές θα πρέπει να είναι συνεχείς, με ένα ρυθμό τουλάχιστον 100 min⁻¹.

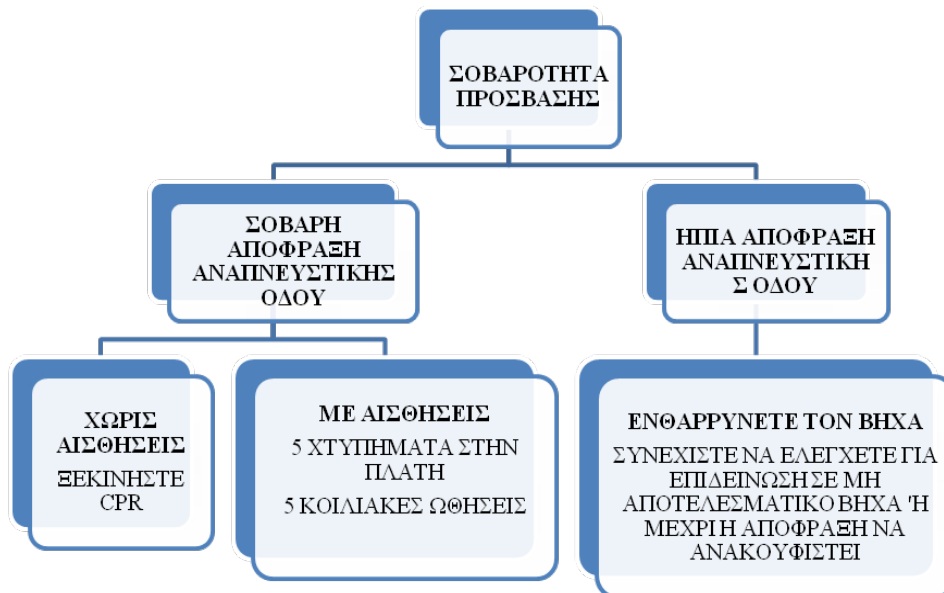
7. Μην διακόπτετε την ανάνηψη έως ότου:

- φτάσει επαγγελματική βοήθεια και να αναλάβει
- το θύμα αρχίζει να ανταποκρίνεται:
- έχετε εξαντληθεί.

5.2.1. ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΤΩΝ ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ (ΠΝΙΓΜΟΣ) ΑΠΟ ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ (FBAO) ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Είναι μια ασυνήθιστη αλλά δυνητικά θεραπεύσιμη αιτία θανάτου από ατύχημα. Τα σημάδια και τα συμπτώματα που επιτρέπουν τη διαφοροποίηση μεταξύ ήπιας και σοβαρής απόφραξης των αεραγωγών συνοψίζονται στον Πίνακα 5.1.1.2.

Η ακολουθία αντιμετώπισης απόφραξης των αεραγωγών από ξένο σώμα για τους ενήλικες φαίνεται στο Γράφημα 5.2.1.1.



Γράφημα 5.2.1.1.: Ακολουθία αντιμετώπισης απόφραξης των αεραγωγών από ξένο σώμα για τους ενήλικες (πηγή ERC)

5.3. ΘΕΣΗ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

Η θέση αυτή εξασφαλίζει ότι οι αεροφόρες οδοί θα μείνουν ανοιχτές, ότι η γλώσσα δεν μπορεί να πέσει στο πίσω μέρος του φάρυγγα, ότι το κεφάλι και ο τράχηλος θα μείνουν σε θέση έκτασης και άρα οι αεροφόρες οδοί θα παραμείνουν διευρυσμένες και ότι τα εμέσματα ή άλλα υγρά που θα βρεθούν στο στόμα του πάσχοντα θα ρέουν ελεύθερα προς τα έξω. Η θέση των κάτω άκρων εξασφαλίζει την απαραίτητη σταθερότητα για τη στήριξη του σώματός του σε μια ασφαλή και άνετη θέση. Η τεχνική που περιγράφεται στις παρακάτω εικόνες μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις κακώσεις ή την κατάσταση του πάσχοντα ώστε να μην προκληθούν επιπρόσθετες βλάβες. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί αμέσως, αν η αναπνοή του αρχίσει να γίνεται δύσκολη ή θορυβώδης και δεν διορθώνεται με την διάνοιξη των αεροφόρων οδών.

Εικόνα 5.3.1.1.



Fig. 2.13. Place the arm nearest to you out at right angles to his body, elbow bent with the hand palm uppermost.



Fig. 2.14. Bring the far arm across the chest, and hold the back of the hand against the victim's cheek nearest to you.

Εικόνα 5.3.1.2.

Εικόνα 5.3.1.3.



Fig. 2.15. With your other hand, grasp the far leg just above the knee and pull it up, keeping the foot on the ground.



Fig. 2.16. The recovery position completed. Keep the head tilted to keep the airway open. Keep the face downward to allow fluids to go out.

Εικόνα 5.3.1.4.

Εικόνα 5.3.1.1.: Τοποθετήστε το χέρι κοντά σε σας σε ορθή γωνία με το σώμα του, τον αγκώνα λυγισμένο με την παλάμη προς τα πάνω.

Εικόνα 5.3.1.2.: Φέρτε το χέρι κατακαθώς στο στήθος και κρατήστε σταθερή την παλάμη του χεριού στο μάγουλο του θύματος στην πλευρά σας.

Εικόνα 5.3.1.3.: Με το άλλο σας χέρι, πιάστε το απέναντι πόδι ακριβώς πάνω από το γόνατο και τραβήξτε το προς τα επάνω, κρατώντας το πόδι στο έδαφος.

Εικόνα 5.3.1.4.: Η θέση ανάνηψης έχει ολοκληρωθεί. Κρατήστε το κεφάλι ώστε να γέρνει για να κρατήσει τον αεραγωγό ανοιχτό. Κρατήστε το πρόσωπο προς τα κάτω για να επιτρέψει στα υγρά να βγουν έξω.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

6. ΣΚΟΠΟΣ

Τα ατυχήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου και αναπηρίας των παιδιών στη χώρα μας. Τα ατυχήματα που απειλούν τα παιδιά είναι πολλά και μπορούν να συμβούν οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε, στο σπίτι, στο σχολείο, στο δρόμο, στην παιδική χαρά, στις διακοπές. Τα σχολικά ατυχήματα διεκδικούν ένα αρκετά υψηλό ποσοστό του συνόλου, επομένως είναι προφανής η αναγκαιότητα γνώσεων παροχής πρώτων βοηθειών σε παιδιά αυτών των ηλικιών.

Ο σκοπός της εργασίας αυτής είναι να εξεταστεί ο βαθμός ετοιμότητας και επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στις σχολικές μονάδες της Περιφέρειας Πελοποννήσου σε θέματα σχετικά με τα ατυχήματα των μαθητών, την πρόληψη αυτών και την παροχή πρώτων βοηθειών καθώς και την διάθεσή τους για επιμόρφωση.

7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πληθυσμό στόχο αποτέλεσαν οι εκπαιδευτικοί της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Η έρευνα έγινε με την δημιουργία ερωτηματολογίου που περιελάμβανε 32 ερωτήσεις και είχε ως κύριο στόχο να αποτυπώσει το επίπεδο γνώσεων των εκπαιδευτικών σε θέματα πρώτων βοηθειών στα σχολεία και την ανάγκη/διάθεση επιμόρφωσης μέσα από τα σεμινάρια άμεσης παρέμβασης στο σχολικό περιβάλλον.

Η σύνταξη του ερωτηματολογίου έγινε με στόχο να είναι απλό και κατανοητό παραθέτοντας συγκεκριμένες ερωτήσεις, ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα δημιουργίας σύγχυσης. Η αλληλουχία των ερωτήσεων ακολουθεί λογική συνέπεια με σκοπό να εισάγει τον ερωτώμενο στο υπό μελέτη θέμα και ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσής τους υπολογίστηκε περίπου στα 15 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο μπορούσε να συμπληρωθεί εκτός ωρολογίου προγράμματος.

Για την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση δεν δόθηκε η απαραίτητη άδεια. Λήφθηκε άδεια από τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση της Περιφέρειας Πελοποννήσου, από το Τμήμα Ερευνών,

Τεκμηρίωσης και Εκπαιδευτικής Τεχνολογίας του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου (πράξη 12/2011) και στάλθηκε ταχυδρομικώς σε επιλεγμένα αντιπροσωπευτικά δημόσια σχολεία σε κάθε νομό. Το ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να απαντήσουν όλοι οι εκπαιδευτικοί των σχολείων και τηρήθηκε η ανωνυμία.

7.1.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

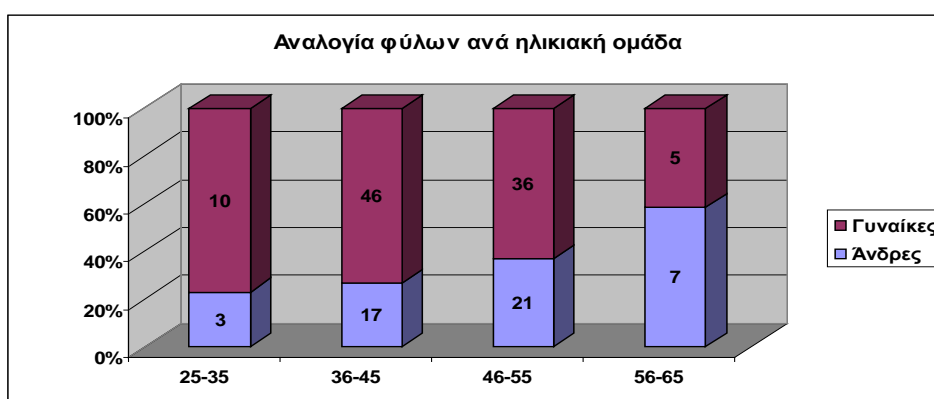
Η επεξεργασία των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος Microsoft Office Excel 2007 & SPSS 18.0. Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation, SD) ή και οι διάμεσες τιμές χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Η βασική εξαρτημένη μεταβλητή είναι η παρακολούθηση σεμιναρίων και οι βασικές ανεξάρτητες μεταβλητές είναι όλες κατηγορικές ή και ταξινομικές μεταβλητές που περιέχουν δύο ή περισσότερες κατηγορίες. Με τη σειρά σημαντικότητας αυτές είναι η γνώση και εφαρμογή των πρώτων βοηθειών, η αξιολόγηση της ανταπόκρισης, η κατάσταση άμεσης εφαρμογής πρώτων βοηθειών κ.α. Τέλος η ύπαρξη συσχετίσεων ανάμεσα στις εξαρτημένες μεταβλητές ελέγχθηκε με το συντελεστή συσχέτισης Pearson r . Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο 0,001.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ/ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης στάλθηκαν 250 ερωτηματολόγια σε εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Περιφέρειας Πελοποννήσου. και απαντήθηκαν τα 145 (ποσοστό ανταπόκρισης RR 58%).

