

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ: ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ  
ΒΕΛΤΙΩΣΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ  
ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΑΝΑΓΚΗΣ;**

Βασιλάκης Νικόλαος  
Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής  
MSc στη Διοίκηση του Αθλητισμού

*Διδακτορική διατριβή που υποβάλλεται στο Τμήμα Οργάνωσης & Διαχείρισης  
Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για απόκτηση διδακτορικού διπλώματος*

Σπάρτη 2018

Copyright © Βασιλάκης Νικόλαος  
(2018) ALL RIGHTS RESERVED

### **Δημοσιεύσεις σχετικές με τη διατριβή**

Σε περιοδικά που καταχωρούνται σε βάσεις δεδομένων, που όρισε η Π.Γ.Ε.Σ. του Τ.Ο.Δ.Α.

**Vasilakis, N.** and Tripolitsiotti, A. (2018). Evaluation of the level of knowledge of primary and secondary care of the physical education teachers working in elementary schools in first aid situations. A pilot study. *Biology of Exercise*, 14, 2 (In Press).

**Vasilakis, N.**, Tripolitsiotti, A. and Stergioulas, A. (2018). Education level do not affect the knowledge of cardiopulmonary resuscitation of physical education teachers. *International Journal of Current Research and Academic Review*, 6, 1-8.

**Vasilakis, N.**, Tripolitsiotti, A. and Stergioulas, A. (2018). First aid knowledge of teachers teaching in schools. A literature survey. *Arctic Journal* (Accepted for publication).

### **Ανακοινώσεις σε διεθνή συνέδρια**

**Βασιλάκης, Ν.** και Στεργιούλας, Α. (2017). Αξιολόγηση γνώσεων στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΠΑ) εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής εργαζομένων σε δημοτικά σχολεία της Ανατολικής Αττικής σε καταστάσεις που απαιτούν πρώτες βοήθειες. Πιλοτική μελέτη. Εικοστό πέμπτο (25<sup>ο</sup>) διεθνές συνέδριο φυσικής αγωγής και αθλητισμού. Κομοτηνή Μάιος, 2017.

**Βασιλάκης, Ν.** και Στεργιούλας, Α. (2017). Αξιολόγηση γνώσεων στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής εργαζομένων σε δημοτικά σχολεία της Ανατολικής Αττικής σε καταστάσεις που απαιτούν πρώτες βοήθειες. Πιλοτική μελέτη. Εικοστό πέμπτο (25<sup>ο</sup>) διεθνές συνέδριο φυσικής αγωγής και αθλητισμού. Κομοτηνή Μάιος, 2017.

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

1. Στεργιούλας Απόστολος, Καθηγητής ΤΟΔΑ Παν. Πελοποννήσου
2. Κωφοτόλης Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΤΕΦΑΑ Σερρών
3. Τσίγκανος Γεώργιος, Λέκτορας ΤΕΦΑΑ Αθήνας

## **ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

Η παρούσα διδακτορική διατριβή είναι αφιερωμένη στην αγαπημένη μου οικογένεια.

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Τα Πανεπιστήμια σήμερα καλούνται να βοηθήσουν στη επιστημονική έρευνα, η οποία θα δώσει ουσιώδη και υπολογίσιμα αποτελέσματα στην εκπαιδευτική δραστηριότητα. Οι ερευνητικές εργασίες, τα σεμινάρια οι παρουσιάσεις επιπέδου, η αναζήτηση δίνουν τη δυνατότητα στο φοιτητή να συνειδητοποιήσει ότι η εμβάθυνση της γνώσης υπερνικάτε μόνο με συστηματική εργασία και διερεύνηση.

Το επίπεδο εξειδίκευσης και κατάρτισης που παρέχουν οι πανεπιστημιακές σπουδές και η προσπάθεια που καταβάλλεται για να αποκτηθεί σε βάθος η γνώση στο αντικείμενο της έρευνας, δίνουν τη ευκαιρία στο νέο ερευνητή να γνωρίσει την έννοια της προσήλωσης και της συνέπειας μιας και συνειδητοποιεί το επίπεδο της ικανότητας που χρειάζεται για να επιτύχει τις επιδιώξεις που επιθυμεί την επιτυχία.

Οφείλω να αναγνωρίσω την δυνατότητα που μου έδωσε το Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού να κατακτήσω ένα πεδίο της επιστήμης το οποίο μπορεί να λειτουργήσει αυτόνομα σαν ένα πολύ σημαντικό βήμα τόσο για την επιστημονική μου κατάρτιση όσο και για την επαγγελματική μου εξέλιξη.

Ιδιαίτερα, δίχως τη καθοριστική συμβολή, διαρκή στήριξη και καθοδήγηση του δασκάλου μου και επιβλέποντα καθηγητή Στεργιούλα Απόστολου η παρούσα διατριβή και οι γνώσεις μου στο επιστημονικό πεδίο που εξετάσαμε δεν θα ήταν στο επίπεδο που επιθυμούσα. Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας ο κ. Στεργιούλας έχοντας υψηλό αίσθημα ευθύνης απέναντι στον εαυτό του, σε μένα αλλά και στο ευρύτερο σύνολο της επιστημονικής κοινότητας, υπήρξε πάντα παρών στην πορεία προς τη διεκπεραίωση αυτής της εργασίας. Αναμφισβήτητα υπήρξε πρότυπο ήθους, ένας άνθρωπος με αρχές, υψηλά ιδανικά, παράδειγμα προς μίμηση.

Επιπλέον ειλικρινές ευχαριστίες και στα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής  
Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Κωφοτόλη Νικόλαο και Λέκτορα κ. Τσίγκανο Γεώργιο.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής, καλούνται σε καθημερινή βάση από τους εκπαιδευτικούς των άλλων ειδικοτήτων του Σχολείου να δώσουν πρώτες βοήθειες σε μια ποικιλία καταστάσεων επείγουσας και μη ανάγκης κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Πρέπει λοιπόν να εκτιμήσουν την κατάσταση των μαθητών και αν είναι σοβαρή να καλέσουν ιατρική βοήθεια, να αναγνωρίσουν με ακρίβεια το πρόβλημά τους, να δώσουν σωστή άμεση βοήθεια, να φροντίσουν για τη μεταφορά τους στο σπίτι του, σε γιατρό ή σε Νοσοκομείο, να παραμείνουν μαζί τους μέχρι να έλθει βοήθεια από ασθενοφόρο ή ειδικό και τέλος να δώσουν βοήθεια πάρα πέρα αν χρειαστεί. Μετά την εξονυχιστική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δεν εντοπίστηκε μελέτη που να διερεύνησε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα στα Δημοτικά Σχολεία, μετά από παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών ποιοτικά και ποσοτικά και η παρούσα μελέτη έρχεται να καλύψει το υπάρχον αυτό ερευνητικό κενό. Έτσι, σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν να προσδιορίσει αν η διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ποιοτικά και ποσοτικά. Στην ποιοτική μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά είκοσι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που εργάζονταν σε σχολεία του Νομού Αττικής, οι οποίοι απάντησαν σε ημιδομημένες συνεντεύξεις. Στην ποσοτική μελέτη συμμετείχαν με τυχαία επιλογή διακόσιοι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής, οι οποίοι απετέλεσαν δύο ομάδες: την πειραματική και την



αναφοράς. Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής της πειραματικής ομάδας συμμετείχαν σε σεμινάρια πρώτων βοηθειών, ενώ η ομάδα αναφοράς δεν συμμετείχε. Οι μετρήσεις πριν και μετά από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών πραγματοποιήθηκαν με ερωτηματολόγιο που είχε ελεγχθεί για την εγκυρότητα, αντικειμενικότητα και αξιοπιστία του. Τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας έδειξαν ότι για να διατηρούνται οι γνώσεις στις πρώτες βοήθειες πρέπει οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής να συμμετέχουν σε σεμινάρια σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής της πειραματικής ομάδας που συμμετείχαν σε σεμινάρια πρώτων βοηθειών βελτιώθηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου πρώτων βοηθειών μετά το πρόγραμμα, σε σχέση με την ομάδα αναφοράς. Βελτίωση επίσης παρατηρήθηκε πριν και μετά το πρόγραμμα των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής της πειραματικής ομάδας στις παραμέτρους της ορθής γνώσης, θεωρητικής γνώσης και ακρίβειας της γνώσης. Ακόμη, η σύγκριση των μεταβολών στις ανωτέρω παραμέτρων της πειραματικής ομάδας σε σχέση με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, έδειξε ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές. Τόσο από την ποιοτική, όσο και από την ποσοτική έρευνα συμπεραίνεται ότι η διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών μπορούν να βελτιώσουν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής στις πρώτες βοήθειες σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης και κατά συνέπεια την αποτελεσματικότητά τους όταν χρειαστούν να τις εφαρμόσουν.

*Λέξεις κλειδιά:* Πρώτες βοήθειες, καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, λιποθυμία, πρωτοβάθμια εκπαίδευση, θλάσεις, αιματώματα, τσιμπήματα, αιμορραγία, πρωτοβάθμια φροντίδα, κακώσεις, Εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής.

## **ABSTRACT**

Physical Education (PE) teachers are called by other school teachers to offer first aid in a variety of emergency or not that urgent situation on a daily basis during the school year. Therefore, they must estimate the students' situation and, if it is serious, call for medical help, recognize the medical problem precisely, give the appropriate first aid, take care of their safe transfer at home, to the doctor's office or to the hospital, stay with them until the ambulance or the specialist arrives and, finally, provide any further necessary help. A thorough bibliographical review indicated no study that explored PE teachers' knowledge on primary and secondary care in Schools after attending first-aid seminars qualitatively and quantitatively; therefore, the present study aims to cover this research gap. Thus, the present doctoral dissertation aims at indicating if the attendance of first-aid seminars can improve PE teachers' efficacy in cases of emergency. The data collection was both qualitative and quantitative. Twenty PE teachers working in Education Schools of Attica participated voluntarily in the qualitative study by answering to a semi-structured interview. Two hundred PE teachers participated randomly in the quantitative study and they were divided in two teams: the experimental and the reference one. The PE teachers of the experimental team attended first-aid seminars, whereas the reference team did not. The measurements before and after the first-aid seminars were conducted with a questionnaire checked for its validity, objectivity and reliability. The results of the qualitative study revealed that in order for PE teachers to retain their knowledge of first-aid it is necessary to attend first-aid seminars at regular times. The results of the

quantitative study showed that the PE teachers of the experimental team who participated in first-aid seminars improved in a statistically significant level in all the questionnaire's questions relevant to first aid in comparison to the reference team. Improvement was, also, noticed to the PE teachers of the experimental team before and after the first-aid seminars in the parameters of correct, theoretical and accurate knowledge. Furthermore, the comparison of the changes in these parameters of the experimental team in relation to their demographic and professional characteristics pointed out statistically important changes. From both the qualitative and the quantitative study it can be concluded that first-aid seminar management can improve PE teachers' knowledge of first aid in cases of emergency and, consequently, their effectiveness whenever they are called to practice it.

***Key words:*** First aid, cardiopulmonary resuscitation, faint, primary education, fractures, hematomas, cuts, bleeding, primary care, injuries, Physical Education (PE) teachers.

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

	Σελ.
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	
Θεωρητικό υπόβαθρο	1
Εννοιολογική προσέγγιση	3
Διατύπωση του προβλήματος	5
Σκοπός της διδακτορικής διατριβής	6
Στατιστικές υποθέσεις – μηδενικές υποθέσεις	7
Ανάγκη διεξαγωγής της έρευνας	11
Πρώτες Βοήθειες και εκπαίδευση	13
Λειτουργικοί ορισμοί	17
Προϋποθέσεις και περιορισμοί	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ</b>	
Εισαγωγή	20
Ιστορική ανασκόπηση του όρου Πρώτες Βοήθειες	20
Ιστορική αναδρομή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης	24
Δημοσιευμένες έρευνες σε καταστάσεις επείγουσας βοήθειας	29
Συμπεράσματα	74
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	
Εισαγωγή	89
Ερευνητικός σχεδιασμός	89
Ποιοτική προσέγγιση	89
Τύποι συνεντεύξεων	96
Είδη πληροφοριών που μπορούν να συγκεντρωθούν από την συνέντευξη	97
Ακολουθία ερωτήσεων	98
Διατύπωση των ερωτήσεων	98
Κατά την πραγματοποίηση της συνέντευξης	99
Αμέσως μετά από τη συνέντευξη	100
Οι ερωτήσεις της συνέντευξης της παρούσας διατριβής	101
Σχεδιάζοντας την συνέντευξη	101
Το δείγμα της ποιοτικής προσέγγισης	103
Χρονοδιάγραμμα	105
Ποσοτική προσέγγιση	105
Προγραμματισμός και πραγματοποίηση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και επιλογή των ατόμων	106
Η ύλη των σεμιναρίων περιλάμβανε (Παράρτημα Γ)	108
Επιλογή ατόμων	109
Διαχείριση των σεμιναρίων	110
Το ερευνητικό εργαλείο της ποσοτικής μελέτης	111

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ερευνών βασισμένων σε ερωτηματολόγια	111
Η εγκυρότητα	112
Η εγκυρότητα του περιεχομένου	113
Η εγκυρότητα του κριτηρίου	114
Η εγκυρότητα της κατασκευής	114
Η αξιοπιστία	115
Η αντικειμενικότητα	116
Στατιστικός έλεγχος του ερωτηματολογίου	117
Έλεγχος του ερωτηματολογίου με πιλοτική μελέτη	120
Το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας ποσοτικής μελέτης	122
Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης. Λόγοι βελτίωσης του ερωτηματολογίου της κ. Αλεξανδροπούλου	124
Ανάπτυξη της κλίμακας γνώσεων πρώτων βοηθειών της παρούσας μελέτης	127
Εκτίμηση της εγκυρότητας, αξιοπιστίας και αντικειμενικότητας της κλίμακας πρώτων βοηθειών της παρούσας διατριβής	131
Έλεγχος της καταλληλότητας των δεδομένων της κλίμακας πρώτων βοηθειών για πραγματοποίηση της παραγοντικής ανάλυσης	131
Διερευνητική παραγοντική ανάλυση	132
Ενότητα 1	137
Ενότητα 2	137
Ενότητα 3	138
Ενότητα 4	139
Ενότητα 5	139
Ενότητα 6	140
Ενότητα 7	140
Συντελεστής συσχέτισης Cronbach's $\alpha$	141
Διαδικασίες μέτρησης-παράδοσης της κλίμακας γνώσεων των πρώτων βοηθειών	145
Στατιστική ανάλυση	146
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	
Ποιοτική προσέγγιση της έρευνας	148
Ερώτηση 1: Ποιά είναι η άποψή σας για τις πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον; Θεωρείτε ότι είναι υπεύθυνοι όλοι οι εκπαιδευτικοί; Εξηγείστε τους λόγους	149
Ερώτηση 2: Πιστεύετε ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται κάθε 2 χρόνια στις πρώτες βοήθειες; Εξηγείστε την άποψή σας	154
Ερώτηση 3: Ποιά είναι η άποψή σας σχετικά με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους	158
Ερώτηση 4: Ποιοί είναι οι φορείς που κατά τη γνώμη σας εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών	162
Ερώτηση 5: Αν γνωρίζατε ότι θα προγραμματιζόταν ένα σεμινάριο πρώτων βοηθειών, θα θέλατε να πάρετε μέρος; Εξηγείστε την άποψή σας	165
Ερώτηση 6: Ιεραρχήστε και αξιολογήστε τους εμπλεκόμενους φορείς σύμφωνα με την καταλληλότητα εμπλοκής στα πεδία δραστηριότητας των πρώτων βοηθειών. Εξηγείστε τις απόψεις σας για τον κάθε φορέα	169

Ερώτηση 7: Πιστεύετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες, γιατί τα ασθενοφόρα (166), είναι διαθέσιμα όλη την ημέρα και ανταποκρίνονται πολύ γρήγορα; Εξηγήστε την άποψή σας	174
Ερώτηση 8: Πιστεύετε ότι ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη, που χρειάζεται Πρώτες Βοήθειες; Εξηγήστε την άποψή σας	178
Ερώτηση 9: Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητο όχι μόνο ως εκπαιδευτικός, αλλά και ως πολίτης να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες για να προστατέψετε την οικογένειά σας, αλλά και τον εαυτό σας; Εξηγήστε την άποψή σας	182
Ερώτηση 10: Νομίζετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε Πρώτες Βοήθειες, αφού μπορεί να υπάρχει στο σχολείο ένας διδάσκων ή κάποιος από το διοικητικό προσωπικό, που να γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες καλύτερα από εσάς; Εξηγήστε την άποψή σας	186
Ερώτηση 11: Προσθέστε ελεύθερα οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι σχετίζεται με το θέμα των Πρώτων Βοηθειών	190
Αποτελέσματα ποσοτικής προσέγγισης της έρευνας	194
Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	197
Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	200
Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	206
Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	210
Σύγκριση μέσων τιμών της ορθής γνώσης μεταξύ της ομάδας αναφοράς και πειραματικής ομάδας	215
Σύγκριση μέσων τιμών της ορθής γνώσης της ομάδας αναφοράς και της πειραματικής ομάδας πριν και μετά από το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών	215
Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας της ορθής γνώσης των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής της ομάδας παρέμβασης με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία	216
Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων	218
Σύγκριση μέσων τιμών της θεωρητικής γνώσης μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς	219
Σύγκριση μέσων τιμών της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου και πειραματικής ομάδας πριν και μετά από το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών	220
Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας θεωρητικής γνώσης των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία	221
Σύγκριση μέσων τιμών της ακρίβειας της γνώσης μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς	224
Σύγκριση μέσων τιμών της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς πριν από το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών	225

Σύγκριση μέσων τιμών της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς πριν και μετά το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών	225
Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας ακρίβειας της γνώσης των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία	227
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	
Γενική συζήτηση	230
Διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών της παρούσας μελέτης	232
Συζήτηση αποτελεσμάτων ποιοτικής έρευνας	234
Συζήτηση αποτελεσμάτων ποσοτικής έρευνας	244
Συγκρίσεις – Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδας στη συνολική κλίμακα των πρώτων βοηθειών	244
Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδας στη μέση τιμή της ορθής γνώσης	249
Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδας στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης	252
Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδας στην ακρίβεια της γνώσης	254
Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία	256
Αδυναμίες της παρούσας διατριβής	259
Συμπεράσματα - Ποιοτική έρευνα	262
Συμπεράσματα - Ποσοτική έρευνα	263
Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	265
Βιβλιογραφία	266
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b>	
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.</b> Συνοδευτική επιστολή ερωτηματολογίου	281
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄.</b> Επιστολή υπενθύμισης	283
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5.</b> Το ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου	284
<b>Ερωτήσεις που προστέθηκαν στο ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου</b>	286
<b>Ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν μετά τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση</b>	288
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ</b>	289
<b>ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ</b>	293
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ. ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ</b>	295
Βιβλιογραφία Σημειώσεων	303
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ.</b> Ενδεικτικές Προκηρύξεις σεμιναρίων	304



### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

		Σελ.
Πίνακας 1	Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση	75
Πίνακας 2	Εκτίμηση της εγκυρότητας, αξιοπιστίας και αντικειμενικότητας μιας δοκιμασίας με βάση το συντελεστή συσχέτισης (Li, Pitts and Quarteman, 2008)	119
Πίνακας 3	Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αξιοπιστία μίας δοκιμασίας(Berg, & Latin, 2003)	121
Πίνακας 4	Ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου	124
Πίνακας 5	Ερωτήσεις που προστέθηκαν στο ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου	129
Πίνακας 6	Οι δοκιμασίες Kaiser-Meyer-Olkin (K.M.O.) και Bartlett's	132
Πίνακας 7	Ιδιοτιμές του πίνακα συσχέτισης των δεδομένων και ποσοστά διασποράς τους	135
Πίνακας 8	Ιδιοτιμές του πίνακα συσχέτισης των δεδομένων και ποσοστά διασποράς των ιδιοτιμών πριν και μετά την περιστροφή	135
Πίνακας 9	Οι εταιρικότητες των μεταβλητών για το παραγοντικό μοντέλο της μελέτης	135
Πίνακας 10	Οι φορτίσεις των παραγόντων με την περιστροφή varimax	136
Πίνακας 11	Οι ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν μετά την διερευνητική παραγοντική ανάλυση από την κλίμακα των 49 ερωτήσεων	141
Πίνακας 12	Η τελική κλίμακα γνώσεων πρώτων βοηθειών της παρούσας μελέτης	142
Πίνακας 13	Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εάν παραληφθεί η ερώτηση	144
Πίνακας 14	Χαρακτηριστικά του δείγματος	196
Πίνακας 15	Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	197
Πίνακας 16	Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	203
Πίνακας 17	Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	207
Πίνακας 18	Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	212

Πίνακας 19	Μεταβολές στη βαθμολογία της ορθής γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία	217
Πίνακας 20	Συσχέτιση Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων	218
Πίνακας 21	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση	219
Πίνακας 22	Μεταβολές στη βαθμολογία της θεωρητικής γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία	221
Πίνακας 23	Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας των γνώσεων με την ηλικία, των ετών της προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων	223
Πίνακας 24	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση	224
Πίνακας 25	Μεταβολές στη βαθμολογία της ακρίβειας της γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία	226
Πίνακας 26	Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής βαθμολογίας της ακρίβειας της γνώσης με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων	228
Πίνακας 27	Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση	229

### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

		Σελ.
Γράφημα 1	Βήματα της ποιοτικής προσέγγισης	94
Γράφημα 2	Μέσες βαθμολογίες της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου και πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	215
Γράφημα 3	Μεταβολή στη βαθμολογία της ορθής γνώσης των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης, ανάλογα με το αν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες ή όχι	218
Γράφημα 4	Μέσες βαθμολογίες της ορθής γνώσης της ομάδας παρέμβασης και πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	220
Γράφημα 5	Μεταβολή στη βαθμολογία της ορθής γνώσης των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα, ανάλογα με το αν είχαν πιστοποιηθεί στις πρώτες βοήθειες ή όχι	223
Γράφημα 6	Μέσες βαθμολογίες της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας παρέμβασης και πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών	226
Γράφημα 7	Μεταβολή στη βαθμολογία της ορθής γνώσης των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης, ανάλογα με το αν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες ή όχι	228

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

- A.E.A: Αυτόματος Εξωτερικός Απινιδωτής
- A.E.D: Automated External Defibrillator
- A.B.C: airway Breathing Circulation
- A.M.A: handbook of first aid and medical care
- A.ME.A: Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
- B.L.S.D: Basic Life Support and Defibrillation
- CP.R: Cardiopulmonary resuscitation
- EHS: exertional heat stroke
- E.K.A.B: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
- E.O.Δ: Ελληνική Ομάδα Διάσωσης
- E.F.R.P.C: Emergency First Response Primary Care
- I.L.C.R: International Liaison Committee on Resuscitation
- IN.S.A.R.A.G: International Search and Rescue Advisory Group
- ΚΑΡΠ.Α: Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ: Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων
- L.S.T: Life Skills Training
- S.A.A.P: School asthma action program
- S.H.S.E.S: School health service evaluation scale
- Σ.Μ.Ε.Α: Σχολικέ Μονάδες Ειδικής Αγωγής
- T.A.K: Τμήμα Αντιμετώπισης Καταστροφών
- W.E.P: Written Emergency Plan
- Υ.ΠΑΙ.Π.Θ: Υπουργείο Παιδείας Πολιτισμού & Θρησκευμάτων
- F.A.B: First Aid Boxes

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν να διερευνηθεί αν η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών, μπορεί να βελτιώσει τις γνώσεις των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης και κατ' επέκταση την αποτελεσματικότητά τους, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και τους άλλους χώρους δραστηριοποίησής τους.

### *Θεωρητικό υπόβαθρο*

Σήμερα, σε μία εποχή ταχείας τεχνολογικής ανάπτυξης, αλλά και ραγδαίας ανάπτυξης των ρυθμών της καθημερινότητας, η αναγκαιότητα γνώσεων παροχής Πρώτων Βοηθειών καθίσταται επιτακτική. Ο συνεχώς αυξανόμενος μέσος όρος ζωής και η όλο πιο διαδεδομένη χρήση πολύπλοκων τεχνολογικών μέσων σε χώρους όπως η κατοικία, η εργασία αλλά και το σχολείο είναι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν διάφορους κινδύνους πρόκλησης τραυματισμών αλλά και ατυχημάτων (Τσούσκας, 2000).

Η αλήθεια είναι ότι η παροχή Πρώτων Βοηθειών ειδικά στο χώρο του σχολείου πολλές φορές μπορεί να προκαλέσει αγχωτική κατάσταση για αρκετούς εκπαιδευτικούς. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι εκπαιδευτικοί αδυνατούν να προσφέρουν Πρώτες Βοήθειες μιας και οι γνώσεις που διαθέτουν καθόλου δεν καλύπτουν την κατάσταση. Το Υπουργείο Παιδείας δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (2010), εξάλλου απαλλάσσει από την ευθύνη τους εκπαιδευτικούς περιορίζοντας τους στην παροχή βασικών Πρώτων Βοηθειών.

Η ιδιαιτερότητα των Πρώτων Βοηθειών είναι ότι τις περισσότερες φορές, οι γνώσεις τείνουν να μείνουν αχρησιμοποίητες με σοβαρό κίνδυνο να ξεχαστούν

(Γερμενής, 1994). Ο Bruce (1990), αναφέρει ότι ακόμα και αν κάποιος έχει παρακολουθήσει μαθήματα Πρώτων Βοηθειών δεν είναι βέβαιο ότι θα έχει τις απαραίτητες γνώσεις να ανταποκριθεί σε ένα σοβαρό περιστατικό, πόσο μάλλον αν ο χρόνος της εκπαίδευσης του έχει παρέλθει προ πολλού.

Σημαντικό στην επιμόρφωση των Πρώτων Βοηθειών είναι η γνώση που έχει αποκτηθεί να διατηρηθεί. Σε περιπτώσεις που αφορούν παραδείγματος χάριν, την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση, όπου απαιτείται συγκεκριμένη γνώση, η εκπαίδευση και οι δεξιότητες που παρέχονται δεν επαναλαμβάνονται συχνά, υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο να ξεχαστούν πλήρως με αποτέλεσμα να επιβάλλεται η επανάληψη της όλης εκπαίδευσης (Baser et al., 2007; Βεσκούκη 1999; Campell et al., 2001; Eisenburger & Safar, 1999; Ζαχαρόπουλος, 2007; Τριφόνι, 2005; Χατζάκης, 2004).

Η πολύ κακή διαμόρφωση των σχολικών προαυλίων και αλλά και των εσωτερικών χώρων δημιουργούν μεγάλη ανασφάλεια στους μαθητές αλλά και στους εργαζόμενους εκπαιδευτικούς. Οι Stergioulas και Mandilas (2003), διακρίνουν τους τραυματισμούς σε α) αυτούς που δεν απειλείται άμεσα η ζωή των μαθητών (θλάσεις, αιματώματα, κράμπες, καθυστερημένος μυϊκός πόνος, διαστρέμματα, υπεξαρθρήματα – εξαρθρήματα, διάφορες εκδορές όπως μωλωπισμοί, κοψίματα, τρυπήματα) μικρο-αιμορραγίες (από μύτη, στόμα, αυτιά κλπ.) λιποθυμικές καταστάσεις και κατάγματα και β) από αυτούς που απειλείται άμεσα η ζωή των μαθητών όπως είναι: το γύρισμα της γλώσσας, καρδιακά ανακοπή, επιληπτική κρίση, πνιγμός (από φρούτο, ψωμί, τοςτ κλπ.).

### *Εννοιολογική προσέγγιση*

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι ο ορισμός των Πρώτων Βοηθειών έχει αρκετές αναφορές και προσεγγίσεις καθώς και έχει αποδοθεί με αρκετούς ορισμούς στο πέρασμα των ετών. Οι ιστορικές αναφορές έχουν καταγράψει αυτό που τώρα είναι γνωστό ως πρώτες βοήθειες ειδικά σε σχέση με τον πόλεμο, εκεί όπου η φροντίδα τόσο των τραυματισμών όσων και των ιατρικών περιπτώσεων ήταν σημαντικά αναγκαία. Η επίδεση των τραυμάτων στην μάχη εμφανίζεται αρχικά στην Αρχαία Ελληνική αγγειοπλαστική γύρω στο 500 π.Χ., καθώς και η παραβολή του Καλού Σαμαρείτη συμπεριλαμβάνει αναφορές στην περιποίηση των πληγών. Πολλές αναφορές υπάρχουν για τις πρώτες βοήθειες που εκτελούνταν στον Ρωμαϊκό στρατό, με ένα σύστημα πρώτων βοηθειών, υποστηριζόμενο από χειρουργούς ιατρούς, ασθενοφόρα στα πεδία μαχών και νοσοκομεία. Οι λεγεώνες των Ρωμαίων αναλάμβαναν το ρόλο του "capsarii", οποίοι έχοντας την ευθύνη για τις πρώτες βοήθειες όπως την περίδεση των τραυμάτων, αφού ήταν οι πρόδρομοι των ιατρών στη μάχη<sup>1</sup>.

Πολλαπλά περιστατικά σημειώθηκαν στο πέρασμα της Ιστορίας κυρίως περιστατικά μαχών, με παραδείγματα όπως των Ιπποτών του Αγίου Ιωάννη του 11<sup>ου</sup> αιώνα με την παροχή περίθαλψης σε προσκυνητές και ιππότες στους Αγίους Τόπους. Το 1859, ο Ερρίκος Ντυνάν ήταν παρών στην μάχη του Σολφερίνο και με το έργο του οδήγησε στο σχηματισμό του Ερυθρού Σταυρού, με στόχο την "βοήθεια των αρρώστων και τραυματισμένων στρατιωτών στο πεδίο της μάχης". Ο Ερυθρός Σταυρός και ο Ερυθρός Ημισέληνος είναι μέχρι και σήμερα οι μεγαλύτεροι χορηγοί βοήθειας παγκοσμίως. Η πρώτη εκπαίδευση των πρώτων βοηθειών ξεκίνησε

---

<sup>1</sup> Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2017 από [https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες\\_βοήθειες](https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες_βοήθειες)

διαμέσων της Βρετανικής Αυτοκρατορίας μέσω οργανισμών σαν του Αγίου Ιωάννη, αρχίζοντας κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, με δραστηριότητες υψηλής επικινδυνότητας όπως τα λιμάνια και τους σιδηροδρόμους<sup>2</sup>.

Σε σύγχρονο ορισμό, ο Μπαλτόπουλος (2001), αναφέρει σαν Πρώτες Βοήθειες την άμεση φροντίδα που δίνεται σε έναν τραυματία ή σε κάποιον που αρρώστησε ξαφνικά. Οι Πρώτες Βοήθειες δεν υποκαθιστούν την ιατρική αφού αποτελούν παροδική υποστήριξη μέχρι να καταφθάσει η κατάλληλη βοήθεια. Ο νόμος του Καλού Σαμαρείτη, αν και για κάποια επαγγέλματα αποτελούν χρέος, πολλές φορές εκδηλώνονται ως έκφραση αλληλεγγύης στον συνάνθρωπο.

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό «Πρώτες Βοήθειες είναι η άμεση και η προσωρινή φροντίδα που παρέχεται από τον τυχόντα αυτόπτη μάρτυρα στο θύμα του ατυχήματος ή σε κάποιον που αρρώστησε ξαφνικά ή έπαθε αιφνίδιο θάνατο ή ακόμα και από τον παθόντα στον εαυτό του». Κατά συνέπεια οι Πρώτες Βοήθειες δεν μπορούν να είναι άμεση θεραπεία αφού δεν παρέχονται από τον γιατρό και άρα κατά την εφαρμογή τους δεν υπάρχουν τα περιθώρια για χορήγηση φαρμάκων. Επίσης διαφέρουν και από την άμεση νοσηλευτική που αποτελεί μια καθαρά νοσοκομειακή ετοιμότητα (Βεσκούκη, 1999).

Το Διεθνές Επιστημονικό Συμβούλιο των Πρώτων Βοηθειών ορίζει ως Πρώτες Βοήθειες τις αξιολογήσεις και τις παρεμβάσεις που μπορούν να εκτελεστούν από έναν παριστάμενο (ή από το θύμα) με ελάχιστη ή καμία ιατρική γνώση ή ιατρικό εξοπλισμό. Η χορήγηση των Πρώτων Βοηθειών δεν πρέπει να καθυστερήσουν την ενεργοποίηση της ανάγκης συστήματος ιατρικών υπηρεσιών ή άλλης ιατρικής βοήθειας όταν απαιτείται (International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

---

<sup>2</sup> Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2017, από [https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες\\_βοήθειες](https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες_βοήθειες)



Επίσης το Διεθνές Επιστημονικό Συμβούλιο των Πρώτων Βοηθειών πιστεύει ακράδαντα ότι η εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες θα πρέπει να είναι καθολική: ο καθένας μπορεί να μάθει τις Πρώτες Βοήθειες. Αν και η επιδημιολογία της παιδικής ηλικίας σε τραυματισμούς έχει μελετηθεί σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες εξακολουθούν να υπάρχουν μόνο λίγες μελέτες που έγιναν σχετικά με τις γνώσεις και στάσεις των Πρώτων Βοηθειών στο χώρο της Εκπαίδευσης γενικά, σχετικά με τη ζημία την παιδική ηλικία (International Liaison Committee on Resuscitation, 2005).

Οι Thein, Lee και Bun (2005), αναφέρουν ότι οι τραυματισμοί στην παιδική ηλικία είναι η κύρια αιτία του θανάτου για τα παιδιά της προσχολικής και σχολικής ηλικίας παγκοσμίως. Η πρόωπη και κατάλληλη επεξεργασία αυτών των περιστατικών μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας αυτών των περιστατικών (Singer et al., 2005).

Ο Lingard (2002), σημειώνει ότι, η χορηγούμενη δεόντως παροχή Πρώτων Βοηθειών μπορεί να σημαίνει τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου, η ταχεία επέμβαση με παρατεταμένη ανάκαμψη, καθώς και την προσωρινή έναντι μόνιμης αναπηρίας.

#### ***Διατύπωση του προβλήματος***

Οι Εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής είναι παρόντες στις περισσότερες κινητικές δραστηριότητες των μαθητών/τριών και αναπόφευκτα είναι οι πρώτοι που θα αντιμετωπίσουν, τόσο μια κατάσταση επείγουσας ανάγκης στην οποία πιθανόν να απειλείται άμεσα η ζωή ενός μαθητή/τριας. Έτσι, πρέπει να είναι σε θέση να εκτιμήσει την κατάσταση του μαθητή/τριας, να εξασφαλίσει την ασφάλεια της περιοχής, να δώσει σωστά τις πρώτες βοήθειες και να καλέσει βοήθεια σε περίπτωση που δεν παρατηρεί αναπνοή και κυκλοφορία. Ακόμα πρέπει να ελέγξει τα

συναισθήματά του και να δώσει χρόνο στον εαυτό του να σκεφθεί, να μην εκθέσει τον εαυτό του σε κίνδυνο χρησιμοποιώντας την απλή λογική, χωρίς να προσπαθήσει να τα κάνει όλα μόνος του (Emergency First Response, 2010).

Για να είναι όμως οι ενέργειες αυτές επιτυχημένες, οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής πρέπει να είναι πιστοποιημένοι στις πρώτες βοήθειες. Αν δεν είναι, μπορεί να διστάσουν να δώσουν επείγουσα φροντίδα σ' ένα μαθητή/τρια εξ αιτίας ανησυχίας, ενοχής, φόβου ελλιπούς απόδοσης, πιθανότητας επιδείνωσης της κατάστασής του, ευθύνης και φόβου μόλυνσης (Flegel, 1992; First aid for babies and children, 2006; Gray, 1995).

Οι πιστοποιημένοι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής εμπνέουν ασφάλεια και εμπιστοσύνη. Δεν πανικοβάλλονται με το πρόβλημα όπως οι άλλοι εκπαιδευτικοί, ενεργούν με ηρεμία και μιλούν με αποφασιστικότητα και σταθερές κινήσεις. Επίσης, με τις γνώσεις που απέκτησαν μετά από τις εξετάσεις πιστοποίησης, μπορούν να εμπνεύσουν εμπιστοσύνη, γιατί μιλούν συνέχεια στον μαθητή/τρια και κρατάνε το χέρι του, του εξηγούν τι πρέπει να κάνει, απαντούν στις ερωτήσεις που του γίνονται, και τον ενθαρρύνουν συνέχεια (Athletic training and Sport Medicine, 1999; Στεργιούλας, 2012).

#### ***Σκοπός της διδακτορικής διατριβής***

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν να διερευνηθεί αν η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στο πλαίσιο εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης, μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των Εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και τους άλλους χώρους δραστηριοποίησής τους. Επί μέρους στόχοι της μελέτης ήταν να γίνει σύγκριση των γνώσεων αυτών με επιλεγμένες κατηγορικές μεταβλητές,

όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το τμήμα αποφοίτησης, το επάγγελμα και τα έτη απασχόλησης, η πιστοποίηση ή όχι στις πρώτες βοήθειες και η παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων.

### **Στατιστικές υποθέσεις – Μηδενικές υποθέσεις**

#### **Ποιοτική έρευνα**

##### *H01*

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής δεν θα επισημάνουν την ανάγκη για συνεχή επιμόρφωση στις πρώτες βοήθειες.

##### *H02*

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής δεν θα συμφωνήσουν ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες μόνο αυτοί, αλλά όλοι οι εκπαιδευτικοί.

##### *H03*

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής δεν θα συμφωνήσουν ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες, γιατί σε περίπτωση επείγουσας βοήθειας θα κληθεί το 166.

##### *H04*

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής δεν θα συμφωνήσουν ότι ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη ή στην εκδρομή, που χρειάζεται πρώτες βοήθειες.

##### *H05*

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής δεν πιστεύουν ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα στις πρώτες βοήθειες.

*H06*

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής δεν πιστεύουν ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες, αφού μπορεί να υπάρχει στο σχολείο ένας διδάσκων ή κάποιος από το διοικητικό προσωπικό, που να γνωρίζει πρώτες βοήθειες καλύτερα από τους ίδιους.

### **Ποσοτική έρευνα**

*H01*

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H02*

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H03*

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H04*

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H05*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H06*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H07*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H08*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H09*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

*H010*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

#### *H011*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

#### *H012*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

#### *H013*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

#### *H014*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

#### *H015*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

#### *H016*

Δεν θα παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

#### *H017*

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές της ορθής γνώσης των δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων της πειραματικής ομάδας.

#### *H018*

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές της θεωρητικής γνώσης των δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων της πειραματικής ομάδας.

#### *H019*

Δεν θα παρατηρηθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές της ακρίβειας γνώσης των δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων της πειραματικής ομάδας.

#### ***Ανάγκη διεξαγωγή της έρευνας***

Οι στόχοι των Πρώτων Βοηθειών είναι : α) Να διατηρήσουν το πάσχον άτομο στη ζωή. β) Να βοηθήσουν στην ανάνηψη του και γ) Να περιορίσουν τις συνέπειες του τραυματισμού ή της πάθησης (AMA handbook of first aid and medical care, 2009; Emergency first response, 2010; Στεργιούλας, 2005) .

Σύμφωνα με τις οδηγίες της First Emergency Response (2017), μέλος της International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) , οι γνώσεις στις Πρώτες Βοήθειες μπορούν να καθιστούν αναγκαίες :

1) Είναι κάτι περισσότερο από ό, τι να σωθούν ζωές. Είναι αλήθεια ότι όσοι έχουν εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες αναμφίβολα βοηθούν στο να σωθούν ζωές. Αυτό δεν είναι όλα όμως. Δίνοντας κατάλληλες πρώτες βοήθειες αμέσως μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του χρόνου αποκατάστασης ενός ατόμου και να κάνει τη διαφορά μεταξύ του ασθενούς με μια προσωρινή ή μακροχρόνια αναπηρία. Θα μάθουν πώς να παραμείνουν ήρεμοι σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και θα μάθουν απλά ακρωνύμια για να θυμηθούν τα βήματα που πρέπει να ληφθούν. Η εκπαίδευση πρώτων βοηθειών θα τονώσει την αυτοπεποίθηση την αποτελεσματικότητα και τον έλεγχο, όταν θα χρειαστεί.

2) Ένα παιδί κλαίει γιατί έχει μελανιασμένο αγκώνα, πονά και είναι ταλαιπωρημένο. Με τη γνώση πώς να ενεργούν - ακόμη και μόνο με τη χρήση απλών τεχνικών, όπως η εφαρμογή πάγου σωστά, ή χρησιμοποιώντας τα κατάλληλη επίδεση, θα βοηθήσουν να ανακουφίσουν τον πόνο τους. Θα πρέπει επίσης να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη να είναι ήρεμοι και συγκεντρωμένοι, που θα τους κάνει να αισθάνονται πιο ασφαλείς και να μειώσουν τα επίπεδα του άγχους τους.

3) Δίνει τα εργαλεία για να αποτρέψει την κατάσταση από το να γίνει χειρότερη. Σε ορισμένες περιπτώσεις, εάν ένας ασθενής δεν λαμβάνει βασική φροντίδα με πρώτες βοήθειες αμέσως η κατάστασή του θα επιδεινωθεί - συχνά γρήγορα. Παρέχοντας βασική φροντίδα μπορεί να σταθεροποιήσει έναν ασθενή μέχρι να φτάσουν οι ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Θα μάθουν πώς να χρησιμοποιούν βασικά είδη οικιακής χρήσης και εργαλεία όπως ένα κουτί πρώτων βοηθειών. Θα πρέπει επίσης να εκπαιδευτούν στο πώς να συλλέγουν πληροφορίες και στοιχεία για το τι συνέβη και την κατάσταση των ασθενών. Αυτές οι πληροφορίες



θα διαβιβαστούν στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, που τους εξοικονομεί χρόνο – καθιστώντας ένα πολύτιμο κρίκο στην αλυσίδα της επιβίωσης.

4) Έχοντας μια βασική γνώση πρώτων βοηθειών σημαίνει ότι θα είναι σίγουροι για τις δεξιότητες και τις ικανότητές τους σε σχέση με τη χορήγηση πρώτων βοηθειών. Με τη λήψη εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών, αρκεί για να προβληματιστούν σχετικά με τον εαυτό τους και πώς και άλλοι αντιδρούν σε ορισμένες περιπτώσεις. Έχοντας αυτή την κατανόηση, θα ενισχύσει την εμπιστοσύνη σε ένα ευρύ φάσμα των μη ιατρικών καθημερινών καταστάσεων.

5) Ενθαρρύνει την υγιή και ασφαλή διαβίωση. Ένα από τα πρώτα πράγματα που θα μάθουν κατά την πρώτη εκπαίδευση σας είναι ότι θα πρέπει να φροντίζουν τον εαυτό τους και να εξασφαλίσουν τη ασφάλεια ως προτεραιότητα. Δεν είναι ότι είναι εγωιστικό, είναι και πρακτικό. Κρατώντας τον εαυτό τους ασφαλή σημαίνει ότι θα είναι σε θέση να βοηθήσουν τους άλλους και όχι να χρειάζεται να βοηθήσουν πρώτα τον εαυτό τους. Θα μάθουν επίσης τη σημασία της υγιεινής διαβίωσης και πώς οι συνήθειες του τρόπου ζωής και οι επιλογές μπορεί να αυξήσουν ή να μειώσουν τη πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων, όπως η στεφανιαία νόσος. Έχοντας αυτή τη γνώση θα δημιουργήσει πιο επίγνωση της δικής τους υγείας και να είναι σε επιφυλακή για τους πιθανούς κινδύνους που τίθενται από το περιβάλλον.