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα οι 97 ήταν γυναίκες (66,9%) και οι 48 ήταν άνδρες (33,1%). Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος διαμορφώθηκε στα 44 έτη με τυπική απόκλιση 7,8 έτη. Η εκπροσώπηση και η αναλογία των φύλων φαίνεται ότι παραμένει και μετά την ηλικιακή κατηγοριοποίηση στις 4 ηλικιακές ομάδες (ομάδα 25-35:Α 6,25% / Γ10,31% , ομάδα 36-45:Α 35,42% / Γ 47,42% , ομάδα 46-55: Α 43,75% / Γ 37,11%, ομάδα 56-65: Α 14,58% / Γ 5,15%) όπως αυτή αποτυπώνεται και στον παρακάτω πίνακα :

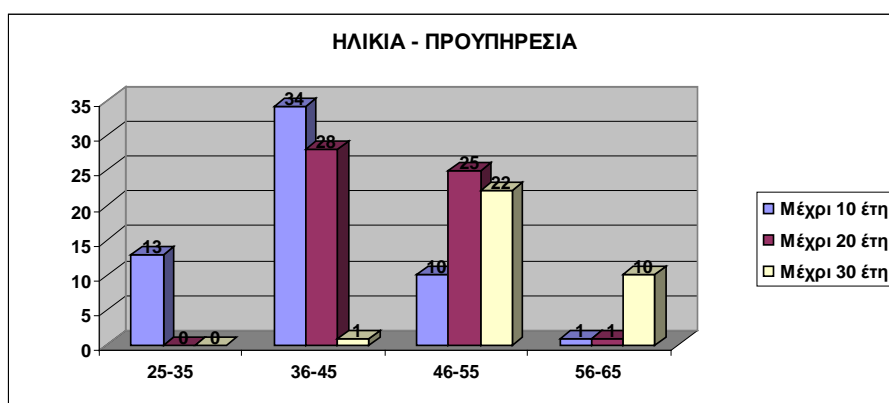


Τα γενικά περιγραφικά στοιχεία των βασικών δημογραφικών στοιχείων παρουσιάζονται αναλυτικά στον ακόλουθο πίνακα :

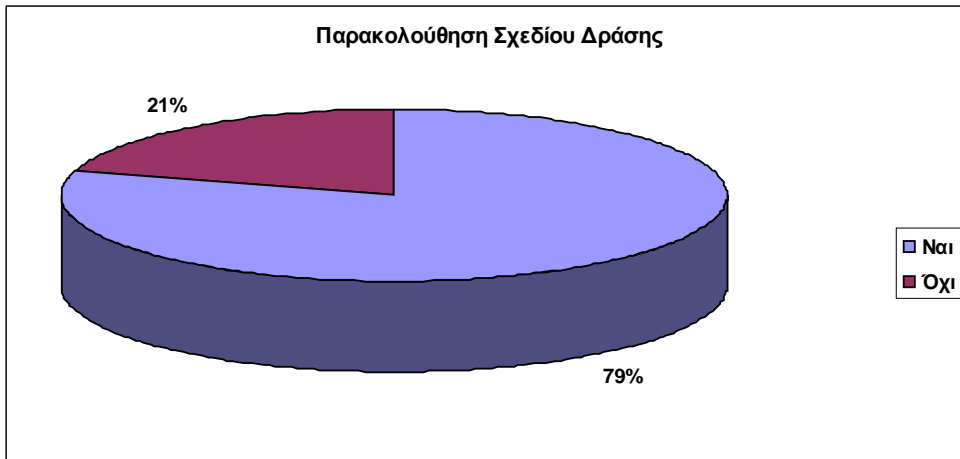
Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά			
Φύλο	Ανδρες	48	33,10%
	Γυναίκες	97	66,90%
Ηλικιακές ομάδες	25-35	13	8,97%
	36-45	63	43,45%
	46-55	57	39,31%
	56-65	12	8,28%
Προϋπηρεσία	Μέχρι 10 έτη	58	40,00%
	Μέχρι 20 έτη	54	37,24%
	Μέχρι 30 έτη	33	22,76%
Παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών	Ναι	45	31,03%
	Όχι	100	68,97%
Διάρκεια Σεμιναρίων	1 - 10 ώρες	29	64,44%
	10 - 20 ώρες	11	24,44%
	20 - 30 ώρες	1	2,22%
	Περισσότερες από 30 ώρες	4	8,89%

Όσον αφορά στην προϋπηρεσία των εκπαιδευτικών παρατηρούμε ότι στην ηλικιακή ομάδα 25-35 το λογικό είναι και πραγματικό ότι δηλαδή βρίσκονται στην κατηγορία των μέχρι 10 έτη προϋπηρεσίας καθολικά. Διαφοροποιείται κατά τις ηλικίες 36-45 και 46-55 με αντίστροφη κλιμάκωση στις κατηγορίες μέχρι 10 έτη (53,97%) και 20 έτη (43,86%) αντίστοιχα και ξαναπαίρνει σχεδόν απόλυτη τιμή με βάση το πλήθος στην κατηγορία 56-65 προς την προϋπηρεσία μέχρι 30 έτη.

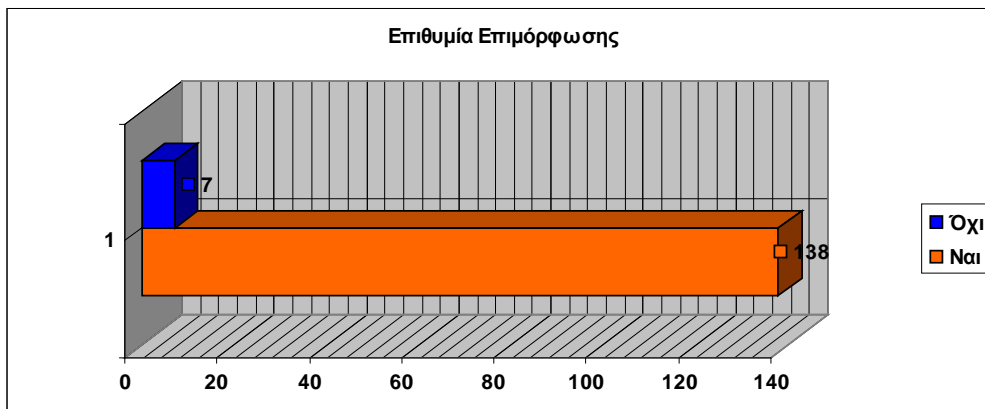
	Μέχρι 10 έτη	Μέχρι 20 έτη	Μέχρι 30 έτη
25-35	13	0	0
36-45	34	28	1
46-55	10	25	22
56-65	1	1	10



Από το σύνολο των απαντηθέντων ερωτηματολογίων φαίνεται ότι τα 2/3 των εκπαιδευτικών δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο παροχής Πρώτων Βοηθειών και αυτοί οι οποίοι παρακολούθησαν (31,03%) δηλώνουν λίγες ώρες εκπαίδευσης (64,44% έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια διάρκειας 1-10 ωρών), παρότι 79% των ερωτηθέντων έχουν παρακολουθήσει κάποιο σχέδιο δράσης έκτακτης ανάγκης.

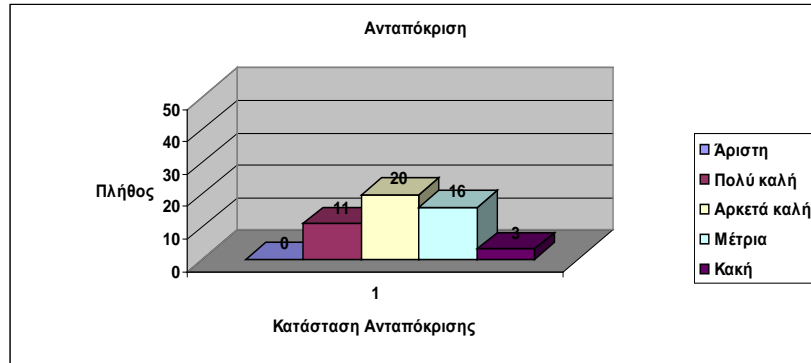


Ιδιαίτερα σημαντική είναι η καθολική διάθεση επιμόρφωσης η οποία αγγίζει το 96%.

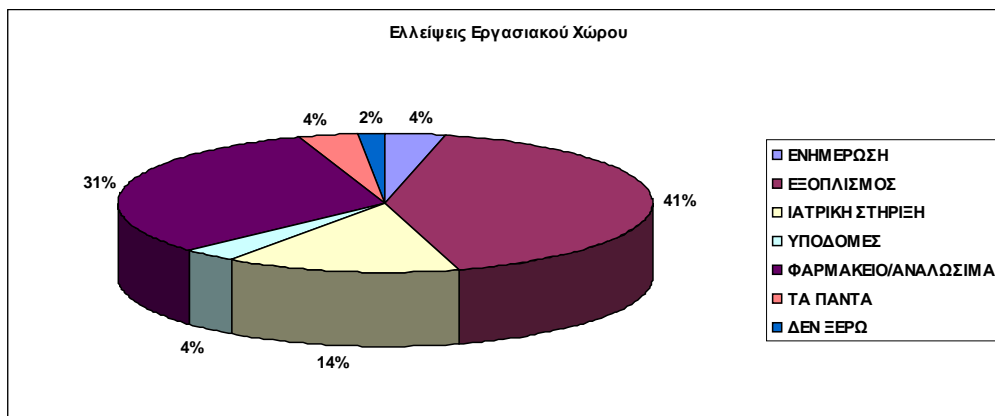


Ως προς την ανταπόκριση σε περίπτωση ανάγκης άμεσης εφαρμογής Πρώτων Βοηθειών μόλις 21,15% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι ανταποκρίθηκαν Άριστα και Πολύ Καλά όπως αυτό απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα και γραφική ανάλυση :

Άριστη	0
Πολύ καλή	11
Αρκετά καλή	20
Μέτρια	16
Κακή	3



Αναφορικά με τις ελλείψεις που οι εκπαιδευτικοί εντοπίζουν στον εργασιακό χώρο σχετικά με τη δυνατότητα παροχής Πρώτων Βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον 42% αυτών εστιάζουν στην έλλειψη εξοπλισμού και 31,58% στις ελλείψεις φαρμακείου και αναλώσιμων.