### ***Πρώτες βοήθειες και εκπαίδευση***

Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες της First Emergency Response (2011), μέλος της International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), περιλαμβάνουν μαθήματα τόσο την πρωτοβάθμια φροντίδα (CPR) όσο και στην δευτεροβάθμια περίθαλψη (πρώτες βοήθειες) δεξιότητες. Το τμήμα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του

μαθήματος προετοιμάζει το διασώστη να βοηθήσει ένα βρέφος ή παιδί ή ενήλικα με μια απειλητική για τη ζωή έκτακτης ανάγκης, όπως πνιγμό ή καρδιακή ανακοπή.

Η Δευτεροβάθμια φροντίδα επικεντρώνεται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων πρώτων βοηθειών και την οικοδόμηση της εμπιστοσύνης του διασώστη να βοηθήσει ένα βρέφος ή παιδί ή σε έκτακτη ανάγκη, όταν οι ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, είτε καθυστερούν ή δεν είναι διαθέσιμες. Η φροντίδα για το περιεχόμενο των μαθημάτων τα παιδιά βασίζεται στις κατευθυντήριες γραμμές της Ομάδας Εργασίας Παιδιατρικής του International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).

Η Emergency First Response Primary Care (CPR – Πρωτοβάθμιας Φροντίδας), διδάσκει τους εκπαιδευόμενους πώς να ανταποκριθούν σε επείγουσες καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή. Το μάθημα εστιάζει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω ενός συνδυασμού ανάπτυξης γνώσεων, ανάπτυξη δεξιοτήτων και ρεαλιστική πρακτική σεναρίου για να βεβαιωθούν ότι οι συμμετέχοντες έχουν την εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να παρέχουν φροντίδα όταν προκύπτουν έκτακτες καταστάσεις.

Η κατάλληλη σειρά της επείγουσας πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτυπώνεται ως εξής:

A= Airway open (Άνοιγμα αεραγωγού)

B= Breathing check (Έλεγχος αναπνοής)

C= Circulation-Chest Compressions (CPR) (Κυκλοφορία – Θωρακικές Συμπιέσεις)  
(ΚΑΡΠΑ)

## Defibrillation (Απινιδισμός)

S= Serious bleeding management; Shock management; Spinal injury management  
(Διαχείριση Σοβαρής Αιμορραγίας, Διαχείριση Σοκ, Διαχείριση Τραυματισμού της Σπονδυλικής Στήλης).

Η Emergency First Response Secondary Care (Δευτεροβάθμιας Φροντίδας), καλύπτει τραυματισμούς ή ασθένειες που δεν είναι άμεσα απειλητική για τη ζωή. Οι εκπαιδευόμενοι εστιάζουν στην δευτεροβάθμια αξιολόγηση και τις πρώτες βοήθειες μέσω της ανάπτυξης της γνώσης, την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την ρεαλιστική πρακτική σεναρίου.

Οι Τέσσερις Δεξιότητες της Emergency First Response Secondary Care είναι:

- 1) Εκτίμηση κινδύνου
- 2) Εκτίμηση Ασθένειας
- 3) Επίδεση
- 4) Τοποθέτηση νάρθηκα για εξαρθρώσεις και κατάγματα.

Το κύριο χαρακτηριστικό στην εκπαίδευση των Πρώτων Βοηθειών είναι η διατήρηση της γνώσης σε μακρό διάστημα. Σε μερικές περιπτώσεις όπως στην εφαρμογή της Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης, οι πληροφορίες αλλά και η εκπαίδευση που δίνονται αφορούν συγκεκριμένη γνώση και επειδή δεν επαναλαμβάνονται συχνά είναι πολύ πιθανό αυτές οι πληροφορίες να ξεχαστούν κρίνεται αναγκαίο να επαναλαμβάνεται η όλη διαδικασία της εκπαίδευσης (Baser et al., 2007; Βεσκούκη, 1999; Campell et al., 2001; Eisenburger & Safar, 1999; Ζαχαρόπουλος, 2007; Τριφόνι, 2005; Χατζάκης, 2004).

Όποια και αν είναι η αιτία των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης στα σχολεία, πρέπει να θεσπιστεί ένα κατάλληλο σχέδιο για τυχόν ιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που μπορεί να προκύψουν. Η ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης προϋποθέτει την εκπόνηση σχεδίου, τέτοιου ώστε το προσωπικό του σχολείου και οι μαθητές θα μπορούν ανταποκριθούν άμεσα όταν συμβαίνει έκτακτη ανάγκη (Carmeli et al., 2003).

Αξίζει να τονιστεί ότι στους κανονισμούς για την Υγεία και την Ασφάλεια (πρώτες βοήθειες) για τα σχολεία από το 1981 προκύπτει ότι τα σχολεία πρέπει να παρέχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό, εγκαταστάσεις και εξειδικευμένο προσωπικό πρώτων βοηθειών (Robinson, 2015).

Αναγνωρίζοντας την σημασία της υγείας και της ασφάλειας, και ιδίως της σημασίας της γνώσης των πρώτων βοηθειών, μπορεί να κάνει σημαντική την διαφορά στην ασφάλεια του προσωπικού σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Orton et al., 2012).

Είναι σημαντικό ότι το σχολείο δεν θα πρέπει να ενδιαφέρονται μόνο να επηρεάσουν τη γνώση των μαθητών, αλλά και στο να προετοιμάσουν ένα περιβάλλον όπου ακόμη και όταν η βλάβη δεν μπορεί να υπολογιστεί, θα πρέπει να μετριάζεται και να προετοιμάζεται περιλαμβάνοντας βελτιώσεις στις βασικές προφυλάξεις ασφαλείας καθώς και τη διαμόρφωση βελτιωμένων προληπτικών μέτρων για τη μείωση νέων ή επαναλαμβανόμενων τραυματισμών<sup>3</sup>. Ο χρόνος μεταξύ οποιουδήποτε τραυματισμού και παροχής πρώτων βοηθειών είναι ο χρόνος "Χρυσό παράθυρο", έτσι

---

<sup>3</sup> Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2017, από <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment>

ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο όφελος της πρώτης και άμεσης βοήθειας (Warutere et al., 2015).

Συγκεκριμένα ο Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής είναι ο εκπαιδευτικός εκείνος ο οποίος καλείται σε καθημερινή βάση, λόγω της φύσης της ειδικότητας, να δώσει πρώτες βοήθειες σε μια ποικιλία καταστάσεων επείγουσας και μη ανάγκης κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους από τον Σεπτέμβριο μέχρι τον Ιούνιο (Stergioulas & Mandilas, 2003; Στεργιούλας, Αυγερινού και Σγάρας, 2003). Πρέπει λοιπόν να εκτιμήσει την κατάσταση του μαθητή και αν είναι σοβαρή να καλέσει ιατρική βοήθεια, να αναγνωρίσει με ακρίβεια το πρόβλημα του, να δώσει σωστή άμεση βοήθεια, να φροντίσει τη μεταφορά του μαθητή στο σπίτι του, σε γιατρό ή σε Νοσοκομείο, να παραμείνει με τον μαθητή μέχρι να έρθει βοήθεια από ασθενοφόρο ή ειδικό και τέλος να δώσει βοήθεια παρά πέρα αν χρειαστεί. (Gray, 1995; Thygeron & Thygeron, 2011).

### *Λειτουργικοί ορισμοί*

Η βασική ορολογία που θα χρησιμοποιηθεί στην διατριβή θα είναι:

Αλυσίδα Επιβίωσης: Έγκαιρη αναγνώριση και έκκληση για βοήθεια, έγκαιρη ΚΑΡΠΑ, έγκαιρος απινιδισμός, έγκαιρη επαγγελματική φροντίδα και παρακολούθηση.

ΚΑΡΠΑ: Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.

Πρώτες βοήθειες: Είναι οι άμεσες ενέργειες σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης με στόχο να βοηθήσουν το πάσχον άτομο.

Διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών: Η διδασκαλία με στόχο την θετικότερη εμπέδωση των τεχνικών.

Πιστοποίηση: Η εγγύηση της παρεχόμενης γνώσης μετά την εκπαίδευση και την επιτυχή εξέταση εξειδικευμένων προγραμμάτων-σεμιναρίων πρώτων βοηθειών από συγκεκριμένο πάροχο.

Εκπαιδευτικός φυσικής αγωγής: Ειδικότητα που διδάσκει φυσική αγωγή και αθλητισμό.

Αιμάτωμα: Συγκέντρωση αίματος μέσα στους ιστούς που πήζει συνθέτοντας μια συμπαγή μάζα.

Αίμαθρο: Η αιμορραγία σε μια άρθρωση μετά από τραυματισμό.

Αιμορραγία: Η έξοδος αίματος από ένα αγγείο που έχει σπάσει, είτε εσωτερικά, είτε εξωτερικά.

Κάταγμα: Η λύση της συνέχειας ενός οστού.

Μυϊκή θλάση: Αποκόλληση ενός αριθμού μυϊκών ινών κυρίως από την περιοχή τη μυοτενοντώδους σύναψης (από 5% μέχρι πλήρη αποκόλληση).

Εξάρθρωμα: Παρεκτόπιση των αρθρικών επιφανειών σε μια άρθρωση.

Διάστρεμμα: Τραυματισμός σε μια άρθρωση κατά τον οποίο οι ίνες από ένα σύνδεσμο ρήγνυνται, αλλά ο σύνδεσμος παραμένει άθικτος.

Δευτεροβάθμια φροντίδα: Η παροχή πρώτων βοηθειών στον μαθητ/τρια μετά τον έλεγχο της αναπνοής και κυκλοφορίας.

Επείγουσα φροντίδα: Η παροχή πρώτων βοηθειών στον μαθητ/τρια με στόχο τον έλεγχο της αναπνοής και κυκλοφορίας.

### ***Προϋποθέσεις και περιορισμοί***

Η παρούσα διατριβή διερεύνησε αν η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στο πλαίσιο εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης, μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας

ανάγκης, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και τους άλλους χώρους δραστηριοποίησής τους.

Η διατριβή περιορίστηκε από τους παρακάτω παράγοντες:

Από την δυνατότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής να κατανοήσουν τα σεμινάρια των πρώτων βοηθειών και να βαθμολογήσουν ανάλογα τις ερωτήσεις της κλίμακας.

Από το αν οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που θα επιλεγούν και θα συμπληρώσουν την κλίμακα, απαντήσουν με ακρίβεια και την επιστρέψουν μέσα σε χρονικό πλαίσιο, που θα υποδειχτεί για τη μελέτη.

Από την ειλικρίνεια και ακρίβεια των επιλεγμένων απαντήσεων των ερωτώμενων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, που θα περιλαμβάνει τον βαθμό που επηρεάζει τους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής, που θα σημειώνουν την απάντησής τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

### ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

#### *Εισαγωγή*

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν να διερευνηθεί αν η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στο πλαίσιο εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης, μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των Εκπαιδευτικών Φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και τους άλλους χώρους δραστηριοποίησής τους. Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται οι δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν τις πρώτες βοήθειες.

#### ***Ιστορική ανασκόπηση του όρου πρώτες βοήθειες***

Οι δεξιότητες σε αυτό που τώρα είναι γνωστό ως πρώτες βοήθειες έχουν καταγραφεί σε όλη την ιστορία, ειδικά σε σχέση με τον πόλεμο, όπου η φροντίδα τόσο των τραυματισμών όσο και των ιατρικών περιπτώσεων ήταν ιδιαίτερα σημαντικές. Η περίδεση των τραυμάτων στην μάχη εμφανίζεται στη Αρχαία Ελληνική αγγειοπλαστική γύρω στο 500 π.Χ., ενώ η παραβολή του καλού Σαμαρείτη περιλαμβάνει αναφορές στην περιποίηση πληγών. Στα Ομηρικά έπη αλλά και από άλλες ιστορικές πηγές έχουμε πληροφορηθεί ότι υπήρχαν πολλοί ιατροί που διακρίθηκαν για τις ικανότητες τους όπως ο Μαχαών στη χειρουργική, ο Ποδαλείριος στη παθολογία, ο Μέλαμπους στη ψυχιατρική, ο Αχιλλέας στις πρώτες βοήθειες, ο Σθέναλος στην ορθοπεδική, ο Δηκομήδης στη παθολογία, ο Αρισταίος στη δερματολογία, ο Αμφιάραος στην ιατροθεραπευτική. Η τραυματολογία και η ορθοπεδική αναφέρονται συχνά από τον Όμηρο. Για την περιποίηση των τραυμάτων χρησιμοποιούσαν φύλλα δένδρων και σκόνες με στυπτικές ιδιότητες. Σαν



αναισθητικά χρησιμοποιούσαν όπιο, μανδραγόρα (είδος φυτού με λευκά άνθη). Επίσης χρησιμοποιούσαν απολυμαντικά όπως κρασί, ξύδι, θερμό λάδι, θαλασσίνο νερό, θειάφι και άλλα (Ντόλατζας, 1999). Στην Ιλιάδα, ο Όμηρος περιγράφει παθήσεις που απαιτούν ανθρώπινη επέμβαση και φροντίδα και αφορούν αποκλειστικά τραυματισμούς στο πεδίο της μάχης αλλά και στο κυνήγι, λέει ο κ. Σταμπολίδης (καθηγητής Αρχαιολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης και διευθυντής του Μουσείου Κυκλαδικής Τέχνης) *«Αναφέρονται περίπου 150 είδη τραυματισμών και καταγμάτων από ακόντια, σπαθιά, βέλη, σφενδόνες και περιγράφονται με εκπληκτική ανατομική ακρίβεια»*<sup>4</sup>. Επίσης σε ένα ασημένιο κύπελλο του 1ου αι. μ.Χ. κατά την διάρκεια του Τρωικού πολέμου, απεικονίζεται ο Οδυσσέας να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες στον Φιλοκτήτη, που τον είχε δαγκώσει ένα φίδι.

Όπως αναφέρεται από τον Smith (1890), και παρατίθεται μέσα σε νεότερο σύγγραμμα των Γκουγκούλη, Σένκα και Ζαλούμη (2011), η χρήση των τραυματιών από τα πεδία των μαχών γίνονταν με φορεία μάλιστα γίνεται αναφορά με τη λέξη «φοράδα».

Επίσης η Κούζη (1929), αναφέρει, όπως παρατίθεται στους Γκουγκούλη και συν. (2011), και άλλους τρόπους μεταφοράς τραυματιών, όπως τη μεταφορά από ειδικό τραυματιοφορέα ή από κάποιο άλλο συμπολεμιστή, με το άρμα του ίδιου του τραυματισμένου ή με το άρμα κάποιου άλλου.

Η Πουρναροπούλου (1952), αναφέρει, όπως παρατίθεται στους Γκουγκούλη, και συν. (2011), και καταγράφει άλλου είδους μεταφορά τραυματία με τη χρήση δύο ή τριών ασπίδων, οι οποίες έχοντας ταιριάζει κατάλληλα, σχημάτιζαν ένα είδος φορείου. Ο Πανταζίδης (1900) αναφέρει, όπως παρατίθεται στους Γκουγκούλη και

---

<sup>4</sup> Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2017, από <http://www.logiosermis.net/>

συν. (2011), για πρώτη φορά στην ιστορία της θεραπευτικής, πως ο τραυματίας μεταφερόταν από το πεδίο της μάχης σε σκηνές ή ξύλινα παραπήγματα όπου λέγονταν και «κλισίες». Ο όρος «κλισίη» προέρχεται από την λέξη κλίνη, που σημαίνει σκηνή ή καλύβι από ξύλινους πασσάλους, περίπου σαν ένα υποτυπώδες σπίτι.

Δηλαδή, όπως συμπληρωματικά αναφέρουν οι Κουρκούτα & Λανάρα (1994), όπως παρατίθεται στους Γκουγκούλη και συν. (2011), από την συνολική περιγραφή συμπεραίνεται πως πρόκειται για ένα είδος σταθμού πρώτων βοηθειών.

Πολλές αναφορές υπάρχουν και για τις πρώτες βοήθειες που εκτελούνταν στον Ρωμαϊκό στρατό, με ένα σύστημα πρώτων βοηθειών, υποστηριζόμενο από χειρουργούς ιατρούς, ασθενοφόρα στα πεδία μαχών και νοσοκομεία. Οι λεγεώνες των Ρωμαίων αναλάμβαναν το ρόλο του "capsarii", οποίοι έχοντας την ευθύνη για τις πρώτες βοήθειες όπως την περίδεση των τραυμάτων, αφού ήταν οι πρόδρομοι των ιατρών στη μάχη<sup>5</sup>.

Πολλαπλά περιστατικά σημειώθηκαν στο πέρασμα της Ιστορίας κυρίως περιστατικά μαχών, με παραδείγματα όπως των Ιπποτών του Αγίου Ιωάννη του 11<sup>ου</sup> αιώνα με την παροχή περίθαλψης σε προσκυνητές και ιππότες στους Αγίους Τόπους.

Το 1859, ο Ερρίκος Ντυνάν ήταν παρών στην μάχη του Σολφερίνο και με το έργο του οδήγησε στο σχηματισμό του Ερυθρού Σταυρού, με στόχο την «βοήθεια των αρρώστων και τραυματισμένων στρατιωτών στο πεδίο της μάχης». Ο Ερυθρός Σταυρός και ο Ερυθρός Ημισέληνος είναι μέχρι και σήμερα οι μεγαλύτεροι χορηγοί βοήθειας παγκοσμίως. Η πρώτη εκπαίδευση των πρώτων βοηθειών ξεκίνησε

---

<sup>5</sup> Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2017, από [https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες\\_βοήθειες](https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες_βοήθειες)

διαμέσων της Βρετανικής Αυτοκρατορίας μέσω οργανισμών σαν του Αγίου Ιωάννη, αρχίζοντας κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, με δραστηριότητες υψηλής επικινδυνότητας όπως τα λιμάνια και τους σιδηροδρόμους<sup>6</sup>.

Στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα, αναφέρεται, ότι ο πνιγμός ως αιτία θανάτου, ήταν μια σημαντική ανησυχία για τον πληθυσμό. Το 1773,στη πόλη του Άμστερνταμ όπου τα ατυχήματα με πνιγμό ήταν πολλά έδωσαν την ευκαιρία στο γιατρό William Hawes να δημοσιοποιήσει την δύναμη της τεχνητής αναπνοής ως μέσο για την αναζωογόνηση των ατόμων που είχαν πεθάνει από τον πνιγμό. Αυτό οδήγησε, το 1774, στον σχηματισμό της Εταιρίας, «Royal Humane Society», προωθώντας την διαδικασία της ανάνηψης ως μέσο επαναφοράς στη ζωή.

Ο χειρουργός του Ναπολέοντα, βαρόνος Ντομινίκ Ζαν Λαρέ πιστώνεται με τη δημιουργία μιας ομάδας, ασθενοφόρου πτωμάτων (το ιπτάμενο ασθενοφόρο), η οποία είχε αναλάβει να παρέχει τις πρώτες βοήθειες στο πεδίο της μάχης.

Το 1870, ο χειρουργός του πρωσικού στρατού Φρίντιρχ φον Έσμαρχ εισήγαγε τις πρώτες βοήθειες στον στρατό και πρώτος επινόησε τον όρο "erste hilfe" (δηλαδή πρώτες βοήθειες), συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης για τους στρατιώτες του γαλλικού-πρωσικού πολέμου για την φροντίδα των τραυματιών με την χρήση προηγούμενων γνώσεων για την επίδεση των τραυμάτων και την τοποθέτηση νάρθηκα κάνοντας χρήση του επιδέσμου Esmarch οπου σχεδίασε. Ο επίδεσμος ήταν απαραίτητος για τους Πρωσικούς στρατιώτες και περιλάμβανε επίσης και υπόμνημα με εικόνες που έδειχναν τις συνηθισμένες του χρήσεις.

---

<sup>6</sup> Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2017, από [https://el.wikipedia.org/wiki/Ερρίκος\\_Ντυνάβ](https://el.wikipedia.org/wiki/Ερρίκος_Ντυνάβ)

Το 1872, το Τάγμα του Αγίου Ιωάννη της Ιερουσαλήμ στην Αγγλία άλλαξε το επίκεντρό του από την φροντίδα νοσηλείας, και έθεσε ως στόχο να ξεκινήσει ένα σύστημα πρακτικής ιατρικής βοήθειας, ξεκινώντας με την χορήγηση επιδοτήσεως για τη δημιουργία της πρώτης υπηρεσίας ασθενοφόρων της Βρετανίας. Αυτό ακολουθήθηκε από τη δημιουργία δικού του τροχοφόρου φορείου μεταφορών το 1875 το (το ασθενοφόρο του Αγίου Ιωάννη), και το 1977 ίδρυσε τον Σύλλογο τροχοφόρων φορειών του Αγίου Ιωάννη «για να εκπαιδεύσει τους άνδρες και τις γυναίκες, προς όφελος των ασθενών και των τραυματιών».

Επίσης στην Βρετανία, ο αρχιχειρουργός Πίτερ Σέπερντ (Peter Shepherd) είχε δει τα πλεονεκτήματα των νέων διδακτικών του Φρίντιρχ φον Έσμαρχ για τις πρώτες βοήθειες και εισήγαγε ένα αντίστοιχο νέο πρόγραμμα για το βρετανικό στρατό με αποτέλεσμα να είναι ο πρώτος χρήστης των «πρώτων βοηθειών σε τραυματίες» διαδίδοντας αυτές τις πληροφορίες στα αγγλικά μέσα ενημέρωσης από μια σειρά διαλέξεων. Μετά από αυτό, το 1878, ο Shepherd και ο Francis Duncan εκμεταλλεύτηκαν της νέας φιλανθρωπίας με επίκεντρο τον Άγιο Ιωάννη και καθιέρωσαν την έννοια της διδασκαλίας των δεξιοτήτων των πρώτων βοηθειών για τους άμαχους. Τα πρώτα μαθήματα διεξήχθησαν στην αίθουσα του Πρεσβυτεριανού σχολείου στο Woolwich (κοντά στο στρατόνα του Woolwich όπου βασίστηκε ο Shepherd) χρησιμοποιώντας ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα σπουδών των πρώτων βοηθειών<sup>7</sup>.

### ***Ιστορική αναδρομή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης***

Οι πρώτες ιστορικές αναφορές στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση χρονολογούνται από την εποχή της Αρχαίας Αιγύπτου (3αι. π.Χ.), (Cashdan, 1989). Για την αναζωογόνηση

---

<sup>7</sup> Ανακτήθηκε 5 Νοεμβρίου, 2017, από [https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες\\_βοήθειες](https://el.wikipedia.org/wiki/Πρώτες_βοήθειες)

χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι, οι οποίες ήταν αλλόκοτες και συχνά βάρβαρες. Οι μέθοδοι αυτές βασίστηκαν σε κάποια παρατήρηση επιτυχούς αναζωογόνησης. Μία από αυτές ήταν το κρέμασμα του θύματος από τα πόδια, στο οποίο ασκούσανε ανά τακτά χρονικά διαστήματα πίεση στο στήθος του. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε στην Αρχαία Αίγυπτο, ενώ έγινε ιδιαίτερα δημοφιλής στην Βόρεια Ευρώπη τον 18ο αιώνα για την αντιμετώπιση του πνιγμού (Παπαδόπουλος, 1999).

Το 1857, παρουσιάζεται η μέθοδος αερισμού του Marshall Hall, η οποία συνίσταται στην τοποθέτηση του ασθενούς σε πρηνή θέση και πίεση του θώρακα και στη συνέχεια περιστροφή του κορμού «εξ υπαμοιβής», 16 φορές το λεπτό, κρατώντας το στόμα ανοιχτό για την εισπνοή. Η μέθοδος αυτή τροποποιήθηκε από τον Silvester και Howard το 1860 (Παπαδόπουλος, 1999; Varon, 1991).

Η εκπνοή επιτυγχάνονταν με την πίεση των άνω άκρων στο θώρακα και η εισπνοή με την αφαίρεση της πίεσης στον θώρακα και την έκταση και ανάταση των άνω άκρων. Στις αρχές του 20ου αιώνα, προστίθεται στη μέθοδο αυτή η παθητική χορήγηση οξυγόνου με μάσκα.(Silvester, 1858). Παραλλαγές της μεθόδου Avester ήταν εκείνη των Holger Nilsen (1932), και η μέθοδος Schaffer. Μία άλλη μέθοδος, εκείνη του Laborn συνίστατο στη ρυθμική έλξη της γλώσσας του θύματος και χρησιμοποιήθηκε και κατά τη διάρκεια της αναισθησίας για την αντιμετώπιση της απόφραξης των αεραγωγών. Οι συσκευές που αποτέλεσαν το οπλοστάσιο των γιατρών της εποχής για την έλξη της γλώσσας χαρακτηρίστηκαν από πολλούς ως «εργαλεία βασανισμού». Ωστόσο στη δεκαετία του 1870, ο Johannes Frederich August von Esmarch περιέγραψε τον χειρισμό αντιμετώπισης απόφραξης του αεραγωγού, που έμελλε να πάρει το όνομά του: τον χειρισμό ανάσπασης της κάτω γνάθου (Παπαδόπουλος, 1999).

Το έτος 1878 περιγράφεται η τυφλή στοματοτραχειακή διασωλήνωση σε άνθρωπο από τον Sir William Mac Ewen, καθηγητή χειρουργικής στο Πανεπιστήμιο της Γλασκόβης, που χρησιμοποιήθηκε και από τον O' Dwyer στην Αμερική και τον Karl Maydl στην Πράγα για την αντιμετώπιση της διφθερίτιδας. Το 1885 ο O' Dwyer με τη βοήθεια του George Fell, κατασκεύασαν τη γνωστή συσκευή Fell O'Dwyer που χρησιμοποιήθηκε στην αναζωογόνηση. Τον ίδιο χρόνο ο Kirchstein από το Βερολίνο κατασκευάζει ένα λαρυγγοσκόπιο - ενδοσκόπιο για την επισκόπηση του λάρυγγα και της τραχείας, ενώ το 1911 ο F. Kuhn περιγράφει τη στοματοτραχειακή διασωλήνωση με τη βοήθεια λαρυγγοσκοπίου και παρουσιάζει το λαρυγγοσκόπιο του και το set διασωλήνωσής του (Kirstein, 1895; Παπαδόπουλος, 1999).

Ένα σημαντικό βήμα στην ιστορία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης αποτελεί η κατασκευή του αναπνευστήρα Pulmotor της εταιρείας Draeger από τον μηχανικό Hans Schroeder. Ο αναπνευστήρας αυτός λειτουργούσε με θετικές και αρνητικές πιέσεις κατά την εισπνοή και εκπνοή αντίστοιχα (+25cmH<sub>2</sub>O, -25cmH<sub>2</sub>O) και χρησιμοποιήθηκε αρχικά σε περίπτωση ανακοπής στο χειρουργείο, ενώ σ' αυτόν βασίστηκε η κατασκευή του θρυλικού αναπνευστήρα της εταιρείας Draeger Ur-Pulmotor (1907; Παπαδόπουλος, 1999).

Η έλλειψη κατανόησης των «φυσιολόγων της αναπνοής» σχετικά με τον μηχανικό αερισμό με θετικές πιέσεις στους αεραγωγούς και οι αμφισβητήσεις που διατυπώθηκαν στα διεθνή συνέδρια Επείγουσας Ιατρικής στη Βιέννη (1913), στο Άμστερνταμ (1926), στην Κοπεγχάγη (1934) και στη Ζυρίχη (1939) δεν ήταν αποτρεπτικές για τη χρήση του μηχανικού αερισμού με θετικές πιέσεις στους αεραγωγούς (Killian, 1964; Παπαδόπουλος, 1999). Ένας πολέμιος του αερισμού με θετικές πιέσεις στους αεραγωγούς ήταν και ο Sauerbruch, Καθηγητής Χειρουργικής στο Βερολίνο, ο οποίος κατασκεύασε κάμερα με αρνητική πίεση, με σκοπό την

αποφυγή ατελεκτασιών στους πνεύμονες κατά τη διάρκεια θωρακοτομίας και συνέβαλε σημαντικά στην καθυστέρηση του αερισμού με θετικές πιέσεις (Παπαδόπουλος, 1999).

Η εξέλιξη του αερισμού με θετικές πιέσεις στους αεραγωγούς βασίστηκε σε διάφορα γεγονότα. Πρώτον στην εφαρμογή μηχανικού αερισμού με θετικές πιέσεις κατά την διάρκεια της αναισθησίας, η οποία άρχισε να κάνει τα πρώτα της βήματα μετά την δεκαετία του 1930 στην Ευρώπη σε θώρακα χειρουργικές επεμβάσεις. Το έτος 1954 ο Elam απέδειξε σε απνοϊκούς ανθρώπους ότι ο αερισμός στόμα-και-μάσκα ή στόμα-και-τραχειοσωλήνας μπορούσε να διατηρήσει φυσιολογικές τιμές αερίων αίματος (Safar, 1961). Το έτος 1956 ο Peter Safar απέδειξε την αποτελεσματικότητα και την αναγκαιότητα της εξασφάλισης του αεραγωγού, ενώ τεκμηρίωσε την υπεροχή του άμεσου αερισμού στόμα με στόμα χωρίς βοηθητικά μέσα (Kite, 1788).

Με την έρευνά του ο Safar τεκμηρίωσε τον χειρισμό διατήρησης ανοιχτού του αεραγωγού με το μέτωπο προς τα πίσω ή την ανάσπαση της κάτω γνάθου ή και τα δύο. Τη διαδικασία αυτή ονόμασε βήμα A, έλεγχος του αεραγωγού, τον αερισμό του ασθενούς βήμα B (αναπνοή). Απέδειξε επίσης, την αναποτελεσματικότητα των μεθόδων καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης με πίεση στον θώρακα (μέθοδος Marshal – Hall και μέθοδος Silvester). Μέσα σε ένα έτος, ο Peter Safar, ο James Elam και ο Gordon Archer, ο οποίος μελέτησε την αποτελεσματικότητα του αερισμού στόμα με στόμα έναντι αερισμού με πίεση στο θώρακα σε παιδιά, έπεισαν τον κόσμο να εφαρμόζει τις μεθόδους διατήρησης του αεραγωγού και τον αερισμό στόμα με στόμα (Safar, 2001).

Σταθμό στην ιστορία της αναζωογόνησης αποτελεί το έτος 1958, όταν ο Guy Knickerbocker, μεταπτυχιακός φοιτητής του Kouwenhoven, έκανε τη λαμπρή

ανακάλυψη ότι η πίεση στο θώρακα προκαλούσε αρτηριακό παλμό. Ήταν αυτό που οδήγησε στην μελέτη και την εφαρμογή των εξωτερικών θωρακικών συμπίεσεων. Έτσι το έτος 1960 οι Kouwenhoven, Jude και Knickerbocker περιγράφουν την αποτελεσματικότητα των θωρακικών συμπίεσεων κατά τη διάρκεια της αναζωογόνησης (Kouwenhoven, 1960; Safar, 2001). Αυτό ήταν το τρίτο βήμα στο πρωτόκολλο της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (Safar, 1961).

Ο Kouwenhoven τεκμηρίωσε την αποτελεσματικότητα των θωρακικών συμπίεσεων σε σκύλους. Ο χειρουργός Henry Bahnson και ο ειδικευόμενος χειρουργικής James Jude, ήταν οι πρώτοι που εφάρμοσαν τις θωρακικές συμπίεσεις σε ασθενείς John Hopkins. (Safar, 2001).

Το έτος 1959 υιοθετούνται τα βήματα ABC (Airway - Breathing - Circulation - Αεραγωγός - Αναπνοή - Κυκλοφορία) μαζί ως αναζωογόνηση (Safar, 1961). Το 1961, ο Safar πρότεινε την αλλαγή του όρου καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε καρδιοαναπνευστική - εγκεφαλική αναζωογόνηση, η οποία περιλάμβανε και την εφαρμογή υποθερμίας (Nolan, 2010). Επίσης, η εφαρμογή επείγουσας εξωσωματικής κυκλοφορίας, σε σύγκριση με τη κλασσική αναζωογόνηση ή την CPR με ανοιχτό το στήθος αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική για την καρδιά και τον εγκέφαλο (Kennedy, 1966; Safar, 1993). Κλινικές μελέτες στο τμήμα επειγόντων περιστατικών έδειξαν ότι η χρήση φορητών συσκευών εξωσωματικής σε 3 ασθενείς με καρδιακή ανακοπή αποτελεί μια ρεαλιστική επιλογή. Απέτυχαν όμως να επιδείξουν σημαντική βελτίωση της μακροπρόθεσμης επιβίωσης που σχετίζεται με κακή νευρολογική έκβαση (Martin, 1998).



## Δημοσιευμένες έρευνες σε καταστάσεις επείγουσας βοήθειας

Το έτος 1775 αναφέρεται ότι ο Abildgard αναζωογόνησε με ηλεκτρικό ρεύμα ένα κοτόπουλο, το οποίο με το δεύτερο σοκ, απογειώθηκε και ξέφυγε από περαιτέρω πειραματισμό. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1788, ο Kite σε δημοσίευσή του περιέγραψε μια συσκευή χορήγησης ηλεκτρικού ρεύματος. Η συσκευή αυτή είχε πολλές ομοιότητες με μια σύγχρονη συσκευή απινίδωσης, με 2 ηλεκτρόδια και πυκνωτή. (Forthergill, 1745). Το 1899 οι Prevost και Battelli χορήγησαν εναλλασσόμενο και συνεχές ηλεκτρικό ρεύμα για να προκαλέσουν κοιλιακή μαρμαρυγή σε σκυλιά και ανακάλυψαν ότι η επανάληψη του σοκ θα μπορούσε να αντιστρέψει την μαρμαρυγή (Safar, 2001).

Επίσης σημαντική στιγμή στην ιστορία της αναζωογόνησης αποτελούν οι έρευνες των Gurvich και Yunien, συνεργατών του Negovsky στη Σοβιετική Ένωση, που ανακάλυψαν ότι η άμεση χορήγηση ρεύματος θα μπορούσε να απινιδώσει με επιτυχία τα σκυλιά (Beck, 1947; Hooker, 1933). Η πρώτη επιτυχής καρδιακή απινίδωση στον άνθρωπο έγινε από τον Claude Beck το 1947. Ένα 14-χρονο αγόρι υποβλήθηκε σε επιδιορθωτική χειρουργική επέμβαση του στέρνου και κατά το τέλος της επέμβασης υπέστη ανακοπή. Η επαναδιάνοιξη του θώρακα έδειξε κοιλιακή μαρμαρυγή. Έγιναν καρδιακές μαλάξεις για 70 λεπτά και εφαρμόστηκαν 2 σειρές ηλεκτροσόκ. Μετά το 2ο σοκ η καρδιά του αγοριού επανήλθε σε φλεβοκομβικό ρυθμό ενώ το αγόρι επέζησε χωρίς νευρολογικά επακόλουθα (Beck, 1947).

Τον πρώτο επιτυχημένο απινιδισμό με την εφαρμογή των ηλεκτροδίων στο στήθος κατέγραψε ο Paul Zoll το 1955 σε έναν άνδρα με επεισόδια κοιλιακής μαρμαρυγής, ενώ ο Bernard Lown έδειξε ότι το συνεχές ρεύμα ήταν αποτελεσματικότερο από το εναλλασσόμενο ρεύμα το 1962. Το 1961, προστίθεται η

χρήση του εξωτερικού απινιδισμού στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από τους Gurvich και Kouwenhoven (Kouwenhoven, 1954).

Επανάσταση στην ιστορία της αναζωογόνησης αποτελεί επίσης το έτος 1979 όταν εισήχθη στην κλινική πρακτική ο πρώτος φορητός αυτόματος εξωτερικός απινιδιστής που διέθετε έναν απλό αλγόριθμο για την ανίχνευση των απινιδώσιμων ρυθμών (Caffrey, 2002). Σε αναφορές του ο ερευνητής Michel Mirowski, περιέγραφε την χρήση ενός εμφυτευμένου αυτόματου απινιδωτή στον άνθρωπο για την αντιμετώπιση ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου από κοιλιακή μαρμαρυγή (Mirowski, 1981). Ακολούθησε η δημοσίευση των αποτελεσμάτων προοπτικών μελετών που έδειξαν βελτίωση της έκβασης στους ασθενείς αυτούς. Η δεκαετία του 1980 είναι η εποχή των μεγάλων αλλαγών στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αφού καθιερώνονται οι αυτόματοι απινιδιστές και υπάρχει πρόσβαση σ' αυτούς ακόμη και στο κοινό σε περιοχές υψηλής κυκλοφορίας, όπως αεροδρόμια, εμπορικά κέντρα, γραφεία και αλλού. Η βελτίωση στην επιβίωση που επήλθε ήταν θεαματική με ποσοστά επιβίωσης για έξοδο από το νοσοκομείο 74%, για τις περιπτώσεις που χορηγήθηκε μια μόνο απινίδωση μέσα σε 3 λεπτά από την ανακοπή (Kouwenhoven, 1960; Thangam, 1986).

Τα αποτελέσματα επιστημονικών μελετών γύρω από την διενέργεια του απινιδισμού σε περιπτώσεις καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης αποδεικνύουν ότι όταν ο απινιδισμός πραγματοποιηθεί σε λιγότερο από τέσσερα λεπτά και η υποστήριξη της καρδιάς από εξειδικευμένες κινητές μονάδες παρασχεθεί σε λιγότερο χρόνο από τα οκτώ λεπτά, τότε το 43% των ασθενών επιβιώνουν και μπορούν να βγουν από το νοσοκομείο υγιείς. Σε περιπτώσεις όπου η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση δεν ξεκινήσει άμεσα από άτομο που είναι παρών στο συμβάν, οι πιθανότητες επιτυχίας ακόμα και από τις εξειδικευμένες μονάδες είναι πολύ

περιορισμένες. Για αυτό το λόγο η εκπαίδευση στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση θα πρέπει να διενεργείται και πέρα από το ιατρικό, παραϊατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και στο ευρύτερο κοινό (εργατικό προσωπικό, εκπαιδευτικό κλπ). Έχει υπολογισθεί στις ΗΠΑ ότι η ολοκληρωμένη εφαρμογή υπηρεσιών επείγουσας ιατρικής φροντίδας θα μπορούσε να διασώσει περί τις 100.000 ως 200.000 ανθρώπινες ζωές το χρόνο (Eisenberg, 1990).

Στην έρευνα τους οι Hahn, Noland, Rayens και Christie (2002), αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα ενός μοντέλου για τη διάδοση του Προγράμματος Εκπαίδευσης Δεξιοτήτων Ζωής (Life Skills Training - LST) στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εξετάζοντας την πιστότητα στην εφαρμογή του προγράμματος καθώς και διερεύνησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με τη συμμετοχή στην εκπαίδευση και την εφαρμογή του προγράμματος. Στην μεθοδολογία, χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα από εκπαιδευτές (n=44) και δασκάλους (n=45) από 16 κομητείες του Kentucky των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Οι εκπαιδευτικοί παρατηρήθηκαν για την εμπιστοσύνη στο περιεχόμενο και τη διαδικασία. Στη συνέχεια οι εκπαιδευτές και οι εκπαιδευτικοί συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια για να αξιολογήσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την εκπαίδευση και την εφαρμογή του προγράμματος. Περισσότερο από το ένα τέταρτο (27%) των εκπαιδευτών έκαναν εκπαιδευτικές συναντήσεις και το 60% των εκπαιδευτικών δίδαξαν το πρόγραμμα σπουδών. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι ενώ η πιστότητα στην εφαρμογή ήταν σχετικά υψηλή, οι εκπαιδευτικοί είχαν λιγότερες πιθανότητες να χρησιμοποιήσουν τα πιο καινοτόμα στοιχεία του προγράμματος. Οι εκπαιδευτές και οι εκπαιδευτικοί που πραγματοποίησαν εκπαίδευση ή / και δίδαξαν το Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Δεξιοτήτων Ζωής (Life

Skills Training - LST) ήταν πιο ενθουσιασμένοι προς το συγκεκριμένο πρόγραμμα από όσους δεν έκαναν τίποτα πέρα από την εκπαίδευσή τους.

Οι Sosada, Zurawinski, Stepien, Makarska και Myrcik D. (2002), στην έρευνα τους αξιολόγησαν το επίπεδο γνώσεων στην παροχή πρώτων βοηθειών στην πολωνική κοινωνία (στην περιοχή του Κατοβίτσε) τόσο σε δείγμα μαθητών όσο και δασκάλων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η έρευνα διεξήχθη από τον Νοέμβριο του 2001 έως τον Μάρτιο του 2002 σε δείγμα 227 μαθητών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (34 μαθητές και 193 μαθήτριες) και 79 εκπαιδευτικούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (28 άνδρες και 51 γυναίκες). Πραγματοποιήθηκε ανώνυμη έρευνα αξιολογώντας το επίπεδο των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες. Εφτά (7) από τους ερωτηθέντες μαθητές πέτυχαν ένα εξαιρετικό αποτέλεσμα, πενήντα (50) ένα καλό αποτέλεσμα και εκατόν εξήντα τρεις (163) μη ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης. Κανένας από τους ερωτηθέντες εκπαιδευτικούς δεν πέτυχε άριστο αποτέλεσμα, έντεκα (11) πέτυχαν ένα καλό αποτέλεσμα και εξήντα τρεις (63) μη ικανοποιητικό επίπεδο γνώσης.

Στα αποτελέσματα της έρευνας των Sosada, Zurawinski, Stepien, Makarska και Myrcik D. (2002), διαπιστώθηκε ότι η γνώση των μαθητών και των δασκάλων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να είναι ανεπαρκής στην εκτέλεση βασικής υποστήριξης της ζωής καθώς επίσης, τέτοιου είδους εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να συνδέονται με ανάλογα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης.

Οι Abernethy, Mac-Auley, Mac-Nally και Mac-Cann (2003), πραγματοποίησαν έρευνα στην οποία συμμετείχαν ένα τυχαίο δείγμα από 450 μετά-δημοτικό σχολεία της Β. Ιρλανδίας και της Δημοκρατίας της Ιρλανδίας απαντώντας σε ταχυδρομικό ερωτηματολόγιο, με σκοπό να διαπιστωθεί η τρέχουσα διαχείριση σε

αθλητικούς τραυματισμούς, ο βαθμός ετοιμότητας των εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής, η εμπειρία τους καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης των εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής. Τα αποτελέσματα πάρθηκαν από 333 μετά-δημοτικό σχολεία (74%). Στο 37% αυτών των σχολείων υπήρξαν Εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής με καθόλου κατάρτιση στην διαχείριση αθλητικού τραυματισμού. Άμεση φροντίδα από πλευράς μηχανισμών και εξοπλισμού για αντιμετώπιση σε τραυματισμό ήταν διαθέσιμο στο 35%-81% των σχολείων. Οι σωστές απαντήσεις που δόθηκαν στο ερωτηματολόγιο σε σχέση με τα τέσσερα σενάρια περίπτωσης αθλητικού τραυματισμού κυμάνθηκαν σε ποσοστό 65%-90%, παρουσιάζοντας δυνητικά σοβαρά προβλήματα διαχείρισης.