8.2. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ύπαρξη συσχετίσεων ανάμεσα στις εξαρτημένες μεταβλητές ελέγχθηκε με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο 0,001. Σκοπός του συγκεκριμένου ελέγχου είναι η ανεύρεση πιθανών συσχετίσεων, γεγονός που μεταφράζεται και ως ανεύρεση πιθανών διαφορών μεταξύ των μεταβλητών, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, πάντα. Με τη βοήθεια της μεθόδου αυτής, γίνεται αναπαράσταση της παρατηρηθείσας και της αναμενόμενης συχνότητας που αντιστοιχεί σε κάθε ένα από τα κελιά του πίνακα που σχηματίζεται από τον συνδυασμό των κατηγοριών.

Επιλέχθηκαν να συσχετισθούν με άλλες ερωτήσεις η ερώτηση που αφορά στην ήδη επιμόρφωση των εκπαιδευτικών καθώς και η ερώτηση που αφορά σε παρέμβαση στην περίπτωση μαθητή που κάνει χρήση ουσιών, καθώς θεωρήθηκε ότι η απάντηση σε αυτή την ερώτηση δηλώνει πρόθεση αντιμετώπισης.

- Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια πρώτων βοηθειών

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Pearson X^2	p-value
Πόσο σημαντική είναι η γνώση και εφαρμογή πρώτων βοηθειών;	-0.068	<0.001
Έχετε βρεθεί σε κατάσταση που απαιτούσε άμεση εφαρμογή;	0.096	0.031
Πως αξιολογήσατε την ανταπόκριση σας;	-0.231	<0.001
Θα θέλατε να επιμορφωθείτε σε τομείς δεξιοτήτων διάσωσης;	0.081	0.010
Ξέρετε που βρίσκεται το φαρμακείο του σχολείου;	0.052	0.025

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ήδη υπάρχουσας επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών και της σημαντικότητας που προσδίδεται στη γνώση πρώτων βοηθειών καθώς επίσης και στην ικανότητα ανταπόκρισης σε σκηνή ατυχήματος.

- Εάν υποψιασθείτε ότι ένας μαθητής κάνει χρήση παράνομων ουσιών θα παρέμβετε.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	Pearson X²	p-value
Πόσο σημαντική είναι η γνώση και εφαρμογή πρώτων βοηθειών;	-0.040	<0.001
Έχετε βρεθεί σε κατάσταση που απαιτούσε άμεση εφαρμογή;	0.077	0.024
Πως αξιολογήσατε την ανταπόκριση σας;	-0.091	<0.001
Θα θέλατε να επιμορφωθείτε σε τομείς δεξιοτήτων διάσωσης;	0.221	0.010
Ξέρετε που βρίσκεται το φαρμακείο του σχολείου;	0.073	0.033

Στατιστικά σημαντική φαίνεται η συσχέτιση της πρόθεσης παρέμβασης και της αίσθησης σημαντικότητας της γνώσης και εφαρμογής Πρώτων Βοηθειών.

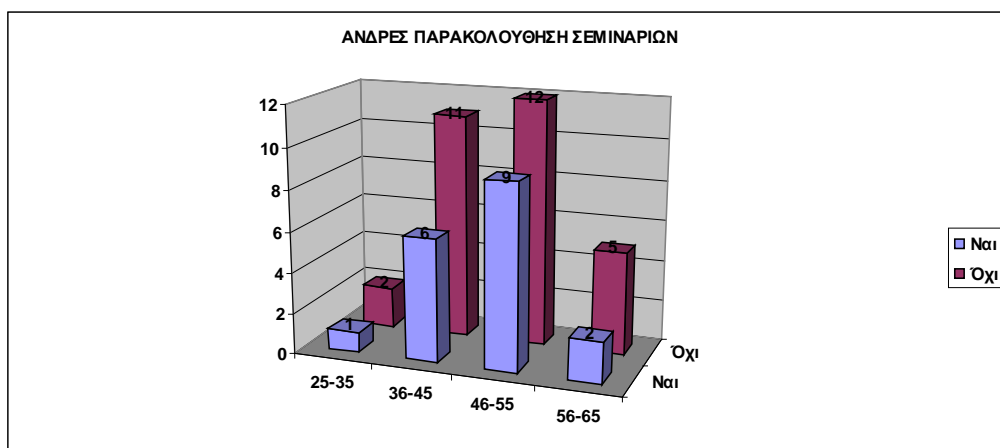
Στην συνέχεια ακολουθούν πίνακες και γραφήματα που αντιστοιχούν στις επιμέρους ερωτήσεις που διαμορφώνουν τα παραπάνω συγκριτικά αποτελέσματα και οι συγκριτικοί πίνακες.

Διερευνώντας την παρακολούθηση σεμιναρίων παροχής πρώτων βοηθειών διαπιστώνουμε ότι το 68,96% των εκπαιδευτικών δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια (62,5% των ανδρών και 72,16% των γυναικών), με τα υψηλότερα ποσοστά να

καταγράφονται στην ηλικιακή ομάδα των 56-65 (71,42% για τους άνδρες και 80% για τις γυναίκες).

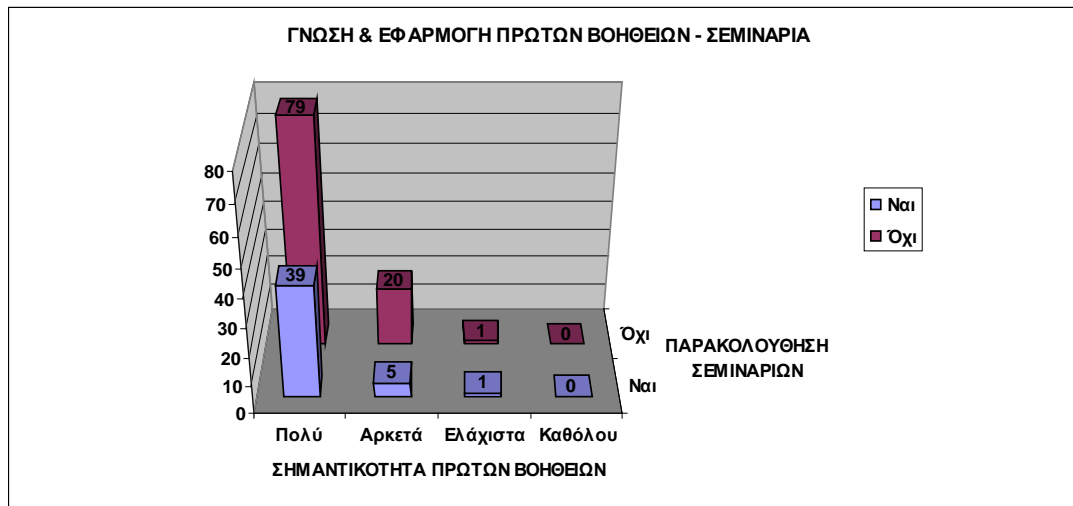
ΑΝΔΡΕΣ			
	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
25-35	1	2	3
36-45	6	11	17
46-55	9	12	21
56-65	2	5	7
ΣΥΝΟΛΑ	18	30	

ΓΥΝΑΙΚΕΣ			
	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
25-35	4	6	10
36-45	13	33	46
46-55	9	27	36
56-65	1	4	5
ΣΥΝΟΛΑ	27	70	



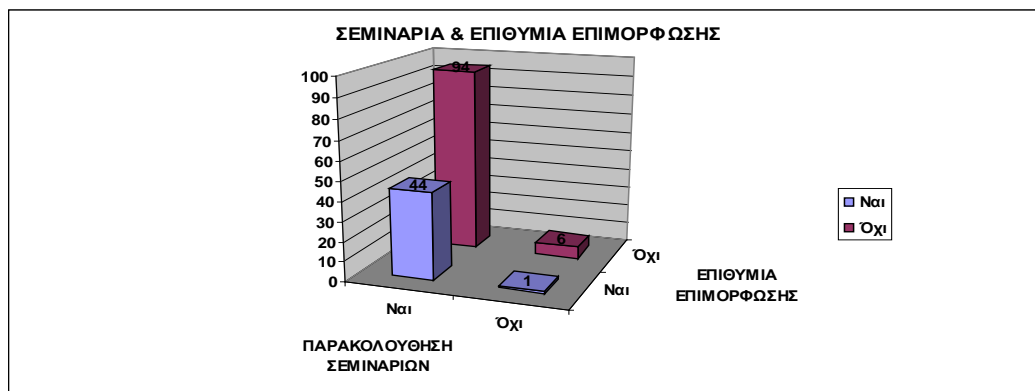
	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
Πολύ	39	79	118
Αρκετά	5	20	25
Ελάχιστα	1	1	2
Καθόλου	0	0	0
ΣΥΝΟΛΑ	45	100	

98,62% των εκπαιδευτικών θεωρούν ότι είναι απαραίτητη η παρακολούθηση σεμιναρίων και αξίζει να σημειωθεί ότι οι έχοντες παρακολουθήσει σεμινάρια απαντούν ότι είναι Πολύ σημαντικό σε ποσοστό 81,37% του συνόλου.



Το συντριπτικό ποσοστό επίσης των ερωτηθέντων 95,17% επιθυμεί την επιμόρφωση αλλά η κατηγορία που ανεβάζει το ποσοστό είναι αυτών που ήδη έχει παρακολουθήσει σεμινάρια και επιθυμεί εκ νέου να παρακολουθήσει (97,78%).

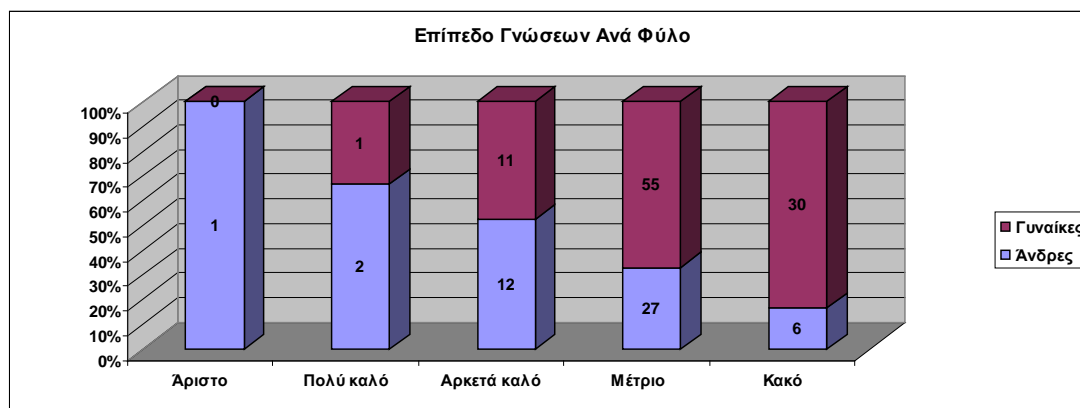
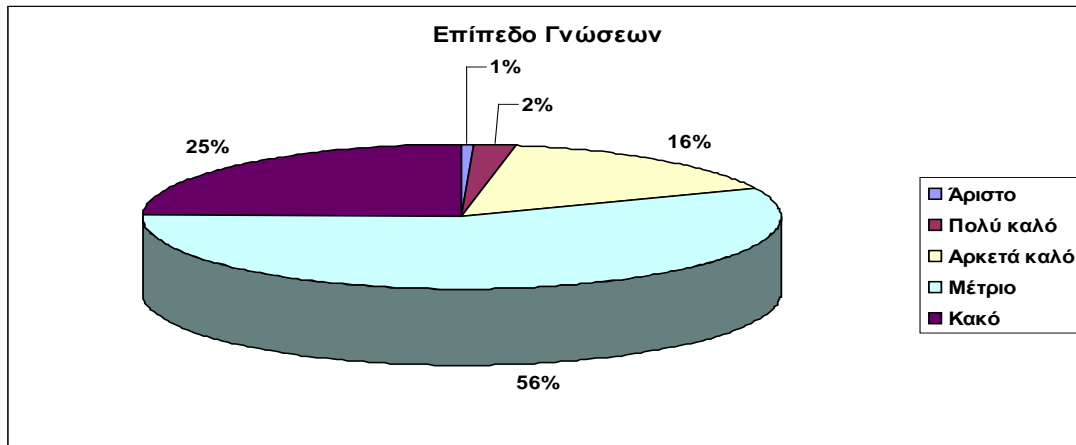
	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
Ναι	44	1	45
Όχι	94	6	100
ΣΥΝΟΛΑ	138	7	145



Στην μελέτη της αυτοβαθμολόγησης του επιπέδου γνώσεων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες διαπιστώνουμε ότι ένα ποσοστό του 81,37% βαθμολογεί τον εαυτό του στο επίπεδο του Μέτριου και Κακού. Στην συγκριτική μελέτη με τον διαχωρισμό ανά φύλο το ποσοστό αυτό αυξάνεται σε 87,62% για τις γυναίκες.

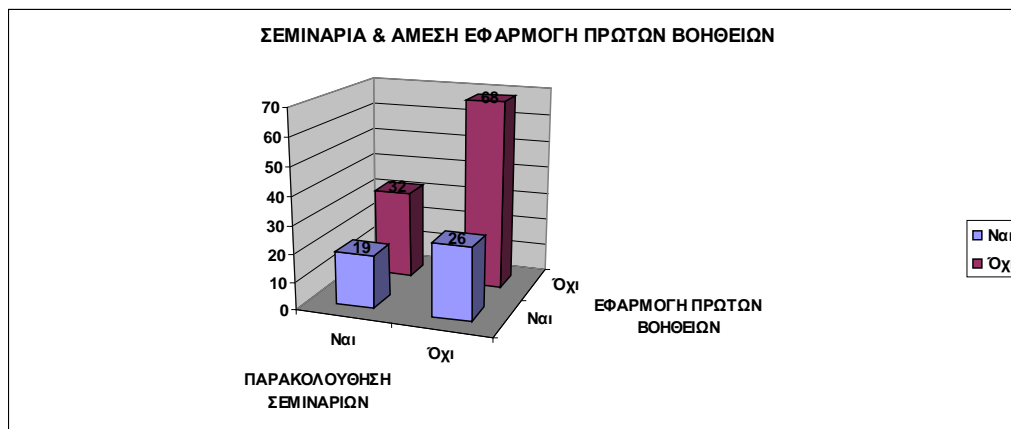
ΓΕΝΙΚΟ	
Άριστο	1
Πολύ καλό	3
Άρκετά καλό	23
Μέτριο	82
Κακό	36

ΑΝΑ ΦΥΛΟ		
	Άνδρες	Γυναίκες
Άριστο	1	0
Πολύ καλό	2	1
Άρκετά καλό	12	11
Μέτριο	27	55
Κακό	6	30



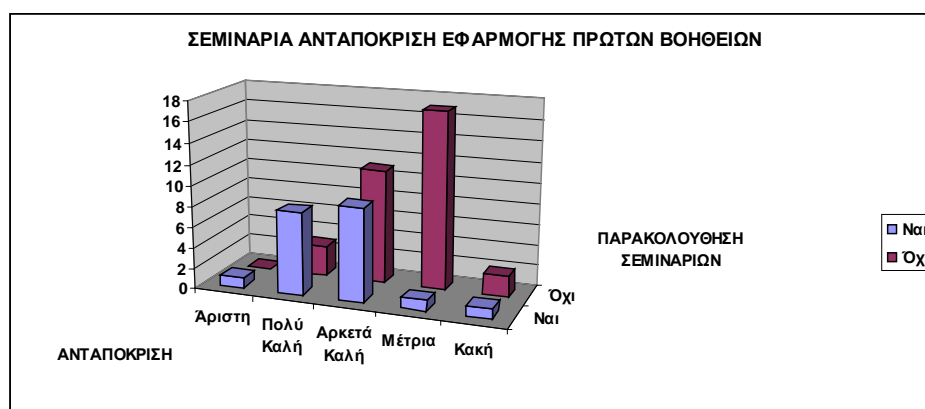
Αξίζει να σημειωθεί ότι τα 2/3/ αυτών που δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια δηλώνουν ότι δεν έχουν βρεθεί σε σκηνή ατυχήματος.

	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
Ναι	19	26	45
Όχι	32	68	100
ΣΥΝΟΛΑ	51	94	



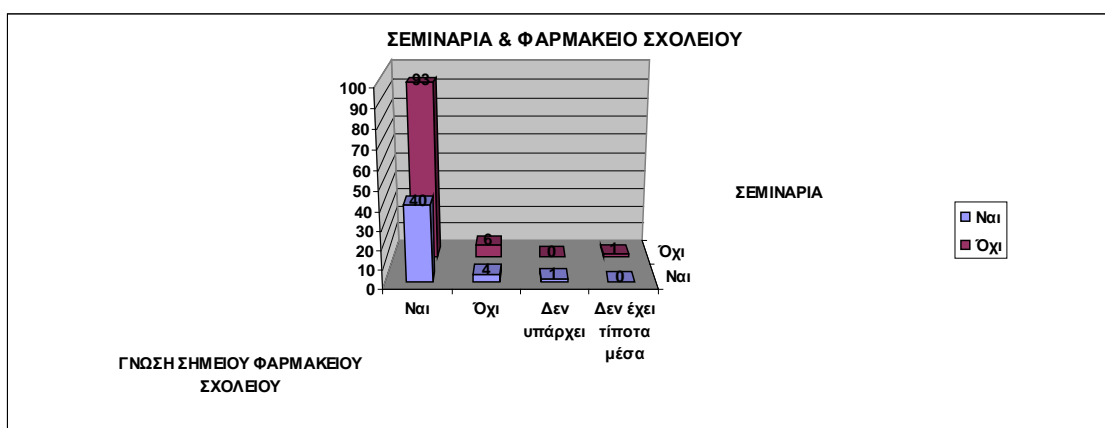
Όπως επίσης ότι το 90% αυτών που έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια απαντά ότι ανταποκρίθηκε από Άριστα έως Αρκετά Καλά στην εφαρμογή Πρώτων Βοηθειών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους μη έχοντες παρακολουθήσει σεμινάρια αγγίζει μόλις το 42,42%.

	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
Άριστη	1	0	1
Πολύ Καλή	8	3	11
Αρκετά Καλή	9	11	20
Μέτρια	1	17	18
Κακή	1	2	3
ΣΥΝΟΛΑ	20	33	



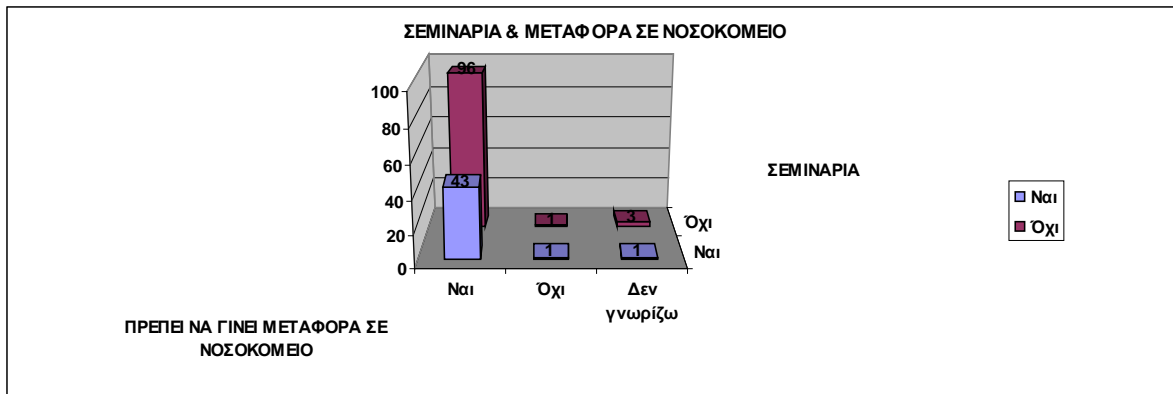
Ιδιαίτερα θετικό είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία (91,72%) γνωρίζει πού βρίσκεται το σχολικό φαρμακείο.