Τα συμπεράσματα της έρευνας των Abernethy και συν. (2003), κατέδειξαν έλλειψη στην φροντίδα τραυματισμών από αθλητικές δραστηριότητες. Εκτός από την ανησυχία για την τρέχουσα εκπαίδευση, αναδεικνύεται η ανάγκη για εκπαίδευση στην βασική κατάρτιση υποστήριξης της ζωής. Αυτά τα ευρήματα της έρευνας έχουν επιπτώσεις στην πρόληψη των σχολικών αθλητικών τραυματισμών.

Ο Stergioulas (2006), στα πλαίσια της μελέτης του σχετικά με την Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), έδειξε ότι οι συμμετέχοντες στη έρευνα εξέφρασαν την αναγκαιότητα για περαιτέρω εκπαίδευση τους σε θέματα με αυτό το περιεχόμενο, καθότι οι εν λόγω δάσκαλοι στη καθημερινότητα τους καλούνται να αντιμετωπίζουν καταστάσεις απειλητικές για την ανθρώπινη ζωή .

Οι Olympia, Dixon, Brady και Avner (2007), πραγματοποίησαν έρευνα για να εξεταστεί ο βαθμός ετοιμότητας των σχολείων στις Ηνωμένες Πολιτείες για να ανταποκριθούν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που σχετίζονται με σχολικό αθλητισμό. Ταχυδρομήθηκε ένα ερωτηματολόγιο σε 1000 τυχαία επιλεγμένα μέλη

της Εθνικής Ένωσης Αθλητικών Εκπαιδευτών, όπου περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με το κλινικό υπόβαθρο του αθλητικού εκπαιδευτή, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του σχολείου τους, την ετοιμότητα του σχολείου τους να διαχειριστούν στιγμές έκτακτης ανάγκης, τα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή πιθανών καταστάσεων άμεσης ανάγκης που συνδέονται με τον αθλητισμό και τέλος την άμεση διαθεσιμότητα εξοπλισμού επείγουσας ανάγκης. Αποτελέσματα: Εστάλησαν 944 ερωτηματολόγια, και επεστράφησαν 643 (ποσοστό 68%). Το 70% των σχολείων έχει ένα Γραπτό Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης (Written Emergency Plan, WEP), αν και το 36% των σχολείων με (WEP) δεν εφαρμόζει το σχέδιο. Τα αθλήματα που σημειώθηκαν προηγουμένως να έχουν υψηλότερα ποσοστά θανάτων / τραυματισμών με βάση τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, όπως ο χόκεϊ επί πάγου και η γυμναστική, είχαν, σύμφωνα με τα στοιχεία, λιγότερη κάλυψη από αθλητικούς εκπαιδευτές σε σύγκριση με άλλα αθλήματα με χαμηλότερα ποσοστά θανάτων / τραυματισμών. Σε σχέση με την διαθεσιμότητα του εξοπλισμού οι αθλητικοί εκπαιδευτές ανέφεραν: κολάρο αυχενικής σπονδυλικής στήλης (62%), αυτόματο ηλεκτρονικό απινιδωτή (61%) συσκευή εισπνοής μετρημένης δόσης βρογχοδιασταλτικού (36%) και αυτόματο εγχυτήρα επινεφρίνης (37%).

Διαπιστώθηκε στην έρευνα των Olympia και συν. (2007), ότι τα σχολεία συμμορφώνονται με πολλές από τις συστάσεις για ετοιμότητα αθλητικής έκτακτης ανάγκης στο σχολείο, ενώ σε συγκεκριμένες περιοχές σχολείων πραγματοποιούν αρκετές φορές το χρόνο άσκηση με βάση το Γραπτό Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης (WEP), συνδέοντας όλες τις περιοχές του σχολείου άμεσα με ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Αυτό το σχέδιο περιλαμβάνει την παρουσία υποχρεωτικά – και μόνο - αθλητικών εκπαιδευτών στα αθλητικά γεγονότα, ειδικά στα αθλήματα με υψηλότερο ποσοστό θανάτων / τραυματισμών, την προληπτική επιθεώρηση των

αθλητικών εγκαταστάσεων, τη χρήση εξοπλισμού ασφάλειας (όπως προστατευτικά στο στόμα και προστατευτικά εξοπλισμού ματιών) και την αύξηση της διαθεσιμότητας αυτόματου ηλεκτρονικού απινιδωτή στα σχολεία.

Σε μία άλλη μελέτη οι Yurumez, Yavuz, Saglam, Koken και Tunay (2007), πραγματοποίησαν έρευνα προσδιορίζοντας το επίπεδο γνώσης της πρώτης βοήθειας και της βασικής υποστήριξης ζωής των εκπαιδευτικών που εργάζονται στα νηπιαγωγεία της περιοχής Afyonkarahisar στην Τουρκία χρησιμοποιώντας ένα γραπτό ερωτηματολόγιο. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν το γραπτό ερωτηματολόγιο 34 ερωτήσεων πολλαπλών επιλογών ξεχωρίζοντας τις δημογραφικές ερωτήσεις από τις ερωτήσεις των πρώτων βοηθειών και της βασικής υποστήριξης ζωής με στόχο τη δοκιμή γνώσεων σε σχετικά θέματα. Στα αποτελέσματα και οι 118 ερωτηθέντες απάντησαν, ο μέσος όρος των ηλικιών ήταν  $27,7_{+9}$  και οι 111 ερωτηθέντες ήταν γυναίκες. Το 61,9% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει προηγουμένως λάβει την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών και από αυτό το 54,2% ανέφερε ότι ήταν θεωρητικό. Το 84,7% των συμμετεχόντων θεωρούν ανεπαρκείς τις γνώσεις τους στις πρώτες βοήθειες και το 85,6% από αυτούς έκανε έρευνα για να έχει την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών. Το μέσο όρο επιτυχίας για τους συμμετέχοντες στις πρώτες βοήθειες και στη βασική υποστήριξη ζωής βρέθηκε να είναι 48,9%. Το συμπέρασμα ήταν ότι παρόλο που οι εκπαιδευτικοί του νηπιαγωγείου στη μελέτη έχουν ανεπαρκείς γνώσεις για την παροχή πρώτων βοηθειών και την παροχή βασικής υποστήριξης ζωής, ενδιαφέρονται όμως για κατάλληλη εκπαίδευση. Ειδικά καθώς η προσχολική εκπαίδευση είναι ευρέως διαδεδομένη στην Τουρκία, οι άνθρωποι που συμμετέχουν στον τομέα αυτό πρέπει να έχουν επείγοντα αληθινή και επαναλαμβανόμενη εκπαίδευση σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών και την βασική υποστήριξη ζωής.

Οι Wisniewski & Majewski (2007), διερεύνησαν το επίπεδο γνώσεων και στάσης των εκπαιδευτικών σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την παροχή των πρώτων βοηθειών στη Δυτική Πομερανία της Πολωνίας. Κατά την μεθοδολογία: Η έρευνα διεξήχθη μεταξύ 100 καθηγητών από δύο γυμνάσια, εκ των οποίων το ένα βρίσκεται στη πόλη Szczecin (50) και το άλλο σε μια μικρότερη πόλη, στη Gryfice (50). Χρησιμοποιήθηκε ως διαγνωστικό εργαλείο ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι παρόλο που η πλειονότητα των ερωτηθέντων συμμετείχε σε μαθήματα πρώτων βοηθειών, αποκτώντας διαφορετικές στάσεις και προσόντα, η έρευνα επιβεβαίωσε ότι το επίπεδο γνώσεων σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών είναι ανεπαρκές. Οι μισοί από τους ερωτηθέντες γνωρίζουν κανόνες παροχής πρώτων βοηθειών και το ένα τρίτο δηλώνει ότι μπορεί να θέσει αυτούς τους κανόνες στην πρακτική. Ένα μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων αποδεικνύει μάλλον παθητική στάση απέναντι στην παροχή των πρώτων βοηθειών σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες μεταξύ δασκάλων από μια μεγάλη πόλη και μια μικρή πόλη.

Τα συμπεράσματα της έρευνας των ανωτέρω ερευνητών, επισημαίνουν ότι είναι υποχρεωτική η εκπαίδευση για τη βελτίωση της γνώσης των κανόνων παροχής πρώτων βοηθειών στους εκπαιδευτικούς και τους μαθητές. Οι συγγραφείς αυτής της εργασίας προτείνουν κυκλικά μαθήματα κατάρτισης για εκπαιδευτικούς υπό την καθοδήγηση ειδικών ιατρικών επαγγελματιών και επιπλέον μαθήματα για μαθητές υπό την καθοδήγηση αυτών των εκπαιδευτικών σε συνεργασία με φοιτητές του τελευταίου έτους παραϊατρικών σπουδών.

Σε έρευνα τους οι Forck, Marzhauser και Weisser (2008), αναλύθηκαν οι γνώσεις σχετικά με το άσθμα και την άσκηση μεταξύ των εκπαιδευτικών Φυσικής



Αγωγής των δημοτικών σχολείων. Κατά την μεθοδολογία εξετάστηκαν 120 εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής στο Βόρειο κρατίδιο Schleswig-Holstein της Γερμανίας σχετικά με τα βασικά δεδομένα (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση) και τις γνώσεις τους για το άσθμα και τη φυσική άσκηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας τους το 44% των εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής δεν σχεδιάζει τα μαθήματά τους σχετικά με πιθανά ερεθίσματα άσθματος. Μόνο το 32% από τους εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής προτιμούν τη σωστή εκπαίδευση για παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσης άσθματος και μόνο μια μικρή μειοψηφία ελέγχει το φάρμακο έκτακτης ανάγκης για άσθμα πριν από τα μαθήματα άσκησης. Δεν βρέθηκαν διαφορές όσον αφορά το φύλο, την ηλικία ή την εκπαίδευση των εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ανεπαρκή γνώση του βρογχικού άσθματος μεταξύ των εκπαιδευτικών που μελετήσαμε. Τόσο η παρέμβαση πρώτων βοηθειών αντίδραση σε περίπτωση οξείας επεισοδίων άσθματος όσο και οι αρχές φυσικής άσκησης σε παιδιά με άσθμα δεν ήταν ικανοποιητικές.

Σε έρευνα τους οι Mohandas & Chandan (2009), θέλησαν να αξιολογήσουν χρησιμοποιώντας ένα αυτό-διαχειριζόμενο δομημένο ερωτηματολόγιο, το επίπεδο της γνώσης, της στάσης και της πρακτικής των καθηγητών φυσικής αγωγής στην πόλη του Μπανγκαλόρ στην Νότια Ινδία σε σχέση με την αντιμετώπιση έκτακτων οδοντικών τραυματισμών σε σχολεία της περιοχής. Το ερωτηματολόγιο εμφάνισε το ιστορικό του καθηγητή της φυσικής αγωγής σε σχέση με την γνώση της διαχείρισης του θραύσματος των δοντιών, την θλίψη, τους τραυματισμούς από εκτοξεύσεις και διερεύνησε η στάση του καθηγητή της φυσικής αγωγής στον τρόπο χειρισμού των τραυματισμών. Τα δείγμα αποτελούνταν από 580 εκπαιδευτικούς από 700 επιλεγμένα σχολεία στην πόλη του Μπανγκαλόρ. Εφαρμόστηκε Chi-square για να δοκιμαστεί η σημασία μεταξύ εκπαιδευμένων και μη εκπαιδευμένων εκπαιδευτικών. Στο δείγμα, το

70% ήταν άνδρες καθηγητές φυσικής αγωγής, το 30% ήταν γυναίκες. Το 95% του δείγματος είχε εκπαίδευση πρώτων βοηθειών ενώ το 5% δεν είχε. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 25% των εκπαιδευμένων εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής είχαν σωστές γνώσεις σχετικά με την αναγνώριση της ονομασίας των δοντιών ενώ 17% μεταξύ των μη εκπαιδευμένων εκπαιδευτικών. Το 81% των εκπαιδευμένων εκπαιδευτικών απάντησαν σωστά σχετικά με τη διαχείριση των σπασμένων πρόσθιων δοντιών έναντι 27,5% των ανειδίκευτων εκπαιδευτικών ( $P < 0,0002$ ).

Στα συμπεράσματά τους οι ανωτέρω ερευνητές, διαπιστώνουν ότι υπάρχει έλλειψη γνώσης και πρακτικής μεταξύ των καθηγητών φυσικής αγωγής στη πόλη του Μπανγκαλόρ σχετικά με την αντιμετώπιση έκτακτων οδοντικών τραυματισμών. Πρέπει να εφαρμοστούν εκπαιδευτικά προγράμματα πρώτων βοηθειών για τη βελτίωση της γνώσης και της ευαισθητοποίησης των εκπαιδευτικών.

Η έρευνα των Robertson, King, και Tomkinson (2009), διερεύνησε την συχνότητα και τη διαχείριση της ρινορραγίας στα σχολεία δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στο Newport της Αγγλίας. Στην μεθοδολογία της έρευνας στάλθηκε ερωτηματολόγιο ταχυδρομικά σε 41 σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και σε 116 δημοτικά σχολεία. Η ερευνητική επεξεργασία έγινε σε των εκατόν δώδεκα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια, 32 από σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 80 από δημοτικά σχολεία. Τα περισσότερα σχολεία δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν αιμορραγία μύτης μία φορά το μήνα. Η συνηθέστερη μέθοδος αντιμετώπισης της αιμορραγίας ήταν το τσίμπημα της κορυφής της μύτης (μια αναποτελεσματική μέθοδος), αν και το τσίμπημα του κάτω μέρους της μύτης ήταν σχεδόν τόσο κοινό. Μόνο μια μειοψηφία των σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (37,5 και 25 τοις εκατό, αντίστοιχα) είχε μια πολιτική αντιμετώπισης πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις αιμορραγιών από τη μύτη. Τα συμπεράσματα της ανωτέρω

έρευνας έδειξαν ότι παρά το γεγονός ότι πολλοί από τους ερωτηθέντες χρησιμοποίησαν την αναποτελεσματική μέθοδο (το τσίμπημα της κορυφής της μύτης) μόνο δύο δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται σίγουροι για την αντιμετώπιση αιμορραγιών από τη μύτη. Οι αιμορραγίες από τη μύτη στους μαθητές είναι συχνές και η παροχή πρώτων βοηθειών συχνά αποκλίνει από τις προτεινόμενες οδηγίες.

Οι Cross και συν. (2010), πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό να προσδιοριστεί η ανάγκη εκπαίδευσης των προπονητών καθηγητών Φυσικής Αγωγής στην πρόληψη, αξιολόγηση και διαχείριση των αθλητικών τραυματισμών σε αθλητικά Γυμνάσια στη περιοχή της Νότιας Ντακότας των Ηνωμένων Πολιτειών. Στάλθηκαν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ερωτηματολόγια, σε 1050 προπονητές καθηγητές φυσικής αγωγής και επιστράφηκαν 247 (23,5%) συμπληρωμένα. Τα αποτελέσματα: απάντησαν προπονητές καθηγητές φυσικής αγωγής από 14 αθλήματα. Η πλειοψηφία δήλωσε ότι ήταν υπεύθυνη για την άμεση ιατρική περίθαλψη των αθλητών σε ποσοστό (89,07%), και ότι το 79,76% των προπονητών συμφώνησαν ή συμφώνησαν έντονα ότι χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση για τη διαχείριση τραυματισμών. Επίσης τα αποτελέσματα υποδεικνύουν, σε ποσοστό (46,65%) βασικές γνώσεις εφαρμογής κάρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης (CPR) / Βασικής Υποστήριξης Ζωής (BLS), ενώ σε ποσοστό (47,4%) στην χορήγηση των πρώτων βοηθειών. Τα συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας, καταλήγουν ότι λόγω της ζήτησης των προπονητών καθηγητών φυσικής αγωγής να είναι οι αρχικοί φροντιστές για τραυματισμένους μαθητές-αθλητές, υπάρχει ανάγκη για αυξημένη εκπαίδευση των προπονητών καθηγητών φυσικής αγωγής των αθλητικών σχολείων της περιοχής της Νότιας Ντακότας που σχετίζονται με τη διαχείριση σοβαρών αθλητικών τραυματισμών. Τέλος, ενδέχεται να αναφέρονται αλλαγές πολιτικής για την

αντιμετώπιση της έλλειψης διαθέσιμου ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια αθλητικών αγώνων μεταξύ αθλητικών γυμνασίων.

Η μελέτη των Govender, Rangiah, Ross και Campbell (2010), αξιολογεί την διατήρηση των βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων μεταξύ των φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης που παρακολούθησαν ένα βασικό μάθημα υποστήριξης ζωής Basic Life Support. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο κέντρο κατάρτισης του νοσοκομείου στο Durban της Ν. Αφρικής που 20 πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (νεαροί ιατροί και νοσοκόμες) είχαν παρακολουθήσει ένα βασικό μάθημα υποστήριξης ζωής Basic Life Support. Το δείγμα συλλέχθηκε διαδοχικά μετά από τρεις μήνες της παρακολούθησης του μαθήματος. Τα δεδομένα περιλάμβαναν γραπτή δοκιμασία, λίστα δεξιοτήτων, ερωτηματολόγιο και με μία σειρά άλλων μεταβλητών όπως το επάγγελμα ή άλλα δημογραφικά στοιχεία σύμφωνα πάντα με το American Heart Association. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η διατήρηση γνώσεων ήταν καλή παρόλο που υπήρξε μία πτώση των δεξιοτήτων και της γνώσης. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών και των επαναληπτικών εξετάσεων στο τέλος του μαθήματος. Το προσωπικό που εργάζεται στα ατυχήματα και στα τμήματα επειγόντων έχοντας περισσότερη πρακτική εμπειρία στη διατήρηση των γνώσεων και δεξιοτήτων, ήταν καλύτερη σε σχέση με το προσωπικό που εργάζεται σε άλλα τμήματα του Νοσοκομείου. Τέλος, οι νοσηλευτές αποτελούν εξίσου σημαντική πηγή γνώσεων και δεξιοτήτων στην CPR με τους ιατρούς.

Οι Wozniak και συν. (2011), πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό του τη ανάλυση της προετοιμασίας των δασκάλων του νηπιαγωγείου για παροχή πρώτων βοηθειών. Η έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 100 εκπαιδευτικών παιδικών σταθμών από την επαρχία Lubelskie της Πολωνίας. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε ήταν η

χρήση ερωτηματολογίων που προετοιμάστηκαν στο σπίτι κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου-Φεβρουαρίου του 2011. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί (84% των ερωτηθέντων) συμμετείχαν στα μαθήματα πρώτων βοηθειών. Οι εκπαιδευτικοί με αρχαιότητα απασχόλησης κάτω των 10 ετών και οι εκπαιδευτικοί με αρχαιότητα απασχόλησης μεταξύ 11 και 20 ετών συμμετείχαν συχνότερα στα μαθήματα πρώτων βοηθειών από ό, τι οι ερωτηθέντες με αρχαιότητα άνω των 20 ετών ( $p=0,02$ ). Το 5,42% των ερωτηθέντων αξιολόγησαν τις γνώσεις τους σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών στον βαθμό 3 (σε ένα συνεχές από το 1). Ο μέσος βαθμός ήταν  $2,98 \pm 0,97$ .

Οι στόχοι της έρευνας των Botha, Geysler και Engelbrecht (2012), ήταν να εκτιμηθούν οι γνώσεις για τις κατάλληλες αποφάσεις και δράσεις κατά την διάρκεια καρδιο αναπνευστικής ανάνηψης των κλινικών ιατρών σε νοσοκομεία σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής. Χρησιμοποιώντας δειγματοληψία ευκολίας πήραν μέρος 100 ιατροί τριτοβάθμιας περίθαλψης από τη Νότια Αφρική. Τα αποτελέσματα έδειξαν, σε κλειστού τύπου απαντήσεις και με βάση το μάθημα BLS (Βασικής Υποστήριξης της Ζωής) του American Heart Association (AHA), ότι κανένας από τους συμμετέχοντες ιατρούς δεν έδειξε επαρκή γνώση. Η μέση βαθμολογία CPR ενηλίκων ήταν 40,6% ενώ η μέση βαθμολογία παιδιατρικής μόλις το 36,6%. Στα συμπεράσματα της έρευνας καταγράφηκε ότι οι γνώσεις των συμμετεχόντων ήταν κακές. Αυτό εγείρει ανησυχίες για το κατά πόσο αποτελεσματική μπορεί να υπάρξει η εφαρμογή CPR. Η μελέτη αυτή υπερτονίζει την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση των κλινικών ιατρών στην ικανότητα ανάνηψης CPR, αλλά και την σημασία ανάπτυξης κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων CPR που να είναι προσιτά, φθηνά και καινοτόμα.

Στην έρευνα τους οι Ercan, Ozen, Karatepe, Berber και Cengizlier (2012), επιδίωξαν να διερευνήσουν τις γνώσεις και τις στάσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την αναφυλαξία. Κατά την μεθοδολογία ερωτήθηκαν συνολικά 237 εκπαιδευτικοί: 91 που εργάζονται σε δημοτικά σχολεία της Κωνσταντινούπολης στη Τουρκία και 146 σε ιδιωτικά σχολεία. Συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την απόκτηση δεδομένων σχετικά με τις γνώσεις τους σχετικά με την αναφυλαξία και τη διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων έκτακτης θεραπείας στα σχολεία. Στα αποτελέσματα που δόθηκαν βρέθηκαν πενήντα δύο τοις εκατό των δασκάλων οι οποίοι γνώριζαν ποιοι μαθητές είχαν μια αλλεργική ασθένεια. Όταν ερωτήθηκαν για παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν αναφυλαξία, οι σημαντικότερες αιτίες θεωρήθηκαν ότι είναι: η γύρη από το 54% των δασκάλων, τα τρόφιμα κατά 47%, τα ακάρεα κατά 40% και τα φάρμακα κατά 30%. Από τα τρόφιμα, θεωρήθηκαν δύο κύριες αιτίες: τα αυγά (30,4%) και οι φράουλες (25,3%). Οι απαντήσεις των δασκάλων σχετικά με την αρχική τους παρέμβαση σε περίπτωση αναφυλακτικής αντίδρασης ήταν: θα έδινε πρώτες βοήθειες στο 24,3%, θα ενημέρωνε την σχολική νοσηλεύτρια στο 39,7% και θα καλούσε τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης στο 19,8%. Μόνο το 10% γνώριζε την ύπαρξη αυτόματου εγχυτήρα επινεφρίνης και μόνο το 4% γνώριζε πού να το εφαρμόσει. Και ενώ το 28% των εκπαιδευτικών ανέφεραν ότι γνώριζαν προηγουμένως για την αναφυλαξία, οι περισσότεροι δάσκαλοι είχαν διαμορφώσει τις ιδέες τους από φυλλάδια ή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Επίσης το 25% των δασκάλων γνώριζαν όλα τα συμπτώματα της αναφυλαξίας, το 54% γνώριζε μερικά και το 21% δεν γνώριζε κανένα. Μόνο το 6% των δασκάλων ανέφερε ότι υπήρχε ένα σχέδιο διαχείρισης για αναφυλαξία στο σχολείο του.

Τα συμπεράσματα της ανωτέρω ομάδας ερευνητών, έδειξαν ότι οι δάσκαλοι της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στα σχολεία της Κωνσταντινούπολης δεν είναι καλά ενημερωμένοι τόσο για το τι είναι η αναφυλαξία όσο και την παροχή πρώτων βοηθειών. Πρέπει να οργανωθούν προγράμματα εκπαίδευσης στους εκπαιδευτικούς σχετικά με το θέμα και πρέπει να υπάρξει επαναξιολόγηση των σχολικών και υγειονομικών πολιτικών με ευρύτερη παγκόσμια προοπτική. Υπάρχει άμεση ανάγκη να διερευνηθούν τα σχέδια και οι πολιτικές διαχείρισης των αλλεργιών στα σχολεία και να αναπτυχθούν προγράμματα εκπαίδευσης εκπαιδευτικών σχετικά με το θέμα.

Οι Hill και Hollis (2012), σε μια δίχρονη έρευνα μελέτησαν το χρόνο που ξοδεύουν οι δάσκαλοι στα δημοτικά σχολεία για θέματα που αφορούν την υγεία των μαθητών και η σχέση με τις υπηρεσίες των νοσηλευτών στα σχολεία. Στην μεθοδολογία ένας εγκάρσιος σχεδιασμός χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα παραδοσιακών και εξαιρετικών (ειδικών αναγκών) δασκάλων της τάξης σχετικά με το χρόνο που πέρασαν για θέματα υγείας και την αντίληψή τους για την παρουσία νοσηλευτών στο σχολείο, ενώ οι σχολικοί νοσοκόμοι αναλύθηκαν σχετικά με τον αντίκτυπο της παρουσίας τους σε καταστάσεις πρώιμης ασθένειας. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν (σχετικά με τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών), ότι με την παρουσία των νοσοκόμων στο σχολείο υπάρχουν λιγότερες περιπτώσεις παρέμβασης εκπαιδευτικού σε έκτακτο γεγονός τραυματισμού, καλύτερη και αυξημένη επικοινωνία, ενώ και οι μαθητές με χρόνιες ασθένειες είναι πιο ασφαλείς και υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για πληροφορίες σε θέματα που αφορούν την υγεία.

Συμπερασματικά οι ερευνητές αναφέρουν, ότι τα δεδομένα της έρευνας παρέχουν τις βάσεις για συζητήσεις στη βελτίωση της επικοινωνίας των προγραμμάτων των νοσοκόμων, την αύξηση της εμπιστοσύνης και της ασφάλειας των εκπαιδευτικών από τη συνεχή παρουσία των νοσοκόμων στο σχολείο καθώς και για την προστασία

πολύτιμων σχολικών ωρών από άλλες παρεμβάσεις ή δεσμεύσεις σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών από τραυματισμούς.

Στην έρευνα τους οι Rios και συν. (2012), ανάλυσαν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου στους καθηγητές της υποχρεωτικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στη νοτιοανατολική Ισπανία. Κατά την μεθοδολογία επελέγησαν τυχαία δέκα σχολεία επιπέδου δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και στρωματοποιήθηκαν ανάλογα με τη γεωγραφική τους θέση στη νοτιοανατολική Ισπανία. Ελήφθη τυχαίο δείγμα των καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Η γνώση της έννοιας του εγκεφαλικού θανάτου αναλύθηκαν με τη χρήση ενός επικυρωμένου ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε και ολοκληρώθηκε ανώνυμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 64% (n=180) των ερωτηθέντων γνώριζαν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και θεωρούσαν ότι ήταν ο θάνατος ενός ατόμου. Από τα υπόλοιπα, το 34% (n=95) δεν γνώριζε αυτή την έννοια και το υπόλοιπο 3% (n=8) πίστευε ότι δεν σημαίνει το θάνατο ενός ατόμου. Συμπερασματικά λοιπόν το ένα τρίτο του διδακτικού προσωπικού της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχολείων στην νοτιοανατολική Ισπανία δεν γνώριζε ή δεν κατανοούσε την έννοια του εγκεφαλικού, ως το θάνατο ενός ατόμου, έτσι λοιπόν δεδομένου ότι οι εκπαιδευτικοί αποτελούν πηγή πληροφόρησης, η βασική εκπαίδευση του διδακτικού προσωπικού δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε βασικές γνώσεις και στάσεις στην αντιμετώπιση ενός εγκεφαλικού θα ήταν σημαντική (Rios et al.,2012).

Σε άλλη έρευνα, οι De Witt, Scott και Seshadri (2012), προσδιόρισαν το συνολικό επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται στους αθλητές μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε αθλητικά γεγονότα στην περιοχή του Αρκάνσας των Ηνωμένων Πολιτειών, αξιολόγησαν την παροχή ιατρικών υπηρεσιών των αθλητικών εκπαιδευτών στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και σύγκριναν τις



υπηρεσίες ιατρικής αθλητικής κατάρτισης που παρέχονται σε αθλητικές εκδηλώσεις μεταξύ σχολείων διαφόρων μεγεθών. Κατά την μεθοδολογία ένα ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 199 σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος του επιπολασμού. Συνολικά συμμετείχαν 144 αθλητικοί διευθυντές και διευθυντές σχολείων, από 199 δευτεροβάθμια σχολεία (ποσοστό ανταπόκρισης 72%). Διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των προπονητών που πιστοποιήθηκε στην καρδιοπνευμονική ανάνηψη ή την πρώτη βοήθεια ήταν ελάχιστος. Τα περισσότερα σχολεία δεν είχαν σχέδιο για την παροχή ελάχιστου εξοπλισμού έκτακτης ανάγκης, όπως πάγου ή νερού κατά τις επισκέψεις ομάδων σχολείων. Τέλος διαπιστώθηκε ότι το 88% (n = 7) των 8 βασικών συνιστωσών κάλυψης συμβάντων που η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής θεωρεί σημαντικές δεν αντιμετωπίστηκαν από τα σχολεία που εκπροσωπούνται στην έρευνα .

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποίησε η Αλεξανδροπούλου (2013), σχετικά με την αξιολόγηση προγράμματος παροχής πρώτων βοηθειών στο προσωπικό που εργάζεται σε ειδικά σχολεία. Πήραν μέρος είκοσι τέσσερα τυχαία επιλεγμένα σχολεία ειδικής αγωγής στην Αττική, Ελλάδα. Τα σχολεία τυχαιοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες. Οι δύο ομάδες παρέμβασης όπου αποτελούσαν 86 συμμετέχοντες και οι δύο άλλες δυο ως ομάδες ελέγχου με 94 συμμετέχοντες. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν στη στατιστική ανάλυση σημαντική διαφορά στις τέσσερις ομάδες. Οι ομάδες παρέμβασης βελτίωσαν σημαντικά τις γνώσεις τους δείχνοντας ότι το πρόγραμμα ήταν αποτελεσματικό. Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι τέτοιου είδους προγράμματα είναι σημαντικά διότι ενισχύουν τη γνώση και συμβάλλουν στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων του προσωπικού. Ωστόσο, θα πρέπει να υλοποιούνται από επαγγελματίες που έχουν την εμπειρία αλλά και τις γνώσεις πάνω στο σχετικό αντικείμενο.

Οι Mpotos, Vekeman, Monsieurs, Derese και Valcke (2013), πραγματοποίησαν μια έρευνα σε εκπαιδευτικούς σχετικά με τις γνώσεις καρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης (cardiopulmonary resuscitation-CPR), την ετοιμότητα για την εκτέλεση και τη διδασκαλία του CPR, καθώς και τη στάση απέναντι σε μια εναλλακτική στρατηγική αυτο-μάθησης μεταξύ των Φλαμανδών εκπαιδευτικών. Στην μεθοδολογία αναπτύχθηκε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από τέσσερα ξεχωριστά μέρη: (1) δημογραφικά στοιχεία, (2) επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων (CPR), (3) η στάση απέναντι στην εκπαίδευση και (4) η εμπειρία της αναζωογόνησης. Οι ειδικοί περιεχομένου εξέτασαν το ερωτηματολόγιο ενόψει της εγκυρότητας του περιεχομένου. Εκατόν εβδομήντα ένα φοιτητές στις Εκπαιδευτικές Επιστήμες κλήθηκαν να λάβουν συνέντευξη από 25 διαφορετικούς καθηγητές. Στα αποτελέσματα: συνολικά 4273 εκπαιδευτικοί συμμετείχαν στη μελέτη (πρωτοβάθμια εκπαίδευση n=856, δευτεροβάθμια εκπαίδευση n=2562, ανώτατη εκπαίδευση n=855). Από το σύνολο των ερωτηθέντων, το 59% (2539/4273) είχε λάβει προηγούμενη εκπαίδευση (CPR) με το υψηλότερο ποσοστό στους πρωτοβάθμιους εκπαιδευτικούς (69%) και στην ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών (68%). Η υποχρεωτική εκπαίδευση στο σχολείο με (CPR) υποστηρίχθηκε από το 41% (1751/4273) των εκπαιδευτικών και μόνο το 36% γνώριζε ότι η εκπαίδευση CPR περιλαμβάνεται επίσημα στο αναλυτικό πρόγραμμα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Το 61% (2621/4273) δεν αισθάνθηκε ικανό και δεν ήταν πρόθυμο να διδάξει (CPR) κυρίως λόγω της αντιλαμβανόμενης έλλειψης γνώσης στο 50% (2151/2621). Επιπλέον, το 69% (2927/4273) αισθάνθηκε μη ικανό να εκτελέσει σωστή (CPR) και το 73% (3137/4273) επιθυμούσε περισσότερη εκπαίδευση. Το να αισθάνεσαι ανίκανος και να μην προτίθεσαι να διδάξεις σχετίζεται με την απουσία προηγούμενης εκπαίδευσης. Τέλος οι πρωτοβάθμιοι εκπαιδευτικοί και η ηλικιακή ομάδα 21-30 ετών ήταν πιο πρόθυμοι να διδάξουν

(CPR). Τα συμπεράσματα των ερευνητών, έδειξαν ότι παρόλο που πολλοί δάσκαλοι αναφέρθηκαν σε προηγούμενη εκπαίδευση (CPR), μόνο μια μειοψηφία κυρίως νέων και πρωτοβάθμιων εκπαιδευτικών θεωρούνταν ικανοί στην (CPR) και ήταν πρόθυμες να την διδάξουν και στους μαθητές τους.

Στην έρευνα τους στη περιοχή Somme της Βόρειας Γαλλίας οι Ammirati και συν. (2014), αξιολόγησαν τις γνώσεις που αποκτήθηκαν σε πολύ μικρά παιδιά (<6 ετών) που εκπαιδεύτηκαν από τους δικούς τους νηπιαγωγούς. Αυτή η συγκριτική μελέτη αξιολόγησε την επίδραση της εκπαίδευσης πριν από την ηλικία των 6 ετών σε σύγκριση με μια ομάδα παιδιών της ίδιας ηλικίας που δεν εκπαιδεύτηκαν. Ορισμένοι εκπαιδευτικοί νηπιαγωγοί εκπαιδεύτηκαν από ομάδες έκτακτης ανάγκης για να εκτελέσουν βασικές πρώτες βοήθειες. Από τις 24 τάξεις που περιελάμβαναν 285 μαθητές επιλέχθηκαν τυχαία, 9 τάξεις εκπαιδευμένων μαθητών (ομάδα C1) και 9 τάξεις μη εκπαιδευμένων μαθητών (ομάδα C2). Η αξιολόγηση περιελάμβανε την παρατήρηση και την περιγραφή τριών εικόνων καθώς και τη χρήση του τηλεφώνου κλήσης προς το κέντρο έκτακτης ανάγκης. Η αξιολόγηση του κάθε παιδιού βασίστηκε σε εννέα κριτήρια και εκτελέστηκε από τον νηπιαγωγό 2 μήνες μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των εκπαιδευμένων μαθητών έδωσε τις αναμενόμενες απαντήσεις για όλα τα κριτήρια και αντέδρασε κατάλληλα αξιολογώντας την κατάσταση και προειδοποιώντας τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης (55,7%-89,3% σύμφωνα με τις ερωτήσεις). Η σύγκριση των δύο ομάδων αποκάλυψε μια σημαντικά μεγαλύτερη ικανότητα εκπαιδευμένων μαθητών να περιγράψουν μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης ( $p < 0.005$ ) και να βελτιώσουν τη πιθανότητα της έγκαιρης ειδοποίησης ( $p < 0.0001$ ). Τα συμπεράσματα της έρευνας, κατέδειξαν υψηλή ικανότητα των μικρών

μαθητών να αφομοιώνουν βασικές δεξιότητες πρώτων βοηθειών ειδικά όταν εκπαιδεύονται από τους ίδιους τους δασκάλους τους.

Στην έρευνα τους οι Adams, Mazerolle, Casa, Huggins και Burton (2014), στην πολιτεία του Τέξας των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής εξέτασαν τις αντιλήψεις των προπονητών ποδοσφαίρου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την θερμοπληξία (exertional heat stroke-EHS) και την επαγγελματική τους σχέση με τους προπονητές. Χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μελέτη στη μεθοδολογία ενώ συμμετείχαν καθηγητές ποδοσφαίρου δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (37 άνδρες, 1 γυναίκα). Η μέση ηλικία τους ήταν  $47 \pm 10$  ετών και είχαν  $12 + 9$  χρόνια εμπειρίας ως προπονητής ποδοσφαίρου. Οι συμμετέχοντες απάντησαν ηλεκτρονικά σε μια σειρά από ερωτήσεις στο διαδίκτυο όπου επικεντρώθηκαν στην γνώση τους σχετικά με την θερμοπληξία (exertional heat stroke-EHS) καθώς για την και τις επαγγελματικές σχέσεις τους προπονητές ποδοσφαίρου. Η αξιοπιστία των δεδομένων δημιουργήθηκε μέσω τριγωνισμού πολλαπλών αναλυτών και αξιολόγησης από συναδέλφους καθηγητές ποδοσφαίρου δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με δανεισμό από τις αρχές μιας γενικής επαγωγικής προσέγγισης. Στα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψαν δύο κυρίαρχα θέματα: η αντιληπτή αυτοπεποίθηση του προπονητή της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και η επιρροή του προπονητή. Το πρώτο θέμα έδειξε την εμπιστοσύνη του προπονητή σχετικά με τη διαχείριση μιας κατάστασης έκτακτης ανάγκης, παρά την έλλειψη γνώσεων, λόγω της βασικής εκπαίδευσης σε θέματα έκτακτης ανάγκης. Στο δεύτερο θέμα παρουσιάστηκαν οι θετικές επαγγελματικές σχέσεις του προπονητή της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με τους προπονητές ποδοσφαίρου σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών αλλά και τις διαδικασίες έκτακτης ανάγκης. Από τους προπονητές ποδοσφαίρου που συμμετείχαν,

το 89% (34 από τους 38) έδειξαν θετικές αλληλεπιδράσεις με τους καθηγητές ποδοσφαίρου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Τα συμπεράσματα της έρευνας των Adams, Mazerolle, Casa, Huggins και Burton (2014), έδειξαν ότι αυτοί οι προπονητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που πήραν μέρος στην ποιοτική έρευνα δεν γνώριζαν τις πιθανές αιτίες της θερμοπληξίας ή τα συμπτώματα που σχετίζονται με αυτή και είχαν υψηλότερα αντιληπτά επίπεδα αυτοπεποίθησης στις ικανότητες διαχείρισης από ό, τι φανερώνεται από το επίπεδο γνώσεων τους.

Η έρευνα των Goel, Singh, Lal και Singh (2014), διερεύνησε τις γνώσεις και τις πρακτικές που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί για τη διαχείριση των επιληπτικών κρίσεων. Η έρευνα τους εξέτασε επίσης ένα εκπαιδευτικό πακέτο παρέμβασης επιληψίας για να διαπιστώσει εάν βελτίωσε τις γνώσεις και τις πρακτικές των εκπαιδευτικών σχετικά με την επιληψία. Μεθοδολογία : Συνολικά πήραν μέρος σε αυτή την έρευνα, 85 δάσκαλοι σε σχολεία από το Chandigarh, μια πόλη της βόρειας Ινδίας. Στην αρχή της έρευνας οι δάσκαλοι ολοκλήρωσαν ένα προκαταρκτικά ελεγμένο, ημι-δομημένο ερωτηματολόγιο σχετικά με τη διαχείριση πρώτων βοηθειών σε καταστάσεις επιληπτικών κρίσεων. Στη συνέχεια παρουσιάστηκε ένα πακέτο παρέμβασης που περιλάμβανε οπτικοακουστικό υλικό σχετικά με τις βασικές πτυχές της επιληψίας. Στη συνέχεια οι δάσκαλοι επανεξετάστηκαν πριν την παρέμβαση και μία αμέσως μετά την παρέμβαση. Δημιουργήθηκε ένα σύστημα βαθμολόγησης για την ποσοτικοποίηση της γνώσης και της στάσης και των δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών. Οι ερευνητές ανάμεσα σε άλλα, διαπίστωσαν στην έρευνα τους ότι περισσότερο από το 90% των εκπαιδευτικών είχε προηγουμένως ακούσει ή διαβάσει σχετικά με την επιληψία. Σχεδόν οι μισοί δάσκαλοι δήλωσαν ότι τα βιβλία και τα περιοδικά ήταν η πιο κοινή πηγή των πληροφοριών τους, ακολουθούμενη από το

διαδίκτυο. Η σύγκριση των γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων σχετικά με τη διαχείριση πρώτων βοηθειών της επιληψίας με βάση τα αποτελέσματα πριν και μετά το ερωτηματολόγιο έδειξε σημαντικές βελτιώσεις στους διάφορους τομείς ( $p < 0,05$ ). Σχεδόν οι μισοί δάσκαλοι δήλωσαν ότι τα βιβλία και τα περιοδικά ήταν η πιο κοινή πηγή των πληροφοριών τους, ακολουθούμενη από το διαδίκτυο. Η σύγκριση των γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων σχετικά με τη διαχείριση πρώτων βοηθειών της επιληψίας με βάση τα αποτελέσματα τόσο πριν όσο και μετά από το ερωτηματολόγιο, έδειξε σημαντικές βελτιώσεις στους διάφορους τομείς ( $p < 0,05$ ).

Σε άλλη μελέτη οι Li και συν. (2014), προσπάθησαν να αξιολογήσουν το βασικό επίπεδο των γνώσεων στις Πρώτες Βοήθειες και την συνολική τους στάση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό προσωπικό νηπιαγωγείων στη Σαγκάη της Κίνας. Μία διατομεακή μελέτη συλλέχθηκε από το εκπαιδευτικό προσωπικό των νηπιαγωγείων της Σαγκάης. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της διαστρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας για να αναγνωρίσουν το συγκεκριμένο θέμα. Ελήφθησαν δεδομένα από πολλαπλών απαντήσεων ερωτηματολόγιο. Έγινε μία τυποποιημένη συλλογή δημογραφικών στοιχείων και οι συμμετέχοντες απάντησαν στο προαναφερόμενο ερωτηματολόγιο για να καταγράψουν τις γνώσεις και τις στάσεις των στις Πρώτες Βοήθειες. Τα αποτελέσματα των 1067 ερωτηματολογίων κατέδειξαν: Μόλις 39 άτομα (3,7%) πέτυχε τις σωστές απαντήσεις. Ο αριθμός των σωστών απαντήσεων σε σχέση με τις ερωτήσεις κυμάνθηκε από το 16,5 % έως το 910,2%. Συγκεκριμένα στα θέματα που σχέση με την παροχή πρώτων βοηθειών για σπασμούς το 16,5% απάντησε σωστά, για χημικά τραύματα στα μάτια το 23%, σε εισπνεόμενα δηλητήρια το 27,6%, ενώ για θέματα πνιγμού, το 30,1%. Η ανάλυση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης κατέδειξε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία των μελών του εκπαιδευτικού προσωπικού των νηπιαγωγείων με περισσότερη εκπαίδευση δηλαδή σε

αυτούς που είχαν εκπαιδευτεί στις Πρώτες Βοήθειες, ήταν πάροχοι υγείας, ήταν νέοι εκπαιδευτικοί ή τέλος προέρχονταν από αγροτικές περιοχές. Όλο το προσωπικό συμφωνεί ότι η γνώση στις Πρώτες Βοήθειες είναι πολύ χρήσιμη. Η συντριπτική πλειοψηφία συμφωνεί ότι είναι πολύ βοηθητική και κυρίως σημαντική η γνώση πάνω σε θέματα παιδιατρικής πρώτων βοηθειών. Συμπερασματικά οι Li et all. (2012), κατέληξαν ότι το επίπεδο γνώσης ανάμεσα στο εκπαιδευτικό προσωπικό των νηπιαγωγείων στην Σαγκάη ήταν χαμηλό. Θεωρήθηκε επιτακτική ανάγκη τα μέλη των νηπιαγωγείων να εκπαιδευτούν τόσο σε πρακτικές εφαρμογής Πρώτων Βοηθειών όσο και στο να μπορούν να αναγνωρίζουν διάφορους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με συγκεκριμένους τραυματισμούς.