	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
Ναι	40	93	133
Όχι	4	6	10
Δεν υπάρχει	1	0	1
Δεν έχει τίποτα μέσα	0	1	1
ΣΥΝΟΛΑ	45	100	



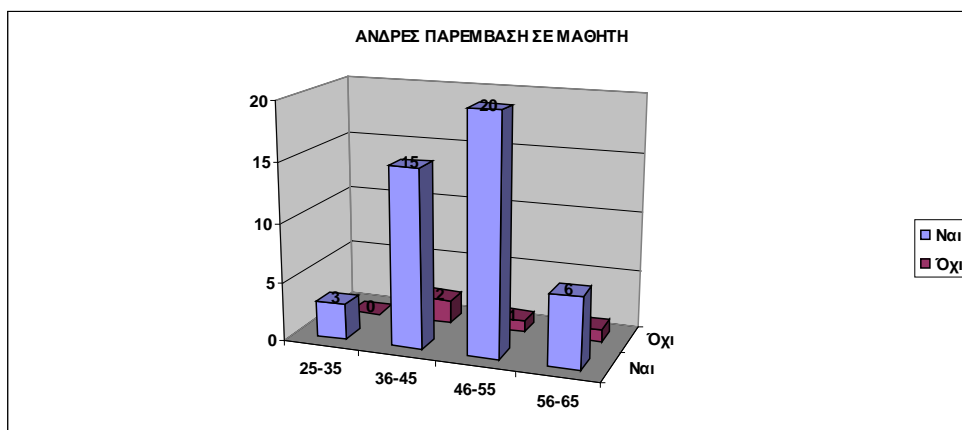
Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του παρ' ολίγον πνιγμού καθολικά απόλυτα ποσοστά δίνει η συγκριτική μελέτη μεταξύ των ερωτηθέντων που έχουν παρακολουθήσει ή όχι σεμινάρια σε σχέση με την πιθανή μεταφορά ενός μαθητή σε νοσοκομείο μετά από την επιτυχή διάσωση. Το 95,5% όσων έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια και το 96% όσων δεν έχουν παρακολουθήσει συμφωνούν ότι πρέπει να γίνει η μεταφορά.

	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
Ναι	43	96	139
Όχι	1	1	2
Δεν γνωρίζω	1	3	4
ΣΥΝΟΛΑ	45	100	

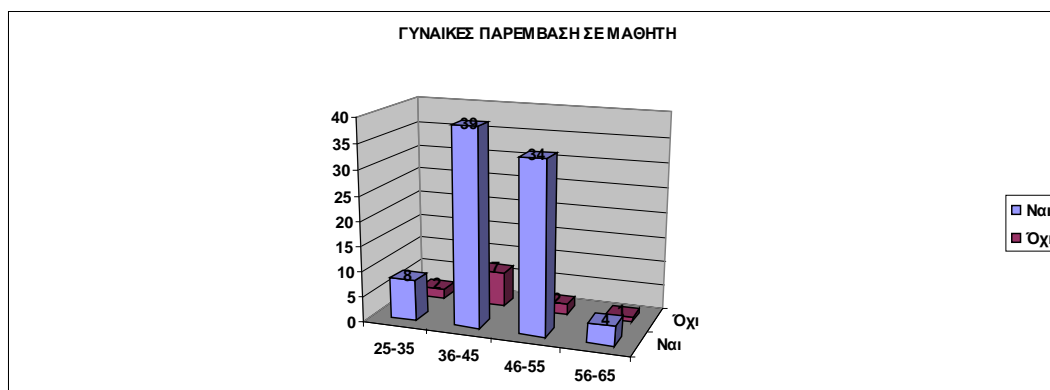


Μελετώντας τη διάθεση παρέμβασης των εκπαιδευτικών στην περίπτωση χρήσης ουσιών από μαθητές παρατηρούμε ότι στη συγκριτική μελέτη φύλου, ηλικίας και παρέμβασης το γενικό ποσοστό παρέμβασης είναι 91,6% για τους άνδρες και 87,62% για τις γυναίκες με την ομάδα των ανδρών σε όποια ηλικιακή κατηγορία να κινείται μεταξύ 85,7% και 100% ενώ στις γυναίκες παρατηρείται μια πτωτική διάθεση (χωρίς όμως να πέφτει κάτω από το 80%).

ΑΝΔΡΕΣ			
	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
25-35	3	0	3
36-45	15	2	17
46-55	20	1	21
56-65	6	1	7
ΣΥΝΟΛΑ	44	4	



ΓΥΝΑΙΚΕΣ			
	Ναι	Όχι	ΣΥΝΟΛΑ
25-35	8	2	10
36-45	39	7	46
46-55	34	2	36
56-65	4	1	5
ΣΥΝΟΛΑ	85	12	



9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κάθε κοινωνία έχει υποχρέωση να εξασφαλίσει το αναφαίρετο δικαίωμα των παιδιών να ζουν σε ένα ασφαλές περιβάλλον μακριά από κινδύνους και εξάρσεις βίας, όπως καθορίζεται από τη Διεθνή Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού. Το κύριο κείμενο που εκφράζει την ευρωπαϊκή πολιτική στην πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων είναι η Ευρωπαϊκή Έκθεση για την Πρόληψη των Παιδικών Ατυχημάτων (2008). Στην έκθεση οι παιδικοί τραυματισμοί χαρακτηρίζονται ως η κύρια απειλή για την υγεία των παιδιών ηλικίας 4 έως 19 χρονών, και ήταν η πρώτη αιτία θανάτου το 2004 όταν 42.000 παιδιά έχασαν τη ζωή τους από τυχαίους τραυματισμούς. Στο καταληκτικό συμπέρασμά της, η Έκθεση του WHO, αναφέρει ότι παρόλο που οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν σε χώρες με μέτριο προς χαμηλό βιοτικό επίπεδο, ελάχιστα κράτη αφιέρωσαν χρόνο και πόρους για ουσιαστική προσφορά στον τομέα της πρόληψης. Οι κύριες αιτίες για την πρόκληση τυχαίων τραυματισμών στα παιδιά, όπως προέκυψαν από τη μελέτη της Ευρωπαϊκής

Έκθεσης για την Πρόληψη των Παιδικών Ατυχημάτων (2008) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, και της Ευρωπαϊκής Κάρτας για την Ασφάλεια του Παιδιού: Δεδομένα 24 Χωρών (2009) του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Eurosafe, είναι τα τροχαία ατυχήματα, οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και οι δηλητηριάσεις, σύμφωνα με μελέτη των Peden και συν για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Τα ατυχήματα των μαθητών και των εκπαιδευτικών στα σχολεία της χώρας μας αποτελούν συχνό φαινόμενο σε σημείο που καταντούν, δυστυχώς, αποδεκτό κομμάτι της καθημερινότητας και κάτι για το οποίο κυριαρχεί η αντίληψη ότι δεν χρειάζεται να γίνει οτιδήποτε γιατί απλά «ατυχήματα συμβαίνουν». Ο εφησυχασμός του εκπαιδευτικού κόσμου, βέβαια, κλονίζεται συθέμελα κάθε φορά που ένας σοβαρός τραυματισμός έρχεται να ενισχύσει την υποψία για απουσία συγκεκριμένης πολιτικής διαχείρισης κρίσιμων περιστατικών, καθώς και ένα κενό ύπαρξης μηχανισμών έγκαιρης και αποτελεσματικής αντίδρασης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση επιμόρφωσης των εκπαιδευτικών στις σχολικές μονάδες της Περιφέρειας Πελοποννήσου σε θέματα σχετικά με τα ατυχήματα των μαθητών, την πρόληψη αυτών και την παροχή πρώτων βοηθειών καθώς και η πρόθεσή τους για σχετική εκπαίδευση.

Καταρχήν αξίζει να σημειωθεί ότι αν και δεν υπάρχουν παρόμοιες έρευνες στην Περιφέρεια Πελοποννήσου για την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση δεν δόθηκε η απαραίτητη άδεια. Επίσης αξίζει να σημειωθεί το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα από τους εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ποσοστό ανταπόκρισης RR 58%) και η σημαντική συμμετοχή των γυναικών καθώς από τους συμμετέχοντες οι 97 ήταν γυναίκες (66,9%) και οι 48 ήταν άνδρες (33,1%).

Σε σχετική εργασία η οποία πραγματοποιήθηκε το 2009, από τους Χρήστο Τριπόδη, στατιστικό –αναλυτή Αναστάσιο Χριστάκη, στατιστικό – αναλυτή, Παναγιώτα Γ. Ψυχογιού, φιλόλογο – γλωσσολόγο και Νικόλαο Τριπόδη, σχολικό σύμβουλο φυσικής αγωγής, με τίτλο Ατυχήματα - πρώτες βοήθειες στο σχολείο μοιράστηκε ερωτηματολόγιο σε όλα τα δημόσια σχολεία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Β΄ Διεύθυνσης Αθήνας (271 σχολεία). Το ερωτηματολόγιο κλήθηκαν να απαντήσουν ο διευθυντής, ο υποδιευθυντής και ο εκπαιδευτικός φυσικής αγωγής κάθε σχολείου. Το

σύνολο των εκπαιδευτικών που απάντησαν στην έρευνα είναι 361 άτομα και 55,7% εξ αυτών ήταν άνδρες.

Στην εργασία αυτή 69% των ερωτηθέντων εκπαιδευτικών δηλώνει ότι έχει γνώσεις παροχής Πρώτων Βοηθειών και η συντριπτική πλειοψηφία (91,7%) αυτών που μπορούν να ανταποκριθούν σε περίπτωση κάποιου ατυχήματος είναι καθηγητές Φυσικής Αγωγής. Στην παρούσα έρευνα **31% του δείγματος έχει παρακολουθήσει σχετικά σεμινάρια και η συντριπτική τους πλειοψηφία (90%) δηλώνει ότι ανταποκρίθηκε ικανοποιητικά όταν χρειάστηκε σε αντίθεση με τους εκπαιδευτικούς που δεν είχαν σχετική εκπαίδευση.** Να σημειωθεί όμως ότι το συνολικό δείγμα απάντησε θετικά μόλις σε ποσοστό 21,15%.

Η συντριπτική πλειοψηφία των εκπαιδευτικών τόσο στην έρευνα της Αθήνας όσο και στην παρούσα μελέτη θεωρεί (98,9% και 95.2% αντίστοιχα) θεωρεί αναγκαία την επιμόρφωση όλων των εκπαιδευτικών σε θέματα "Ατυχημάτων - Πρόληψης - Πρώτων βοηθειών" .

Φαίνεται όμως ότι αν και η Πολιτεία φροντίζει για την ενημέρωση των εκπαιδευτικών για σχέδια δράσης σε περίπτωση κρίσης- (79% δήλωσαν ότι έχουν παρακολουθήσει τέτοια σεμινάρια) – δεν υπάρχει αντίστοιχη πρόβλεψη για υποχρεωτική εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών.

Εδώ ακριβώς είναι που υπεισέρχεται η ανάγκη για ουσιαστική αλλαγή στις δομές του οργανισμού μέσω ενός στρατηγικού σχεδιασμού ο οποίος θα προτείνει ένα πλάνο για τη μείωση των ατυχημάτων στα σχολεία συνάμα με τη δημιουργία μηχανισμών αποτελεσματικής διαχείρισης απρόβλεπτων καταστάσεων. Εφαλτήριο γι αυτή την προσπάθεια μπορεί να αποτελέσει η σχετική νομοθεσία για γνωστοποίηση και πρόληψη ατυχημάτων και επικίνδυνων συμβάντων στους χώρους εργασίας, η οποία οδήγησε στη συλλογή στοιχείων και εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων (Εγκύκλιος Γ2/4867/28-8-1992 ΥΠΕΠΘ ΦΕΚ 629 Β') και η διεθνής και ευρωπαϊκή εμπειρία.

Βέβαια οι οποιεσδήποτε αποφάσεις πολιτικής, είτε αυτές προέρχονται εκ των άνω (κέντρα λήψεως αποφάσεων) είτε από τη βάση, πρέπει να στηρίζονται σε ερευνητικά δεδομένα, ώστε να τεκμηριώνονται επιστημονικά και να ελέγχονται όσον αφορά την αξιοπιστία αλλά και την εγκυρότητά τους. Στη χώρα μας παρατηρείται έλλειψη τέτοιων ερευνών από το κράτος με αποτέλεσμα οι καταγραφές να είναι ελάχιστες και τα στοιχεία υποτυπώδη. Αντιθέτως σε άλλες χώρες του κόσμου η συλλογή στοιχείων από την

γνωστοποίηση και πρόληψη των ατυχημάτων είναι καλύτερη με αποτέλεσμα να συλλέγονται οι απαραίτητες πληροφορίες και να λαμβάνουν χώρα σημαντικά συμπεράσματα.

Διερευνώντας την πρόθεση παρέμβασης των εκπαιδευτικών σε περίπτωση χρήσης ουσιών από μαθητές φάνηκε ότι εκπαιδευτικοί οι οποίοι θεωρούν απαραίτητη τη γνώση παροχής Πρώτων Βοηθειών είναι περισσότερο πρόθυμοι να παρέμβουν. Αυτό θα πρέπει να αξιολογηθεί ως δεδομένο καθότι η πρόληψη και η παρέμβαση όπου έχουν εφαρμοσθεί έχουν μειώσει τα ποσοστά παιδικών ατυχημάτων, σύμφωνα με την μελέτη των Bassoff και συν από Τμήμα Μόρφωσης του Σακραμέντο στην Καλιφόρνια, το 1987.

Η αγωγή υγείας αποτελεί μια παράλληλη εκπαιδευτική δραστηριότητα, που είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με το σχολείο, το μαθητή, τον εκπαιδευτικό, τους γονείς και την κοινωνία. Αποτελεί μία διαδικασία που στηρίζεται σε επιστημονικές αρχές και δίνει τη δυνατότητα μάθησης και ενημέρωσης σε θέματα που αφορούν και επηρεάζουν την υγεία. Η εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής της υγείας στο σχολείο στην κατεύθυνση του ατυχήματος θα μπορούσε να συμβάλλει στη μείωση αυτών.

Σχέδια δράσης και ενέργειες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην προαγωγή υγείας των παιδιών, στην πρόληψη των ατυχημάτων αλλά και στην αρτιότερη ενημέρωση των εκπαιδευτικών θα μπορούσαν να αποτελέσουν η ολοκληρωμένη προσέγγιση για την υγεία των παιδιών και την ανάπτυξή τους, η ανάπτυξη και η εφαρμογή πολιτικής για την πρόληψη τραυματισμών του παιδιού, η υποστήριξη της έρευνας σχετικά με τις αιτίες, τις συνέπειες, το κόστος και την πρόληψη των τραυματισμών των παιδιών, η ευαισθητοποίηση όλων των εμπλεκόμενων και φυσικά οι επενδύσεις για την πρόληψη των παιδικών τραυματισμών.

Ένα σημαντικό μειονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι η έλλειψη στοιχείων από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, αφού αυτή αφορά στα παιδιά ηλικίας από 7-13 ετών, όπου οι κίνδυνοι για ατυχήματα στα σχολεία είναι μεγαλύτεροι και οι εκπαιδευτικοί είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουν πώς να επέμβουν ώστε να προσφέρουν τις πρώτες βοήθειες.

Συμπερασματικά όπως προκύπτει από τη μελέτη της βιβλιογραφίας οι τραυματισμοί στο σχολικό περιβάλλον είναι ιδιαίτερα συχνοί και πολλές φορές θανατηφόροι. Οι επιπτώσεις μετά από έναν τραυματισμό είναι σημαντικές και αφορούν σε πολλά επίπεδα. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντική η άμεση και ορθή αντιμετώπιση των τραυματισμών ώστε να αποφευχθούν περαιτέρω δυσάρεστες καταστάσεις που θα

διαταράζουν παροδικά ή μόνιμα την ποιότητα ζωής των παιδιών αλλά και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε θέματα παροχής πρώτων βοηθειών θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της εργασίας τους, θα πρέπει να είναι συχνή και να επικαιροποιείται σύμφωνα πάντα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- An evaluation of the effectiveness of the Injury Minimization Program for Schools (IMPS) Frederick K, Bixby E, Orzel MN, Stewart-Brown S, Willett K.
- Bassoff, B. Z., and Willis, W. O.: Survey of health curricula, training needs and health training models for child care services. California Department of Education, Child Development Division, Sacramento, CA, 1987.
- Belechri M., Petridou E., Kedikoglou S., Trichopoulos D., & 'Sports Injuries' European Union group, Sports injuries among children in six European union countries, *European Journal of Epidemiology* 17: 1005-1012, 2001.
- Christie N et al. Children's road traffic safety: an international survey of policy and practice. London, Department for Transport, 2004 (http://eprints.ucl.ac.uk/1211/1/2004_4.pdf, accessed 22 January 2008) (Road Safety Research Report No. 47).
- Dedoukou X., Spyridopoulos T., Kedikoglou S., Alexe D. M., Dessypris N., Petridou E., Incidence and Risk Factors of Fall Injuries Among Infants, *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004; 158: 1002-1006
- Dowswell T et al. Accidental falls: fatalities and injuries. An examination of the data sources and review of the literature on preventive strategies. Newcastle, University of Newcastle upon Tyne, 1999.
- European detailed mortality database (DMDB). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20070615_2, accessed 10 November 2008)
- ERC Guidelines for Resuscitation 2010 Jerry P. Nolan, Jasmeet Soarb, David A. Zidemanc, Dominique Biarentd, Leo L. Bossaerte, Charles Deakin, Rudolph W. Kosterg, Jonathan Wyllieh, Bernd Böttigeri, on behalf of the ERC Guidelines Writing Group
- European report on child injury prevention, World Health Organization 2008
- Farmakakis T., Alexe D. M., Nicolaidou P., Dessypris N., Petridou E., Baby-bouncer-related injuries: an under-appreciated risk, *Eur J Pediatr* (2004) 163: 42-43.

- Fotopoulou E., Farmakakis T., Alexe D., Petridou E., Port-Bebe Carriers Place Infants at Risk of Injuries in Greece, *αχρονολόγητο*.
- Gordon Paterson (2006), Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ
- Holder Y., Peden M., Krug E., Lund J., Gururaj G., Kobusingye O., Injury Surveillance Guidelines, WHO/ NMH VIP/ 01.02,2001, http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.html
- Klimentopoulou A., Palokosta E., Towner E., Petridou E., Bicycling-Related Injuries among Children in Greece, *European Journal of Trauma* 2004; 30: 182-6.
- Peden M et al. World report on child injury prevention. Geneva, World Health Organization (in press).
- Petridou E., Childhood injuries in the European Union: Can epidemiology contribute to their control, *Acta Paediatr* 89: 1244-9. 2000.
- Petridou E. et al, Injuries among disabled children: a study from Greece, *Injury Prevention* 2003; 9:226-230.
- Petridou E., Anastasiou A., Katsiardanis K., Dessypris N., Spyridopoulos T., Trichopoulos D., Health of Young People, A prospective population based study of childhood injuries: the Velestino town study, *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 1,9-14, 2005.
- Phillippakis A., Hemenway D., Alexe D. M., Dessypris N., Spyridopoulos T., Petridou E., A quantification of preventable unintentional childhood injury mortality in the United States, *Injury Prevention* 2004; 10: 79-82. doi: 10.1136/ ip.2003.004119.
- Polinder S, Meerding W.J, Mulder S, Petridou E, Beeck E.V, EUROCCOST Reference Group, Assessing the burden of injuries in six European countries, *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: 27-34.
- School accidents to children: time to act. A Maitra
- Schua S. , ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

- SPSS Inc. (2005), SPSS base 14.0 User's Guide. SPSS Inc, Chicago.
- The global burden of disease: 2004 update [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html, accessed 10 November 2008).
- WHO (2005), Preventing children accidents and improving home safety in the European region.
- World report on child injury prevention, World Health Organization 2008
- Αναστασίου Α., Φαρμακάκης Θ., Δεσύπρης Ν., Κατσιαρδάνης Κ., Ζαβιτσάνος Ξ. Περιγραφική επιδημιολογία ατυχημάτων σε άτομα κάτω των 24 ετών σε γεωγραφικά οριοθετημένη ημιαστική περιοχή της Θεσσαλίας, Παιδιατρική 2003;66:364-380.
- Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος : Ένας κατάλογος ελέγχου για την ασφάλεια παιδιών
- Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος : Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στα σχολεία
- Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος (αχρονολόγητο), Πώς να αντιμετωπίσετε τα Παιδικά Ατυχήματα
- Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος (αχρονολόγητο), Πώς να καταστήσετε ασφαλή το δρόμο από το σπίτι στο σχολείο
- Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος: Πώς να μάθετε στα παιδιά να κυκλοφορούν με το ποδήλατό τους με ασφάλεια
- Αντωνιάδου Ι., Παναγιωτόπουλος Τ. (2005), Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Το Παιδί στο Αυτοκίνητο: Τα τροχαία ατυχήματα είναι το σημαντικότερο πρόβλημα των παιδιών
- ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΟΛΟΥ (2007), Φαρμακευτική δηλητηρίαση