Οι Oyinlade, Oqunkule και Olanrewaju (2014), πραγματοποίησαν έρευνα για να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες υγείας σε ιδιωτικές και δημόσιες σχολικές μονάδες στη περιοχή Sagamu της νοτιοδυτικής Νιγηρίας. Κατά τη μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), που διεξήχθη σε ιδιωτικούς και δημόσιους βρεφονηπιακούς σταθμούς / σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο Sagamu της πολιτείας Ogun της νοτιοδυτικής Νιγηρίας. Συνολικά, 91 σχολεία, που επιλέχθηκαν τυχαία από τα 182 διαθέσιμα, περιλαμβάνονταν 53 ιδιωτικά νηπιαγωγεία / δημοτικά σχολεία, 22 δημόσια νηπιαγωγεία / δημοτικά σχολεία, 11 ιδιωτικά σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 5 δημόσια σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ελέγχθηκαν για τη διαθεσιμότητα των συστατικών στοιχείων των υπηρεσιών υγείας (school health service, SHS) και αξιολόγησαν την κλίμακα SHS με τη μέθοδο Evaluation Scale (SHSES). Τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας SPSS έκδοση 15.0. Οι κατηγορικές μεταβλητές αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας τεστ Chi-square. Το επίπεδο σπουδαιότητας θεωρήθηκε ότι ήταν  $P < 0,05$ .

Τα αποτελέσματα της ανωτέρω έρευνας κατέδειξαν, ότι μόνο ένα (1,1%) σχολείο επωφελήθηκε από τις υπηρεσίες ενός σχολικού γιατρού. Τα βασικά φάρμακα και τα υλικά για υπηρεσίες πρώτων βοηθειών ήταν διαθέσιμα σε 85 (93,4%) από τα σχολεία, ενώ μόνο τα 26 (28,6%) είχαν αναρρωτήριο. Τα ιδιωτικά σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν το υψηλότερο ποσοστό καλών βαθμολογιών αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας των σχολείων (63,6%), ενώ το 96,2% των ιδιωτικών δημοτικών σχολείων είχαν κακές βαθμολογίες αξιολόγησης στην υγειονομική περίθαλψη. Τα συμπεράσματα της παραπάνω ομάδας ερευνητών, έδειξαν ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και πρώτων βοηθειών σε αυτή τη περιοχή της Νιγηρίας δεν είναι ικανοποιητικές. Συνεπώς, είναι απαραίτητο όλοι οι φορείς των σχολείων στο Sagamu (ιδιωτικά και δημόσια) να παρέχουν τα υλικά και το προσωπικό που απαιτείται για την επίτευξη αποτελεσματικής υγειονομικής περίθαλψης (school health services, SHS) .

Οι Sonmez, Uskun και Pehlivan (2014), πραγματοποίησαν μελέτη αξιολογώντας το επίπεδο γνώσεων των νηπιαγωγών εκπαιδευτικών που εργάζονται στο κέντρο της επαρχίας Isparta στη Νοτιοδυτική Τουρκία σχετικά με τις βασικές πρακτικές πρώτων βοηθειών και ορισμένους παράγοντες που επηρέασαν αυτά τα επίπεδα γνώσης. Σε αυτήν την αναλυτική, επιπολασμού μελέτη πήραν μέρος 110 εκπαιδευτικοί νηπιαγωγοί της επαρχίας Isparta. Ένα ερωτηματολόγιο που αμφισβήτησε τις κοινωνικό-δημογραφικές ιδιότητες και το επίπεδο γνώσεων που σχετίζονται με τις πρακτικές πρώτων βοηθειών εφαρμόστηκε υπό την εποπτεία. Το επίπεδο γνώσης αξιολογήθηκε σε κλίμακα 20 σημείων. Στις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμές Kruskal-Wallis και Mann-Whitney U και η συσχέτιση του Spearman. Η μελέτη εγκρίθηκε από την Ηθική Επιτροπή Κλινικών Μελετών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Süleyman Demirel (αριθμός καταχώρισης: 105).



Η μέση βαθμολογία της γνώσης πρώτων βοηθειών των νηπιαγωγών εκπαιδευτικών βρέθηκε να είναι  $11,9 \pm 2,9$ . Τα λιγότερο γνωστά προβλήματα ήταν η πλύση της πληγής με σαπούνι και νερό μετά από ένα δάγκωμα σκύλου, οι πληροφορίες σχετικά με την αναγκαιότητα ακινητοποίησης παιδιού που έχει πέσει από υψηλό επίπεδο και του αριθμού τηλεφώνου του Εθνικού Κέντρου Πληροφοριών για την δηλητηρίαση (16,4%, 20,9% και 20,9%). 22,7%, αντίστοιχα). Οι βαθμολογίες των ατόμων έδειξαν ότι οι γνώσεις πρώτων βοηθειών ήταν σε ικανοποιητικότερο επίπεδο σε σύγκριση με τα άτομα των οποίων η γνώση πρώτων βοηθειών αξιολογήθηκε ως μέτρια ( $p=0.009$ ) και φτωχή ( $p=0.001$ ). Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι βαθμολογίες πρώτων βοηθειών δεν παρουσίαζαν σημαντική διαφορά όσον αφορά την ηλικία, την περίοδο εργασίας, την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών και την αντιμετώπιση μιας κατάστασης που απαιτούσε προηγουμένως πρώτες βοήθειες ( $p>0,05$  για όλες τις συγκρίσεις). Τέλος, διαπιστώθηκε λοιπόν ότι οι εκπαιδευτικοί νηπιαγωγοί δεν είχαν επαρκείς γνώσεις πρώτων βοηθειών. Δεδομένου ότι οι βαθμολογίες γνώσης πρώτων βοηθειών των ατόμων που δήλωσαν ότι είχαν προηγούμενη εκπαίδευση πρώτων βοηθειών πριν την μελέτη δεν παρουσίασαν σημαντική διαφορά, θεωρήθηκε ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης ήταν εξίσου σημαντική.

Οι Agbo, Envuladu, Hassan, Enokela και Zoakah (2015), πραγματοποίησαν μελέτη όπου καθόρισε τον επιπολασμό και τα είδη ιατρικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης σε 22 δημοτικά σχολεία περιοχής της Νιγηρίας και το επίπεδο ιδιοκτησίας των FAB (κυτίων πρώτων βοηθειών). Χρησιμοποιώντας τεχνική δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων, είκοσι δύο δημοτικά σχολεία μελετήθηκαν. Το ερωτηματολόγιο και ο κατάλογος ελέγχου ήταν τα μέσα συλλογής. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε Στατιστικό λογισμικό SPSS Έκδοση 16.0. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στα 22 δημοτικά σχολεία με συνολικό πληθυσμό 6.933

μαθητές το (27%) είχαν υποστεί μώλωπες, πτώσεις και εκδορές, το ( 22,7% ) πυρετό και σπασμούς και το (13,6%) πόνους στο στομάχι, πτώσεις και κατάγματα. Το (59,1%) είχαν First Aid Boxes (κυτία πρώτων βοηθειών). Κι από αυτό το (59,1%) το (45.5%) μόνο περιείχε το βασικό εξοπλισμό.

Οι Joseph και συν. (2015), πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό να προσδιορίσουν τη επίγνωση, τις στάσεις και τις πρακτικές των εκπαιδευτικών των σχολείων και των διαθέσιμων εγκαταστάσεων στα σχολεία όσον αφορά τη διαχείριση των πρώτων βοηθειών μιας και είναι οι πρώτοι που καλούνται να αντιμετωπίσουν έκτακτα περιστατικά. Τα δεδομένα ελήφθησαν από 146 εκπαιδευτικούς σε εννέα σχολεία στην επαρχία Mangalore της Ινδίας, κάνοντας χρήση του εργαλείου του ερωτηματολογίου. Τα σχολεία ελέγχθηκαν επίσης για εξοπλισμό πρώτων βοηθειών και τις παρεχόμενες εγκαταστάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως μόλις οι 69 εκπαιδευτικοί (47%) δηλαδή είχαν λάβει προηγούμενη εκπαίδευση. Η κακή και μέτρια γνώση των πρώτων βοηθειών παρατηρήθηκε μεταξύ 17 εκπαιδευτικών που είχαν λάβει προηγούμενη γνώση (13%) και 127 (87%) εκπαιδευτικών που δεν είχαν ξανά εκπαιδευτεί, αντίστοιχα. Μόνο οκτώ ήξεραν σωστά τη διαδικασία της κάρδιο αναπνευστικής αναζωογόνησης (CPR). Οι 96 από τους συμμετέχοντες (66%), ήταν διατεθειμένοι να διαχειρίζονται πρώτες βοήθειες εάν υπάρχει προηγούμενη εκπαίδευση. Οι 74 είχαν προσφέρει κάποια στιγμή πρώτες βοήθειες όταν ζητήθηκε στο σχολείο τους. Οι τραυματισμοί (36%) και τα καρδιακά επεισόδια (23%) συγκαταλέγονται στις καταστάσεις που απαιτούν διαχείριση των πρώτων βοηθειών στα σχολεία. Η αυτοπεποίθηση παροχής πρώτων βοηθειών έχει άμεση σχέση με την προηγούμενη εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες ( $p=0,001$ ). Υλικά πρώτων βοηθειών ήταν διαθέσιμα σε 5 από τα 9 σχολεία που πήραν μέρος στην έρευνα. Τα συμπεράσματα της προαναφερθείσας έρευνας κατέδειξαν, ότι το σημερινό επίπεδο

ικανοτήτων μεταξύ των εκπαιδευτικών στο Mangalore για τη διαχείριση των πρώτων είναι ανεπαρκές ώστε για να εξασφαλιστεί η παροχή άμεσης φροντίδας, Απαιτείται να ακολουθηθεί περιοδική εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στον τομέα των πρώτων βοηθειών.

Οι Lear, Hoang και Zyzanski (2015), στην έρευνα τους ανέφεραν περιστατικά ξαφνικής καρδιακής ανακοπής στα οποία χρησιμοποιήθηκαν αυτοματοποιημένοι εξωτερικοί απινιδωτές (Automated External Defibrillator AEDs) στα γυμνάσια του Οχάιο των Ηνωμένων Πολιτειών, και να αξιολογήσουν την εφαρμογή με AEDs των γυμνασίων του Οχάιου, δημοσιεύοντας παράλληλα κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με την εφαρμογή των (AED) αλλά και τα Σχέδια Επείγουσας Δράσης (Emergency Action Plan EAP) στα Γυμνάσια σχολεία. Κατά την μεθοδολογία που ακολούθησε στάλθηκε ερευνητικό ερωτηματολόγιο μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που βασίστηκε στο Διαδίκτυο σε 827 Αθλητικούς Διευθυντές σχολείων που ήταν μέλη της Αθλητικής Ομοσπονδίας Γυμνασίου του Οχάιο. Συνολικά 264 σχολεία (32%), ολοκλήρωσαν την έρευνα. Τα αποτελέσματα της διατμηματικής έρευνας, των ανωτέρω ερευνητών, αναφέρουν είκοσι πέντε επεισόδια εφαρμογής (AED) σε 22 σχολεία για μια περίοδο 11 ετών στα οποία πήραν μέρος 8 (32%) μαθητές και 17 (68%) ενήλικες. Το αναφερόμενο ποσοστό επιβίωσης ήταν 60% (n=15). Τα περισσότερα συμβάντα (n=20, 80%) τόσο σε μαθητές όσο και σε ενήλικες εμφανίστηκαν σε εγκαταστάσεις ή κοντά σε αθλητικές εγκαταστάσεις. Το ετήσιο ποσοστό χρήσης των (AED) ήταν 0,7%. Πενήντα τρία τοις εκατό (n=140) των σχολείων ανέφεραν ότι έχουν εφαρμόσει (Emergency Action Plan EAP) σε επεισόδια καρδιακής ανακοπής. Από τα σχολεία με EAP s, το 57% (n=80) ανέφεραν ότι είχαν κάνει δοκιμές. Τα συμπεράσματα υποστήριξαν την τοποθέτηση των (AED) στα γυμνάσια δεδομένης της συχνότητας χρήσης για την αιφνίδια καρδιακή ανακοπή και

την αναφερόμενη επιβίωση. Επίσης, πρότειναν την ανάγκη μεγαλύτερης ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης σχετικά με τα (EAP) και την ανάγκη διαμόρφωσης και εφαρμογής αυτών. Τα σχολεία θα πρέπει να είναι προετοιμασμένα για (EAP) ειδικά όταν πρόκειται να συμβούν αθλητικές εκδηλώσεις κοντά σε αθλητικές εγκαταστάσεις.

Οι Zinckernagel και συν. (2015), διερεύνησαν τα εμπόδια στην εφαρμογή της εκπαίδευσης CPR σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης της Δανίας. Η μελέτη αυτή βασίστηκε σε μεμονωμένες συνεντεύξεις αλλά και ομάδες καθηγητών αλλά και διευθυντών. Τα 8 σχολεία επιλέχθηκαν με τη χρήση στρατηγικών δειγματοληψιών για την επίτευξη μέγιστης διακύμανσης, συμπεριλαμβανομένων των σχολείων με ή χωρίς πρόσφατη εμπειρία στην εκπαίδευση CPR των μαθητών δημόσιων - ιδιωτικών σχολείων και σχολείων κοντά και μακριά από νοσοκομεία. Στη μελέτη πήραν μέρος 25 συμμετέχοντες, 9 Διευθυντές σχολείων και 16 εκπαιδευτικοί. Στα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικοί έκριναν ότι είναι σημαντικό για την εφαρμογή και τη βιωσιμότητα της κατάρτισης CPR οι εκπαιδευτικοί που διενεργούν CPR να έχουν λάβει πιστοποίηση. Ωστόσο, προτιμούσαν εκπαιδευτές από εξωτερικούς πιστοποιημένους οργανισμούς να εκπαιδεύσουν τους μαθητές, εκτός εάν οι εκπαιδευτικοί αποκτήσουν τις δεξιότητες CPR που θεωρούσαν αναγκαίες. Θεώρησαν ότι η εκπαίδευση CPR διαφέρει ουσιαστικά από άλλα διδακτικά αντικείμενα επειδή πρόκειται για ζήτημα ζωής και θανάτου και για το λόγο αυτό πίστευαν ότι απαιτούνται εξαιρετικές δεξιότητες για τη διεξαγωγή της εκπαίδευσης. Αυτό οφείλεται κυρίως στην ανασφάλεια τους για τις δικές τους ικανότητες παροχής CPR. Τα προγράμματα εκπαίδευσης CPR φάνηκαν να μειώνουν τις προσδοκίες των απαιτήσεων δεξιοτήτων για την εκπαίδευση CPR, αλλά μόνο μεταξύ εκείνων που ήταν εξοικειωμένοι με τέτοιου είδους εκπαιδευτικά προγράμματα. Για να

διευκολυνθεί η εφαρμογή της εκπαίδευσης στα σχολεία, είναι απαραίτητο να υπάρχουν σαφείς οδηγίες σχετικά με το επίπεδο επάρκειας γνώσεων ώστε να παρέχονται στους εκπαιδευτικούς αυτές οι δεξιότητες και να υπογραμμίζεται ότι δεν είναι απαραίτητες εκτεταμένες δεξιότητες για την παροχή CPR. Επιπλέον κρίνεται εξόχως σημαντικό να εξοικειωθούν οι δάσκαλοι με συνεχή εκπαιδευτικά προγράμματα CPR.

Το αντικείμενο της έρευνας των Al Enizi BA και συν. (2016), ήταν να προσδιοριστεί σε πρώτη φάση το σημερινό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων κάρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης (CPR) μεταξύ των καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην επαρχία Κασίμ της Σαουδικής Αραβίας.. Στην συνέχεια ήταν να εκτιμηθεί η στάση και η προθυμία τους να συμμετάσχουν σε εκπαίδευση κάρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης (CPR). Στην μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε μελέτη επιπολασμού η οποία διεξήχθη σε σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή Κασίμ το 2015. Τριάντα από 99 σχολεία επιλέχθηκαν τυχαία, δέκα καθηγητές από κάθε σχολείο. Οι εκπαιδευτικοί που πήραν μέρος συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Οι δοκιμασίες t-test χρησιμοποιήθηκαν για να εξετασθεί εάν οι συμμετέχοντες με προηγούμενη εκπαίδευση CPR ή προηγούμενες εμπειρίες ανάνηψης είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στη δοκιμασία δεξιοτήτων από ό, τι οι άνδρες χωρίς κατάρτιση ή εμπειρία. Τα αποτελέσματα της έρευνας, στην οποία έλαβαν μέρος 305 εκπαιδευτικοί από τους οποίους το 80% είχαν υπηκοότητα Σαουδικής Αραβίας καθώς και το 75,4% ήταν άνδρες ενώ το 66,5% ήταν ηλικίας μεταξύ 31 και 50 ετών έδειξαν, ότι μεταξύ των εκπαιδευτικών, το 35,7% είχε προηγουμένως ολοκληρώσει την εκπαίδευση στη κάρδιο-αναπνευστική αναζωογόνηση (CPR), αλλά συνολικά οι γνώσεις και οι ικανότητες στην κάρδιο - αναπνευστική αναζωογόνηση (CPR) ήταν χαμηλές (μέσος όρος=4,0 και τυπική

απόκλιση=1,62). Στην πραγματικότητα, οι μέσες βαθμολογίες δεν διέφεραν μεταξύ αυτών που είχαν κατάρτιση και εκείνων που δεν είχαν. Η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών ήθελε περισσότερη κατάρτιση (64,9%) και ήταν πρόθυμοι να παρακολουθήσουν νέα εκπαίδευση (78,4%). Τα συμπεράσματα της έρευνας των ανωτέρω ερευνητών, διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευτικοί της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των σχολείων της περιοχής Κασίμ στην Σαουδική Αραβία δεν διαθέτουν κατάρτιση (CPR) με αποτέλεσμα να κατέχουν λίγες γνώσεις ή δεξιότητες). Σε περίπτωση που οι υπάλληλοι της υγειονομικής περίθαλψης παρέχουν μελλοντική κατάρτιση σε σεμινάρια (CPR), οι εκπαιδευτικοί είναι πρόθυμοι και επιθυμούν να εκπαιδευτούν .

Σε πρόσφατη έρευνα των Calicchia και συν. (2016), είχαν θέσει ως σκοπό να παρουσιάσουν μία εμπειρία εκπαίδευσης σχετικά με την BLS (Basic Life Support and Defibrillation - Βασική Υποστήριξη Ζωής και Απινίδωση) που σχεδιάστηκε για μια ομάδα μαθητών σε ένα ιταλικό δημοτικό σχολείο, με αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της από απόσταση. Μέθοδοι: η αξιολόγηση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου πολλαπλής επιλογής σε δείγμα 130 μαθητών ηλικίας 11-12 ετών, 62 εκπαιδευμένων σε BLS και 68 ως ομάδας ελέγχου. Η εκπαιδευμένη ομάδα πραγματοποίησε επίσης μια προσομοίωση έκτακτης ανάγκης για να αξιολογήσει στη συνέχεια την εκμάθηση πρακτικών δεξιοτήτων. Αποτελέσματα: Χρησιμοποιώντας t-test προέκυψαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των εκπαιδευομένων. Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας δεξιοτήτων ήταν θετικά, ακόμη και για τους πιο δύσκολους χειρισμούς όπως το άνοιγμα των αεραγωγών, η αξιολόγηση της αναπνοής ή η χρήση ενός AED (Automated External Defibrillator - αυτόματος εξωτερικός απινιδωτής). Συμπεράσματα: Η εμπειρία σε σχολεία της Ιταλίας επιβεβαιώνει ότι η

διδασκαλία των παιδιών σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης είναι δυνατή, αποτελεσματική και διασκεδαστική. Παρόλο που εξακολουθούν να υπάρχουν κάποια ανοιχτά ερωτήματα σχετικά με την ικανότητα διατήρησης αυτών των δεξιοτήτων μεσοπρόθεσμα / μακροπρόθεσμα, η έρευνα δείχνει ότι οι μαθητές της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης μπορούν να διδαχθούν αποτελεσματικά τους ελιγμούς της ζωής. Το κρίσιμο ζήτημα είναι η ευαισθητοποίηση και η ενθάρρυνση της συμμετοχής άλλων παραγόντων (διευθυντές σχολείων, καθηγητές, τοπικοί διοικητικοί υπάλληλοι και γονείς) που παρουσιάζουν αντίσταση και δυσπιστία που είναι δύσκολο να ξεπεραστούν.

Οι Cuijpres, Bookelman, Kicken, Vries και Gorgels (2016), αναφέρουν ότι η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (CPR), στα σχολεία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης θα αυξήσει τον αριθμό των πιθανών παροχών CPR. Προς το παρόν υπάρχουν πολλοί λίγοι εκπαιδευτές. Ωστόσο η εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής και νοσηλευτικής και φοιτητών φυσικής αγωγής για να γίνουν εκπαιδευτές CPR θα μείωνε την έλλειψη αυτή. Στην έρευνα τους που πραγματοποιήθηκε στη Ολλανδική επαρχία του Limburg εξέτασαν αν οι φοιτητές της ιατρικής, νοσηλευτικής και οι φοιτητές της φυσικής αγωγής μπορούν να παρέχουν εκπαίδευση σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. 144 μαθητές ανατέθηκαν τυχαία σε εκπαιδευτές φοιτητές ιατρικής (n=17), φοιτητές φυσικής αγωγής (n=15) και νοσηλευτικής (n=12). Η απόδοση τους αξιολογήθηκε μετά την εκπαίδευση και μετά από οκτώ εβδομάδες σε ένα προσομοιωμένο σενάριο χρησιμοποιώντας ανδρείκελο ανάνηψης, χρήση βίντεο και λογισμικό ανδρείκελου. Στα αποτελέσματα της έρευνας δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων εκπαιδευτών σχετικά με τις συνολικές βαθμολογίες Cardiff Test και την ορθότητα των τεχνικών CPR τόσο κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης όσο και μετά

την εκπαίδευση. Όλοι οι μαθητές έδειξαν επαρκή ικανότητα στις πρακτικής CPR. Τα συμπεράσματα της έρευνας έδειξαν ότι η κατάρτιση από φοιτητές δεν είναι κατώτερη από ότι κάποιων πιστοποιημένων νοσοκόμων, γεγονός που υποδηλώνει πως μετά από την ανάλογη εκπαίδευση μπορούν να προσφέρουν τέτοιου είδους πρώτες βοήθειες ακόμα και οι ίδιοι οι εκπαιδευτικοί των σχολείων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Σε άλλη έρευνα, οι Kuroniyi, Amoran, Kuroniyi και συν. (2016), προσδιόρισαν τις διαθέσιμες υπηρεσίες σχολικής υγείας και τις πρακτικές της στα σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην πολιτεία Ogun της Δυτικής Νιγηρίας.

Κατά την μεθοδολογία της έρευνας έγινε συγκριτική συγχρονική έρευνα ιδιωτικών και δημόσιων δημοτικών σχολείων στην πολιτεία Ogun χρησιμοποιώντας μια τεχνική δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων. Οι συμμετέχοντες πραγματοποίησαν συνέντευξη χρησιμοποιώντας ένα δομημένο ερωτηματολόγιο και ένα κατάλογο ελέγχου. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας την έκδοση SPSS 15.0. Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 360 εκπαιδευτικοί επικεφαλής με συνολική μέση ηλικία  $45,7 \pm 9,9$  έτη. Περισσότεροι από τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων και στις δύο ομάδες (ομάδα δημόσιων και ομάδα ιδιωτικών σχολείων) δεν μπορούσαν να ορίσουν σωστά το πρόγραμμα υγείας. Τα 86 δημόσια σχολεία (47,8%) και τα 110 (61,1%) ιδιωτικά σχολεία δεν διέθεταν υγειονομικό προσωπικό ή εκπαιδευμένο προσωπικό σε θέματα υγείας, αλλά 57 δημόσια (31,7%) και 27 ιδιωτικά (15,0%) και σχολεία διέθεταν νοσοκόμα ( $\chi^2=17.122$ ,  $P=0.002$ ). Στο 95% περίπου των σχολείων, ο εκπαιδευτικός διενήργησε τακτική επιθεώρηση των μαθητών ενώ παράλληλα πραγματοποιήθηκε περιοδική ιατρική εξέταση για το προσωπικό και τους μαθητές σε μόνο 13 (7,2%) δημόσια και 31 (17,2%) ιδιωτικά σχολεία ( $\chi^2=8,398$ ,  $P=0,004$ ). Επίσης η πρακτική του σχολικού προγράμματος υγείας



εξαρτάται από την ηλικία ( $\chi^2=12.53$ ,  $P=0.006$ ) και την εθνικότητα των ερωτηθέντων ( $\chi^2=6.330$ ,  $P=0.042$ ). Τέλος χρησιμοποιώντας ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών, μόνο μία μεταβλητή (τύπος σχολείου) βρέθηκε να αποτελεί πρόβλεψη του προγράμματος για την υγεία των σχολείων. Τα συμπεράσματα της πρόσφατης αυτής έρευνας καταλήγουν ότι η πρακτική των διαφόρων υπηρεσιών υγείας των σχολείων ήταν κακή. Το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης που ήταν διαθέσιμο ήταν ανεπαρκές, αλλά η κατάσταση ήταν γενικά καλύτερη στα ιδιωτικά σχολεία. Οι υπηρεσίες υγείας των σχολείων είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να εφαρμοστούν σε ιδιωτικά σχολεία σε σύγκριση με το δημόσιο σχολείο. Η τακτική επιθεώρηση από τους δασκάλους ήταν η πιο κοινή μορφή εκτίμησης της υγείας. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει ότι πρέπει να απασχολείται υγειονομικός υπάλληλος για να καλυφθεί η υγεία των παιδιών στα σχολεία της Νιγηρίας .

Σε αυτή τη διαχρονική μελέτη οι Lukas και συν. (2016), σε διάστημα έξι ετών συνέκριναν δασκάλους σχολείων και ιατρούς ως εκπαιδευτές καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης για μαθητές. Επίσης διερεύνησαν κατά πόσο οι μαθητές που εκπαιδεύονται ετησίως και σε βάθος τριετίας διατηρούν τις δεξιότητες ανάνηψης και μετά τη λήξη της έρευνας . Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο κρατίδιο της Βόρειας Ρηνανίας-Βεστφαλίας της Γερμανίας αφού έλαβε έγκριση από το Επιμελητήριο του Ιατρικού Συλλόγου της Βεστφαλίας υπό την αιγίδα του Υπουργείου Σχολείων και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του κρατιδίου. Πήραν μέρος στην έρευνα 261 μαθητές Γυμνασίων λαμβάνοντας κατάρτιση από εκπαιδευμένους εκπαιδευτικούς ή από πιστοποιημένους εκπαιδευτές CPR. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα σταμάτησαν μετά από τρία χρόνια στη μια ομάδα και συνεχίστηκαν για έξι χρόνια στην άλλη ομάδα. Μετρήθηκαν οι γνώσεις στην ανάνηψη (ερωτηματολόγιο), ο ρυθμός συμπίεσης στο θώρακα (min-1), το βάθος συμπίεσης στο θώρακα (mm), το ρυθμό εξαερισμού (min-

1), τον όγκο εξαερισμού (mL) καθώς και την αυτοαποτελεσματικότητα (ερωτηματολόγιο). Η απόδοση τους αξιολογήθηκε μετά από 1 έως 3 και 6 χρόνια.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η εκπαίδευση αύξησε τις γνώσεις στις πρακτικές και στις δεξιότητες των μαθητών. Όταν οι εκπαιδευόμενοι εκπαιδεύτηκαν από τους εκπαιδευτικούς, οι μαθητές πέτυχαν καλύτερα αποτελέσματα, στη γνώση ( $92,86\% \pm 8,38$  έναντι  $90,10\% \pm 8,63$  από όταν εκπαιδεύτηκαν από τους πιστοποιημένους εκπαιδευτές,  $P=0,04$ ) καθώς και στον ρυθμό εξαερισμού ( $4,84 / \text{λεπτό} \pm 4,05$  έναντι  $3,76 / \text{λεπτό} \pm 2,37$ ,  $P=0,04$ ). Ενώ δεν υπήρξαν διαφορές όσον αφορά τον ρυθμό συμπίεσης στο θώρακα, το βάθος, στον όγκο εξαερισμού ή την αυτοαποτελεσματικότητα στο τέλος της μελέτης. Τέλος οι γνώσεις και οι δεξιότητες μετά από 6 χρόνια ήταν ισοδύναμες στην ομάδα με εκπαίδευση 6 ετών σε σύγκριση με την ομάδα 3ετούς εκπαίδευσης.

Διαπιστώθηκε δηλαδή πως οι εκπαιδευόμενοι εκπαιδευτικοί μπορούν να παρέχουν ικανοποιητική κατάρτιση εκπαίδευσης ανάνηψης στα σχολεία. Οι πιστοποιημένοι εκπαιδευτές δεν είναι οι μόνοι που μπορούν να προσφέρουν ικανοποιητικά CPR ενόσω είναι πιο εύκολο για τα σχολεία να εφαρμόσουν την εκπαίδευση για την ανάνηψη. Η τελική αξιολόγηση κατέδειξε ότι οι δεξιότητες ανάνηψης διατηρούνται ακόμα και όταν η εκπαίδευση διακόπτεται για 3 χρόνια.

Σε άλλη έρευνα οι Salciccioli και συν. (2016), αξιολόγησαν τις τρέχουσες πρακτικές της κατάρτισης Βασικής Υποστήριξης της Ζωής (Basic life support, BLS) στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του Λονδίνου.

Στην αρχή πραγματοποιήθηκε έλεγχος της εκπαίδευσης (BLS) στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του Λονδίνου. Τα δεδομένα εστάλησαν στα σχολεία με

ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και διεξήχθη μεταγενέστερη τηλεφωνική συνέντευξη με το εκπαιδευτικό προσωπικό το οποίο ήταν καταρτισμένο. Τα δεδομένα απόκρισης ήταν ανώνυμα και καταγράφηκαν ηλεκτρονικά. Η καθολική εκπαίδευση ορίστηκε ως οποιοδήποτε πρόγραμμα που παρέχει εκπαίδευση BLS σε όλους τους μαθητές του σχολείου. Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για να συνοψιστούν τα αποτελέσματα, τα οποία έδειξαν ότι σε δείγμα 65 σχολείων με εκτιμώμενο πληθυσμό 65396 μαθητών σε 19 από 32 δήμους του Λονδίνου, υπήρχαν 5 (8%) σχολεία που παρέχουν προγράμματα γενικής κατάρτισης Βασικής Υποστήριξης Ζωής (BLS) για τους μαθητές και επιπλέον 31 (48%) που προσφέρει εκπαίδευση ως μέρος ενός εξωσχολικού προγράμματος ή μιας επιλεγμένης ενότητας. Ένας αυτοματοποιημένος εξωτερικός απινιδωτής (Automated External Defibrillator AED) ήταν διαθέσιμος σε 18 (28%) σχολεία, μη διαθέσιμα σε 40 (61%) και 7 (11%) ανέφεραν ότι η παροχή τους (AED) είναι άγνωστη. Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι για να μην υπάρχει καθολικό πρόγραμμα εκπαίδευσης (BLS) είναι η απαίτηση για επιπλέον χρόνο διδασκαλίας (28%) καθώς και ότι η χρηματοδότηση δεν είναι διαθέσιμη για ένα τέτοιο πρόγραμμα (28%). Αναφορικά, υπήρξαν 5 μαθητές που πέθαναν από αιφνίδια καρδιακή ανακοπή κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών. Τα συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας κατέδειξαν ότι τα ποσοστά εκπαίδευσης Βασικής Υποστήριξης Ζωής (BLS) στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης του Λονδίνου είναι χαμηλά. Επίσης η πλειοψηφία των σχολείων δεν διαθέτει αυτοματοποιημένο εξωτερικό απινιδωτή (AED) σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν την ευκαιρία βελτίωσης της εκπαίδευσης (BLS) και της παροχής (AED).

Ο σκοπός της έρευνας των Siitonen, Hameen-Anttila, Karkkainen και Vainio (2016), ήταν να προσδιοριστεί εάν τα σχολεία στη χώρα της Φινλανδίας έχουν

κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση των φαρμάκων και να διερευνήσουν τις αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με τις πρακτικές διαχείρισης φαρμάκων και τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν αυτές τις πρακτικές χρησιμοποιώντας τη θεωρία οικολογικών συστημάτων του μοντέλου Bronfenbrenner ως πλαίσιο(η θεωρία του μοντέλου στηρίζεται στο γεγονός ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη ανάπτυξη). Κατά τη μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε διασταυρούμενη ταχυδρομική έρευνα από όλη τη χώρα της Φινλανδίας η οποία κάλυπτε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα καθηγητών (n=1700). Η έρευνα περιελάμβανε τμήματα σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές και τις πρακτικές για τη διαχείριση φαρμάκων, τις πεποιθήσεις σχετικά με τα φάρμακα και τις πληροφορίες σχετικά με τον ερωτώμενο και το σχολείο του ερωτώμενου. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι ανάλυσης. Τα αποτελέσματα: το ποσοστό απόκρισης ήταν 56% (928/1664). Σε εθνικό επίπεδο οι εκπαιδευτικοί ανέφεραν αβεβαιότητα σχετικά με τους υφιστάμενους νόμους και τις κατευθυντήριες γραμμές, ενώ σε τοπικό επίπεδο, οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί ανέφεραν ότι γνώριζαν τις κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση των φαρμάκων (73% στην πρωτοβάθμια και 76% στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση). Όμως, η πλειοψηφία των εκπαιδευτικών αναφέρει κατευθυντήριες γραμμές που τους καθοδηγούν να μην χορηγούν φάρμακα σε μαθητές. Οι πρακτικές χορήγησης και διαχείρισης φαρμάκων βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με την επαρχία και το μέγεθος του σχολείου. Σε προσωπικό επίπεδο, οι πρακτικές επηρεάστηκαν επίσης από την εμπειρία των εκπαιδευτικών και τις απόψεις τους σχετικά με τα φάρμακα.

Τα συμπεράσματα της έρευνας στα σχολεία της σκανδιναβικής αυτής χώρας, έδειξαν ότι δεν υπάρχουν οδηγίες στα σχολεία της Φινλανδίας για χορήγηση φαρμάκων από τους εκπαιδευτικούς στους μαθητές. Για να εξασφαλιστεί η σωστή

διαχείριση φαρμάκων, το προσωπικό του σχολείου χρειάζεται εκπαίδευση, σαφή και συνεπή καθοδήγηση που αναπτύσσεται σε συνεργασία μεταξύ διαφόρων επαγγελματιών και διερεύνηση τρόπων συμμετοχής των φαρμακοποιών σε αυτό το καθήκον.

Σε έρευνα από τους Takamura και συν. (2016), και έχοντας εισάγει από το 2004 η κυβέρνηση αυτόματους ηλεκτρονικούς απινιδωτές (Automated External Defibrillator AED) σε όλα τα σχολεία της Ιαπωνίας καθώς και τη διδασκαλία της βασικής υποστήριξης ζωής (Basic Life Support BLS), εξέτασαν την ποιότητα της εκπαίδευσης τόσο στην διδασκαλία της βασικής υποστήριξης ζωής (Basic Life Support BLS), όσο και στην εγκατάσταση αυτόματων ηλεκτρονικών απινιδωτών (Automated External Defibrillator AED).

Κατά την μεθοδολογία της έρευνας τους που διεξήχθη στο νομό Ishikawa της Ιαπωνίας σε όλα τα σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το 2016, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο για να αξιολογηθεί η εκπαίδευση BLS και η εγκατάσταση AED και αποτελέσματα αναλύθηκαν με τη χρήση περιγραφικών στατιστικών και  $\chi^2$ -τεστ (Pearson chi-squared test).

Τα αποτελέσματα: Συνολικά, 195 σχολεία από τα 315 (62%) απάντησαν, εκ των οποίων το 38% εισήγαγε εκπαίδευση βασικής υποστήριξης ζωής (Basic Life Support BLS), για παιδιά. Η εκπαίδευση (BLS) πραγματοποιήθηκε σε μικρότερο ποσοστό των δημοτικών σχολείων (18%) από ότι τα γυμνάσια (86%). Περισσότερο από το 90% του προσωπικού της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης είχε υποβληθεί σε εκπαίδευση (BLS) τα προηγούμενα 2 χρόνια. Οι πιο συνηθισμένες τοποθεσίες εφαρμογής του αυτόματου ηλεκτρονικού απινιδωτή (Automated External Defibrillator AED) ήταν το γυμναστήριο (32%) ακολουθούμενο από την αίθουσα υποδοχής (28%), την αίθουσα

του προσωπικού (25%) και ιατρείο (12%). Οι λόγοι για τον εντοπισμό της τοποθεσίας ήταν ότι ήταν προφανές (34%), βολικό για το προσωπικό (32%), μπορούσε να χρησιμοποιηθεί εκτός ωρών (17%) και το ότι ήταν πιθανότερο σημείο για καρδιακή προσβολή (15%). Περίπου το 18% των σχολείων ανέφερε ότι χρειάζονται > 5 λεπτά για να φτάσουν στο χώρο της τοποθεσίας του (AED) από το απώτατο σημείο.

Τα συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας, έδειξαν ότι η εκπαίδευση (BLS), η θέση που είναι τοποθετημένος ο (AED) και η κατανόηση και των δύο δεν επαρκούν για να σωθούν αποτελεσματικά οι ζωές των παιδιών. Οι αρχές πρέπει να υποβάλλουν συστάσεις σχετικά με τον σωστό αριθμό (AED) και την τοποθεσία τους και να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες για τη βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης (BLS) στα σχολεία.

Η έρευνα των Al Alooia, Saba, Nissen, Alewairdhi, Alaloola και Saini (2017), είχε σκοπό να αναπτύξει, να εφαρμόσει και να αξιολογήσει τις επιπτώσεις ενός σχολικού εκπαιδευτικού προγράμματος πρώτων βοηθειών για τη κρίση άσθματος σχετικά με τη συνειδητοποίηση και την επάρκεια γνώσεων και παροχής πρώτων βοηθειών του άσθματος των δασκάλων της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στη Σαουδική Αραβία .

Στην μεθοδολογία της έρευνας εφαρμόστηκε ένα πρόγραμμα εκπαιδευτικής παρέμβασης για το άσθμα με τίτλο «Πρόγραμμα Δράσης για το Άσθμα του Σχολείου», (School asthma action program (SAAP), όπου σχεδιάστηκε με βάση τις παιδαγωγικές αρχές και εφαρμόστηκε μεταξύ των εκπαιδευτικών που επιλέχθηκαν τυχαία από δημοτικά σχολεία κοριτσιών στο Ριάντ της Σαουδικής Αραβίας. Χρησιμοποιήθηκε πιλοτική μελέτη με πειραματικό σχεδιασμό πριν από την δοκιμή / μετά την δοκιμή

(pre-test/post-test). Στη συνέχεια δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις προσαρμοσμένες σχετικά με το άσθμα και ένα προσαρμοσμένο φύλλο βαθμολογίας για την καταλληλότητα του άσθματος. Αξιολογήθηκαν οι επιπτώσεις του εκπαιδευτικού προγράμματος παρέμβασης και οι γνώσεις των δασκάλων στην παροχή πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις που σχετίζονται με το άσθμα στα σχολεία. Τα αποτελέσματα: πήραν μέρος στη έρευνα σαράντα επτά καθηγητές από πέντε διαφορετικά δημοτικά σχολεία της περιοχής του Ριάντ. Από τους 47 εκπαιδευτικούς, οι 39 συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια πριν και μετά το πρόγραμμα. Το «Πρόγραμμα Δράσης για το Άσθμα του Σχολείου», school asthma action program (SAAP), βελτίωσε τη γνώση των εκπαιδευτικών σχετικά με το άσθμα (η μέση βαθμολογία πριν το πρόγραμμα των εκπαιδευτικών ήταν 11 (εύρος 5-18) και η βαθμολογία τους μετά το πρόγραμμα ήταν 15 (εύρος 7-18),  $p < 0,001$ ). Η δε στάση τους απέναντι στη διαχείριση του άσθματος τα σχολεία (η μέση βαθμολογία πριν το πρόγραμμα των εκπαιδευτικών ήταν 74 (εύρος 15-75) και η βαθμολογία τους μετά το πρόγραμμα ήταν 75 (εύρος 15-75),  $p = 0,043$ ).

Ακόμα βελτιώθηκε η ικανότητα των εκπαιδευτικών να παρέχουν παρεμβάσεις πρώτων βοηθειών που σχετίζονται με το άσθμα (η βαθμολογία πριν το πρόγραμμα των εκπαιδευτικών ήταν  $1,4 \pm 2,3$  και η μέση βαθμολογία μετά το πρόγραμμα ήταν  $9,8 \pm 0,5$ ,  $p < 0,001$ ). Μετά την ολοκλήρωση του «Πρόγραμμα Δράσης για το Άσθμα του Σχολείου», school asthma action program (SAAP), ένα υψηλό ποσοστό εκπαιδευτικών ανέφερε αυξημένη εμπιστοσύνη στην παροχή πρώτων βοηθειών στα παιδιά με άσθμα στο σχολείο.

Άρα τα συμπεράσματα της έρευνας απέδειξαν μια σημαντική παράμετρο, ότι δηλαδή τα σχολικά προγράμματα εκπαίδευσης για το άσθμα μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με το άσθμα αυξάνοντας την εμπιστοσύνη για

τις ικανότητες τους να παρέχουν παρεμβάσεις πρώτων βοηθειών σε περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών κρίσεων άσθματος σε παιδιά στο σχολείο.

Στην έρευνα τους οι Bakke και Schwebs (2017), αποσκοπούσαν στον προσδιορισμό του χρόνου που αφιερώνεται στην εκπαίδευση πρώτων βοηθειών, τα μέτρα πρώτων βοηθειών που διδάσκονται και ποιοι είναι οι παράγοντες που παρεμποδίζουν τους εκπαιδευτικούς να παρέχουν την ποσότητα και την ποιότητα της εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών που θέλουν να πραγματοποιήσουν στους μαθητές τους. Διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο και ολοκληρώθηκε σε ένα σύνολο 579 εκπαιδευτικών. Συνολικά 225 διδάσκουν στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση (επίπεδα 1-7), 161 στο κατώτερο επίπεδο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (επίπεδα 8-10), 69 σε ανώτερο επίπεδο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (επίπεδα 11-13), και 170 διδάσκουν σε επαγγελματικά τύπου σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (επίπεδα 11-13).

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι κατά μέσο όρο δίδαξαν δύο μαθήματα το έτος. Η καρδιοπνευμονική ανάνηψη (CPR) διδάχθηκε από το 64% των καθηγητών, η ελεύθερη θέση των αεραγωγών και η θέση ανάκαμψης κατά 69% και η διακοπή της σοβαρής αιμορραγίας κατά 51%. Η αναγνώριση της καρδιακής προσβολής και του εγκεφαλικού επεισοδίου διδάχθηκε με ποσοστό 25% και 23% αντίστοιχα.

Οι κύριοι παράγοντες που οι εκπαιδευτικοί αντιλήφθηκαν ότι περιορίζουν την ποιότητα της εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών ήταν οι ανεπαρκείς στόχοι μάθησης στο πρόγραμμα σπουδών, έλλειψη ασφαλούς εκπαίδευσης στην καρδιοπνευμονική ανάνηψη (CPR) και τέλος η έλλειψη εκπαίδευσης και κατάρτισης ως εκπαιδευτές πρώτων βοηθειών.

Συμπερασματικά, οι Νορβηγοί εκπαιδευτικοί παρέχουν στους μαθητές, σπουδαστές τους μια αξιόλογη εκπαίδευση πρώτων βοηθειών. Παρόλα, αυτά πολλά από τα



δυναμικά μέτρα διάσωσης δεν καλύπτονται επαρκώς. Το πρόγραμμα σπουδών πρέπει να περιέχει πρώτες βοήθειες, αλλά επίσης να διευκρινίζει τι μέτρα πρώτων βοηθειών πρέπει να διδάσκονται. Η εκπαίδευση πρώτων βοηθειών των εκπαιδευτικών θα πρέπει να τους προετοιμάζει κατάλληλα για να είναι και εκείνοι εκπαιδευτές πρώτων βοηθειών.

Στην συγχρονική μελέτη των Awad και συν. (2017), εκτιμήθηκε το επίπεδο γνώσης και στάσης των εκπαιδευτικών δημοτικού σχολείου σχετικά με τραυματικές οδοντικές βλάβες (traumatic dental injuries -TDI)

Στην μεθοδολογία ένα ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 330 δασκάλους δημοτικών σχολείων σε 30 τυχαία επιλεγμένα σχολεία στα Εμιράτα του Sharjah του Ντουμπάι. Το ερωτηματολόγιο συγκέντρωσε πληροφορίες σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, την εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες και τη στάση τους σχετικά με τη διαχείριση έκτακτων περιστατικών σε οδοντικούς τραυματισμούς σε σχολεία της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην ασιατική αυτή περιοχή, έδειξαν ότι 292 εκπαιδευτικοί (88%) ολοκλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Το 95% από αυτά συμπληρώθηκαν από γυναίκες ενώ το 50% των συμμετεχόντων είχε εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες. Οι γνώσεις σχετικά με τη θωράκιση των δοντιών ήταν ανεπαρκείς και η εκπαίδευση πρώτων βοηθειών δεν συσχετίστηκε με τις σωστές απαντήσεις στη διαχείριση των τραυματισμών των δοντιών ( $p>0,05$ ). Ένα σημαντικό υψηλότερο ποσοστό νεότερων εκπαιδευτικών ( $p<0,05$ ) εξέφρασε την ανάγκη για μελλοντική εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση των τραυματισμών δοντιών. Ένα σημαντικό υψηλότερο ποσοστό συμμετεχόντων –δασκάλων (95%) δήλωσαν ότι δεν

είχαν επαρκείς γνώσεις σχετικά με τους οδοντικούς τραυματισμούς σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής (79%) και τους διευθυντές (87%) ( $p < 0,05$ ).

Συμπερασματικά, στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι δάσκαλοι των δημοτικών σχολείων στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα έχουν χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη διαχείριση του οδοντικού τραύματος. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται στο οδοντικό τραυματισμό είναι απαραίτητα και θα μπορούσαν να βελτιώσουν το επίπεδο γνώσεων των δασκάλων του δημοτικού σχολείου στη διαχείριση έκτακτων περιστατικών οδοντικών τραυματισμών.

Στόχος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Johnson, Norcross, Bonbjerg, Hoffman, και Koester (2017), ήταν να καθοριστεί εάν τα γυμνάσια της Πολιτείας του Όρεγκον των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής είχαν εφαρμόσει τις 3 παρακάτω συστάσεις σε κατάσταση εφαρμογής σχεδίων δράσης έκτακτης ανάγκης όπως είναι :α) η πρόσβαση σε πρώιμη απινίδωση και οι πρώτοι ανταποκριτές β) ειδικοί προπονητές εκπαιδευμένοι σε καρδιοπνευμονική ανάνηψη και αυτοματοποιημένη χρήση εξωτερικού απινιδωτή (Automated External Defibrillator) και γ) αν τα σχολεία με πιστοποιημένο αθλητικό εκπαιδευτή (athletic trainer) ήταν πιο πιθανό να το έχουν κάνει.

Κατά την μεθοδολογία χρησιμοποιήθηκε διατομεακή μελέτη (cross-sectional-study) Χρησιμοποιήθηκαν ακριβείς δοκιμές Chi-square και Fisher για να αναλυθούν οι συσχετισμοί μεταξύ ετοιμότητας έκτακτης ανάγκης και διαθεσιμότητας αθλητικού εκπαιδευτή (athletic trainer).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καταρχήν συνολικά 108 ερωτηθέντες υπεύθυνοι αθλητικών δραστηριοτήτων (ποσοστό ανταπόκρισης 37%) ολοκλήρωσαν την έρευνα. Ακριβώς οι μισοί από αυτούς ανέφεραν ότι είχαν διαθέσιμο αθλητικό εκπαιδευτή.

Μόνο το 11% των σχολείων είχε εφαρμόσει και τις 3 συστάσεις, το 29% υλοποίησαν 2, 32% είχε εφαρμόσει 1, και 27% δεν είχαν εφαρμόσει καμία από τις συστάσεις. Η διαθεσιμότητα των αθλητικών εκπαιδευτών συσχετίστηκε με την εφαρμογή των συστάσεων ( $\chi^2=10,3$ ,  $P=0,02$ ) και το ποσοστό των σχολείων με αθλητικό εκπαιδευτή αυξήθηκε με τον αριθμό των εφαρμοζόμενων συστάσεων ( $\chi^2=9,3$ ,  $P<0,01$ ). Τα σχολεία με αθλητικό εκπαιδευτή είχαν περισσότερες πιθανότητες να εφαρμόσουν συγκεκριμένα σχέδια δράσης έκτακτης ανάγκης (52% έναντι 24%,  $P <0,01$ ) και να έχουν διαθέσιμα εξωτερικό απινιδωτή για πρόωρη απινίδωση (69% έναντι 44%,  $P = 0,02$ ) αλλά όχι πιο πιθανό να απαιτούν αθλητικό εκπαιδευτή (33% έναντι 28%,  $P = 0,68$ ).

Τα συμπεράσματα της έρευνας ανέδειξαν την σημαντική παράμετρο, ότι παρά τις συστάσεις βέλτιστης πρακτικής, τα περισσότερα σχολεία της περιοχής του Όρεγκον ήταν ανεπαρκώς προετοιμασμένα για έκτακτες ανάγκες σε αθλήματα. Τα σχολεία με αθλητικό εκπαιδευτή ήταν πιθανότερο να εφαρμόσουν ορισμένες, αλλά όχι όλες, τις συστάσεις. Απαιτούνται αλλαγές πολιτικής για τη βελτίωση της εφαρμογής των βέλτιστων πρακτικών.

Οι Nelson Miguel Galindo Neto και συν. (2017), διαπίστωσαν στην μελέτη τους την ανάγκη ύπαρξης εγχειριδίου βασικής εκπαίδευσης Πρώτων Βοηθειών για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης σε νηπιαγωγούς και δασκάλους εκπαιδευτικούς . Η επικύρωση του περιεχομένου και η αξιολόγηση έγινε από 22 ειδικούς και 22 καθηγητές. Η επικύρωση περιεχομένου δημιουργήθηκε με βάση το Δείκτη Ισχύος Περιεχομένου και ήταν υψηλότερο από 0,8, ενώ για την αναλογία συμφωνίας μεταξύ των εμπειρογνομόνων χρησιμοποιήθηκε διωνυμικός έλεγχος(ποσοστό επιτυχίας) θεωρώντας το  $p$  ίσο ή μεγαλύτερο από 0,8. Το εκπαιδευτικό φυλλάδιο που περιέχε 44 σελίδες αφορά τις διαδικασίες πρώτων βοηθειών που πρέπει να εκτελούνται για 15

προβλήματα υγείας. Όλα τα στοιχεία θεωρήθηκαν σχετικά και ο δείκτης επιπέδου περιεχομένου παρουσίασε μέση τιμή 0,96. Το φυλλάδιο εγκρίθηκε από τους δασκάλους με δείκτη συμφωνίας 1.0. Το φυλλάδιο αναπτύχθηκε και επικυρώθηκε για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τη νοσηλευτική στην εκπαίδευση υγειονομικής περίθαλψης με εκπαιδευτικούς σχετικά με τις διαδικασίες πρώτων βοηθειών στα σχολεία. Επίσης μπορεί να συμβάλει στη μεθοδολογική απόφαση των επαγγελματιών που ασχολούνται με την εκπαίδευση για την υγεία να δημιουργήσουν εκπαιδευτικές τεχνολογίες σε διάφορους τομείς.

Οι Schneider, Meeteer, Nolan και Campbell (2017), διεξήγαν έρευνα για να προσδιορίσουν το επίπεδο εφαρμογής των διαδικασιών ετοιμότητας έκτακτης ανάγκης και των διοικητικών διαδικασιών για την παροχή της κατάλληλης ιατρικής κάλυψης στο αθλητικό γυμνάσιο της Δυτικής Βιρτζίνια. Πήραν μέρος στην έρευνα όλα τα δημόσια σχολεία της περιοχής της Δυτικής Βιρτζίνια. Μια ηλεκτρονική έρευνα στάλθηκε στον Διευθυντή του κάθε γυμνασίου με οδηγίες ότι ένας Διευθυντής ή επαγγελματίας του αθλητικού ιατρείου θα ολοκλήρωναν την έρευνα. Συνολικά, 62 άτομα απάντησαν στην έρευνα (ποσοστό ανταπόκρισης 49,6%). Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ήταν Διευθυντές (92%), ακολουθούμενοι από αθλητικούς διαχειριστές (8%).

Αξιολογήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των σχολείων, συμπεριλαμβανομένου του μεγέθους και της αγροτικής ανάπτυξης. Πρόσθετα μέτρα αξιολόγησαν την ανάπτυξη και την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου διοικητικού συστήματος αθλητικής υγειονομικής περίθαλψης καθώς και την ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συνολικού σχεδίου έκτακτης ανάγκης. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων ανέφερε ότι υπήρχε ένα έντυπο συγκατάθεσης για τους μαθητές αθλητές (91%) αφού είναι απαίτηση η πλήρης ασφάλιση για οποιαδήποτε συμμετοχή (80%). Το ένα τρίτο των ερωτηθέντων

(33%) ανέφεραν ότι όλα τα μέλη του προπονητικού προσωπικού είχαν πιστοποιηθεί στις πρώτες βοήθειες και καρδιακή πνευμονική ανάνηψη (CPR) και το 31% δήλωσε «ποτέ» όταν ρωτήθηκε αν όλοι οι προπονητές έπρεπε να πιστοποιούνται στην καρδιακή πνευμονική ανάνηψη CPR. Όταν ερωτήθηκαν εάν υπήρχε ένα γραπτό σχέδιο δράσης έκτακτης ανάγκης, Emergency action plan (EAP), που περιγράφει τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθούνται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης κατά τη διάρκεια της αθλητικής συμμετοχής, το 36% απάντησε «ποτέ» και το 38% απάντησε «πάντα». Τέλος όταν ρωτήθηκαν για συγκεκριμένους περιορισμούς κυρίως για την υγειονομική περίθαλψη στους αθλητές, τα τρία κύρια θέματα που εντοπίστηκαν στην ποιοτική ανάλυση ήταν η έλλειψη χρηματοδότησης, η έλλειψη πιστοποιημένου ιατρικού προσωπικού και η αδυναμία εξεύρεσης πιστοποιημένου ιατρικού προσωπικού σε μια αγροτική περιοχή.

Τα συμπεράσματα της έρευνας επιβεβαίωσαν τα αναμενόμενα εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη των μαθητών αθλητών γυμνασίου στη Δυτική Βιρτζίνια, και συγκεκριμένα την έλλειψη οικονομικών πόρων που διατίθενται στα αγροτικά σχολεία. Στην συγκεκριμένη περίπτωση για να αποφευχθεί μια απειλητική για τη ζωή έκτακτη ανάγκη ή ενδεχομένως ξαφνικός καρδιακός θάνατος, η προετοιμασία και ο σχεδιασμός για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης πρέπει να αποτελούν ουσιαστικό σκοπό των αθλητικών προγραμμάτων των γυμνασίων. Διαπιστώθηκε έλλειμμα εξειδικευμένου προσωπικού αλλά και της απαιτούμενης χρηματοδότησης. Η απαίτηση της παροχής πρώτων βοηθειών και πιστοποίησης CPR για εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής, προπονητές και η απαίτηση ενός σχεδίου δράσης έκτακτης ανάγκης (Emergency Action Plan- EAP) είναι δύο βήματα που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την υγειονομική περίθαλψη που παρέχεται στους μαθητές αθλητές. Αυτά είναι απλά

και οικονομικά βήματα που βελτιώνουν την ασφάλεια των μαθητών αθλητών τόσο σε αγροτικές όσο και σε μη αγροτικές περιοχές.

### ***Συμπεράσματα***

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε ότι τα τελευταία χρόνια στα σχολεία έχουν συμβεί αρκετοί σοβαροί τραυματισμοί, ενώ οι Εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής βρέθηκαν αντιμέτωποι πολλών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Επίσης, από την ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι οι γνώσεις για θέματα που αφορούν άμεση φροντίδα σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, είναι ανεπαρκείς, γεγονός που επιτείνει την ανάγκη για συνεχή ενημέρωση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν με θετικότερο τρόπο τις καταστάσεις επείγουσας βοήθειας.

Διαπιστώθηκε ακόμη ότι έρευνες με διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών με εκπαιδευτική παρέμβαση λείπουν. Η παρούσα διατριβή θα καλύψει ένα σημαντικό χώρο, αφού σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης οι Εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής είναι εκείνοι που δίνουν άμεσες πρώτες βοήθειες, είτε γιατί είναι παρόντες στη σκηνή του τραυματισμού, είτε γιατί καλούνται από άλλους συναδέλφους τους που δεν έχουν τις γνώσεις να ενεργήσουν.

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος – Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Hahn, Noland, Rayens και Christie, (2002).	Αποτελεσματικότητα της κατάρτισης και της πιστότητας της εφαρμογής του προγράμματος εκπαίδευσης δεξιοτήτων ζωής  The journal of school health, 72(7), 282-287	Να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα ενός μοντέλου για τη διάδοση του Hahn, Noland, Rayens και Christie (2002) (Life Skills Training - LST) στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Παρατήρηση & Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια	44 εκπαιδευτές και 45 δασκάλους από 16 κομητείες του Kentucky των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.	-Εξέταση για την πιστότητα στην εφαρμογή του προγράμματος -Διερεύνηση παραγόντων με τη συμμετοχή στην εκπαίδευση και την εφαρμογή του προγράμματος	-Η πιστότητα στην εφαρμογή ήταν σχετικά υψηλή - Έδειξαν μεγαλύτερη προσήλωση προς το συγκεκριμένο πρόγραμμα από όσους δεν έκαναν τίποτα πέρα από την εκπαίδευσή τους
Sosada, Zurawinski, Stepien, Makarska και Myrcik, (2002).	Αξιολόγηση της γνώσης των δασκάλων και των μαθητών λυκείου στη Σιλεσία σχετικά με τις αρχές των Πρώτων Βοηθειών Wiadomosci Lekarskie journal , page at Pub Med Journals, 55(1), 883-889	Να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων στην παροχή πρώτων βοηθειών τόσο σε δείγμα μαθητών όσο και δασκάλων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια	227 μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης 79 εκπαιδευτικοί δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην περιοχή του Κατοβίτσε, Πολωνία	-Εξέταση γνώσεων στη Βασική Υποστήριξη Ζωής	- Διαπιστώθηκε ότι η γνώση των μαθητών και των δασκάλων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι ανεπαρκής στην εκτέλεση βασικής υποστήριξης της ζωής - Τέτοιου είδους εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να συνδέονται με ανάλογα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης
Abernethy, Mac-Auley, Mac-Nally και Mac-Cann, (2003).	Άμεση φροντίδα στους σχολικούς τραυματισμούς 9 (3), 270–273.	- Να διαπιστωθεί η τρέχουσα διαχείριση σε αθλητικούς τραυματισμούς -Ο βαθμός ετοιμότητας και το επίπεδο εκπαίδευσης των Εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια	333 μετά-δημοτικό σχολεία της Β. Ιρλανδίας	-Διαχείριση πιθανών σεναρίων τραυματισμών -Γνώση στην βασική κατάρτιση υποστήριξης της ζωής	- Δυνητικά σοβαρά προβλήματα διαχείρισης σε πιθανούς τραυματισμούς -Σοβαρή έλλειψη στην φροντίδα τραυματισμών - Ανάγκη για εκπαίδευση στην βασική κατάρτιση υποστήριξης της ζωής

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Stergioulas, A. (2006)	Εκπαίδευση Καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στους Έλληνες Καθηγητές Φυσικής Αγωγής. <i>Biology of Exercise</i> , 2, 5-10	Να διαπιστωθεί το επίπεδο γνώσεων σχετικά με την Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ)	Ερωτηματολόγιο	432 καθηγητές Φυσικής αγωγής	Γνώσεις πρώτων βοηθειών	Οι συμμετέχοντες στη έρευνα εξέφρασαν την αναγκαιότητα για περαιτέρω εκπαίδευση τους σε θέματα με αυτό το περιεχόμενο
Olympia, Dixon, Brady και Avner, (2007).	Σχεδιασμός έκτακτης ανάγκης στον σχολικό αθλητισμό: Εθνική έρευνα των αθλητικών εκπαιδευτών. <i>Pediatric Emergency Care</i> , 23(10), 703-708	Να εξεταστεί ο βαθμός ετοιμότητας των Αθλητικών Εκπαιδευτών των σχολείων για να ανταποκριθούν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που σχετίζονται με σχολικό αθλητισμό.	-Τυχαία δειγματοληψία	Παρελήφθησαν 643 ερωτηματολόγια Ηνωμένες Πολιτείες	-Διαχείριση στιγμών έκτακτης ανάγκης, -Τα προληπτικά μέτρα για την αποφυγή πιθανών καταστάσεων άμεσης ανάγκης που συνδέονται με τον αθλητισμό -Άμεση διαθεσιμότητα εξοπλισμού επείγουσας ανάγκης.	- Το 70% των σχολείων έχει ένα Γραπτό Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης (Written Emergency Plan, WEP), αν και το 36% των σχολείων με (WEP) δεν εφαρμόζει το σχέδιο. -Τα αθλήματα που έχουν υψηλότερα ποσοστά θανάτων / τραυματισμών με βάση τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, όπως ο χόκεϊ επί πάγου και η γυμναστική, είχαν, σύμφωνα με τα στοιχεία, είχαν λιγότερη κάλυψη από αθλητικούς εκπαιδευτές -Πολλά σχολεία εφαρμόζουν το Γραπτό Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης (Written Emergency Plan, WEP)
Yurumez, Yavuz, Saglam, Koken και Tunay, (2007).	Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων πρώτων βοηθειών και βασικής υποστήριξης της ζωής των εκπαιδευτικών που εργάζονται στα Νηπιαγωγεία <i>Akademi Kac. Ltipderg. S. Eylül.</i> , 5 (3), 17-20	Να προσδιοριστεί το επίπεδο γνώσης της πρώτης βοήθειας και της βασικής υποστήριξης ζωής των εκπαιδευτικών	Ποσοτική έρευνα με γραπτό ερωτηματολόγιο	118 εκπαιδευτικοί νηπιαγωγείων, Afyonkarahisar στην Τουρκία	- Ερωτήσεις πρώτων βοηθειών - Ερωτήσεις βασικής υποστήριξης ζωής με στόχο τη δοκιμή γνώσεων σε σχετικά θέματα	- 84,7% των συμμετεχόντων θεωρούν ανεπαρκείς τις γνώσεις τους στις πρώτες βοήθειες - 85,6% από αυτούς έκανε έρευνα για να έχει την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών. - - 48,9% το μέσο όρο επιτυχίας για τους συμμετέχοντες στις πρώτες βοήθειες και στη βασική υποστήριξη ζωής



Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση (συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος – Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Wisniewki & Majewski, (2007).	Αξιολόγηση γνώσεων στις πρώτες βοήθειες μεταξύ των Εκπαιδευτικών Annales Academiae Medicae Stetinensis Journal, 53(2), 114-123.	Να διερευνηθεί το επίπεδο γνώσεων και στάσης των εκπαιδευτικών σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Τυποποιημένο ερωτηματολόγιο	100 καθηγητές, Δυτική Πομερανία της Πολωνίας	Ποσοστά γνώσεων	- Το επίπεδο γνώσεων σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών είναι ανεπαρκές - Μάλλον παθητική στάση απέναντι στην παροχή των πρώτων βοηθειών σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης - Δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη απόκτηση γνώσεων από μια μικρή σε μια μεγάλη πόλη
Forck, Marzhauser και Weisser, (2008).	Βρογχικό άσθμα και άθλημα. Γνώση για το βρογχικό άσθμα σε Εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής στο Schleswig-Holstein. Pneumologie Journal (Stuttgart, Germany), 62(4), 226-230	Ανάλυση γνώσεων για το άσθμα και την άσκηση σε εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής δημοτικών σχολείων	Τυχαία δειγματοληψία με ερωτηματολόγιο	120 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής Schleswig-Holstein Γερμανία	Ποσοστά γνώσεων για άσθμα & φυσικά άσκηση	- 44% των εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής δεν σχεδιάζει τα μαθήματά τους σχετικά με πιθανά ερεθίσματα άσθματος - 32% από τους εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής προτιμούν τη σωστή εκπαίδευση για παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσης άσθματος - Ανεπαρκείς γνώσεις άσθματος & φυσικής άσκησης
Mohandas, και Chandan, (2009).	Γνώση, στάση και πρακτική στην αντιμετώπιση έκτακτων οδοντικών τραυματισμών μεταξύ των καθηγητών φυσικής αγωγής: Μια έρευνα στα αστικά σχολεία του Bangalore Journal of Indian Society Pedodontics and Preventing Dentistry, 27(4), 242-248.	Αξιολόγηση γνώσεων, στάσεων & πρακτικών Καθηγητών Φυσικής Αγωγής σε σχέση με οδοντικούς τραυματισμούς	- Παρατήρηση -Ερωτηματολόγια	580 Εκπαιδευτικοί Φυσικής Αγωγής Bangalore Ινδία	Διερεύνηση στάσης του καθηγητή της φυσικής αγωγής στον τρόπο χειρισμού των τραυματισμών -Ποσοστά γνώσεων	- Έλλειψη γνώσης και πρακτικής - 81% των εκπαιδευμένων εκπαιδευτικών είχαν σωστή διαχείριση στα σπασμένα πρόσθια δόντια ενώ μόλις - 27,5% των ανειδίκευτων εκπαιδευτικών απάντησαν σωστά στην ίδια διαχείριση (P <0,0002)

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση  
(συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Robertson, A., King, R, & Tomkinson, A. (2009).	Συχνότητα και διαχείριση της επίσταξης στα σχολεία. The Journal of Laryngology & Otology, 124(3), 302-305	Εξέταση συχνότητας διαχείρισης της ρινορραγίας σε σχολεία δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια	- 41 σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης - 116 δημοτικά σχολεία Newport Αγγλία	Τρόποι αντιμετώπισης ρινορραγίας	- Η συνηθέστερη μέθοδος αντιμετώπισης της αιμορραγίας ήταν το τσίμπημα της κορυφής της μύτης (μια αναποτελεσματική μέθοδος), αν και το τσίμπημα του κάτω μέρους της μύτης ήταν σχεδόν τόσο κοινό - Μια τουλάχιστον φορά το μήνα είναι η συχνότητα αντιμετώπισης
Cross,PS., Karges,JR., Adamson,AJ., Arnold,MR., Meier,CM., & Hood,JE. (2010).	Αξιολόγηση της ανάγκης γνώσης σχετικά με τη διαχείριση τραυματισμών μεταξύ Γυμναστών The Journal of South Dakota State Medical Association, 63(7), 241-5.	Να προσδιοριστεί η ανάγκη εκπαίδευσης των προπονητών καθηγητών Φυσικής Αγωγής στην πρόληψη, αξιολόγηση και διαχείριση των αθλητικών τραυματισμών σε αθλητικά Γυμνάσια	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια	1050 προπονητές, καθηγητές φυσικής αγωγής - 247 (23,5%) συμπληρωμένα. Νότια Ντακότα Ηνωμένες Πολιτείες	-Ποσοστά γνώσεων σε βασικές γνώσεις εφαρμογής κάρδιο-αναπνευστικής & Βασικής Υποστήριξης Ζωής ενώ σε - 47,4% στην χορήγηση των πρώτων βοηθειών - 79,76% συμφώνησαν έντονα ότι χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση για τη διαχείριση τραυματισμών	
Govender, K., Rangiah, C., Ross, A, & Campbell, L. (2010).	Διατήρηση γνώσεων και δεξιοτήτων στην καρδιοπνευμονική ανάνηψη μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης μετά την κατάρτιση South African Family Practice, 52(5), 459-462.	Να αξιολογηθούν οι βασικές γνώσεις και δεξιότητες μεταξύ των φορέων παροχής υγειονομικής περίθαλψης που παρακολούθησαν ένα βασικό μάθημα υποστήριξης ζωής	Παρατήρηση Τα δεδομένα περιλάμβαναν γραπτή δοκιμασία, λίστα δεξιοτήτων, ερωτηματολόγιο	20 πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης (νεαροί ιατροί και νοσοκόμες) Durban της Ν. Αφρικής	Ποσοστά γνώσεων	- η διατήρηση γνώσεων ήταν καλή - πτώση των δεξιοτήτων και της γνώσης - Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών και των επαναληπτικών εξετάσεων στο τέλος του μαθήματος

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση  
(συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Wozniak, J., Nowicki, G., Goniewicz, M., Zielonka, K., Gorecki, M., Dzirba, A., & Chemperek, E. (2011)	Ανάλυση της προετοιμασίας των Νηπιαγωγών στην παροχή πρώτων βοηθειών Przegląd Epidemiologiczny Journal, 65(4), 663-667	Ανάλυση της προετοιμασίας των δασκάλων του νηπιαγωγείου στην παροχή πρώτων βοηθειών	Χρήση ερωτηματολογίων	100 εκπαιδευτικοί παιδικοί σταθμοί από την επαρχία Lubelskie της Πολωνίας	Ποσοστά γνώσεων	Το 5,42% των ερωτηθέντων αξιολόγησαν τις γνώσεις τους σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών στον βαθμό 3 (σε ένα συνεχές από το 1). Ο μέσος βαθμός ήταν 2,98 +/- 0,97
Botha, L., Geysler, M.M., & Engelbrecht . A. (2012)	Γνώση της καρδιοπνευμονικής ανάνηψης των κλινικών ιατρών σε νοσοκομείο τριτοβάθμιας υγείας South African Family Practice, 54:5, 447-454.	Να εκτιμηθούν οι γνώσεις για την καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης των κλινικών ιατρών σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής	Τυχαία δειγματοληψία	1000 ιατροί Ν. Αφρική	Ποσοστά γνώσεων	- Οι γνώσεις των συμμετεχόντων ήταν κακές - Η μέση βαθμολογία ήταν 40,6% στις γνώσεις καρδιοπνευμονικής ανάνηψης ενήλικων & 36,6% παιδιατρικής
Ercan, H., Ozen, A., Karatepe, H., Berber, M., & Cengizlier, R. (2012)	Γνώση και στάση των δασκάλων του δημοτικού σχολείου στην αναφυλαξία Pediatric allergy immunology and pulmonology, 23(5), 428-432.	Να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι στάσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την αναφυλαξία	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγια	237 εκπαιδευτικοί: δημοτικών σχολείων της Κωνσταντινούπολης Τουρκία	-Ποσοστά γνώσεων Διαθεσιμότητα εγκαταστάσεων έκτακτης θεραπείας στα σχολεία	- 24,3% είχε γνώση παροχής Πρώτων Βοηθειών - 39,7% θα ενημέρωνε την σχολική νοσηλεύτρια - 19,8% θα καλούσε τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης - 10% γνώριζε την ύπαρξη αυτόματου εγχυτήρα επινεφρίνης - 6% των δασκάλων ανέφερε ότι υπήρχε ένα σχέδιο διαχείρισης για αναφυλαξία στο σχολείο του

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση (συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Hill, NJ., & Hollis, M. (2012)	Χρόνος διδασκαλίας για τα θέματα υγείας των μαθητών και η παρουσία των σχολικών νοσηλευτών The journal of school nursing, 28(3), 181-186	Να μελετηθεί ο χρόνος που ξοδεύουν οι δάσκαλοι στα δημοτικά σχολεία για θέματα που αφορούν την υγεία των μαθητών και η σχέση με τις υπηρεσίες των σχολικών νοσηλευτών	Δειγματοληπτική έρευνα με εγκάρσιο σχεδιασμό	Δίχρονη μελέτη δημοτικών σχολείων Καρολίνα Ηνωμένες Πολιτείες	- Χρόνος που πέρασαν για θέματα υγείας - Αντίληψη των δασκάλων για τη παρουσία των σχολικών νοσηλευτών - Ο αντίκτυπος της παρουσίας των σχολικών νοσηλευτών	- Με την παρουσία των νοσοκόμων στο σχολείο υπάρχουν λιγότερες περιπτώσεις παρέμβασης εκπαιδευτικού σε έκτακτο γεγονός τραυματισμού - Οι μαθητές με χρόνιες ασθένειες είναι πιο ασφαλείς - Υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για πληροφορίες σε θέματα που αφορούν την υγεία.
Rios, A., Febrero, A., Lopez-Navas, A., Martinez-Alarcon, L., Sanchez, J., Guzman, D., Ramirez, P., Parrilla, P. (2012)	Γνώση του εγκεφαλικού-θανάτου μεταξύ των καθηγητών της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης The transplantation proceedings journal, 44(6), 1486-1488.	Να αναλυθεί η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου στους καθηγητές της υποχρεωτικής δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Τυχαία δειγματοληψία με τη χρήση ερωτηματολογίου	10 τυχαία δέκα σχολεία επιπέδου δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης Νοτιοανατολική Ισπανία	Ποσοστά γνώσης	- 64% γνώριζαν την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου - 34% δεν γνώριζε αυτή την έννοια - Το υπόλοιπο 3% πίστευε ότι δεν σημαίνει το θάνατο ενός ατόμου
DeWitt, T., Scott, A., & Seshadri, S. (2012)	Το επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών των αθλητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Journal of Athletic Training, 47 (1), 91-95.	Να προσδιοριστεί το συνολικό επίπεδο των ιατρικών υπηρεσιών που παρέχονται στους αθλητές μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Μέθοδος επιπολασμού με διανέμοντα ερωτηματολογία	144 Αθλητικοί Διευθυντές στο Αρκάνσας των Ηνωμένων Πολιτειών	Σύγκριση υπηρεσιών ιατρικής αθλητικής κατάρτισης που παρέχονται σε αθλητικές εκδηλώσεις μεταξύ σχολείων διαφόρων μεγεθών	- Διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των προπονητών που πιστοποιήθηκε στην καρδιοπνευμονική ανάνηψη ή την πρώτη βοήθεια ήταν ελάχιστος - Τα περισσότερα σχολεία δεν είχαν σχέδιο για την παροχή ελάχιστου εξοπλισμού έκτακτης ανάγκης

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση  
(συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Alexandropoulou, M. (2013)	Αξιολόγηση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος υγείας για το προσωπικό της σχολής ειδικής εκπαίδευσης International Journal of Caring Sciences, 6, 1, 115-126.	Να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσης	Πειραματικός σχεδιασμός τύπου Solomon τέσσερις ομάδες (2 ομάδες παρέμβασης & 2 ελέγχου)	24 Ειδικά σχολεία στην Αττική Ελλάδα	Ποσοστά γνώσης	- Η γνώση στις Πρώτες Βοήθειες πριν την εφαρμογή του προγράμματος δεν ήταν επαρκής - Μετά την εφαρμογή του προγράμματος η γνώση αυξήθηκε
Mprotos, N., Vekeman, E., Monsieurs, K., Derese, A, &Valcke, M. (2013)	Γνώση και προθυμία διδασκαλίας της Καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης Resuscitation Journal, 84(4), 496-500.	Να αξιολογηθούν οι γνώσεις εκπαιδευτικών στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο	4273 εκπαιδευτικοί Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Βέλγιο	-Δημογραφικά στοιχεία -Επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων Καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης - Η στάση απέναντι στην εκπαίδευση - Η εμπειρία της αναζωογόνησης	- 59% των ερωτηθέντων είχε λάβει προηγούμενη εκπαίδευση - 41% υποστήριξε την εκπαίδευση στο σχολείο - 36% γνώριζε ότι η εκπαίδευση περιλαμβάνεται επίσημα στο αναλυτικό πρόγραμμα δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
Ammirati, C., Gagnayre, R., Amsallem, C., Némitz, B, & Gignon, M. (2014)	Μπορούν οι δάσκαλοι να διδάξουν την παροχή πρώτων βοηθειών σε παιδιά ηλικίας κάτω των 6 ετών; British Medical Journal, 4 (9)	Να αξιολογηθούν οι γνώσεις που αποκτήθηκαν σε πολύ μικρά παιδιά (<6 ετών) που εκπαιδεύτηκαν από τους δικούς τους νηπιαγωγούς	Συγκριτική μελέτη -Τυχαία δειγματοληψία -Παρατήρηση -Περιγραφή	24 τάξεις που περιελάμβαναν 285 μαθητές Βόρεια Γαλλία	-Χρήση του τηλεφώνου κλήσης προς το κέντρο έκτακτης ανάγκης. -παρατήρηση και την περιγραφή τριών εικόνων -Αξιολόγηση κάθε παιδιού σε 9 κριτήρια	- Η σύγκριση των δύο ομάδων αποκάλυψε μια σημαντικά μεγαλύτερη ικανότητα εκπαιδευμένων μαθητών να περιγράψουν μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης και να βελτιώσουν τη πιθανότητα της έγκαιρης ειδοποίησης - η πλειοψηφία των εκπαιδευμένων μαθητών έδωσε σωστές απαντήσεις για όλα τα κριτήρια

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση (συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Adams, Mazerolle, Casa, Huggins, και Burton (2014)	Η σχέση του προπονητή ποδοσφαίρου του δευτεροβάθμιου σχολείου με τον αθλητικό προπονητή η ανταπόκριση για την άσκηση σε θερμικό εγκεφαλικό επεισόδιο Journal of Athletic Training, 49(4), 469-4	Να εξεταστούν οι αντιλήψεις των προπονητών ποδοσφαίρου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σχετικά με την θερμοπληξία και η επαγγελματική τους σχέση με τους προπονητές	- Ποιοτική μέθοδος - Τα δεδομένα αναλύθηκαν με δανεισμό από τις αρχές μιας γενικής επαγωγικής προσέγγισης	37 άνδρες & 1 γυναίκα στο Τέξας Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	- Γνώση σχετικά με την θερμοπληξία - Επαγγελματικές σχέσεις προπονητών ποδοσφαίρου με καθηγητές ποδοσφαίρου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	- Από τους προπονητές ποδοσφαίρου το 89% (34 από τους 38) έδειξαν θετικές αλληλεπιδράσεις με τους καθηγητές ποδοσφαίρου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης - Οι προπονητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που πήραν μέρος στην ποιοτική έρευνα δεν γνώριζαν τις πιθανές αιτίες της θερμοπληξίας
Goel, Singh, Lal, και Singh (2014)	Αξιολόγηση της εκπαίδευσης για την επιληψία στους δασκάλους σχολείων στην πόλη Chandigarh της Ινδίας. European Journal of Epilepsy, 23(1), 41-46	Να διερευνηθούν οι γνώσεις και οι πρακτικές που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί για τη διαχείριση των επιληπτικών κρίσεων	Παραμβατικό πρόγραμμα με pre - tests και post tests , ερωτηματολόγια	85 δάσκαλοι σε σχολεία από το Chandigarh Βόρειας Ινδία	Διαχείριση πρώτων βοηθειών σε καταστάσεις επιληπτικών κρίσεων	Η σύγκριση των γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων σχετικά με τη διαχείριση πρώτων βοηθειών της επιληψίας επέδειξε σημαντικές βελτιώσεις στους διάφορους τομείς (p <0,05)
Li, F., Sheng, X., Zhang, J., Jiang, F, & Shen, X. (2014)	Οι επιδράσεις της παιδιατρικής εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών στους δασκάλους προσχολικής ηλικίας Bmc pediatrics journal.14:209	Να αξιολογηθεί το βασικό επίπεδο των γνώσεων στις Πρώτες Βοήθειες	Διατομεακή μελέτη με μέθοδο διαστρωματοποιη-ένης τυχαίας δειγματοληψίας	1067 ερωτηματολόγια Σαγκάη Κίνα	Ποσοστά γνώσεων	-Το επίπεδο γνώσης των νηπιαγωγών ήταν χαμηλό - Ανάγκη για νέα εκπαίδευση

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση  
(συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Oyinlade, OA., Oqunkunle, OO, & Olanrewaju, DM. (2014)	Αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας σχολείων Nigerian journal of clinical practice, 17(3), 336-342.	Να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες υγείας σε ιδιωτικές και δημόσιες σχολικές μονάδες	Συγχρονική μελέτη	91 σχολεία, (53 Δημόσια & ιδιωτικά, νηπιαγωγεία, δημοτικά & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης) Sagamu της νοτιοδυτικής Νιγηρίας	Αξιολόγηση της διαθεσιμότητας των συστατικών στοιχείων των υπηρεσιών υγείας	Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και πρώτων βοηθειών σε αυτή τη περιοχή της Νιγηρίας δεν είναι ικανοποιητικές
Sonmez, Y., Uskun, E, & Pehlivan, A. (2014).	Τα επίπεδα γνώσεων των Νηπιαγωγών σε πρακτικές πρώτων βοηθειών Pediatry Arsivi, Turkish Pediatric Journal, 49(3), 238-246.	Να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσεων των νηπιαγωγών στις πρακτικές των Πρώτων Βοηθειών	Ερωτηματολόγιο	110 εκπαιδευτικοί νηπιαγωγοί της επαρχίας Isparta της Νοτιοδυτικής Τουρκίας .	Παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα γνώσης	- Διαπιστώθηκε ότι οι νηπιαγωγοί δεν είχαν επαρκείς γνώσεις πρώτων βοηθειών - Οι βαθμολογίες έδειξαν σημαντική διαφορά στην ηλικία, την περίοδο εργασίας, την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών και την αντιμετώπιση μιας κατάστασης που απαιτούσε από πριν πρώτες βοήθειες
Agbo, HA. , Envuladu, EA., Hassan, Z., Enokela. E., Zoakah, IA. (2015)	Ιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης σε σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ιδιοκτησία σχολείων σε κοινότητες πρώτων βοηθειών. Medical Journal of Zambia, 42(2), 54 – 57	Να προσδιοριστεί ο επιπολασμός (συχνότητα) των τραυματισμών στα σχολεία και τα είδη ιατρικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης	Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων	22 σχολεία με συνολικό πληθυσμό 6.933 μαθητές Νιγηρία	- Ποσοστά συχνότητας τραυματισμών - Ποσοστά διαθέσιμου εξοπλισμού	- 27% είχαν υποστεί μώλωπες, πτώσεις και εκδορές - 22,7% πυρετό και σπασμούς - 13,6% πόνους στο στομάχι, πτώσεις και κατάγματα - 59,1% είχαν κυτία πρώτων βοηθειών - 45,5% είχαν το βασικό εξοπλισμό
Lear, A., Hoang, M, & Zyzanski, S. (2015)	Πρόληψη του αιφνίδιου καρδιακού θανάτου: Αυτοματοποιημένοι εξωτερικοί απινιδωτές Journal of Athletic Training, 50 (10), 1054–1058.	Να αξιολογηθεί η εφαρμογή Αυτοματοποιημένων εξωτερικών απινιδωτών	Διατμηματική – ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο	827 Αθλητικούς Διευθυντές σχολείων Οχάιο Ηνωμένες Πολιτείες	Ποσοστά χρήσης	- 25 επεισόδια εφαρμογής σε 22 σχολεία - Το αναφερόμενο ποσοστό επιβίωσης ήταν 60% - Το ετήσιο ποσοστό χρήσης ήταν 0,7% - 53% των σχολείων ανέφεραν ότι έχουν εφαρμόσει Σχέδιο Δράσης σε καρδιακά επεισόδια