- Γερμενή Ε., Τσιριγώτη Α., Ντιναπόγιας Α., Πετρίδου Ε. (2006), Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων(ΚΕΠΑ), Αποτελεσματικές Παρεμβάσεις στην Πρόληψη των Οδικών Τροχαίων Ατυχημάτων, 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας «Παιδί, Υγεία και Πολιτισμός» 28-30 Σεπτεμβρίου 2006.
- Γεωργιακόδης Φ., Βοζίκης Α., Η επιδημιολογία των σχολικών ατυχημάτων: Συμπεράσματα από έρευνα σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο, Πρακτικά 17ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής (2004), σελ. 83-92.
- Γιαλαμάς, Β. (2005), *Στατιστικές Τεχνικές και Εφαρμογές στις Επιστήμες της Αγωγής*, Αθήνα: Πατάκης.
- Γναρδέλλης, Χ. (2003), *Εφαρμοσμένη στατιστική*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006), *Ανάλυση δεδομένων με το SPSS 14.0 for windows*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Γιώτη Α.Κ., Τα παιδικά ατυχήματα και η πρόληψή τους, Εκδόσεις: Γιάννης Β. Βασδέκης, 1985
- Delia A., Δεσπύρης Ν., Φαρμακάκης Θ., Πετρίδου Ε., Πνιγμοί και παρ' ολίγον πνιγμοί: Ένα σοβαρό πρόβλημα στην Ελλάδα. Δημοσιεύτηκε στο Τόμο Περιλήψεων του 14ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρίας Κοιν. Παιδ. Και Προαγ. Υγείας, Θεσσαλονίκη 2002:137.
- Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης (Ε.Ε.Κ.Α.Α.) , ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ (ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ)
- Ζημάλης Ε. (2002), Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Ηλεκτροπληξία
- Ζημάλης Ε. (2003), Υγεία/Πρώτες βοήθειες: Πώς αποφεύγονται τα γλιστρήματα τα παραπατήματα και οι πτώσεις

- Ζιάκα Σ. και συν, Παιδικά ατυχήματα τύπου τραυματισμών: Ευρήματα και παρατηρήσεις επί 13770 περιπτώσεων, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 15:147-153, 2003.
- Ζιάκα Σ. και συν, Ανάλυση των παιδικών ατυχημάτων τύπου δηλητηριάσεων. Κλινικό-επιδημιολογική μελέτη, Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 15: 154-158, 2003β.
- Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) (2002), Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων
- Iatronet: Παιδί και παιχνίδι, Παιχνίδι και ασφάλεια
- Καλαματιανού, Α. (2003), *Κοινωνική στατιστική*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Κατσαβούνη Φανή (2006), Εγχειρίδιο Πρώτων Βοηθειών για Σχολεία και Όχι Μόνο.
- Κασινίδου Κ. (2006), Παραμονεύει ο κίνδυνος όπου υπάρχουν παιδιά
- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων Ελλάδας , Πολίτης-Κοινωνία: Επιρρεπή τα παιδιά στους τραυματισμούς το καλοκαίρι
- ΚΕΠΠΑ, Διοίκηση Α΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής, Μαθαίνω ασφαλώς!
- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψη Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) (2002), Παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι τα περισσότερα θύματα των πνιγμών στη θάλασσα
- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψη Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) (2004), Χωρίς επαρκή επιτήρηση κολυμπούν τα Ελληνόπουλα
- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) (2007), Παιδικά ατυχήματα: οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την Πύλη Στατιστικών Δεδομένων (Injury Statistics Portal).
- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ)(2007β), Πνιγμοί: τα ατυχήματα με την υψηλότερη θνητότητα.
- Κέντρο παιδιατρικής μέριμνας (αχρονολόγητο), Πνιγμός σε γλυκό ή θαλασσινό νερό

- Κεχαγιάς Δημήτρης , ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
- Κυριακίδη Γ. (2007), Οι παιδότοποι δεν χρειάζεται να είναι επικίνδunami
- Μέθοδοι διάσωσης στο νερό
- Μέσα και έξω από το σπίτι
- Μπάρκα Χριστίνα, Χατζηδάκη Βιργινία*, Αντωνίου Ήλια, Γκότση Αγγελική, Λάσδα Δήμητρα, Μπεκιώτη-Καντερέ Ευαγγελία (2006), Παρατηρήσεις Σε Παιδικά Ατυχήματα Που Αντιμετωπίστηκαν Στο Νοσοκομείο Καρδίτσας. 18^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ Ε Ε Κ Π Π Υ. Κρήτη.
- Μοσχόβου Ν., Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος , Ασφάλεια στο αυτοκίνητο
- Μοσχόβου Ν. , Παιδικά Ατυχήματα: Ότι χρειάζεται να έχει το σπίτι για να είναι ασφαλές για το παιδί
- Μπερή Δ., Αντιμετώπιση παιδικού τραύματος, Παιδικά ατυχήματα: Οδηγίες για να τα αντιμετωπίσετε με ψυχραιμία
- Ομάδα Εργασίας Ατυχημάτων και Τραυματισμών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2007), Παιδιά και σχολείο: Η ασφάλεια των παιδιών
- Παιδιά και Οικογένεια (2007), Πρώτη αιτία αναπηρίας των παιδιών στη χώρα μας είναι τα ατυχήματα στο χώρο του σχολείου
- Παιδί και Παιχνίδι: Παιχνίδι και Ασφάλεια
- Παπαϊωάννου, Γ., Φερεντίνου, Κ. (2000), *Μαθηματική Στατιστική, Εκτιμητική - Έλεγχος Υποθέσεων - Εφαρμογές*, Αθήνα: Σταμούλης.
- Παχούμη Δ. (2005), Μεταπτυχιακή εργασία: Επιδημιολογική μελέτη των τροχαίων ατυχημάτων στο Νομό Ηρακλείου κατά τη θερινή περίοδο 1 Απριλίου-30 Σεπτεμβρίου 2004.

- Πετρίδου Ε. (2005), Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ), Ατυχήματα: Αρχές Δημόσιας Υγείας και Προληπτικής Ιατρικής.
- Σεληνίδου Α. (2006), Η Πρόληψη Των Ατυχημάτων Σε Παιδί
- Σούκουλη Π. (2001), Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Δηλητηρίαση
- Σούκουλη Π. (2002), Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Ξένα σώματα
- Σούκουλη Π. (2005), Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Εγκαύματα
- Σπαντιδέας Α. (2005), Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Καλοκαιρινά τσιμπήματα και πώς να τα αντιμετωπίσετε
- Σπυριδόπουλος Θ. (2003), Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων σε Παιδιά και Νέους, Μέτρα Πρόληψης Ατυχημάτων στον υδάτινο χώρο
- Σπυριδόπουλος Θ. (2004), Υγεία / Α' βοήθειες: Παράγοντες κινδύνου για πνιγμό
- Τζιούμα Α., Τζακώστα Α. (αχρονολόγητο), Πρόληψη Ατυχημάτων στο Σχολείο μια ολοκληρωμένη πρόταση παρέμβασης.
- Τσατσαμπά Χ. (αχρονολόγητο), Λιγότεροι οι έξω κίνδυνοι
- Τσελίκας Μ. (2005), Προλάβετε τα παιδικά ατυχήματα, 30 Οδηγίες προς τους Γονείς για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων
- Τσίμπος, Κ., Γεωργιακώδης, Χ., Φώτης, Α. (2000), *Περιγραφική και διερευνητική στατιστική ανάλυση δεδομένων*, Αθήνα.
- Τσουμάκας Κ.Θ., Παιδικά ατυχήματα, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2006.
- Τσούσκας Λ. (2000), ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ
- Υγεία/ Πρώτες βοήθειες: Πνιγμός
- Υγεία/Πρώτες βοήθειες, Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων το καλοκαίρι

- Υγεία (2006), Πρώτες βοήθειες: Έγκαυμα, διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: www.iatronet.gr
- Φυτά Ο. (2007), Απροσεξία γονέων... τραυματίζει τέκνα
- Χαρασανάκης Α. και συν (2006), Παιδικό ατύχημα - Καταγραφή σε κώδικες MDS. Γ.Ν. - Κ.Υ. Νεαπόλεως Λασιθίου Κρήτης. 18^ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ Ε Ε Κ Π Π Υ. Κρήτη.
- Ψυχολογικές επιπτώσεις της αναπηρίας στα παιδιά.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται, στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας, του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών, « Διοίκηση υπηρεσιών υγείας και διαχείριση κρίσεων » του πανεπιστημίου Πελοποννήσου, τμήματος νοσηλευτικής. Το ερωτηματολόγιο που σας ζητείται να συμπληρώσετε έχει σχεδιαστεί για να παρουσιάσει την εκπαίδευση στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση στην Περιφέρεια Πελοποννήσου. Κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, παρακαλώ να έχετε υπόψη τα εξής:

1. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.
2. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές.
3. Η συμμετοχή σας στην έρευνα, γίνεται ανώνυμα.

Παρακαλώ απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις, σημειώνοντας " X " στην επιλογή σας.

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ Η ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΜΙΑ.

1.Φύλο

- α. άρρεν
- β. θήλυ

2.Ηλικία

- α. 25-35
- β. 36-45
- γ. 46-55
- δ. 56-65

3.Προϋπηρεσία σε έτη

- α. μέχρι 10
- β. μέχρι 20
- γ. μέχρι 30

4.Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια σχετικά με τις πρώτες βοήθειες;

- α. ναι
- β. όχι

5. Διάρκεια παρακολούθησης σεμιναρίων σε ώρες

- α. 1-10
- β. 10-20
- γ. 20-30
- δ. >30

6. Ποιος ήταν ο φορέας κάλυψης των εξόδων του σεμιναρίου

.....

7. Έτος παρακολούθησης τελευταίου σεμιναρίου

.....