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση (συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Zinckernagel, L., Malta Hansen, C., Rod, MH., Folke, F., Torp - Pedersen, C, & Tjornhoj - Thomsen, T. (2015)	Εμπόδια στην εφαρμογή της εκπαίδευσης για την Καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης BMJ Journal, 25(6)4	Να διερευνηθούν τα εμπόδια στην εφαρμογή της εκπαίδευσης Καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Ποιοτική μελέτη	25 συμμετέχοντες, 9 Διευθυντές σχολείων και 16 εκπαιδευτικοί Δανία	Απόψεις για την εκπαίδευση & εφαρμογή της Καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης	- Θεωρήθηκε ζήτημα ζωής και θανάτου και για αυτό απαιτούνται εξαιρετικές δεξιότητες για τη διεξαγωγή της εκπαίδευσης - Ανασφάλεια για τις δικές τους ικανότητες - Εξωτερικοί εκπαιδευτές
Al Enizi, BA., Saquib, N., Zaghoul, MS., Alaboud, MS., Shahid, MS, & Saquib, J. (2016)	Γνώση και στάση σχετικά με τη Βασική Υποστήριξη Ζωής μεταξύ των Καθηγητών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης International Journal of Health Sciences, 10(3), 415-422	Να προσδιοριστεί το σημερινό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων κάρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης μεταξύ των καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Μελέτη επιπολασμού, χρησιμοποιήθηκαν δοκιμασίες t-test	305 εκπαιδευτικοί από 99 σχολεία Περιοχή Κασίμ στην Σαουδική Αραβία	Να εκτιμηθεί η στάση και η προθυμία τους να συμμετάσχουν σε εκπαίδευση κάρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης	- Οι γνώσεις και οι ικανότητες στην κάρδιο - αναπνευστική αναζωογόνηση (CPR) ήταν χαμηλές - 64,9% ήθελε περισσότερη κατάρτιση - 78,4% ήταν πρόθυμοι να παρακολουθήσουν εκπαίδευση
Calicchia, S., Cangiano, G., Capanna, S., De Rosa, M, & Papaleo, B. (2016)	Διδασκαλία σωστικών ελιγμών στο Δημοτικό Σχολείο. BioMed ReacResearch International Journal, Volume 2016	Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της Βασικής Υποστήριξης Ζωής και Απινίδωσης από απόσταση	Χρήση ερωτηματολογίου πολλαπλής επιλογής, 62 εκπαιδευμένων & 68 ως ομάδας ελέγχου	130 μαθητές Ιταλία	Μια προσομοίωση έκτακτης ανάγκης για να αξιολογήσει στη συνέχεια την εκμάθηση πρακτικών δεξιοτήτων	- Σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των εκπαιδευομένων - Τα αποτελέσματα της δοκιμασίας δεξιοτήτων ήταν θετικά
Cuijpers, PJ., Bookelman, G., Kicken, W., Vries, W., & Gorgels AP. (2016)	Φοιτητές ιατρικής και φοιτητές φυσικής αγωγής ως εκπαιδευτές Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης. Η λύση από την έλλειψη κατάλληλου εκπαιδευτή Netherlands Heart Journal, 24 (7-8), 456-61	Να εξεταστεί αν οι φοιτητές της ιατρικής, νοσηλευτικής και οι φοιτητές της φυσικής αγωγής μπορούν να παρέχουν εκπαίδευση σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	Παρατήρηση	144 μαθητές στη Ολλανδική επαρχία του Limburg	Να αξιολογηθεί η απόδοση τους μετά την εκπαίδευση και μετά από οκτώ εβδομάδες σε ένα προσομοιωμένο σενάριο χρησιμοποιώντας ανδρείκελο ανάνηψης, χρήση βίντεο και λογισμικό ανδρείκελου	- Η κατάρτιση από φοιτητές δεν είναι κατώτερη από ότι κάποιων πιστοποιημένων νοσοκόμων - Όλοι οι μαθητές έδειξαν επαρκή ικανότητα στις πρακτικής Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης



Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση (συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Kuroniyi, O., Amoran, O., & Kuroniyi, T.O. (2016)	Οι υπηρεσίες υγείας των σχολείων και η πρακτική τους μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών δημοτικών σχολείων Bio Med Central Research Notes Re. 25-7-2017	Να προσδιοριστούν οι διαθέσιμες υπηρεσίες σχολικής υγείας και οι πρακτικές στα σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης	- Ποιοτική - Συγκριτική & συγχρονική έρευνα με τεχνική δειγματοληψίας πολλαπλών σταδίων	360 εκπαιδευτικοί περιοχή Ogun Δυτικής Νιγηρίας	Ανάλυση διαφόρων πρακτικών υπηρεσιών υγείας	- Η πρακτική των διαφόρων υπηρεσιών υγείας των δημοσίων σχολείων ήταν κακή - Η κατάσταση ήταν γενικά καλύτερη στα ιδιωτικά σχολεία
Lukas, RP., Van Aken, H., Molhoff, T., Weber, T., Rammert, M., Wild, E & Bohn, A. (2016)	Τα παιδιά σώζουν ζωές: μια εξαετή διαχρονική μελέτη των μαθητών που μαθαίνουν την καρδιοπνευμονική ανάνηψη US National Library of Medicine National Institutes of Health Resuscitation 101:35-40	Σύγκριση δασκάλων σχολείων και ιατρών ως εκπαιδευτές καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης για μαθητές	Συγκριτική διαχρονική μελέτη	261 μαθητές Γυμνασίου κρατίδιο της Βόρειας Ρηνανίας-Βεστφαλίας Γερμανία	Να διερευνηθεί κατά πόσο οι μαθητές που εκπαιδεύονται ετησίως και σε βάθος τριετίας διατηρούν τις δεξιότητες ανάνηψης και μετά τη λήξη της έρευνας	- Η εκπαίδευση αύξησε τις γνώσεις στις πρακτικές και στις δεξιότητες των μαθητών - Διαπιστώθηκε πως οι εκπαιδευόμενοι εκπαιδευτικοί μπορούν να παρέχουν ικανοποιητική κατάρτιση εκπαίδευσης ανάνηψης στα σχολεία
Salciccioli, J., Marsall, D., Sykes, M., Wood, A., Joppa, s., Sihna, M. & al. (2016)	Βασική εκπαίδευση υποστήριξης της ζωής στα σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης <i>British Medical Journal</i> , 7(1), e011436	Να αξιολογηθούν οι τρέχουσες πρακτικές της Βασικής Υποστήριξης της Ζωής στα σχολεία	Ποσοτική έρευνα	65396 μαθητές σε δείγμα 65 σχολείων Λονδίνο M. Βρετανία	Ποσοστά κατάλληλης εκπαίδευσης	- Τα ποσοστά εκπαίδευσης Βασικής Υποστήριξης Ζωής στα σχολεία είναι χαμηλά - Η πλειοψηφία των σχολείων δεν παρέχει απινιδωτή
Siitonen, P., Hameen-Anttila, K., Karkkainen, S, & Vainio, K. (2016)	Διαχείριση φαρμάκων σε σχολεία της Φινλανδίας: οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών The international journal of pharmacy practice, 24(5), 349-357	Να προσδιοριστεί εάν τα σχολεία έχουν κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση των φαρμάκων	Ποσοτική & ποιοτική έρευνα	1700 εκπαιδευτικοί Φινλανδία	Διερεύνηση αντιλήψεων εκπαιδευτικών για τις πρακτικές διαχείρισης φαρμάκων και τα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τις πρακτικές χρησιμοποιώντας τη θεωρία οικολογικών συστημάτων του μοντέλου Bronfenbrenner	- Δεν υπάρχουν οδηγίες στα σχολεία της Φινλανδίας για χορήγηση φαρμάκων από τους εκπαιδευτικούς στους μαθητές - Οι εκπαιδευτικοί χρειάζονται εκπαίδευση & καθοδήγηση από την συμμετοχή και φαρμακοποιών

Πίνακας 1. Συνοπτική αναφορά μελετών στις πρώτες βοήθειες στην εκπαίδευση (συνέχεια)

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Takamura, A., Ito, A., Matuyama, K., Ryo, Y., Saito, M., Fujimura, S., & Hori, A. (2016).	Ποιότητα βασικής εκπαίδευσης υποστήριξης της ζωής και αυτοματοποιημένου εξωτερικού απινιδωτών στα σχολεία	Να αξιολογηθεί η ποιότητα της εκπαίδευσης στην διδασκαλία της βασικής υποστήριξης ζωής και στην χρήση ηλεκτρονικών απινιδωτών	Ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου	195 σχολεία Νομός Ishikawa Ιαπωνία	Ποσοστά εκπαίδευσης	Η εκπαίδευση, η θέση που είναι τοποθετημένος ο απινιδωτής και η κατανόηση και των δύο δεν επαρκούν για να σωθούν αποτελεσματικά οι ζωές των παιδιών
Al Aloola, NA., Saba, M., Nissen, L., Alewairdhi, HA., Alaloola, A., Saini, B. (2017)	Ανάπτυξη και αξιολόγηση ενός σχολικού εκπαιδευτικού προγράμματος για το άσθμα	Να αξιολογήσει τις επιπτώσεις ενός σχολικού εκπαιδευτικού προγράμματος πρώτων βοηθειών για τη κρίση άσθματος	Ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου	47 εκπαιδευτικοί δημοτικών σχολείων Ριάντ Σαουδική Αραβία	Αξιολόγηση γνώσεων	- Τα σχολικά προγράμματα εκπαίδευσης για το άσθμα μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τις γνώσεις των εκπαιδευτικών - Αύξηση των ικανοτήτων των εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες για το άσθμα
Awad, MA., AlHammadi, E., Malalla, M., Maklai, Z., Tariq, A., Al-Ali, B., AlJameel, A., ElBatawi, H. (2017)	Αξιολόγηση γνώσης και στάσης των δασκάλων του Δημοτικού Σχολείου για τραυματικά οδοντιατρικά τραύματα International journal of dentist, doi: 10.1155/2017/1025324	Να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσης και στάσης των εκπαιδευτικών δημοτικού σχολείου σχετικά με τραυματικές οδοντικές βλάβες	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο	330 δάσκαλοι δημοτικών σχολείων Εμιράτα του Sharjah του Ντουμπάι	Ποσοστά γνώσης	- Χαμηλό επίπεδο γνώσεων σχετικά με τη διαχείριση του οδοντικού τραύματος - Τα εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται στο οδοντικό τραυματισμό είναι απαραίτητα

<p>Bakke, HK, &amp; Schwebs, R. (2017)</p>	<p>Εκπαίδευση πρώτων βοηθειών στο σχολείο Acta Anaesthesiologica Scandinavica Journal, doi: 10.1111/aas.12958.</p>	<p>Ποιοι είναι οι παράγοντες που παρεμποδίζουν τους εκπαιδευτικούς να παρέχουν την ποσότητα και την ποιότητα της εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών</p>	<p>Ποσοτική έρευνα</p>	<p>579 εκπαιδευτικοί Νορβηγία</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Προσδιορισμός του χρόνου εκπαίδευσης</li> <li>- Ποια μέτρα διάσωσης διδάσκονται</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παροχή αξιολογής εκπαίδευσης</li> <li>- Ανεπαρκής κάλυψη μέτρων διάσωσης</li> <li>- Ανεπαρκείς στόχοι μάθησης</li> <li>- Έλλειψη ασφαλούς εκπαίδευσης στη Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση</li> </ul>
--	--	--	------------------------	-----------------------------------	---	---

Ερευνητές-Χρονολογία	Τίτλος - Πηγή	Σκοπός - Ερωτήσεις	Μεθοδολογία	Δείγμα	Κύριες Μετρήσεις	Αποτελέσματα
Johnson, ST., Norcross, MF., Bovbjerg, VE., Hoffman, MA, & Koester, MC.(2017)	Ετοιμότητα έκτακτης ανάγκης στον αθλητισμό Sports Health journal, 9(2), 181-184.	Να διαπιστωθεί εάν εφαρμόζονται οι κατάλληλες δράσεις, συστάσεις σε κατάσταση εφαρμογής σχεδίων δράσης έκτακτης ανάγκης	Διατομεακή μελέτη	108 υπεύθυνοι αθλητικών δραστηριοτήτων Όρεγκον Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Να αναλυθούν οι συσχετισμοί μεταξύ ετοιμότητας έκτακτης ανάγκης και διαθεσιμότητας αθλητικού εκπαιδευτή	- Ανεπάρκεια προετοιμασίας για έκτακτες ανάγκες σε αθλήματα - Τα σχολεία με αθλητικό εκπαιδευτή ήταν πιθανότερο να εφαρμόσουν ορισμένες, αλλά όχι όλες τις συστάσεις
Nelson Miguel Galindo Neto et al. (2017)	Πρώτες βοήθειες στα σχολεία: κατασκευή και επικύρωση εκπαιδευτικού φυλλαδίου για εκπαιδευτικούς Acta Paulista de Enfermagem, 31(1), 87	Να διαπιστωθεί η ανάγκη ύπαρξης εγχειριδίου βασικής εκπαίδευσης Πρώτων Βοηθειών για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για νηπιαγωγούς και δασκάλους εκπαιδευτικούς	Μεθοδολογική μελέτη με βάση την κατασκευή εκπαιδευτικού υλικού	22 ειδικοί επαγγελματίες Υγείας και 22 καθηγητές	Η επικύρωση του περιεχομένου και η αξιολόγηση	- Πρακτικότητα της χρήσης του βιβλίου - Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες για να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα του υλικού ως διδακτικό υλικό
Scheider, K, Meeteer, W., Nolan, JA, & Campbell, HD.(2017)	Υγειονομική περίθαλψη στο αθλητικό γυμνάσιο Rural Remote Health Journal, 17 (1)	Να αξιολογηθεί το επίπεδο εφαρμογής των διαδικασιών ετοιμότητας έκτακτης ανάγκης και των διοικητικών διαδικασιών για την παροχή της κατάλληλης ιατρικής κάλυψης στο αθλητικό γυμνάσιο	Ποσοτική & ποιοτική έρευνα	62 ερωτηθέντες , 92% Διευθυντές σχολείων & 8% Αθλητικοί Διαχειριστές	Να αξιολογηθεί η ανάπτυξη και η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου διοικητικού συστήματος αθλητικής υγειονομικής περίθαλψης καθώς και η ανάπτυξη και εφαρμογή ενός συνολικού σχεδίου έκτακτης ανάγκης	- Έλλειψη οικονομικών πόρων ειδικά στις αγροτικές περιοχές - Διαπιστώθηκε έλλειμμα εξειδικευμένου προσωπικού αλλά και της απαιτούμενης χρηματοδότησης - Απαίτηση της παροχής πρώτων βοηθειών και πιστοποίησης Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης για εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής, προπονητές - Απαίτηση ενός σχεδίου δράσης έκτακτης ανάγκης

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### *Εισαγωγή*

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στο πλαίσιο εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης, μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών Φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και τους άλλους χώρους δραστηριοποίησής τους.

#### *Ερευνητικός σχεδιασμός*

Η προσέγγιση του προβλήματος της παρούσας διατριβής πραγματοποιήθηκε με δύο τρόπους: α) ποιοτικά και β) ποσοτικά.

#### **α) Ποιοτική προσέγγιση**

Η ποιοτική έρευνα είναι διαφορετική από άλλες ερευνητικές μεθόδους. Είναι μια συστηματική μέθοδος έρευνας και ακολουθεί την επιστημονική μέθοδο επίλυσης προβλήματος σε έναν ιδιαίτερο βαθμό και μερικές φορές παρεκκλίνει. Η ποιοτική έρευνα καθιερώνει σπάνια τις υποθέσεις στην αρχή της μελέτης. Καθώς τα στοιχεία ξετυλίγονται προχωρά σε μια επαγωγική διαδικασία στην ανάπτυξη των υποθέσεων και της θεωρίας Η θεωρία στηρίζεται στα δεδομένα. Ο ερευνητής της ποιοτικής έρευνας είναι το αρχικό όργανο στη συλλογή και την ανάλυση δεδομένων. Η ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από την εντατική από πρώτο χέρι παρουσία του ερευνητή. Τα εργαλεία της συλλογής δεδομένων είναι η παρατήρηση και οι

συνεντεύξεις. Η ερμηνεία και η ανάλυση στοιχείων μέσω της λεπτομερειακής περιγραφής, και ερμηνευτικής αφήγησης, κατευθύνουν τα αποσπάσματα, τα διαγράμματα, τους πίνακες και μερικές φορές τις στατιστικές (συνήθως περιγραφικές, (Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

Η ποιοτική έρευνα είναι ένα σημαντικό και αποτελεσματικό μέσο στην αναγνώριση και κατανόηση του ρόλου των πρώτων βοηθειών από τους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται η προσέγγιση με την τεχνική των Δελφών, τις παρατηρήσεις, τις ομάδες εστίασης και τις συνεντεύξεις. Η ανάλυση σε βάθος ενός θέματος πραγματοποιείται με ποιοτική μεθοδολογία με χρησιμοποίηση σε βάθος συνεντεύξεων για την συγκέντρωση των δεδομένων. Επομένως, η ποιοτική έρευνα στην παρούσα διατριβή, σε συνδυασμό με την ποσοτική, ήταν η πλέον χρήσιμη για τη συλλογή των δεδομένων για την σε βάθος διερεύνηση του τρόπου εμπλοκής των άμεσα ενδιαφερόμενων στην διαδικασία της παροχής των πρώτων βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον. Τα ποιοτικά δεδομένα επιτρέπουν στους ερευνητές να εξετάσουν και να αναλύσουν σε βάθος ένα θέμα (Kabitsis, 2004). Η ποιοτική έρευνα χρησιμοποιεί το φυσικό περιβάλλον και παραδέχεται τον ερευνητή ως το όργανο στην αλληλεπίδραση και ασχολείται με τη φύση των φαινομένων (τον χαρακτήρα τους, τις ιδιότητες και την κατάστασή τους (Berg and Latin, 2003; Creswell, 2003). Οι ερευνητές που χρησιμοποιούν την ποιοτική έρευνα προσεγγίζουν ένα ερευνητικό ερώτημα, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη μια υπόθεση ή μια ερώτηση για να τα αποδείξουν ή να τα διαψεύσουν και επιλέγουν να εστιάσουν στην κατανόηση των φαινομένων και ενδεχομένως στην δημιουργία νέας γνώσης (Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

Οι συνήθεις μέθοδοι της ποιοτικής έρευνας περιλαμβάνουν φαινομενολογία, θεμελιωμένη θεωρία, εθνογραφία, βιογραφία, μέθοδος περίπτωσης, ερμηνευτική

επιστήμη, αφηγηματική συστηματική έρευνα και ανάλυση του λόγου (Berg and Latin, 2003; Creswell, 2003; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

Στην εθνογραφία, ο στόχος της ερευνητικής προσέγγισης είναι η κουλτούρα μιας ομάδας ανθρώπων. Μια υπόθεση που αναπτύσσει ο εθνογράφος είναι ότι κάθε ανθρώπινη ομάδα αναπτύσσει μια κουλτούρα, που καθοδηγεί τις απόψεις των μελών της που είναι σχετικές με τον κόσμο και τον τρόπο που αυτές οικοδομούν τις εμπειρίες τους. Οι εθνογράφοι, προκειμένου να αποκτήσουν γνώσεις για την πολιτισμική ομάδα για την οποία ενδιαφέρονται εργάζονται επί τόπου. Ο στόχος του εθνογράφου είναι να μάθει από τα ίδια τα μέλη μιας πολιτισμικής ομάδας, για να κατανοήσει την άποψή τους για τον κόσμο. Οι εθνογράφοι ερευνητές προσπαθούν να αποκτήσουν μια άποψη της ερευνώμενης κουλτούρας, με παρατήρηση, με συμμετοχή και με συνέντευξη (Kabitsis, 2004; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

Στην φαινομενολογία οι ρίζες της μεθόδου είναι στη φιλοσοφική παράδοση. Είναι ένας τρόπος έρευνας, που χρησιμοποιείται για να αποκτηθεί μια αντίληψη για τις εμπειρίες της ζωής των ανθρώπων. Ο φαινομενολόγος ερευνητής διερευνά τις εμπειρίες των ανθρώπων σε σχέση με κάποιο φαινόμενο και πως τις ερμηνεύουν. Η συλλογή των πληροφοριών από τα άτομα που μελετώνται γίνεται με συνέντευξη και ημερολόγιο, αλλά και προσπάθεια να βιώσει ο ίδιος ο ερευνητής το φαινόμενο με τον ίδιο τρόπο, μέσω παρατήρησης με συμμετοχή και με εσωστρεφή σκέψη (Creswell, 2003; Kabitsis, 2004). Η φαινομενολογική διερεύνηση τυπικά περιλαμβάνει τέσσερα βασικά βήματα: εγκλεισμό (είναι η διεργασία αναγνώρισης και διατήρησης σε εκκρεμότητα όλων των προσχηματισμένων πιστεύω και γνωμών που κάποιος μπορεί να έχει για το φαινόμενο που ερευνάται), ενόραση (ερευνητής παραμένει ανοικτός στις έννοιες που αποδίδονται στο φαινόμενο από εκείνους που το βιώνουν), ανάλυση

(κωδικοποίηση, ταξινόμηση και εξαγωγή της βασικής έννοιας του φαινομένου) και τέλος περιγραφή (ερευνητής φτάνει στην κατανόηση και τον ορισμό του φαινομένου (Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

Η εθνομεθοδολογία έχει συγγένεια με την κοινωνιολογία. Ο ερευνητής επιχειρεί να ανακαλύψει πως οι άνθρωποι ερμηνεύουν τους κοινωνικούς κόσμους τους, ώστε να συμπεριφέρονται με κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους. Προσπαθεί να κατανοήσει τα πρότυπα και τις παραδοχές μιας κοινωνικής ομάδας, που είναι τόσο βαθιά εμποτισμένα, ώστε τα μέλη δεν σκέπτονται πια για τις υποκείμενες αιτίες των συμπεριφορών τους. Τα δεδομένα στην ποιοτική έρευνα συλλέγονται με παρατήρηση, συμμετοχή και συνέντευξη, ενώ η συλλογή τους πραγματοποιείται με συνεντεύξεις, με παρατήρηση και γραπτά έγγραφα (Creswell, 2003; Robson, 2002; Stake, 2005).

Οι πληροφορίες από τις συνεντεύξεις αποτελούνται από καταγραφή των εμπειριών, απόψεων, αισθημάτων και των γνώσεων των ερωτωμένων. Τα δεδομένα από τις παρατηρήσεις αποτελούνται από περιγραφής της συμπεριφοράς των συνεντευξιζόμενων, των δράσεων του προσωπικού, και του συνολικού πεδίου της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης. Η ανάλυση των εγγράφων περιγράφει αποσπάσματα, ή ολόκληρα εδάφια από καταγραφές, επίσημες αναφορές, ανασκοπήσεις και αλληλογραφία.

Η ποιοτική προσέγγιση προτείνεται σε ερευνητές που ενδιαφέρονται για τη διερεύνηση της αναψυχής και του ελεύθερου χρόνου, διότι οι ποιοτικές προσεγγίσεις επιτρέπουν στον ερευνητή να αναπαραστήσει τις εμπειρίες των ερωτώμενων και να αναγνωρίσει τις συμπεριφορές τους. Η ποιοτική έρευνα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για περιγραφικές, επεξηγηματικές και εξερευνητικές μελέτες και ενδείκνυται για αθλητικές επιστήμες για τους παρακάτω λόγους: α) κατανόηση του



συγκεκριμένου πλαισίου εντός του οποίου οι συμμετέχοντες ενεργούν, και την επίδραση που έχει αυτό στις ενέργειές τους, β) αναγνωρίζει επιρροές και φαινόμενα και δημιουργώντας θεμελιωμένες θεωρίες περί των πρώτων και γ) κατανόηση της διαδικασίας κατά τη διάρκεια της οποίας λαμβάνουν χώρα, δράσεις και γεγονότα αναπτύσσοντας αιτιολογικές εξηγήσεις (Robson, 2002; Stake, 2005).

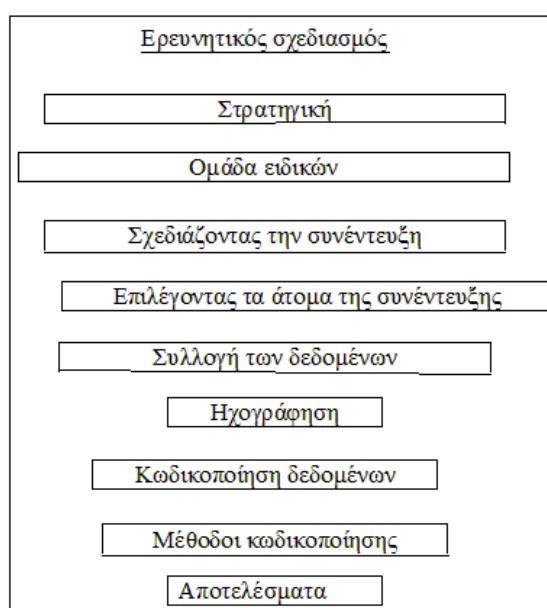
Η αναγνώριση του ρόλου και της σημασίας των εμπλεκόμενων διδασκόντων στο σχολείο αναδεικνύεται μέσα από τις προσωπικές απόψεις τις οποίες παρέχουν τα στελέχη (διευθυντές, σύμβουλοι εκπαίδευσης) και ως εκ τούτου, οι ερωτήσεις της έρευνας που θέτονται σε αυτήν την μελέτη υπέδειξαν το συνδυασμό ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας ως την πλέον κατάλληλη προσέγγιση για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσης διατριβής.

Ο στόχος της χρησιμοποίησης και της ποιοτικής προσέγγισης στη μεθοδολογία της παρούσης διατριβής ήταν να ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή και να ακούσει προσεκτικά τις γνώσεις, τις εμπειρίες, τις αντιλήψεις και τις γνώσεις των ερωτωμένων. Η συμβολή των προσωπικών απόψεων ήταν επιθυμητή και ουσιώδης για την καλύτερη κατανόηση της θεωρίας των πρώτων βοηθειών των εμπλεκόμενων εκπαιδευτικών και των εφαρμογών των στο σχολικό περιβάλλον.

Μεθοδολογικά, οι ποιοτικές μέθοδοι εφαρμόζονται και προσαρμόζονται στο υπό διερεύνηση περιβάλλον, στο οποίο προκύπτουν ερωτήσεις οι οποίες συχνά μεταβάλλονται, καθώς εξελίσσονται οι έρευνες, καθιστώντας έτσι δύσκολη την συλλογή των δεδομένων των κωδικοποιημένων περιγραφών και των διαδικασιών της ανάλυσης. Επί πλέον, η κατανόηση των συμφραζόμενων μιας έρευνας είναι σημαντική για την ερμηνεία των ευρημάτων μιας ποιοτικής αναφοράς-πορίσματος και η σύνοψη των ευρημάτων σε λίγες λέξεις μπορεί να μεταβάλλει ουσιαστικές

έννοιες οι οποίες παρήχθησαν κατά τη διαδικασία της έρευνας (Rea and Parker, 1997; Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010).

Ακόμη, σημαντική είναι η κατανόηση των απόψεων και της γλώσσας των ερωτωμένων. Χωρίς αυτή τη σημαντική κατανόηση, τα δεδομένα που καταγράφονται θα γίνονταν κατανοητά μόνον μέσω της ερμηνείας του ερευνητή και θα ήταν ανακριβή δεδομένα και όχι βασισμένα στις πραγματικές απόψεις των συμμετεχόντων. Στο παρακάτω γράφημα περιγράφονται τα βήματα που ακολουθήθηκαν στη διαδικασία της ποιοτικής προσέγγισης στην παρούσα διατριβή (Berg and Latin, 2003; Creswell, 2003; Rea and Parker, 1997; Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010; Robson, 2002; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).



Γράφημα 1. Βήματα της ποιοτικής προσέγγισης.

Σε μεγάλο βαθμό, η αντικειμενικότητα, η αξιοπιστία και εγκυρότητα των ποιοτικών δεδομένων εξαρτάται από τη μεθοδολογική ευαισθησία, την επιδεξιότητα και την εκπαίδευση του ερευνητή. Η αξιοπιστία στην ποιοτική έρευνα εστιάζεται στην

αναγνώριση και ορθή καταγραφή των ομογενών ή ετερογενών χαρακτηριστικών και άλλων φαινομένων στο υπό μελέτη θέμα (Labuschagne, 2003).

Όπως αναφέρθηκε, κατά τη συγκέντρωση των ποιοτικών δεδομένων χρησιμοποιούνται διάφοροι τρόποι, με τη συνέντευξη να βρίσκεται στην πρώτη θέση. Οι συνεντεύξεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμες. Διεξάγονται για να χρησιμοποιηθεί η εμπειρία των ατόμων και να παρθούν από τον ερευνητή σε βάθος πληροφορίες γύρω από ένα θέμα. Οι συνεντεύξεις πολλές φορές αποτελούν συνέχιση ορισμένων ερωτηματολογίων για να διερευνηθούν περαιτέρω οι απαντήσεις των ερωτώμενων. Συνήθως κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων υποβάλλονται ανοιχτές ερωτήσεις. Προτού ο ερευνητής αρχίσει να σχεδιάζει τις ερωτήσεις και τη διαδικασία συνέντευξης, πρέπει να ξεκαθαρίσει πως πρόκειται να χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που θα συγκεντρώσει από τις συνεντεύξεις. Η προετοιμασία για τη συνέντευξη πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Ο ερευνητής πρέπει να επιλέξει ένα χώρο, που δεν αποσπά την προσοχή, να αποφύγει τα δυνατά φώτα ή τους θορύβους, εξασφαλίζοντας στο άτομο που δίνει τη συνέντευξη άνετη θέση.
- Συχνά, τα άτομα που δίνουν συνέντευξη μπορεί να αισθανθούν πιο άνετοι στην εργασία τους ή στο σπίτι τους.
- Ο ερευνητής πρέπει να εξηγήσει το σκοπό της συνέντευξης.
- Ο ερευνητής πρέπει να αναφερθεί σε όρους εμπιστευτικότητας (ο ερευνητής πρέπει να είναι προσεκτικός εδώ. Σπάνια μπορεί να υποσχεθεί οτιδήποτε. Τα δικαστήρια μπορούν να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες, σε ορισμένες περιστάσεις). Αυτός πρέπει να εξηγήσει ποιος θα έχει πρόσβαση στις απαντήσεις τους και πως οι απαντήσεις τους θα αναλυθούν. Αν τα σχόλιά

τους πρόκειται να χρησιμοποιηθούν ως αποσπάσματα, ο ερευνητής πρέπει να πάρει γραπτή άδειά τους για να τα χρησιμοποιήσει.

- Ο ερευνητής πρέπει να εξηγήσει το σχήμα, τον τύπο και τη φύση της πραγματοποιούμενης συνέντευξης.
- Ο ερευνητής πρέπει να αναφέρει πόσο χρόνο θα κρατήσει η συνέντευξη.
- Ο ερευνητής πρέπει να πει στους συνεντευξιαζόμενους που θα έλθουν σ' επαφή με τον ίδιο αργότερα αν θέλουν.
- Ο ερευνητής πρέπει πριν αρχίσουν τη συνέντευξη να τους ρωτήσει αν έχουν οποιεσδήποτε απορίες.
- Ο ερευνητής δεν πρέπει να βασιστεί στη μνήμη του για να θυμηθεί τις απαντήσεις τους. Πρέπει να ζητήσει άδεια να καταγράψει τη συνέντευξη ή να φέρει κάποιον να κρατήσει σημειώσεις (Berg and Latin, 2003; Creswell, 2003; Rea and Parker, 1997; Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010; Robson, 2002; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

### ***Τύποι συνεντεύξεων***

1. Ανεπίσημη, άνευ διατυπώσεων συνέντευξη. Δεν υποβάλλεται καμιά προκαθορισμένη ερώτηση, προκειμένου αυτή να παραμείνει όσο το δυνατόν ανοικτή και πιο προσαρμόσιμη στη φύση και τις προτεραιότητες αυτού που δίνει την συνέντευξη. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, ο ερευνητής "πηγαίνει με τη ροή".
2. Συνέντευξη γενικής προσέγγισης. Αυτή με τη συνομιλητική προσέγγιση εξασφαλίζει καλύτερη εστίαση από κάθε συνεντευξιαζόμενο για τις μεταφερόμενες πληροφορίες. Ακόμα επιτρέπει ένα βαθμό ελευθερίας και προσαρμοστικότητας στη ροή τους.

3. Τυποποιημένη, ανοικτή συνέντευξη. Εδώ, οι ίδιες ανοιχτές ερωτήσεις υποβάλλονται σ' όλους τους συνεντευξιαζόμενους. Αυτή η προσέγγιση διευκολύνει τις γρηγορότερες συνεντεύξεις που μπορούν να συγκριθούν και να αναλυθούν ευκολότερα

4. Κλειστή καθορισμένη συνέντευξη-απάντηση. Όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι υποβάλλονται στις ίδιες ερωτήσεις και καλούνται να επιλέξουν τις απαντήσεις μεταξύ του ίδιου συνόλου εναλλακτικών λύσεων. Αυτό το σχήμα είναι χρήσιμο για εκείνους που δεν προετοιμάζονται να πάρουν συνέντευξη (Rea and Parker, 1997; Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010; Robson, 2002; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

### ***Είδη πληροφοριών που μπορεί να συγκεντρωθούν με τη συνέντευξη***

Ο ερευνητής μπορεί να ρωτήσει για:

1. Συμπεριφορές. Γι' αυτό που ένα πρόσωπο έχει κάνει ή κάνει.
2. Απόψεις/αξίες. Γι' αυτό αυτό που ένα άτομο σκέφτεται για ένα θέμα
3. Συναισθήματα. Ο ερευνητής πρέπει να σημειώσει ότι οι ερωτώμενοι αποκρίνονται μερικές φορές με «εγώ σκέφτομαι ότι»...έτσι πρέπει να είναι προσεκτικός για να σημειώσει ότι ψάχνει τα συναισθήματα».
4. Γνώσεις. Για να πάρει τα γεγονότα για ένα θέμα.
5. Αισθήσεις. Γι' αυτά που οι άνθρωποι έχουν δει, έχουν αγγίξει, έχουν ακούσει, έχουν δοκιμάσει ή έχουν μυρίσει.
6. Ιστορικά/δημογραφικά. Ηλικία, η εκπαίδευση, κ.λπ.

Σημειώστε ότι οι ανωτέρω ερωτήσεις μπορούν να υποβληθούν με βάση το παρελθόν, το παρόν ή το μέλλον (Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010; Robson, 2002; Tenenbaum, 2005).

### *Ακολουθία ερωτήσεων*

1. Ο ερευνητής πρέπει να καλέσει το συντομότερο δυνατόν τους συνεντευξιαζόμενους.

2. Ο ερευνητής πρέπει πριν ρωτήσει για αμφισβητούμενα θέματα (συναίσθημα, συμπεράσματα), να υποβάλει ερωτήσεις για μερικές απόψεις. Μ' αυτή την προσέγγιση, οι ερωτώμενοι μπορούν να συμμετέχουν ευκολότερα στη συνέντευξη, πριν οι ερωτήσεις εισέλθουν στα προσωπικά θέματα.

3. Ο ερευνητής πρέπει να διασπείρει τις ερωτήσεις για τις απόψεις σ' όλη τη συνέντευξη, για να αποφύγει το μακρύ κατάλογό τους, εξασφαλίζοντας τη συνοχή τους.

4. Ο ερευνητής πρέπει να υποβάλει ερωτήσεις για το παρόν πριν από τις ερωτήσεις για το παρελθόν ή το μέλλον. Είναι συνήθως ευκολότερο αυτοί να μιλήσουν για το παρόν και έπειτα για το παρελθόν ή το μέλλον.

5. Οι τελευταίες ερωτήσεις πρέπει να επιτρέψουν στους ερωτώμενους να δώσουν οποιεσδήποτε πληροφορίες (Rea and Parker, 1997; Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010; Robson, 2002; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

### *Διατύπωση των ερωτήσεων*

1. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι ανοικτού τύπου. Οι ερωτώμενοι πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξουν τους δικούς τους όρους, κατά την απάντηση των ερωτήσεων.

2. Οι ερωτήσεις πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο ουδέτερες. Οι λέξεις που ενδεχομένως να επηρεάσουν τις απαντήσεις, πρέπει να αποφεύγονται.

3. Οι ερωτήσεις πρέπει να ερωτηθούν μια φορά σ' ένα χρόνο.

4. Οι ερωτήσεις πρέπει να διατυπώνονται με σαφήνεια. Αυτό περιλαμβάνει τη γνώση οποιονδήποτε όρων ιδιαίτερων στο πρόγραμμα ή τον πολιτισμό των ερωτώμενων.

5. Ο ερευνητής πρέπει να είναι προσεκτικός στις ερωτήσεις "γιατί". Αυτός ο τύπος ερώτησης συμπεραίνει μια σχέση αιτίας-επίδρασης που μπορεί να μην υπάρξει αληθινά. Αυτές οι ερωτήσεις μπορεί επίσης να αναγκάσουν τους ερωτώμενους να αισθανθούν μειονεκτικά, π.χ., ότι πρέπει να δικαιολογήσουν την απάντησή τους, η οποία μπορεί να εμποδίσει τις απαντήσεις σ' αυτή την ερώτηση και τις μελλοντικές ερωτήσεις (Kabitsiis, 2004; Rea and Parker, 1997; Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010; Robson, 2002; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

### ***Κατά την πραγματοποίηση της συνέντευξης***

1. Ο ερευνητής πρέπει περιστασιακά να ελέγχει αν το μαγνητόφωνο (αν χρησιμοποιείται) λειτουργεί.

2. Ο ερευνητής πρέπει να υποβάλει μια ερώτηση κάθε φορά.

3. Ο ερευνητής πρέπει να καταβάλλει προσπάθεια να παραμείνει όσο το δυνατόν πιο ουδέτερος (δηλαδή να μη δείχνει ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις στις απαντήσεις των συνεντευξιζόμενων).

4. Ο ερευνητής πρέπει να ενθαρρύνει τις απαντήσεις με κίνηση της κεφαλής.

5. Ο ερευνητής πρέπει να είναι προσεκτικός για την εμφάνισή του κατά τη λήψη των σημειώσεων. Δηλαδή αν αναπηδά όταν σημειώνει κάτι, μπορεί να

θεωρηθεί ότι μένει έκπληκτος ή είναι ευχαριστημένος με την απάντηση, η οποία μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις σε μελλοντικές ερωτήσεις που πρόκειται να δοθούν.

6. Ο ερευνητής πρέπει να κατευθύνει την μετάβαση από ένα σημαντικό θέμα σ' ένα άλλο. "Μιλήσαμε για την οργάνωση των αθλητικών οργανισμών και τώρα θα επιθυμούσα να μιλήσουμε για τη διοίκηση."

7. Ο ερευνητής δεν πρέπει να χάσει τον έλεγχο της συνέντευξης. Αυτό μπορεί να γίνει όταν οι συνεντευξιαζόμενοι απομακρύνονται σ' ένα άλλο θέμα, καθυστερούν ν' απαντήσουν σε μια ερώτηση, ξεφεύγουν από το χρόνο ή ακόμα αρχίζουν ερωτήσεις στον ερευνητή (Kabitsiis, 2004; Robson, 2002; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

#### ***Αμέσως μετά από τη συνέντευξη***

1. Ο ερευνητής ελέγχει αν το μαγνητόφωνο (αν χρησιμοποιήθηκε), δούλεψε σ' όλη τη συνέντευξη.

2. Ο ερευνητής πρέπει να ελέγξει τις σημειώσεις του (εξασφαλίζει ότι οι σελίδες είναι αριθμημένες, συμπληρώνει οποιοσδήποτε σημειώσεις που δεν έχουν νοήματα, κ.λπ).

3. Ο ερευνητής πρέπει να γράψει κάτω οποιοσδήποτε παρατηρήσεις γίνονται κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Πότε ο συνεντευξιαζόμενος ήταν ιδιαίτερα νευρικός, αν υπήρχαν εκπλήξεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης κλπ, (Rea and Parker, 1997; Reymont and Joreskog, 1993; Rice, Hwang, Abrefa-Gyan and Powell, 2010).



### ***Οι ερωτήσεις της συνέντευξης της παρούσας διατριβής***

Οι ερωτήσεις της συνέντευξης για την παρούσα διατριβή σχεδιάστηκαν με βάση τη σχετική με το θέμα βιβλιογραφία. Για να μειωθεί η προκατάληψη του ερευνητή που πήρε τις συνεντεύξεις, οι ερωτήσεις της ήταν διαμορφωμένες έτσι ώστε να ακολουθούν ένα πιο γενικευμένο πρωτόκολλο, όπου οι ερωτώμενοι μπορούσαν να εκφράσουν τις εμπειρίες, τις απόψεις τους και τις γνώσεις. Μετά το πρώτο σχεδιασμό των ερωτήσεων, στη συνέχεια αυτές εξετάστηκαν από μια επιτροπή ειδικών αποτελούμενη από διάφορα στελέχη της εκπαίδευσης (διευθυντές σχολείων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, συμβούλους φυσικής αγωγής), με εμπειρία η/και αρμοδιότητες στη διοίκηση και μάρτυρες διαφόρων καταστάσεων επείγουσας ανάγκης που απαιτούσαν πρώτες βοήθειες (Berdowski, Schmohl, Tijssen and Koster, 2009; Chamberlain and Hazinski, 2010; Emergency First Response, 2010; European Resuscitation Council, 2010; Yeung and Perkins, 2010).

### ***Σχεδιάζοντας τη συνέντευξη***

Οι ερωτήσεις για το υπόβαθρο των συνεντευξιαζόμενων ήταν:

1. Ποιά είναι η άποψή σας για τις πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον; Θεωρείτε ότι είναι υπεύθυνοι όλοι οι εκπαιδευτικοί; Εξηγείστε τους λόγους.
2. Πιστεύετε ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται κάθε 2 χρόνια στις πρώτες βοήθειες; Εξηγείστε την άποψή σας.
3. Ποιά είναι η άποψή σας σχετικά με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους;

4. Ποιοί είναι οι φορείς που κατά τη γνώμη σας εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών;
5. Αν γνωρίζατε ότι θα προγραμματιζόταν ένα σεμινάριο πρώτων βοηθειών, θα θέλατε να πάρετε μέρος; Εξηγήστε την άποψή σας.
6. Ιεραρχήστε και αξιολογήστε τους εμπλεκόμενους φορείς σύμφωνα με την καταλληλότητα εμπλοκής στα πεδία δραστηριότητας των πρώτων βοηθειών. Εξηγήστε τις απόψεις σας για τον κάθε φορέα.
7. Πιστεύετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες, γιατί τα ασθενοφόρα (166), είναι διαθέσιμα όλη την ημέρα και ανταποκρίνονται πολύ γρήγορα; Εξηγήστε την άποψή σας.
8. Πιστεύετε ότι ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη, που χρειάζεται πρώτες βοήθειες; Εξηγήστε την άποψή σας.
9. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητο όχι μόνο ως εκπαιδευτικός, αλλά και ως πολίτης να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες για να προστατέψετε την οικογένειά σας, αλλά και τον εαυτό σας; Εξηγήστε την άποψή σας.
10. Νομίζετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες, αφού μπορεί να υπάρχει στο σχολείο ένας διδάσκων ή κάποιος από το διοικητικό προσωπικό, που να γνωρίζει πρώτες βοήθειες καλύτερα από εσάς; Εξηγήστε την άποψή σας.
11. Προσθέστε ελεύθερα οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι σχετίζεται με το θέμα των πρώτων βοηθειών (Andresen et al, 2007; Castle, Garton and Kenward, 2007; Christenson, Nafziger, Compton, and Yijyarahavan, 2007;

Einspruch et al, 2007; Niles, Sutton, Donoghue, and Kalsi, 2009; Roppolo et al, 2007; Spooone et al, 2007; Smith, Gilcreast and Pierce, 2008; Woollard et al, 2006; Woollard eta al, 2008; Wik, Myklebust, Auestad and Steen, 2005; Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008).

### ***Το δείγμα της ποιοτικής προσέγγισης***

Ένας αριθμός εμπειρογνομόνων στον τομέα της εκπαίδευσης των πρώτων βοηθειών κατάρτισε μια λίστα εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής για να πάρουν μέρος στη μελέτη. Αυτοί οι εμπειρογνώμονες συμμετείχαν και συμμετέχουν σε όλες τις διαδικασίες και έχουν διδάξει σε σεμινάρια κατά τη διάρκεια της χρονικής περιόδου αυτής της μελέτης και ήταν πιστοποιημένοι εκπαιδευτές στις πρώτες βοήθειες κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σταδιοδρομίας τους. Διαπιστώθηκε ότι θα είχαν τις γνώσεις των μεμονωμένων εκπαιδευτικών που θα ήταν κατάλληλοι για την παρούσα μελέτη αυτή. Η ποιότητα των εμπειριών είναι ο μεγαλύτερος και σημαντικότερος παράγοντας και όχι ο αριθμός των συμμετεχόντων. Στην αρχή σχεδιάστηκε μία λίστα με πενήντα ονόματα. Στη συνέχεια, ο κατάλογος παραδόθηκε σε κάθε εμπειρογνώμονα. Αυτοί κλήθηκαν να επιλέξουν από τα πενήντα, είκοσι άτομα. Η διαδικασία αυτή παρήγαγε έναν τελικό κατάλογο από είκοσι εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής που συμμετείχαν στη μελέτη (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994).