8. Πόσο σημαντική πιστεύεται είναι η γνώση και η εφαρμογή πρώτων βοηθειών στο χώρο σας:

- α. πολύ
- β. αρκετά
- γ. ελάχιστα
- δ. καθόλου

9. Πως βαθμολογείτε το επίπεδο γνώσεων σας σχετικά με τις Πρώτες Βοήθειες:

- α. άριστο
- β. πολύ καλό
- γ. αρκετά καλό
- δ. μέτριο
- ε. κακό

10. Έχετε βρεθεί σε κατάσταση που απαιτούσε άμεση εφαρμογή Πρώτων Βοηθειών;

- α. ναι
- β. όχι

11. Αν ναι, περιγράψτε με συντομία

.....
.....
.....
.....
.....

12. Πως αξιολογήσατε την ανταπόκριση σας:

- α. άριστη
- β. πολύ καλή
- γ. αρκετά καλή
- δ. μετρία
- ε. κακή

13. Πιστεύετε ότι ο εξοπλισμός του επαγγελματικού σας χώρου είναι επαρκής για την παρέμβασή σας σε κάποιο επείγον περιστατικό;

- α. ναι
- β. όχι

14. Τι πιστεύεται ότι λείπει από τον εργασιακό σας χώρο:

.....

15. Εκτιμάτε πως σε γενικές γραμμές είστε ενήμεροι για (αδρά) προβλήματα υγείας των μαθητών σας;

- α. ναι.
- β. όχι.

16. Αν η απάντησή σας στην προηγούμενη ερώτηση είναι αρνητική, με ποιους από τους παρακάτω λόγους συμφωνείτε;

- α. Δεν ασχολούμαι γιατί είναι αδιακρισία και παραβίαση απορρήτων της οικογένειας.
- β. Δεν με αφορά - τι θα προσφέρω;
- γ. Θα ήθελα να γνωρίζω και να μπορώ να βοηθήσω, αλλά δεν έχω τα εφόδια.
- δ. Δεν ξέρω

17. Εάν κάποιο παιδί κάνει συχνά επεισόδια δύσπνοιας, τι σκέφτεστε ότι πρέπει να γίνει;

- α. Να έχει πάντα το εισπνεόμενο φάρμακο μαζί του.
- β. Να μην κάνει γυμναστική και αθλοπαιδιές.
- γ. Να ζητηθεί επίσημα ιατρική εκτίμηση και οδηγίες προς το σχολείο.

18. Εάν κάποιο παιδί χάσει τις αισθήσεις του στις ώρες του σχολείου, τι μπορούμε να κάνουμε πρώτα;

- α. Του δημιουργούμε ερεθίσματα (νερό, τρίψιμο κλπ).
- β. Το ξαπλώνουμε με τα πόδια ψηλότερα.
- γ. Του κάνουμε τεχνητή αναπνοή. δ. Δε γνωρίζω τι
- να κάνω - θα τηλεφωνήσω για ασθενοφόρο ή στους γονείς.
- ε. Θα του βάλουμε κάτι στο στόμα για να το κρατά ανοικτό. (έτσι που η γλώσσα να μην φράξει τον λάρυγγα)

19. Κάποιο παιδί εκδηλώνει σπασμούς (πέφτει, "χτυπιέται", δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον). Τι θα μπορούσαμε να κάνουμε;

- α. Θα του βάλουμε κάτι στο στόμα για να μείνει ανοικτό. (έτσι που η γλώσσα να μην φράξει τον λάρυγγα)
- β. Θα του κάνουμε τεχνητή αναπνοή.
- γ. Θα το μεταφέρουμε σε ασφαλές μέρος για να μην τραυματιστεί.
- δ. Θα το γυρίσουμε σε πλάγια θέση για να μην κάνει εισρόφιση.
- ε. Θα το κρατάμε σφιχτά για να μην χτυπιέται.
- ζ. Θα φωνάζουμε αμέσως ασθενοφόρο.

20. Σε μια εκδήλωση του σχολείου ένας μαθητής "πνίγεται" από τροφή. Τι πρέπει να κάνουμε άμεσα;

- α. Να του χτυπήσουμε δυνατά την πλάτη.
- β. Να τον αγκαλιάσουμε από πίσω και να του πιέσουμε το στομάχι.
- γ. Να του βάλουμε τα χέρια στο στόμα για να του βγάλουμε την τροφή.
- δ. Δε γνωρίζω.

21. Εάν βρεθείτε στη δυσάρεστη θέση να ανασύρετε έναν μαθητή από τη θάλασσα ή την πισίνα, τι πρέπει αμέσως να κάνουμε;

- α. Να τον γυρίσετε ανάποδα. (μπρούμυτα-στάση ασφαλείας)
- β. Να του κάνετε τεχνητή αναπνοή.
- γ. Δεν ξέρω.

22. Σε περίπτωση που η διάσωση γίνει επιτυχώς, πρέπει ή όχι ο μαθητής να μεταφερθεί στη συνέχεια σε Νοσοκομείο;

- α. Ναι.
- β. Όχι.
- γ. Δε γνωρίζω.

23. Εάν βλέπετε σημάδια βίας σε έναν μαθητή, θα το συζητήσετε, και με ποιόν;

- α. Δεν θα το συζητήσω, για να μην μπλεχτώ σε περίεργες καταστάσεις.
- β. Το πιθανότερο είναι να την ασκούν οι γονείς, οπότε σε ποιόν να απευθυνθώ;
- γ. Θα ήθελα να πάρω κάποιες πρωτοβουλίες, αλλά δεν γνωρίζω ποιοι είναι αρμόδιοι για τέτοια ζητήματα.

24. Εάν υποψιαστείτε ότι ένας μαθητής κάνει χρήση παράνομων ή ακατάλληλων για την ηλικία του ουσιών, θα παρέμβετε με κάποιον τρόπο;

- α. Όχι.
- β. Ναι

25. Υποθέτουμε πως εκδηλώνεται κρούσμα μηνιγγίτιδας στο σχολείο. Πιστεύετε πως πρέπει να κλείσει το σχολείο και να απολυμανθεί;

- α. Ναι.
- β. Όχι.
- γ. Δε γνωρίζω.

26. Γνωρίζετε πού είναι οι πυροσβεστήρες(τι είναι, είδη, πώς χρησιμοποιούνται) του σχολικού κτιρίου;

- α. Ναι, αλλά δεν ξέρω να τον χρησιμοποιήσω.
- β. Δεν γνωρίζω.
- γ. Δεν έχουμε.
- δ. Γνωρίζω πού βρίσκονται και πώς χρησιμοποιούνται.

27. Ξέρετε πού βρίσκεται το Φαρμακείο του Σχολείου; (και τι πρέπει να περιέχει)

- α. Ναι.
- β. Όχι.
- γ. Δεν υπάρχει.
- δ. Δεν έχει τίποτε μέσα.

28. Παρακολουθήσατε ποτέ κάποιο είδος επίδειξης σχεδίου δράσης για περιπτώσεις έκτακτου κινδύνου (πυρκαγιά, σεισμός κλπ);

- α. Ναι
- β. Όχι

29. Αν ναι, ποιος ήταν ο διοργανωτής; (συμπληρώστε)

- α. ΥΥΚΑ
- β. Πυροσβεστική
- γ. Νοσοκομείο
- δ. Καθηγητής/τρια
- ε. ΑΕΙ
- στ. Στρατός
- ζ. Πρόσκοποι
- η. Εξωσχολικά
- θ. Ερυθρός Σταυρός
- ι. ΤΕΦΑΑ

30. Έχετε παρακολουθήσει ποτέ κάποια επίδειξη διάσωσης ανθρώπων (τεχνητή αναπνοή, καρδιακές μαλάξεις, πνιγμός κλπ) με video ή ζωντανή;

- α. Ναι
- β. Όχι

31. Αν ναι, ποιος ήταν ο διοργανωτής; (συμπληρώστε)

- α. ΤΕΦΑΑ
- β. ΑΕΙ
- γ. Πρόσκοποι
- δ. ΤΥ
- ε. Ερυθρός Σταυρός
- στ. Ιδιώτης γιατρός
- ζ. Πυροσβεστική
- η. Νοσοκομείο
- θ. Καθηγητής/τρια
- ι. Εξωσχολικά

32. Θα θέλατε να επιμορφωθείτε σε τομείς δεξιοτήτων διάσωσης, σε οποιοδήποτε επίπεδο;

- α. Ναι.
- β. Όχι

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΠΟΛΥΤΙΜΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΜΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ!

**ΚΑΛΟΓΕΡΑΚΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ
ΙΑΤΡΟΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ.**

ΚΟΡΙΝΘΙΑ

2801010 1^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ
2801030 ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΒΡΑΧΑΤΙΟΥ
2851020 2^ο ΛΥΚΕΙΟ ΚΟΡΙΝΘΟΥ
2855010 ΛΥΚΕΙΟ ΚΙΑΤΟΥ

ΑΡΓΟΛΙΔΑ

201020 2^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΝΑΥΠΛΙΟΥ
252010 1^ο ΛΥΚΕΙΟ ΑΡΓΟΥΣ
252040 ΛΥΚΕΙΟ ΑΓΙΑΣ ΤΡΙΑΔΑΣ
253010 ΛΥΚΕΙΟ ΚΡΑΝΙΔΙΟΥ

ΑΡΚΑΔΙΑ

301020 2^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ
302010 ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΑΣΤΡΟΥΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ
306050 ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΠΑΡΑΛΙΑΣ ΤΥΡΟΥ
351010 1^ο ΛΥΚΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ
357010 ΛΥΚΕΙΟ ΜΕΓΑΛΟΥΠΟΛΕΩΣ
351040 ΛΥΚΕΙΟ ΤΕΓΕΑΣ

ΜΕΣΣΗΝΙΑ

3601010 1^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
3612010 ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΠΥΛΟΥ
3614010 ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΠΕΤΑΛΙΔΙΟΥ
3651020 2^ο ΛΥΚΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
3659010 ΛΥΚΕΙΟ ΚΟΡΩΝΗΣ
3668010 ΛΥΚΕΙΟ ΚΑΡΔΑΜΥΛΗΣ

ΛΑΚΩΝΙΑ

3001020 2^ο ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
3007010 ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΜΟΛΛΩΝ
3051010 1^ο ΛΥΚΕΙΟ ΣΠΑΡΤΗΣ
3056020 ΛΥΚΕΙΟ ΣΚΑΛΑΣ
3006010 ΛΥΚΕΙΟ ΚΡΟΚΕΩΝ