Στη συνέχεια ο ερευνητής τηλεφώνησε σε κάθε άτομο που συμφώνησε να συμμετάσχει στη μελέτη. Στην τηλεφωνική συνομιλία, ο ερευνητής εξήγησε

περισσότερες λεπτομέρειες για τη μορφή της συνέντευξης. Ο σκοπός της προσωπικής επαφής ήταν να ενημερώσει τον συμμετέχοντα για τη φύση της μελέτης και για να καθορίσει εάν ο συμμετέχων ενδιαφερόταν για την έρευνα. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να κατανοήσουν τη μελέτη και το ρόλο τους στη μελέτη. Η συνέντευξη απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα, τόσο για τον ερευνητή όσο και για τον ερευνητή το θέμα. Ο συμμετέχων κλήθηκε να δώσει μια ημερομηνία, ώρα και τοποθεσία για το συνέντευξη. Ο ερευνητής ρώτησε τον συμμετέχοντα εάν είχε κάποια τεχνουργήματα, όπως ετήσιες εφημερίδες, διοικητικό υλικό ή άρθρα εφημερίδων που περιγράφουν την καριέρα τους στο διασυνοριακό αθλητισμό. Αυτά τα υλικά συζητήθηκαν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της συνέντευξης τόσο να εξερευνηθούν και να τεκμηριώσουν τις εμπειρίες του συμμετέχοντα (Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Η συνέντευξη ήταν μια προσωπική συνάντηση που πραγματοποιήθηκε σε ένα περιβάλλον που ήταν βολικό και οικείο στον συμμετέχοντα. Είναι σημαντικό να αισθάνεται ο συμμετέχων άνετα στη ρύθμιση. Ο ερευνητής εγγυήθηκε την εμπιστευτικότητα αναθέτοντας ψευδώνυμα σε όλους τους συμμετέχοντες. Οι θέσεις όπου οι εμπειρίες του συμμετέχοντες περιγράφηκαν σε γενικούς όρους, έτσι ώστε οι αναγνώστες δεν θα είναι σε θέση να καθορίστε τον ακριβή τόπο που συνέβησαν. Κάθε άτομο, που επιλέγεται από τον ερευνητή και τους εμπειρογνώμονες ως δυναμικό συμμετέχοντα στη μελέτη, έστειλε μια εισαγωγική επιστολή. Αυτή ήταν η πρώτη προσέγγιση από ο ερευνητής προς τους συμμετέχοντες. Η επιστολή περιείχε τα ονόματα και την επαφή πληροφορίες του ερευνητή και δύο από τα μέλη της επιτροπής. Δήλωσε το όνομα του η ερευνητική μελέτη, τους πληροφόρησε για την επιθυμία για συνέντευξη μαζί τους και το σκοπό

της ερευνητικής μελέτης. Έχει προβλεφθεί ένα σφραγισμένο, αυτοδιευθυνόμενο φάκελο να επιστρέψουν την απόφασή τους στον ερευνητή (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

### **Χρονοδιάγραμμα**

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 5 γυναίκες και 15 άνδρες. Κάθε συμμετέχων απάντησε στα ίδια ερωτήματα συνέντευξης, η οποία διήρκησε περίπου μία ώρα και αφορούσε μόνο τον συμμετέχοντα και τον ερευνητή.

Κάθε εβδομάδα πραγματοποιήθηκαν τέσσερις συνεντεύξεις και για πέντε συνεχείς εβδομάδες.

Συγκεκριμένα αναφέρονται:

Ιανουάριος-Μάρτιος 2018.

23 Φεβρουαρίου – 10 Μαρτίου 2018. Ολοκλήρωση των συνεντεύξεων.

11 Μαρτίου-τέλος Μαΐου: Ερμηνεία των δεδομένων.

### **β) Ποσοτική προσέγγιση**

Στην παρούσα προσδιορίστηκε αν η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών, θα βελτιώσει το επίπεδο των γνώσεων των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής, με συνακόλουθη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση καταστάσεων επείγουσας ανάγκης.

Η μελέτη ήταν πειραματική και πήραν μέρος δυο ομάδες: Η πειραματική ομάδα ή ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου ή αναφοράς. Η πρώτη ομάδα συμμετείχε σε διδασκαλία προγράμματος πρώτων βοηθειών, ενώ η δεύτερη ομάδα δεν συμμετείχε. Όλοι οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής (τόσο της ομάδας παρέμβασης, όσο και της ομάδας αναφοράς), κλήθηκαν να απαντήσουν στις ίδιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

### ***Προγραμματισμός και πραγματοποίηση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και επιλογή των ατόμων***

Ο υποψήφιος διδάκτορας επικοινωνήσε τηλεφωνικά αρχικά με τον Σύμβουλο φυσικής αγωγής Γ Αθήνας, και ακολούθως με τους υπεύθυνους αγωγής υγείας της Ανατολικής Αττικής, της Β περιφέρειας Αθήνας και της Δυτικής Αττικής. Στη συνέχεια ακολούθησε μία λεπτομερής περιγραφή των διαδικασιών της μελέτης για επίλυση τυχόν αποριών. Ο Σύμβουλος της Γ Αθήνας και οι υπεύθυνοι αγωγής υγείας ανάρτησαν στην ιστοσελίδα τους σχετική ανακοίνωση για τη διεξαγωγή των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών και κάλεσαν τους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής να πάρουν μέρος σ' αυτά. Κατόπιν καθορίστηκαν οι ημέρες και ώρες πραγματοποίησης των σεμιναρίων και ενημερώθηκαν για τη διαδικασία που θα ακολουθούσαν οι συμμετέχοντες. Αρχικά θα δίνονταν το ερωτηματολόγιο προς συμπλήρωση από τους συμμετέχοντες (πριν την έναρξη του σεμιναρίου), και θα ακολουθούσε προς συμπλήρωση ένα δεύτερο, ένα μήνα μετά το τέλος της παρέμβασης (Παράρτημα Β). Με τον τρόπο αυτό έγινε προγραμματισμός πέντε σεμιναρίων.

Σκοπός των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών ήταν:

- Να δώσει στους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν σε μια κατάσταση επείγουσας ανάγκης

στο σχολικό περιβάλλον και όχι μόνο, μέχρι να φτάσει εξειδικευμένο προσωπικό (ασθενοφόρο ή ιατρός).

- Να γίνει κατανοητή η έννοια της οργάνωσης των πρώτων βοηθειών και τα χρησιμοποιούμενα υλικά που πρέπει να έχει ένα κουτί πρώτων βοηθειών στο σχολείο.
- Να εξοικειωθούν οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής με τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να δώσουν σε περιπτώσεις θλάσεων, συνδεσμικών τραυματισμών και τενόντων.
- Να κατανοήσουν τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να παρέχουν σε περιπτώσεις καταγμάτων κλείδας, εξάρθηματος αγκώνα, καταγμάτων καρπού & φαλάγγων των δακτύλων.
- Να κατανοήσουν τη φυσιολογία της λιποθυμικής κατάστασης και την άμεση αντιμετώπισή της.
- Να εξοικειωθούν με τις τεχνικές μεταφοράς ενός τραυματισμένου μαθητή/τριας.
- Να κατανοήσουν τις πρώτες βοήθειες σε περιπτώσεις καταγμάτων σπονδυλικής στήλης.
- Να κατανοήσουν τις πρώτες βοήθειες σε περιπτώσεις καταγμάτων μηριαίου οστού, επιγονατίδας, κνήμης, περόνης & ποδοκνημικής άρθρωσης.
- Να εξοικειωθούν με τις τεχνικές καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης , με πρακτική σε πρόπλασμα.
- Να κατανοήσουν τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να δώσουν σε περιπτώσεις εσωτερικής και εξωτερικής αιμορραγίας.

- Να κατανοήσουν τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να παρέχουν σε περιπτώσεις πνιγμού σε νερό (ποτάμι, λίμνη ή θάλασσα) και πνιγμού από φαγητό, φρούτο ή άλλο αντικείμενο.
- Να κατανοήσουν τις πρώτες βοήθειες σε περιπτώσεις τσιμπημάτων από μέλισσα, σφήκα, αράχνη, σκορπιό, φίδι και οργανισμούς ή ζώα της θάλασσας (μέδουσα, αχινό, σμέρνα, θαλάσσιο φίδι, κλπ.).
- Να κατανοήσουν τις πρώτες βοήθειες σε περιπτώσεις ξηρών, χημικών, ψυχρών, υγρών και ηλεκτρικών εγκαυμάτων και ακτινοβολίας (Berdowski, Schmohl, Tijssen και Koster, 2009; Chamberlain and Hazinski, 2010; Emergency First Response, 2010; European Resuscitation Council, 2010; Yeung and Perkins, 2010).

### **Η ύλη των σεμιναρίων περιλάμβανε (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ).**

Εισαγωγή στις πρώτες βοήθειες (επείγουσα βοήθεια, άμεσες ενέργειες, ασθενοφόρο), Η χρησιμότητα και η εφαρμογή του πάγου στις πρώτες βοήθειες (κρυοθεραπεία, ψυχρά επιθέματα, ψυκτικό, πάγος), Η χρησιμότητα και η εφαρμογή των περιδέσεων (ελαστικός επίδεσμος, νάρθηκας, tape) Πρώτες βοήθειες σε οξείες και χρόνιες κακώσεις των μαλακών μορίων (διάστρεμμα, θλάση, τενοντίτιδα, οστεοχονδρίτιδα), Πρώτες βοήθειες σε λιποθυμικές καταστάσεις και επιληπτική κρίση (μικρή επιληψία, μεγάλη επιληψία, λιποθυμία), Πρώτες βοήθειες σε αιμορραγίες (εσωτερική, εξωτερική τριχοειδική αιμορραγία ), Πρώτες βοήθειες σε κατάγματα οστών των άνω άκρων και Σ.Σ. (κάταγμα κλείδας, βραχιονίου, colle's και smith) , Πρώτες βοήθειες σε κατάγματα οστών των κάτω άκρων (μηριαίου οστού, κνήμης, περόνης και ποδοκνημικής), Πρώτες βοήθειες σε απώλεια αναπνοής και κυκλοφορίας (φιλί της ζωής, μαλάξεις της καρδιάς), Η διαδικασία της ανάνηψης ), Πρακτική εξάσκηση σε



πρόπλασμα, Πρώτες βοήθειες σε καταστάσεις πνιγμού (πνιγμονή, ασφυξία, απόφραξη αεραγωγών), Πρώτες βοήθειες σε εγκαύματα (εγκαύματα ηλιακή ακτινοβολία, ηλεκτρικά εγκαύματα).

Σε κάθε εκπαιδευτικό φυσικής αγωγής δινόταν ξεχωριστή επιστολή που δήλωνε το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων των ερωτηματολογίων (βλ. Παράρτημα Α). Επίσης κάθε συμμετέχοντα δόθηκε κωδικός για τη συλλογή των δεύτερων ερωτηματολογίων. Η διαδικασία επικοινωνίας με τους υπεύθυνους αγωγής υγείας και ολοκλήρωσης της ερευνητικής διαδικασίας έλαβε χώρα το σχολικό έτος 2017-2018. Η συλλογή των ερωτηματολογίων διήρκεσε όσο και τα εκπαιδευτικά σεμινάρια, δηλαδή από τον Ιανουάριο του 2017 έως και τον Μάιο του 2018. Η διάρκεια της διδασκαλίας των σεμιναρίων ήταν 6 ώρες. Η ώρα και ο χώρος της εκπαίδευσης προγραμματίστηκε από τον Σύμβουλο φυσικής αγωγής και τους υπευθύνους αγωγής υγείας εκτός των ωρών διδασκαλίας των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής.

Κατά τη διεξαγωγή των σεμιναρίων υπήρχε συνέπεια στη μελέτη και πολύ μεγάλη ομοιογένεια, επειδή οι συμμετέχοντες ήταν όλοι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής. Έτσι, δεν υπήρξαν αντικειμενικά προβλήματα στη διεξαγωγή της διατριβής που πιθανόν να απειλούσαν το σχεδιασμό, τη δειγματοληψία και τον προσδιορισμό του μεγέθους δείγματος (Castle, Garton and Kenward, 2007; Christenson, Nafziger, Compton, and Yijayaraghavan, 2007; Einspruch et al, 2007; Niles, Sutton, Donoghue, and Kalsi, 2009; Roppolo et al, 2007; Spooone et al, 2007; Smith, Gilcreast and Pierce, 2008; Woollard et al, 2006; Woollard eta al, 2008; Wik, Myklebust, Auestad and Steen, 2005; Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008).

## **Επιλογή των ατόμων**

Στο Ν. Αττικής υπηρετούσαν 1300 περίπου εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής, που ανήκαν στις διευθύνσεις της πρωτοβάθμιας, εκπαίδευσης. Σε κάθε διεύθυνση λειτουργεί γραφείο αγωγής υγείας. Για να υπάρξει αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος έγινε τυχαία επιλογή μεταξύ των γραφείων αγωγής υγείας του Ν. Αττικής. Έτσι επιλέχθηκαν τα γραφεία αγωγής υγείας Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης της Ανατολικής Αττικής, της Α΄ Αθήνας, της Δυτικής Αττικής και η περιφέρεια ευθύνης του Σύμβουλου της Γ΄ Αθήνας.

Οι υπεύθυνοι αγωγής υγείας και ο σύμβουλος φυσικής αγωγής μετά την ανάρτηση στην ιστοσελίδα της προκήρυξης των σεμιναρίων κατέγραψε τις δηλώσεις συμμετοχής των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής, που σε κάθε γραφείο είχαν καθοριστεί τα εκατό άτομα. Στη συνέχεια ο υπεύθυνος αγωγής υγείας του κάθε γραφείου και ο Σύμβουλος με κλήρωση επέλεξαν εβδομήντα πέντε εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής που θα παρακολουθούσαν τα σεμινάρια, δηλαδή 300 άτομα. Τα άτομα αυτά με τυχαία επιλογή απετέλεσαν την πειραματική ομάδα (N=200) και την ομάδα αναφοράς (N=100). Τελικά οι εκπαιδευτικοί φυσικής που ολοκλήρωσαν την έρευνα με συμμετοχή στα σεμινάρια ήταν 39 άτομα στο πρώτο, 45 στο δεύτερο, 34 στο τρίτο και 33 τέταρτο, συνολικά δηλαδή 151 άτομα, ενώ στην ομάδα αναφοράς μόνο 49 άτομα. Στην πειραματική ομάδα πραγματοποιήθηκαν δύο (2) μετρήσεις γνώσεων πρώτων βοηθειών (πριν και ένα μήνα μετά την διαχείριση διδασκαλίας των σεμιναρίων του παρεμβατικού προγράμματος), συνολικά 302 ερωτηματολόγια. Οι ίδιες μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν και στα άτομα της ομάδας αναφοράς, τα οποία δεν πήραν μέρος στη διδασκαλία των σεμιναρίων του παρεμβατικού προγράμματος, δηλαδή συνολικά 98 ερωτηματολόγια.

## **Διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών**

Κατά την εφαρμογή των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών οι τεχνικές που εφαρμόστηκαν αφορούσαν:

- Διαλέξεις με διαφάνειες (power point).
- Ερωτήσεις και επεξηγήσεις με συζήτηση των συμμετεχόντων.
- Επίδειξη και πρακτική εξάσκηση σε πρόπλασμα.
- Διεξαγωγή σεναρίων σε ομάδες και πρακτική εφαρμογή.

Στους συμμετέχοντες στα σεμινάρια εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής διανεμήθηκαν σημειώσεις πρώτων βοηθειών (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ).

Η επικοινωνία με τον Σύμβουλο φυσικής αγωγής και τους υπεύθυνους αγωγής υγείας, η οργάνωση και πραγματοποίηση των σεμιναρίων και η συλλογή των δεδομένων διενεργήθηκε αποκλειστικά από τον υποψήφιο διδάκτορα.

## **Το ερευνητικό εργαλείο της ποσοτικής μελέτης**

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα διατριβή για τη συλλογή των δεδομένων ήταν αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα μέτρησης (ερωτηματολόγιο). Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές στην περιγραφική ανάλυση για συγκεντρωθούν πληροφορίες με ερωτήσεις που υποβάλλουν στα άτομα που συμμετέχουν στη μελέτη. Έτσι, για να συγκεντρωθούν τα δεδομένα της παρούσας μελέτης, σχεδιάστηκε πρωτότυπη κλίμακα. Με την κλίμακα αυτή επιχειρήθηκε να αναγνωριστούν οι ιδιαίτερες γνώσεις πρώτων βοηθειών των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής των ομάδων που εξετάστηκαν.

## **Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα ερευνών βασισμένων σε ερωτηματολόγια**

### *Μειονεκτήματα*

### Γενικά σ' όλες τις έρευνες στις οποίες παίρνουν μέρος ερωτώμενοι

Τα δεδομένα επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απαντούν (πχ η μνήμη τους, οι γνώσεις, οι εμπειρίες, τα κίνητρα και η προσωπικότητα).

Οι ερωτώμενοι δεν θα εκθέσουν απαραίτητως ακριβώς τις πεποιθήσεις, τοποθετήσεις τους, κ.λπ. (π.χ. είναι πιθανό να υπάρξει μια κοινωνική μεροληπτική απάντηση στο επιθυμητό; Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Gillham, 2000).

### Ταχυδρομικές και άλλες έρευνες αυτοαναφοράς

Έχουν χαμηλό ποσοστό απάντησης.

Δεδομένου ότι ο ερευνητής δεν γνωρίζει τα χαρακτηριστικά αυτών που δεν απάντησαν, δεν γνωρίζει αν το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό.

Οι ερευνητικές ερωτήσεις δεν μπορούν να καθορισθούν, επειδή υπάρχει δυσκολία στην κατανόησή τους και τυχόν ασάφειες.

Οι ερωτώμενοι δεν μπορούν να ανταποκριθούν σοβαρά στο πρόβλημα και ο ερευνητής πιθανόν να μη μπορεί να το ανιχνεύσει αυτό (Li, Pitts, & Quarteman, 2008).

### Ταχυδρομικά και αυτοδιαχειριζόμενα ερωτηματολόγια

Συχνά αυτό είναι ο μοναδικός ή ευκολότερος τρόπος να παρθούν πληροφορίες για την προηγούμενη ιστορία ενός μεγάλου συνόλου ανθρώπων.

Μπορούν να είναι εξαιρετικά αποδοτικά στην παροχή των μεγάλων ποσών δεδομένων με σχετικά χαμηλότερο κόστος και σε μια μικρή χρονική περίοδο.

Επιτρέπουν την ανωνυμία, η οποία μπορεί να ενθαρρύνει την ειλικρίνεια όταν περιλαμβάνονται ευαίσθητες περιοχές (Edwards and Skinner, 2009; Oppenheim,

2002; Fischer and Layman, 1986; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Sapsford, 1999).

### ***Η εγκυρότητα***

Η εγκυρότητα αναφέρεται στη γνησιότητα, το περιεχόμενο και την αλήθεια του ερωτηματολογίου. Είναι η ακρίβεια και η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου, (δηλ. ο βαθμός στον οποίο μετράει αυτό που υποτίθεται πρέπει να μετρήσει). Η εγκυρότητα αναφέρεται στο αν οι ερωτήσεις είναι ή όχι αυτές που πρέπει να ερωτηθούν.

Οι τύποι της εγκυρότητας είναι: η λογική ή φανερή εγκυρότητα (face validity), η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), η εγκυρότητα κριτηρίου (criterion validity) και η εγκυρότητα κατασκευής (construct validity).

#### ***Λογική ή φανερή εγκυρότητα***

Η λογική εγκυρότητα δείχνει αν οτιδήποτε κατάλαβε κάποιος από ένα ερωτηματολόγιο, είναι παρόμοια μ' αυτά που καταλαβαίνει κάποιο άλλο άτομο που το διαβάζει. Είναι δηλαδή συναφής με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, γιατί στηρίζεται στη λογική και είναι αυταπόδεικτη (Gillham, 2000; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

#### ***Η εγκυρότητα του περιεχομένου***

Η εγκυρότητα του περιεχομένου δείχνει ολόκληρο το φάσμα των γνώσεων, διαθέσεων, απόψεων και συμπεριφορών που καλύπτονται από το ερωτηματολόγιο. Αξιολογεί αν οι ερωτήσεις καλύπτουν τη σειρά των συμπεριφορών που θεωρούνται

κανονικά μέρος της διάστασης που αξιολογείται. Για παράδειγμα, για να υπάρχει εγκυρότητα περιεχομένου σε μια περίπτωση πολιτικών τοποθετήσεων, πρέπει να συμπεριληφθούν στοιχεία σχετικά μ' όλα τα σημαντικά ζητήματα, όπως η εξωτερική πολιτική, η υγειονομική περίθαλψη, η οικονομία, κλπ. (Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

### ***Η εγκυρότητα του κριτηρίου***

Αυτή δείχνει το βαθμό ομοιότητας μεταξύ των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, όταν γίνεται σύγκριση με άλλα παρόμοια. Διακρίνεται σε προβλεπόμενη εγκυρότητα και σύμφωνη εγκυρότητα.

#### *Η προβλεπόμενη εγκυρότητα*

Προβλέπει το ερωτηματολόγιο αυτό που αναμένεται;

Ο ερευνητής πρέπει να συσχετίσει τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου με κάποια συμπεριφορά που αναμένεται να εμφανιστεί, λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα.

#### *Η σύμφωνη εγκυρότητα*

Είναι σύμφωνο το ερωτηματολόγιο με άλλες παρόμοιες έρευνες;

### ***Η εγκυρότητα κατασκευής***

Είναι σύμφωνο το ερωτηματολόγιο με τις προβλέψεις βασισμένες στη θεωρία; Συσχετίζονται τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου με εκείνα μιας άλλης μέτρησης ίδιων διαστάσεων που έχει διανεμηθεί συγχρόνως;

Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Σημαντικό ρόλο παίζουν ο τρόπος μέτρησης της συμπεριφοράς ή της διάθεσης και η μεθοδολογία συγκέντρωσης των δεδομένων.

Γενικά, τα μεθοδολογικά λάθη, ο κακός σχεδιασμός και οι ασαφείς ερωτήσεις μπορούν όλες να συμβάλλουν σε χαμηλά επίπεδα εγκυρότητας (Creswell, 2012; Edwards & Skinner, 2009; Kabitsis, 2004; Li, Pitts & Quarteman, 2008; Neuman, 2003; Robson, 2002; Stake, 2005; Thomas, Nelson, Silverman, 2005; Tenenbaum, 2005).

### ***Η αξιοπιστία***

Ένα σημαντικό στοιχείο της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου είναι η αξιοπιστία του. Ένα ερωτηματολόγιο θεωρείται αξιόπιστο αν διανεμηθεί δεύτερη φορά στα ίδια άτομα και ληφθούν τα ίδια αποτελέσματα. Η αξιοπιστία αναφέρεται στη σταθερότητα των απαντήσεων. Έτσι, αν ένα άτομο απαντήσει σ' ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, θα δώσει παρόμοιες απαντήσεις με ασήμαντες διακυμάνσεις.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας, επαναλαμβάνεται η ίδια τυποποιημένη δοκιμασία, στα ίδια άτομα, με τον ίδιο ερευνητή και στις ίδιες συνθήκες δυο διαφορετικές φορές, χρονικά πολύ κοντά ή μια στην άλλη, ίσως σε διάστημα 6-24 ωρών. Εάν πριν παρθούν οι δεύτερες απαντήσεις, περάσει πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα, οι όροι μπορεί να αλλάξουν σε τέτοιο βαθμό, που οι απαντήσεις να είναι τελείως διαφορετικές.

Πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την αξιοπιστία μίας δοκιμασίας. Αυτοί είναι το περιβάλλον, η κατάσταση του ερευνητή, ο κάματος, η πλήξη, καθώς και οι μεταβολές στην περιβαλλοντική θερμοκρασία.

Ο ερευνητής ζητάει από τους ερωτώμενους να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο χωρίς να αναφέρει ότι θα χρειαστεί τα άτομα και δεύτερη φορά.

Πρέπει να είναι βέβαιος ότι έχει πάρει το όνομα, τη διεύθυνση και τον τηλεφωνικό αριθμό του σχετικού ατόμου, αλλά πρέπει να εξασφαλίσει ταυτόχρονα την εμπιστευτικότητα. Κατόπιν 6-24 ώρες αργότερα, πρέπει να ζητήσει από κάθε άτομο να συμπληρώσει πάλι το έντυπο. Πρέπει να είναι προσεκτικός για τον τρόπο που θα γίνει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για δεύτερη φορά. Ο ερευνητής πρέπει να σημειώσει ποια ερωτηματολόγια ήταν πρώτα και ποια δεύτερα, έτσι ώστε όλα τα πρώτα να μπορούν να συγκριθούν με τα δεύτερα (Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997).

### ***Η αντικειμενικότητα***

Η αντικειμενικότητα αναφέρεται στο πόσο καλά, διαφορετικά άτομα που απαντούν στο ίδιο ερωτηματολόγιο, επιτυγχάνουν παρόμοια αποτελέσματα. Μερικές φορές ένα πρόσωπο μπορεί ακούσια να μεροληπτήσει στις απαντήσεις από τις λέξεις, ιδιομορφίες, χειρονομίες, ορισμούς των λέξεων, εξηγήσεις στους ερωτώμενους, τη βοήθεια κλπ. Για να περιορισθεί αυτός ο τύπος της μεροληψίας, ο ερευνητής πρέπει να χρησιμοποιήσει τις ακόλουθες τεχνικές:

Να διατηρεί απλές λέξεις.

Να κατευθύνει με απλό και εύκολο τρόπο.

Να περιλαμβάνει ορισμούς λέξεων όταν χρειάζεται. Θα μπορούσαν να τυπωθούν στην πίσω πλευρά ενός ερωτηματολογίου μιας σελίδας.

Να χρησιμοποιήσει περιεκτικές διαδικασίες στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου.

Πχ. πρέπει να κρατήσει τον ίδιο τύπο ερωτήσεων (όλες ναι-όχι ερωτήσεις, το ίδιο είδος της κλίμακας Likert, δηλ. κατηγορίες 1-5 ή 0-7, ίδιος τύπος κατεύθυνσης).



Πρέπει να χρησιμοποιηθεί η ίδια ποικιλία της απάντησης της διαδικασίας για όλες τις ερωτήσεις (να συμπεριληφθούν όλες οι απαντήσεις και να ελεγχθούν).

Όσο μεγαλύτερη αντικειμενικότητα έχει μια δοκιμασία, τόσο περισσότερο αποκλείει τον υποκειμενικό παράγοντα, που μπορεί να επηρεάσει και ν' αλλοιώσει τ' αποτελέσματα (Berg & Latin, 2003; Creswell, 2012; Edwards & Skinner, 2009; Kabitsis, 2004; Li, Pitts & Quarteman, 2008; Neuman, 2003; Robson, 2002; Stake, 2005; Thomas, Nelson, Silverman, 2005; Tenenbaum, 2005).

### ***Στατιστικός έλεγχος του ερωτηματολογίου***

Ανεξάρτητα από τους κανόνες που αναφέρθηκαν και την ευλάβεια με την οποία θα γίνει η σύνθεση ενός ερωτηματολογίου, ποτέ δεν είναι σίγουρο ότι τα άτομα που θα απαντήσουν, θα δώσουν τις πληροφορίες ακριβώς όπως είχε σχεδιάσει ο ερευνητής. Για να ελεγχθεί αν οι ερωτώμενοι απάντησαν με τον τρόπο που είχε προβλεφθεί γίνεται ανάλυση στοιχείων (item analysis). Έτσι επιλέγονται ερωτήσεις με μεγαλύτερα σκορ στην κλίμακα από εκείνες με τα μικρότερα σκορ, που αποκλείονται από το ερωτηματολόγιο. Ο βαθμός συσχέτισης μιας ερώτησης με το σύνολο των υπολοίπων ερωτήσεων είναι το κριτήριο για την επιλογή της (item to total correlation). Ο συντελεστής συσχέτισης μιας ερώτησης με το συνολικό ερωτηματολόγιο για να συμπεριληφθεί στην τελική έκδοσή του δεν πρέπει να είναι μικρότερος από 0.30.

Ένας άλλος τρόπος για να καταφέρει ο ερευνητής να βρει ποιες ερωτήσεις θα κρατήσει στο ερωτηματολόγιο και ποιες όχι είναι να πραγματοποιήσει παραγοντική ανάλυση. Με τη στατιστική αυτή μέθοδο μπορεί να εντοπίσει τις επιμέρους θεματικές ενότητες που συγκροτούν το συνολικό ερωτηματολόγιο (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009;

Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Η μέτρηση του βαθμού στον οποίο κάθε μια από τις ερωτήσεις σχετίζεται με κάποιο εξωτερικό κριτήριο είναι ένας πιο άμεσος τρόπος για την επιλογή των ερωτήσεων που θα πρέπει να απαρτίσουν ένα ερωτηματολόγιο, γι' αυτό και πολλές φορές προτιμάται απέναντι στην υψηλή αλληλοσυσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων. Σε έρευνες που οι ερευνητές δεν έχουν τη δυνατότητα να διεξάγουν πιλοτική μελέτη, για να αφαιρέσουν ερωτήσεις ή για να διατυπώσουν εκ νέου άλλες, η καταλληλότερη μέθοδος για την εξασφάλιση της ομοιογένειας των επιμέρους τμημάτων του ερωτηματολογίου είναι η ανάλυση στοιχείων (Andrew, Pedersen & McEvoy, 2011; Berg & Latin, 2003; Carr, 1992; Gorsuch, 1983; Creswell, 2012; Edwards & Skinner, 2009; Kabitsis, 2004; Li, Pitts & Quarteman, 2008; Neuman, 2003; Robson, 2002; Reymont & Joreskog, 1993; Stake, 2005; Simco & Warin, 1997). Thomas, Nelson, Silverman, 2005; Tenenbaum, 2005).

Αν ο ερευνητής δεχθεί ότι κάθε ερώτηση πρέπει να διακρίνει τους ερωτώμενους τον ένα από τον άλλο (σε σχέση με την άποψη που αυτοί εκφράζουν σε κάθε ερώτηση), τότε πρέπει από το ερωτηματολόγιο να αφαιρεθούν όλες εκείνες οι ερωτήσεις στις οποίες διαφορετικές ομάδες ερωτώμενων απαντούν με τον ίδιο τρόπο. Αφού συγκεντρωθεί το συνολικό σκορ του κάθε ερωτώμενου σ' όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, ταξινομούνται σ' αυτούς που έχουν μεγάλο συνολικό σκορ και σε εκείνους που έχουν μικρό. Στη συνέχεια, συγκρίνεται με το σκορ που έχουν στην κάθε ερώτηση οι δύο ομάδες. Οι ερωτήσεις, στις οποίες τα σκορ των δύο ομάδων δεν διαφέρουν πρέπει να αφαιρεθούν (Berg and Latin, 2003;

Creswell, 2012; Edwards and Skinner, 2009; Kabitsis, 2004; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Neuman, 2003; Robson, 2002; Stake, 2005; Thomas, Nelson, Silverman, 2005; Tenenbaum, 2005).

Η μέτρηση του βαθμού αξιοπιστίας (εσωτερική σταθερότητα) του ερωτηματολογίου σαν σύνολο, γίνεται με χρησιμοποίηση της διχοτόμησης και του συντελεστή Cronbach's Alpha ( $\alpha$ ). Στο τελικό ερωτηματολόγιο πρέπει να υπάρχει ένας αριθμός ερωτήσεων, για να προκύψει ένας δείκτης Cronbach's  $\alpha=0.70$ .

Πίνακας 2. Εκτίμηση της εγκυρότητας, αξιοπιστίας και αντικειμενικότητας μιας δοκιμασίας με βάση το συντελεστή συσχέτισης (Li, Pitts and Quarteman, 2008).

<b>Συντελεστής συσχέτισης</b>	<b>Εγκυρότητα</b>	<b>Αξιοπιστία-Αντικειμενικότητα</b>
0.95-0.99		Άριστη
0.90-0.94		Πολύ καλή
0.85-0.89	Άριστη	Αποδεκτή
0.80-0.84	Πολύ καλή	Αποδεκτή
0.75-0.79	Αποδεκτή	Χαμηλή
0.70-0.74	Αποδεκτή	Χαμηλή
0.65-0.69	Αμφίβολη (αποδεκτή για πολύ σύνθετες δοκιμασίες)	Αμφίβολη (αποδεκτή για ομάδες)
0.60-0.64	Αμφίβολη	Αμφίβολη (αποδεκτή για ομάδες)

Ο βαθμός στον οποίο ένα ερωτηματολόγιο ικανοποιεί τα επιστημονικά κριτήρια της εγκυρότητας, αξιοπιστίας και αντικειμενικότητας, φαίνεται και από το συντελεστή συσχέτισης. Ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) εκφράζει τη συνάφεια ή το βαθμό συμφωνίας μεταξύ δύο παραμέτρων. Αν η συσχέτιση μεταξύ δύο παραμέτρων είναι τέλεια, τότε ο συντελεστής ισούται με τη μονάδα ( $r=1.0$ ). Αυτό όμως σπάνια συμβαίνει. Συνήθως ο συντελεστής κυμαίνεται μεταξύ 0 και 1 και όσο πλησιάζει προς τη μονάδα, τόσο μεγαλύτερη είναι η συσχέτιση μεταξύ των δύο παραμέτρων (πίν. 2; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Μία δοκιμασία είναι έγκυρη όταν ο συντελεστής δεν είναι μικρότερος από 0.70, ενώ είναι αξιόπιστη και αντικειμενική όταν ο συντελεστής είναι τουλάχιστον 0.80. Κατά κανόνα απαιτείται υψηλότερος συντελεστής για την αξιοπιστία και αντικειμενικότητα, γιατί οι παράγοντες που επηρεάζουν τα κριτήρια αυτά μπορούν να ελεγχθούν με ευκολία, ενώ η καθιέρωση της συνάρτησης μεταξύ της εξαρτημένης και ανεξάρτητης μεταβλητής παρουσιάζει μεγαλύτερη αστάθεια. Ακόμα, πρέπει να σημειωθεί ότι η στατιστική σημαντικότητα του συντελεστή συσχέτισης, δηλαδή η συνάφεια δύο δοκιμασιών, εξαρτάται και από τον αριθμό των δοκιμαζομένων, που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της εγκυρότητας (Berg and Latin, 2003; Gorsuch, 1983; Creswell, 2012; Edwards & Skinner, 2009; Kabitsis, 2004; Li, Pitts & Quarteman, 2008).

#### ***Έλεγχος του ερωτηματολογίου με πιλοτική μελέτη***

Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή των δεδομένων μιας έρευνας πολλές φορές μπορεί να μην στεφθούν από επιτυχία, επειδή οι ερωτώμενοι δεν αντιλαμβάνονται τη σημασία των ερωτήσεων, απαιτείται αρκετός χρόνος για να συμπληρωθούν και μπορεί να βαρεθούν ή ακόμα να δυσαρεστηθούν. Αρκετές φορές στη σύνταξη των προτάσεων της κλίμακας μπορεί να βοηθήσουν κάποιοι συνάδελφοι ή και φίλοι. Αυτοί ίσως είναι σε θέση να ελέγξουν τα σχεδιαγράμματα, τη γραμματική και την ορθογραφία, αλλά δεν μπορούν να προβλέψουν τις δυσκολίες κατανόησης των προτάσεων από τους ερωτώμενους ή τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Ανεξάρτητα λοιπόν από το αν ένας συγγραφέας/ερευνητής έχει σχεδιάσει μία κλίμακα, ή πήρε άδεια να χρησιμοποιήσει κάποια που έχει σταθμιστεί, πρέπει πάντα να πραγματοποιείται πιλοτική μελέτη (Neuman, 2003; Robson, 2002;

Reymont & Joreskog, 1993; Stake, 2005; Simco & Warin, 1997; Tabachnick & Fidell, 2007; Tenenbaum, 2005; Thomas, Nelson, Silverman, 2005).

Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της πιλοτικής μελέτης, ο ερευνητής/συγγραφέας πρέπει να κρατήσει σημειώσεις για τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν οι ερωτώμενοι, τόσο στη συνολική κλίμακα, όσο και στις συγκεκριμένες προτάσεις. Πόσο χρονικό διάστημα απαιτείται για να συμπληρωθεί από τους ερωτώμενους; Πρέπει να γίνει επανάληψη στην επεξήγηση των προτάσεων; Πώς απαντούν οι ερωτώμενοι; Παρατηρείται κάποια σύγχυση ή έκπληξη στους ερωτώμενους σε μια ιδιαίτερη πρόταση και για ποιο λόγο; Οι απότομες και σύντομες προτάσεις, μπορεί άθελα να προκαλέσουν απότομες και σύντομες, απαντήσεις. Η πραγματοποίηση της πιλοτικής μελέτης θα αποτελέσει ένα οδηγό για τον νέο σχεδιασμό των προτάσεων, ώστε οι ερωτώμενοι να δώσουν καλύτερη απάντηση (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007)

Πίνακας 3. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αξιοπιστία μίας δοκιμασίας (Berg και Latin, 2003).

<b>Κατηγορία παραγόντων</b>	<b>Αξιοπιστία</b>
Χαρακτηριστικά του ερωτώμενου	Ψυχική διάθεση, κίνητρα, μάθηση, αφηρημάδα, κόπωση
Χαρακτηριστικά ερευνητή	Εμπειρία, ικανότητα, εξοικείωση με το ερωτηματολόγιο, κίνητρο
Χαρακτηριστικά δοκιμασίας	Διάρκεια, δυσκολία, αριθμός ερωτώμενων
Συνθήκες συνέντευξης	Οργάνωση, θερμοκρασία, οδηγίες στον ερευνητή, περιβάλλον,
Χαρακτηριστικά στατιστικής ανάλυσης	Διαχωρισμός διασποράς τιμών σε διασπορά σφάλματος και διασπορά πραγματικής τιμής

Η πιλοτική μελέτη πρέπει να περιλαμβάνει στον στρατηγικό σχεδιασμό της τον τρόπο με τον οποίο θα παραδοθεί η κλίμακα και το ποσοστό των απαντήσεων. Επίσης πρέπει να παρατηρηθεί το πλαίσιο δειγματοληψίας (ποια άτομα έχει καλέσει ο ερευνητής/συγγραφέας να συμπληρώσουν την κλίμακα) και το ποσοστό απάντησης (ποια άτομα έχουν συμφωνήσει να συμπληρώσουν την κλίμακα). Αν το ποσοστό απάντησης στην πρώτη επιστολή είναι μικρό, ίσως χρειαστεί να σταλεί επιστολή υπενθύμισης. Το πιο σημαντικό στην παράδοση των κλιμάκων, είναι να παραδίδονται από ερευνητές, γιατί αυτοί ξέρουν καλύτερα πως να διεκπεραιώσουν αυτή τη διαδικασία (Berg and Latin, 2003; Creswell, 2003; Neuman, 2003; Kabitsis, 2004; Thomas, Nelson and Silverman, 2005).

Τα λάθη στην παράδοση των κλιμάκων μπορεί να καθυστερήσουν τη συλλογή των δεδομένων και την πρόοδο της έρευνας. Αρκετοί ερευνητές έχουν παραδώσει κλίμακες σε λάθος συμμετέχοντες (π.χ. κλίμακα που έπρεπε να παραδοθεί σε γυναίκες, παραδόθηκε σε άνδρες). Ακόμα, οι οδηγίες για το πως πρέπει να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο δεν ήταν ολοκληρωμένες (π.χ. οι ερωτώμενοι δεν ήξεραν τι στοιχεία έπρεπε να σημειώσουν σε ταχυδρομικές έρευνες στις οποίες ο φάκελος δεν περιείχε την κλίμακα με τις ερωτήσεις). Σε άλλη μελέτη στην οποία συμμετείχαν πάνω 2000 άτομα, οι κλίμακες εστάλησαν χωρίς διεύθυνση επιστροφής (Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

### ***Το ερευνητικό εργαλείο της παρούσας ποσοτικής μελέτης***

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας ποσοτικής μελέτης, έγινε με ερωτηματολόγιο. Σαν βάση χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της κ.

Αλεξανδροπούλου «Αξιολόγηση γνώσεων πρώτων βοηθειών σε προσωπικό σχολείων ειδικής αγωγής».

Η κ. Αλεξανδροπούλου ως νοσηλεύτρια σχεδίασε την κλίμακα για τις πρώτες βοήθειες με σκοπό να προσδιορίσει συγκεκριμένες γνώσεις που απαιτούνται να έχουν οι διδάσκοντες στα σχολεία ειδικής αγωγής» για να ανταποκριθούν σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης. Η ερευνήτρια πίστευε ότι ήταν, «απαραίτητο να αναπτύξει ένα ερωτηματολόγιο πιο αξιόπιστο και έγκυρο με την έννοια μιας πιο πολύπλοκης στατιστικής επεξεργασίας». Πριν τον τελικό σχεδιασμό του ερωτηματολογίου για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνάς της, όλες οι ερωτήσεις αξιολογήθηκαν από ομάδα ειδικών κριτών. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τρεις ενότητες:

Στην πρώτη ενότητα περιλαμβάνονταν 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αφορούσαν δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά. Στη δεύτερη ενότητα περιλαμβάνοντας δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου αφορούσαν την εκπαίδευση και εμπειρία παροχής πρώτων βοηθειών, ενώ σε δύο ερωτήσεις ανοικτού τύπου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να εκφράσουν τη γνώμη τους για το αν είναι και για ποιο λόγο απαραίτητη η ύπαρξη του σχολικού νοσηλευτή και για το ρόλο του σχολείου στην προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Τέλος, στη τρίτη ενότητα περιλαμβάνονταν 25 ερωτήσεις γνώσης που απαντήθηκαν με τις επιλογές «σωστό», «λάθος» και «δε γνωρίζω». Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε επτά θεματικές ενότητες:

Γενικές ερωτήσεις (1-3)

Καρδιο-Πνευμονική αναζωογόνηση (4-9)

Τραύματα-Αιμορραγίες (10-13)

Ξένα σώματα-Δήγματα (14-16)

Αλλεργίες-Λιποθυμία-Ηλίαση (17-20)

Κακώσεις (21-23)

Δηλητηριάσεις (24-25)

Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε για την εγκυρότητα, αξιοπιστία και αντικειμενικότητά του. Ο συντελεστής Cronbach  $\alpha$  των παραγόντων του ερωτηματολογίου παρουσίασε εσωτερική συνοχή που κυμαίνονταν από  $\alpha=0.72$  μέχρι  $\alpha=0.86$  με τελικό  $\alpha=0.90$ . Η κ. Αλεξανδροπούλου κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το ερωτηματολόγιο αυτό είχε εσωτερική εγκυρότητα και ήταν ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που μετρούσε επτά σημαντικούς τομείς πρώτων βοηθειών του προσωπικού των σχολείων ειδικής αγωγής. Κατά συνέπεια αυτό φαίνονταν κατάλληλο, γιατί μπορούσε να βαθμολογήσει τις γνώσεις στις πρώτες βοήθειες.

***Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου της παρούσας μελέτης. Λόγοι βελτίωσης του ερωτηματολογίου της κ. Αλεξανδροπούλου***

Ο ερευνητής επικοινωνήσε με την κ. Αλεξανδροπούλου η οποία του έδωσε άδεια να χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιό της. «Αξιολόγηση γνώσεων πρώτων βοηθειών σε προσωπικό σχολείων ειδικής αγωγής».

Πίνακας 4. Ερωτήσεις που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου

1	Οι πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα
2	Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες δεσμεύεται να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έλθει το ΕΚΑΒ
3	Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους
4	Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα
5	Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό
6	Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση
7	Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης
8	Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται καλές εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις είναι η



	αλλαγή στο χρώμα του παιδιού
9	Αν εφαρμόζεται καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται 5 εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις και ακολουθούνται από 1 τεχνητή αναπνοή
10	Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται
11	Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία
12	Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία αυτό που ανησυχεί είναι περισσότερο ο κίνδυνος μόλυνσης παρά η αιμορραγία
13	Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία είναι η εφαρμογή αντισηπτικού για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης
14	Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδησή του το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δε μπορεί το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του
15	Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή
16	Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι, στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα
17	Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πει μόνο νερό
18	Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα 30 εκατοστά από το έδαφος
19	Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος
20	Αν ένα παιδί βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο και παρουσιάσει συμπτώματα ηλίασης(πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ) πρέπει να παραμείνει επί τόπου να βρεχτεί με νερό και να πει πολλά υγρά
21	Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού
22	Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους
23	Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση
24	Σε παιδί που κατάπιε οποιαδήποτε ουσία απαιτείται η πρόκληση εμετού
25	Αν το παιδί κατάπιε διορθωτικό υγρό (Blanco) είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος

Το ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου είναι ένα από τα ερωτηματολόγια που σχεδιάστηκε για να προσδιορίσει τις «γνώσεις πρώτων βοηθειών σε προσωπικό σχολείων ειδικής αγωγής». Δεν είναι όμως το μοναδικό ερωτηματολόγιο σ' αυτό τον τομέα της έρευνας που έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και εγκυρότητά του και έχει

αναπτυχθεί με αποδεκτή μεθοδολογία και στατιστική ανάλυση. Παρά ταύτα υπήρχαν λόγοι που έπρεπε να βελτιωθεί και να σχεδιαστεί καινούργιο για τους σκοπούς της παρούσας διατριβής (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Πρώτον, τα άτομα που επιλέχθηκαν για να απαντήσουν στις 25 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κ. Αλεξανδροπούλου προέρχονταν από προσωπικό σχολείων ειδικής αγωγής. Η αναφερόμενη ερευνήτρια ως νοσηλεύτρια ήθελε να τονίσει την απαραίτητη παρουσία νοσηλευτών σε σχολεία ειδικής αγωγή όπου φοιτούν Α.με.Α. με ποικίλες αναπηρίες. Επίσης, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της είχαν σχεδιαστεί αποκλειστικά για τη λειτουργία των χώρων αυτών. Από τη στιγμή που σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιορίσει τις γνώσεις πρώτων βοηθειών σ' ένα πιο ομοιογενές δείγμα, όπως αυτό των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής, εργαζομένων στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση, έπρεπε να προστεθούν κι άλλες ερωτήσεις (Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Δεύτερο, το ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου περιλάμβανε 25 ερωτήσεις που ναι μεν ομαδοποιήθηκαν στους παράγοντες: «γενικές ερωτήσεις», «καρδιο-πνευμονική αναζωογόνηση», «τραύματα-αιμορραγίες», «ξένα σώματα-δήγματα», «αλλεργίες-λιποθυμία-ηλίαση», «κακώσεις» και «δηλητηριάσεις», αλλά με αυτές δεν καλύπτονταν οι δραστηριότητες των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής, που εργάζονται στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Για το λόγο αυτό, για να

προσδιοριστούν οι γνώσεις τους στις πρώτες βοήθειες, το ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου έπρεπε να βελτιωθεί Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Τρίτο, στο ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου έπρεπε να προστεθούν κι άλλες ερωτήσεις για να έχει εφαρμογή στον ευρύτερο τομέα της φυσικής αγωγής

Επίσης, στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου ζητήθηκαν πληροφορίες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που πήραν μέρος στη μελέτη. Οι λόγοι που οδήγησαν στην απόφαση να ζητηθούν από τους ερωτώμενους αυτές οι πληροφορίες ήταν για να δοθούν στοιχεία σχετικά με ποιοι είναι, τι κάνουν, πόσα έτη εργάζονται, πιο είναι το βασικό τους πτυχίο, αν έχουν κάνει μεταπτυχιακές σπουδές, κ.τ.λ. Ακόμα, κρίθηκε απαραίτητο να προστεθούν ακόμα μερικά στοιχεία που έχουν σχέση με την συνεχόμενη ενημέρωση των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής, δηλαδή την παρακολούθηση σεμιναρίων και τη συμμετοχή τους σε καταστάσεις επείγουσας Βοήθειας (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008).

### ***Ανάπτυξη της κλίμακας γνώσεων πρώτων βοηθειών της παρούσας μελέτης***

Για την ανάπτυξη της κλίμακας της παρούσας διατριβής, εκτός από τις 25 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της κ. Αλεξανδροπούλου χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω διαδικασίες: α) μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας για τις γνώσεις στις πρώτες βοήθειες διαφόρων κοινωνικών ομάδων, αλλά και των ειδικών (πχ πιστοποιημένων

εκπαιδευτών), αλλά και των γνώσεων που χρησιμοποιούν οι εκπαιδευτικοί άλλων ειδικοτήτων σε καταστάσεις επείγουσα βοήθειας, β) ένας κατάλογος από γνώσεις που χρειάζονται να έχουν όσοι προσφέρουν πρώτες βοήθειες από έρευνες των : Al Enizi et al, 2016; Awad et al, 2017; Bakke and Schwebs, 2017; Baser et al., 2007; Botha et al, 2012; Cuijpers et al., 2016; Eisenburger and Safar, 1999; Ercan et al., 2012; Govender et al. 2010; Joseph et al, 2015; Lingard, 2002; Lukas et al, 2016; Mohandas and Chandan, 2009; Mprotos et al, 2013; Salciccioli et al, 2016; Siitonen et al., 2016; Sonmez et al, 2014; Thein et al, 2005; Wisniewki and Majewski, 2007; Yurumez et al, 2007. γ) ομάδα από ειδικούς κριτές, τρεις ακαδημαϊκούς και τρεις καθηγητές φυσικής αγωγής και δ) πιλοτική μελέτη σε 49 εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής για να σταθμιστεί η κλίμακα (Berg και Latin, 2003; Creswell, 2003; Neuman, 2003; Kabitis, 2004; Thomas, Nelson και Silverman, 2005; Tenenbaum, 2005).

Αρχικά στον κατάλογο τοποθετήθηκαν τριάντα γνώσεις που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις οποίες προστέθηκαν οι είκοσι πέντε γνώσεις της κ. Αλεξανδροπούλου, δηλαδή πενήντα πέντε προτάσεις. Οι ειδικοί κριτές μείωσαν τις προτάσεις γνώσεων σε σαράντα εννέα. Κατά το σχεδιασμό των ερωτήσεων, λήφθηκαν υπόψη οι παρακάτω προϋποθέσεις: α) Το προφίλ του Έλληνα εκπαιδευτικού φυσικής αγωγής, όπως αυτό σχετίζεται με το εκπαιδευτικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό του και επίπεδο. β) Η έκταση της κάθε ερώτησης γνώσεων να είναι μικρή, επειδή μια πρόταση με πολλές λέξεις προκαλεί σύγχυση στον ερωτώμενο και μπορεί εύκολα να χάσει το βασικό νόημά της. γ) Το λεξιλόγιο το οποίο έπρεπε να είναι απλό, καθημερινό και απολύτως κατανοητό. δ) Η διατύπωση των ερωτήσεων, με αποφυγή προτάσεων με διαφορετικό περιεχόμενο (Creswell, 2003).

Πίνακας 5. Οι ερωτήσεις που προστέθηκαν στο ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου.

A/A	Ερώτηση	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
1	Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ασθενούς.			
2	Ένας ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει, χωρίς υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ΚΑΡΠΑ.			
3	Αν δεν μπορείτε να παρέχετε αναπνοές διάσωσης σε ασθενή που δεν αναπνέει ή δεν αισθάνεστε άνετα να το κάνετε, θα πρέπει να μην κάνετε τίποτε απολύτως.			
4	Σύμπτωμα είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.			
5	Εάν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού Επείγοντος (166) είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.			
6	Όσον αφορά στην κατάσταση ενός ασθενούς κατά την εκτίμηση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού, ένδειξη είναι κάτι που σας αναφέρει ο πάσχων ότι δεν πάει καλά.			
7	Η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			
8	Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, ο επίδεσμος δένεται πολύ σφιχτά.			
9	Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η χρήση των σημείων πίεσης.			
1	Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ασθενούς.			
2	Ένας ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει, χωρίς υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ΚΑΡΠΑ.			
3	Αν δεν μπορείτε να παρέχετε αναπνοές διάσωσης σε ασθενή που δεν αναπνέει ή δεν αισθάνεστε άνετα να το κάνετε, θα πρέπει να μην κάνετε τίποτε απολύτως.			
4	Σύμπτωμα είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.			
5	Εάν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού Επείγοντος (166) είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.			
6	Όσον αφορά στην κατάσταση ενός ασθενούς κατά την εκτίμηση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού, ένδειξη είναι κάτι που σας αναφέρει ο πάσχων ότι δεν πάει καλά.			
7	Η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			

8	Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, ο επίδεσμος δένεται πολύ σφιχτά.			
9	Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η χρήση των σημείων πίεσης.			
10	Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.			
11	Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή			
12	Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του			
13	Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόι			
14	Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση			
15	Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή			
16	Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών			
17	Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου			
18	Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου			
19	Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο			
20	Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς			
21	Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής			
22	Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα			
24	Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό			

## **Εκτίμηση της εγκυρότητας, αξιοπιστίας και αντικειμενικότητας της κλίμακας πρώτων βοηθειών παρούσας διατριβής**

Για την εκτίμηση της εγκυρότητας, αξιοπιστίας και αντικειμενικότητας της κλίμακας πρώτων βοηθειών της παρούσας διατριβής πραγματοποιήθηκε διερευνητική παραγοντική ανάλυση στις προτάσεις γνώσης και έλεγχος με τον συντελεστή συσχέτισης Cronbach's  $\alpha$ .

*Έλεγχος της καταλληλότητας των δεδομένων της κλίμακας πρώτων βοηθειών για πραγματοποίηση της παραγοντικής ανάλυσης*

Ο έλεγχος της καταλληλότητας των δεδομένων έγινε με τη χρησιμοποίηση τριών κριτηρίων:

α) Τη δοκιμασία σφαιρικότητας του Bartlett.

Με τη δοκιμασία αυτή πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ύπαρξης συσχετίσεων των δεδομένων. Οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών έπρεπε να είναι υψηλοί. Αν αυτές οι συσχετίσεις ήταν χαμηλές, ήταν αδύνατο οι μεταβλητές να κατατάσσονταν σε ενότητες. Αν δεν προέκυπτε συσχέτιση των δεδομένων, τότε η δοκιμασία σφαιρικότητας του Bartlett δεν θα ήταν στατιστικά σημαντική. Αν μετά την εφαρμογή της μεθόδου προέκυπταν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, θα υπήρχαν συσχετίσεις μεταξύ των δεδομένων (Field, 2009).

β) Τη στατιστική δοκιμασία Kaiser-Meyer-Olkin (K.M.O.).

Με τη δοκιμασία αυτή συγκρίνεται η διακύμανση των τιμών των μερικών συντελεστών συσχέτισης, με την αντίστοιχη διακύμανση των τιμών των παρατηρούμενων συντελεστών συσχέτισης. Η τιμή του K.M.O., πρέπει να κυμαίνεται από 0 έως 1. Θεωρείται ισχυρή και γραμμική η συσχέτιση των μεταβλητών όταν το πηλίκο αυτό πλησιάζει την τιμή 1 (Gorsuch, 1983; Reymont and Joreskog, 1993).

γ) Τις τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων.

Οι τιμές των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων δείχνουν τον βαθμό των συσχετίσεων των δεδομένων. Για να προχωρήσει η διαδικασία της παραγοντικής ανάλυσης, έπρεπε οι εταιρικότητες των μεταβλητών να παρουσιάζουν υψηλές συσχετίσεις ανάμεσα στα δεδομένα με τιμές από 0.7 με 0.8. Επίσης, οι τιμές όλων των κοινών παραγοντικών διακυμάνσεων θα έπρεπε να είναι πάνω από 0.40.

Η καταλληλότητα του δείγματος επιβεβαιώθηκε και με τον δείκτη Kaiser-Meyer-Olkin (K.M.O.), ο οποίος βρέθηκε 0.764 (Kaiser & Rice, 1974). Το κριτήριο της σφαιρικότητας του Bartlett's ήταν 2768.335 ( $df= 780$ ) και ήταν στατιστικά σημαντικό,  $p<0.001$ , κάτι που επιβεβαίωνε ότι τα δεδομένα ήταν κατάλληλα για να πραγματοποιηθεί παραγοντική ανάλυση (Πίνακας 6, Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Πίνακας 6. Οι δοκιμασίες Kaiser-Meyer-Olkin (K.M.O.) και Bartlett's.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,764
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2768,335
	df	780
	Sig.	,001

#### *Διερευνητική παραγοντική ανάλυση*

Στόχος της ανάλυσης αυτής ήταν να ομαδοποιηθούν οι ερωτήσεις γνώσεων σε ενότητες με τη χρησιμοποίηση της ορθογώνιας περιστροφής (Varimax rotation) με τις ιδιοτιμές (eigen values). Με την τεχνική αυτή κάθε ενότητα δεν έχει κοινή



διακύμανση, δηλαδή είναι ανεξάρτητη από τις άλλες. Ακόμη, η περιστροφή των ενοτήτων (παραγόντων) είναι ιδανική σε έρευνες, όπως η παρούσα διατριβή, στην οποία οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που πήραν μέρος στη μελέτη, είχαν την τάση να δίνουν την ίδια ή παρόμοια απάντηση σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας. Έτσι, με την περιστροφή απαλείφθηκε αυτή η μεροληπτική τάση, με την εύρεση των φορτίσεων που χρειαζόνταν. Οι ερωτήσεις που ομαδοποιήθηκαν σε κάθε ενότητα παράγοντα έπρεπε να έχουν ιδιοτιμή μεγαλύτερη από 1.0. Επίσης πρέπει να σημειωθεί ότι στην παραγοντική ανάλυση λήφθηκαν υπόψη σημαντικές φορτίσεις μεγαλύτερες του 0.40 (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002).

Αρχικά εισήχθησαν στο πρόγραμμα οι 49 ερωτήσεις της κλίμακας πρώτων βοηθειών όπου μετά από τη στατιστική ανάλυση των απαντήσεων που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής στη βαθμολογία της κλίμακας των γνώσεων των πρώτων βοηθειών, εντοπίστηκαν προτάσεις οι οποίες παρουσίασαν χαμηλές φορτίσεις και για το λόγο αυτό απορρίφθηκαν. Οι προτάσεις αυτές ήταν: «Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η χρήση των σημείων πίεσης» φόρτιση 0.301, «Εάν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού Επείγοντος (166) είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα», φόρτιση 0.333, «Σύμπτωμα είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος», φόρτιση 0.377, «Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ασθενούς », φόρτιση 0.355, «Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, ο επίδεσμος δένεται πολύ σφιχτά», φόρτιση

0.355, «Ένας ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει, χωρίς υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ΚΑΡΠΑ», φόρτιση 0.311, « Η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.», φόρτιση 0.295, «Αν δεν μπορείτε να παρέχετε αναπνοές διάσωσης σε ασθενή που δεν αναπνέει ή δεν αισθάνεστε άνετα να το κάνετε, θα πρέπει να μην κάνετε τίποτε απολύτως» φόρτιση 0.344, « Όσον αφορά στην κατάσταση ενός ασθενούς κατά την εκτίμηση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού, ένδειξη είναι κάτι που σας αναφέρει ο πάσχων ότι δεν πάει καλά», φόρτιση 0.366. Μετά την αφαίρεση των ερωτήσεων αυτών, στην κλίμακα διατηρήθηκαν 40 ερωτήσεις.

Η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες (principal component analysis) έδωσε επτά ενότητες που εξηγούν το 82.960 διασποράς των μεταβλητών. Στους πίνακες παρουσιάζονται οι ιδιοτιμές του πίνακα συσχέτισης των δεδομένων και ποσοστά διασποράς τους, οι ιδιοτιμές του πίνακα συσχέτισης των δεδομένων και ποσοστά διασποράς των ιδιοτιμών πριν και μετά την περιστροφή, οι εταιρικότητες των μεταβλητών για το παραγοντικό μοντέλο της μελέτης και οι επιβαρύνσεις των παραγόντων με την περιστροφή varimax. (Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh, 2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

Πίνακας 7. Ιδιοτιμές του πίνακα συσχέτισης των δεδομένων και ποσοστά διασποράς τους.

Ενότητες	Αρχικές ιδιοτιμές		
	Σύνολο	Ποσοστό διασποράς (%)	Αθροιστική διασπορά (%)
Γενικές ερωτήσεις	14,730	36,826	36,826
ΚΑΡΠΑ	6,189	15,472	52,298
Τραύματα –αιμορραγίες	3,814	9,536	61,834
Ξένα σώματα-τσιμπήματα	3,151	7,878	69,712
Λιποθυμικές καταστάσεις-αλλεργία	2,096	5,241	74,953
Κακώσεις-δηλητηριάσεις	1,682	4,204	79,157
Ειδικές καταστάσεις	1,521	3,804	82,960

Πίνακας 8. Ιδιοτιμές του πίνακα συσχέτισης των δεδομένων και ποσοστά διασποράς των ιδιοτιμών πριν και μετά την περιστροφή.

Ενότητες	Αρχικές ιδιοτιμές			Άθροισμα τετραγώνων των φορτίσεων		
	Σύνολο	Ποσοστό διασποράς (%)	Συνολική διασπορά (%)	Σύνολο	Αθροιστική διασπορά (%)	Συνολική διασπορά (%)
Γενικές ερωτήσεις	14,730	36,826	36,826	11,193	27,982	27,982
ΚΑΡΠΑ	6,189	15,472	52,298	5,560	13,900	41,882
Τραύματα –αιμορραγίες	3,814	9,536	61,834	3,631	9,077	50,959
Ξένα σώματα-τσιμπήματα	3,151	7,878	69,712	3,437	8,593	59,552
Λιποθυμικές καταστάσεις-αλλεργία	2,096	5,241	74,953	3,226	8,064	67,617
Κακώσεις-δηλητηριάσεις	1,682	4,204	79,157	3,198	7,994	75,611
Ειδικές καταστάσεις	1,521	3,804	82,960	2,940	7,349	82,960

Πίνακας 9. Οι εταιρικότητες των μεταβλητών για το παραγοντικό μοντέλο της μελέτης.

Ερωτήσεις γνώσεων Ερώτ.1	Αρχικές τιμές	
	Εξαγωγή	
	1,000	,820

Ερώτ.2	1,000	,915
Ερώτ.3	1,000	,898
Ερώτ.4	1,000	,881
Ερώτ.5	1,000	,896
Ερώτ.6	1,000	,866
Ερώτ.7	1,000	,873
Ερώτ.8	1,000	,858
Ερώτ.9	1,000	,921
Ερώτ.10	1,000	,928
Ερώτ.11	1,000	,882
Ερώτ.12	1,000	,887
Ερώτ.13	1,000	,933
Ερώτ.14	1,000	,913
Ερώτ.15	1,000	,926
Ερώτ.16	1,000	,895
Ερώτ.17	1,000	,923
Ερώτ.18	1,000	,869
Ερώτ.19	1,000	,949
Ερώτ.20	1,000	,951
Ερώτ.21	1,000	,989
Ερώτ.22	1,000	,620
Ερώτ.23	1,000	,641
Ερώτ.24	1,000	,820
Ερώτ.25	1,000	,915
Ερώτ.26	1,000	,898
Ερώτ.27	1,000	,881
Ερώτ.28	1,000	,896
Ερώτ.29	1,000	,866
Ερώτ.30	1,000	,873
Ερώτ.31	1,000	,858
Ερώτ.32	1,000	,921
Ερώτ.33	1,000	,928
Ερώτ.34	1,000	,882
Ερώτ.35	1,000	,887
Ερώτ.36	1,000	,933
Ερώτ.37	1,000	,913
Ερώτ.38	1,000	,926
Ερώτ.39	1,000	,895
Ερώτ.40	1,000	,923

Πίνακας 10. Οι φορτίσεις των παραγόντων με την περιστροφή varimax.

	Ενότητα						
	1	2	3	4	5	6	7
Ερώτ.4	,819						
Ερώτ.2	,654						
Ερώτ.5	,632						
Ερώτ.3	,560						

Ερώτ.1	,497						
Ερώτ.6		,802					
Ερώτ.7		,761					
Ερώτ.8		,688					
Ερώτ.9		,646					
Ερώτ.13		,637					
Ερώτ.11		,603					
Ερώτ.12		,565					
Ερώτ.10		,529					
Ερώτ.15		,511					
Ερώτ.16		,507					
Ερώτ.14		,485					
Ερώτ.18		,474					
Ερώτ.17		,468					
Ερώτ.20			,777				
Ερώτ.22			,755				
Ερώτ.21			,609				
Ερώτ.19			,598				
Ερώτ.25				,845			
Ερώτ.24				,704			
Ερώτ.20				,689			
Ερώτ.23				,572			
Ερώτ.30					,824		
Ερώτ.28					,760		
Ερώτ.29					,712		
Ερώτ.27					,514		
Ερώτ.31						,755	
Ερώτ.35						,609	
Ερώτ.33						,598	
Ερώτ.34						,553	
Ερώτ.32						,422	
Ερώτ.36							,759
Ερώτ.40							,728
Ερώτ.38							,554
Ερώτ.37							,511
Ερώτ.39							,468

Αναλυτικά, οι ενότητες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση των 40 ερωτήσεων μελέτης είναι οι παρακάτω:

**Ενότητα 1:** Στην ενότητα αυτή φόρτιζαν 5 ερωτήσεις. Είχε ιδιοτιμή 14.730 και εξηγούσε το 36.826 % της διασποράς των μεταβλητών. Ονομάστηκε «γενικές ερωτήσεις πρώτων βοηθειών» και περιλάμβανε τις εξής προτάσεις/γνώσεις: Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα

άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό, Οι Πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα, Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή, Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ, Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους. Ο Cronbach's  $\alpha$  της ενότητας αυτής ήταν 0.87.

**Ενότητα 2:** Στην ενότητα αυτή φόρτιζαν 13 ερωτήσεις. Είχε ιδιοτιμή 6.189 και εξηγούσε το 15.472 % της διασποράς των μεταβλητών. Ονομάστηκε «καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση» περιλάμβανε τις εξής προτάσεις/γνώσεις πρώτων βοηθειών: Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του, Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόκι, Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα, Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό, Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση, Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού, Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία

τεχνητή αναπνοή, Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή, Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών, Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου και Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν αρκετό οξυγόνο στο παιδί που δεν αναπνέει. Ο Cronbach's  $\alpha$  της ενότητας αυτής ήταν 0.85.

**Ενότητα 3:** Στην ενότητα αυτή φόρτιζαν 4 ερωτήσεις. Είχε ιδιοτιμή 3.814 και εξηγούσε το 9.536 % της διασποράς των μεταβλητών. Ονομάστηκε «τραύματα-αιμορραγίες» περιλάμβανε τις εξής προτάσεις/γνώσεις πρώτων βοηθειών: Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται, Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε, να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία, Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία, αυτό που ανησυχεί περισσότερο είναι ο κίνδυνος μόλυνσης, παρά η αιμορραγία και η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι η εφαρμογή αντισηπτικού. Ο Cronbach's  $\alpha$  της ενότητας αυτής ήταν 0.81.

**Ενότητα 4:** Στην ενότητα αυτή φόρτιζαν 4 ερωτήσεις. Είχε ιδιοτιμή 3.151 και εξηγούσε το 7.878 % της διασποράς των μεταβλητών. Ονομάστηκε «ξένα σώματα-τσιμπήματα» περιλάμβανε τις εξής προτάσεις/γνώσεις πρώτων βοηθειών: Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του, το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί, το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του, Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του

τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή, Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα και σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πιεί μόνο νερό. Ο Cronbach's a της ενότητας αυτής ήταν 0.79.

**Ενότητα 5:** Στην ενότητα αυτή φόρτιζαν 4 ερωτήσεις. Είχε ιδιοτιμή 2.096 και εξηγούσε το 5.241 % της διασποράς των μεταβλητών. Ονομάστηκε «λιποθυμικές καταστάσεις-αλλεργία» και περιλάμβανε τις εξής προτάσεις/γνώσεις πρώτων βοηθειών: Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο, αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα τριάντα εκατοστά από το έδαφος, Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας, μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό, αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος και Αν ένα παιδί, που βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο παρουσιάσει συμπτώματα ηλίαςσης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ), πρέπει να παραμείνει επί τόπου, να βρεχτεί με νερό και να πιει πολλά υγρά. Ο Cronbach's a της ενότητας αυτής ήταν 0.77.

**Ενότητα 6:** Στην ενότητα αυτή φόρτιζαν 5 ερωτήσεις. Είχε ιδιοτιμή 1.682 και εξηγούσε το 4.204 % της διασποράς των μεταβλητών. Ονομάστηκε «κακώσεις-δηλητηριάσεις» και περιλάμβανε τις εξής προτάσεις/γνώσεις πρώτων βοηθειών: Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού. Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους, Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση, Σε παιδί που κατάπιε οποιαδήποτε ουσία ,απαιτείται η πρόκληση εμετού και αν



το παιδί κατάπνε διορθωτικό υγρό (Blanco), είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος. Ο Cronbach's a της ενότητας αυτής ήταν 0.75.

**Ενότητα 7:** Στην ενότητα αυτή φόρτιζαν 5 ερωτήσεις. Είχε ιδιοτιμή 1.521 και εξηγούσε το 3.804 % της διασποράς των μεταβλητών. Ονομάστηκε «ειδικές καταστάσεις» και περιλάμβανε τις εξής προτάσεις/γνώσεις πρώτων βοηθειών: Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς, Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής, Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα, Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό και Μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία. Ο Cronbach's a της ενότητας αυτής ήταν 0.72.

Πίνακας 11. Οι ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν μετά την διερευνητική παραγοντική ανάλυση από την κλίμακα των 49 ερωτήσεων.

A/A	Ερώτηση	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
1	Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ασθενούς.			
2	Ένας ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει, χωρίς υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ΚΑΡΠΑ.			
3	Αν δεν μπορείτε να παρέχετε αναπνοές διάσωσης σε ασθενή που δεν αναπνέει ή δεν αισθάνεστε άνετα να το κάνετε, θα πρέπει να μην κάνετε τίποτε απολύτως.			
4	Σύμπτωμα είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.			
5	Εάν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού Επείγοντος (166) είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.			
6	Όσον αφορά στην κατάσταση ενός ασθενούς κατά την εκτίμηση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού, ένδειξη είναι κάτι που σας αναφέρει ο πάσχων ότι δεν πάει καλά.			
7	Η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			

8	Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, ο επίδεσμος δένεται πολύ σφιχτά.			
9	Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η χρήση των σημείων πίεσης.			

### Συντελεστής συσχέτισης Cronbach's $\alpha$

Οι 40 ερωτήσεις γνώσης της κλίμακας πρώτων βοηθειών εισήχθησαν για ανάλυση στο ανάλογο πρόγραμμα όπου προσδιορίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Cronbach's  $\alpha$  στο σύνολο του δείγματος (πίν. 12).

Πίνακας 12. Η τελική κλίμακα γνώσεων πρώτων βοηθειών της παρούσας μελέτης.

A/A	Ερώτηση	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
1	Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.			
2	Οι Πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα.			
3	Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			
4	Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ.			
5	Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους.			
6	Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του.			
7	Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού χρησιμοποιώντας την μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόκι.			
8	Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα.			
9	Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό.			

10	Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση.			
11	Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.			
12	Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.			
13	Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού.			
14	Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται 5 θωρακικές συμπίεσεις και ακολουθούνται από μία τεχνητή αναπνοή.			
15	Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή.			
16	Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα τυχόν επιπλοκών.			
17	Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου.			
18	Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν οξυγόνο στο παιδί αρκετό για την υποστήριξη ενός παιδιού που δεν αναπνέει.			
19	Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται.			
20	Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία.			
21	Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία αυτό που ανησυχεί περισσότερο είναι ο κίνδυνος μόλυνσης παρά η αιμορραγία.			
22	Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία είναι η εφαρμογή αντισηπτικού για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης.			
23	Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του.			
24	Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσίμπηματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή.			
25	Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα.			
26	Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πει μόνο νερό.			
27	Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο.			
28	Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα 30 εκατοστά από το έδαφος.			

29	Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος.			
30	Αν ένα παιδί βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο και παρουσιάσει συμπτώματα ηλίαςσης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ) πρέπει να παραμείνει επί τόπου να βρεχτεί με νερό και να πει πολλά υγρά.			
31	Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού.			
32	Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους.			
33	Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση.			
34	Σε παιδί που κατάπτε οποιαδήποτε ουσία απαιτείται η πρόκληση εμετού.			
35	Αν το παιδί κατάπτε διορθωτικό υγρό (Blanco) είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος.			
36	Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα για να διατηρήσουμε τους αεραγωγούς ανοικτούς.			
37	Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής.			
38	Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα.			
39	Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό.			
40	Μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία.			

Ο συντελεστής συσχέτισης βρέθηκε ίσος με Cronbach's  $\alpha=0,89$  για τις 40 ερωτήσεις γνώσης. Λεπτομέρειες παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13. Διορθωμένη συνάφεια ερώτησης-συνολικής κλίμακας, συνάφεια alpha, μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας εάν παραληφθεί η ερώτηση.

Ερωτήσεις	Μέσος όρος κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση	Διακύμανση της κλίμακας αν παραληφθεί η ερώτηση	Διορθωμένη συνάφεια της ερώτησης με τη συνολική κλίμακα	Τιμή του συντελεστή $\alpha$ αν παραληφθεί η ερώτηση
Ερώτ.1	31,3000	58,834	-,136	,793
Ερώτ.2	31,6100	56,691	,223	,788
Ερώτ.3	31,6450	55,959	,275	,787
Ερώτ.4	31,3600	58,222	,082	,792
Ερώτ.5	31,7650	55,608	,226	,789

Ερώτ.6	31,4400	56,569	,259	,787
Ερώτ.7	31,4800	55,799	,361	,784
Ερώτ.8	31,3150	56,820	,255	,788
Ερώτ.9	31,6350	55,127	,334	,784
Ερώτ.10	31,3700	57,561	,147	,791
Ερώτ.11	31,6450	55,838	,278	,787
Ερώτ.12	31,4850	53,899	,426	,780
Ερώτ.13	31,4050	53,438	,411	,780
Ερώτ.14	31,5650	55,262	,303	,786
Ερώτ.15	31,6200	52,970	,444	,779
Ερώτ.16	31,6550	54,870	,290	,786
Ερώτ.17	31,2100	55,996	,287	,786
Ερώτ.18	31,3250	55,045	,375	,783
Ερώτ.19	31,3500	57,113	,241	,788
Ερώτ.20	32,1050	57,471	,148	,791
Ερώτ.21	31,3550	57,125	,191	,789
Ερώτ.22	31,5550	56,459	,255	,787
Ερώτ.23	31,3550	58,481	,009	,794
Ερώτ.24	31,4200	57,883	,082	,793
Ερώτ.25	31,6200	54,518	,326	,785
Ερώτ.26	31,5300	54,160	,364	,783
Ερώτ.27	31,3300	57,237	,182	,790
Ερώτ.28	31,3650	57,238	,176	,790
Ερώτ.29	31,5900	56,766	,149	,792
Ερώτ.30	31,7650	55,347	,340	,784
Ερώτ.31	31,4250	56,316	,295	,786
Ερώτ.32	31,3550	57,527	,259	,789
Ερώτ.33	31,9100	56,324	,197	,790
Ερώτ.34	31,3750	54,437	,416	,781
Ερώτ.35	30,8400	55,221	,272	,787
Ερώτ.36	31,6800	54,872	,330	,784
Ερώτ.37	31,6150	54,670	,286	,787
Ερώτ.38	31,3750	56,557	,184	,790
Ερώτ.39	31,5000	56,332	,278	,787
Ερώτ.40	31,2600	57,118	,214	,789

### **Διαδικασίες μέτρησης-παράδοσης της κλίμακας γνώσεων των πρώτων βοηθειών**

Πριν από τη διεξαγωγή των σεμιναρίων ζητήθηκε από τους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής να αξιολογήσουν τη σημαντικότητα της κάθε πρότασης κλίμακας γνώσεων

των πρώτων βοηθειών επιλέγοντας μία από τις επιλογές: «σωστό», «λάθος» και «δεν γνωρίζω» (Alexandropoulou, 2013). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε κατάλληλο περιβάλλον, χωρίς καμία συζήτηση της θεματολογίας κατά τη συμπλήρωση και με απόλυτη ειλικρίνεια σε όλα τα ζητούμενα στοιχεία. Τονίστηκε ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά επιστημονικούς σκοπούς. Οι ερωτήσεις ήταν σαφείς, σύντομες και όπου χρειάστηκε υπήρξαν οδηγίες για την πλήρη κατανόηση και αποφυγή λάθους. Στη συνέχεια, τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν πριν από τη διεξαγωγή των σεμιναρίων κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε προσωπικό υπολογιστή στο πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστητήμες (SPSS, 22.0). Η δεύτερη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση των σεμιναρίων. Ο υπεύθυνος αγωγής υγείας απέστειλε τα ερωτηματολόγια σε όσους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής συμμετείχαν στα σεμινάρια. Έτσι, διασφαλίστηκε η πιο έγκυρη συμπλήρωσή τους και ο μεγαλύτερος αριθμός επιστροφών, με τη χρήση του κύριου του κάθε γραφείου αγωγής υγείας ενώ ταχυδρομήθηκε φάκελος και γραμματόσημο επιστροφής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα από 30 Σεπτεμβρίου 2015, μέχρι τις 30 Δεκεμβρίου 2017

### **Στατιστική ανάλυση**

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Η ανάλυση διασποράς για

επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στη βαθμολογία γνώσεων μεταξύ των διάφορων δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο της βαθμολογίας γνώσεων ήταν διαφορετικός μεταξύ των στοιχείων αυτών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζεται με τη μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Για να σταθμιστεί η κλίμακα και να διαπιστωθεί η αντικειμενικότητα, η αξιοπιστία και εγκυρότητά της, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη. Στην πιλοτική μελέτη ζητήθηκε τυχαία από 49 εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής, να συμπληρώσουν την κλίμακα. Από τα άτομα του δείγματος ζητήθηκε να απαντήσουν στις ερωτήσεις: σωστό, λάθος, δεν γνωρίζω. Τονίστηκε ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά επιστημονικούς σκοπούς. Οι ερωτήσεις ήταν σαφείς, σύντομες και όπου χρειαζόταν υπήρχαν οδηγίες για την πλήρη κατανόηση και αποφυγή λάθους. Κατά τη συμπλήρωση ζητήθηκε οι ερωτήσεις να απαντηθούν με απόλυτη ειλικρίνεια Babbie, 1973; Boynton and Greenhalgh,

2004; Dillman, 1978; Edwards et al, 2002; Edwards and Skinner, 2009; Fischer and Layman, 1986; Gall, Borg and Oall, 1996; Gillham, 2000; Gorsuch, 1983; Li, Pitts and Quarteman, 2008; Oppenheim, 2002; Rohs, 1985; Salant and Dillman, 1994; Rea and Parker, 1997; Sapsford, 1999; Reymont and Joreskog, 1993; Simco and Warin, 1997; Tabachnic and Fidell, 2007).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV**

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν να διερευνηθεί αν η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στο πλαίσιο εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης, μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και τους άλλους χώρους δραστηριοποίησής τους. Στον παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο πρώτο μέρος περιγράφεται οι ποιοτική προσέγγιση της έρευνας, ενώ στο δεύτερο μέρος η ποσοτική προσέγγιση της έρευνας.

#### **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Όπως αναφέρθηκε στη μεθοδολογία στη διαδικασία των συνεντεύξεων συμμετείχαν 20 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν είχαν σχέση με την άποψη των ερωτώμενων για τις πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον και αν



θεωρούν ότι είναι υπεύθυνοι όλοι οι εκπαιδευτικοί, αν πιστεύουν ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται κάθε 2 χρόνια στις πρώτες βοήθειες, την άποψή τους για το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τη χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους, αν γνωρίζουν τους φορείς που εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών, αν θα έπαιρναν μέρος, σε προγραμματισμένο σεμινάριο πρώτων βοηθειών, την ιεράρχηση των εμπλεκόμενων φορέων στα πεδία δραστηριότητας των πρώτων βοηθειών, αν είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες, αφού είναι διαθέσιμο πάντα το 166, αν ο κάθε διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη, αν πρέπει να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες όχι μόνο ως εκπαιδευτικοί, αλλά και ως πολίτες.

**Ερώτηση 1: Ποιά είναι η άποψή σας για τις πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον; Θεωρείτε ότι είναι υπεύθυνοι όλοι οι εκπαιδευτικοί; Εξηγείστε τους λόγους.**

**Αθανασία**

*Η γνώση πρώτων βοηθειών στο σχολείο είναι απαραίτητη από όλους τους εκπαιδευτικούς. Μπορεί να συμβεί ένα ατύχημα όταν ο εκπαιδευτικός της Φυσικής Αγωγής να απουσιάζει. Όλοι οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι υπεύθυνοι.*

**Ανδρέας**

*Όλοι οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να ξέρουν να δώσουν πρώτες βοήθειες στους μαθητές τους, γιατί η βοήθεια θα πρέπει να παρέχεται στο σημείο του ατυχήματος και όχι αργότερα.*

**Βαγγέλης**

*Το ιδανικό θα ήταν να υπάρχει επαγγελματίας υγείας. Στις υπάρχουσες συνθήκες όσο περισσότεροι πιστοποιημένοι συνάδελφοι υπάρχουν τόσο το καλύτερο διότι στο*

*ατύχημα ο χρόνος είναι πολύτιμος και δεν γίνεται να ψάχνεις τον ένα πού μπορεί να μη βρίσκεται στο σχολείο.*

### **Βαρβάρα**

*Όλοι οι εκπαιδευτικοί πρέπει να έχουν γνώση πρώτων βοηθειών στο σχολείο.*

### **Γιάννης**

*Θεωρώ ότι είναι απαραίτητη η γνώση για την παροχή πρώτων βοηθειών από το σύνολο των εκπαιδευτικών ενός σχολείου και όχι από ένα άτομο γιατί θα υπήρχε μεγαλύτερη και πληρέστερη κάλυψη σε τυχόν απρόοπτα περιστατικά.*

### **Γιάννης Τ**

*Είναι απαραίτητες για όλους (μαθητές-εκπαιδευτικούς), όπου θα πρέπει να έχουν γνώση όλοι οι εκπαιδευτικοί (σε απουσία εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής που πάντα τρέχουν πρώτοι). Στο σύγχρονο περιβάλλον θα πρέπει να διασφαλίζετε η ποιότητα ζωής όλων και οι πρώτες βοήθειες είναι αναγκαίες καθώς σώζουν ζωές.*

### **Γιώργος**

*Οι πρώτες βοήθειες σε ένα περιβάλλον τέτοιο είναι κάτι παραπάνω από κρίσιμα σημαντικές. Τα παιδιά της ηλικίας αυτής είναι εκτεθειμένα σε πολλούς κινδύνους γιατί πολύ απλά δεν μπορούν να τους διακρίνουν. Πιθανώς να μην τα αφήνει και η παρόρμηση τους. Ίσως πολλές φορές υπερβάλλουν στις προσπάθειες που κάνουν για να δείξουν ότι είναι «γρηγορότεροι» ή «πιο δυνατοί» ή ότι μπορούν να «πηδήξουν πιο μακριά» και τόσα άλλα. Φυσικό επακόλουθο της διάχυτης αυτής παρόρμησης και υπερβολής είναι τα συχνά ατυχήματα τα οποία τις περισσότερες φορές είναι μικρής έκτασης. Σαφώς όμως μπορούν να είναι και μεγαλύτερης έκτασης όπως μεγάλα κοψίματα (θυμάμαι χαρακτηριστικά ένα τέτοιο από πτώση μαθητή σε σώμα καλοριφέρ που έπρεπε να αντιμετωπίσω το 2009 στο 2ο Δημοτικό Καματερού), κατάγματα καρπού*

ή αγκώνα από πτώση σε βροχερή μέρα, σπασμούς χωρίς άλλα συμπτώματα και τόσα άλλα. Σαφώς και πρέπει να είναι υπεύθυνοι όλοι οι εκπαιδευτικοί. Συνήθως ο καθηγητής Φυσικής Αγωγής είναι ο «γιατρός» του σχολείου. Πιθανώς να είναι και ο μοναδικός που θα έχει γνώσεις ή πιστοποίηση πρώτων βοηθειών. Όμως δεν είναι συνέχεια στο σχολείο και σαφώς σε μια δύσκολη κατάσταση δεν πρέπει να είναι μόνος. Χρειάζεται και υποστήριξη για να μεταφέρει, να στηρίζει ή να περιθάλψει αρχικά. Άρα σε κάθε περίπτωση πρέπει να γνωρίζουν και να δρουν συνάμα και συνυπεύθυνα όλοι.

### **Δημήτρης**

Οι εκπαιδευτικοί πρέπει οπωσδήποτε να μπορούν και να δίνουν τις πρώτες βοήθειες στα παιδιά. Ναι, θεωρώ ότι είναι υπεύθυνοι όλοι. Α) Κανένας δεν έχει ιδιαίτερη εκπαίδευση στις π.β. άρα κανένας δεν είναι πιο «ειδικός» από κάποιον άλλο. Β) Δεν ξέρουμε πότε θα χρειασθούν οι π.β. και ποιοί εκπαιδευτικοί θα είναι διαθέσιμοι εκείνη τη στιγμή. Άρα όλοι πρέπει να βρίσκονται σε μια ελάχιστη ικανότητα και διαθεσιμότητα.

### **Ηλίας**

Άποψή μου είναι ότι η πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον είναι αναγκαίες τόσο σε θεωρητικό κομμάτι, από άποψη γνώσεων των εκπαιδευτικών, αλλά και σε πρακτικό – οργανωτικό κομμάτι όπου να υπάρχει ένας ειδικός χώρος εξοπλισμένος όπου εκεί θα πηγαίνουν τα περιστατικά. Το ιδανικότερο θα ήταν να υπάρχει ένας επαγγελματίας υγείας σε όλα τα σχολεία που να μπορεί να αναλάβει τυχόν έκτακτες καταστάσεις που μπορούν να συμβούν αλλά να μπορεί να αναλάβει και την ενημέρωση των εκπαιδευτικών. Δεν θεωρώ ότι οι εκπαιδευτικοί είναι υπεύθυνοι στο αναλάβουν μία έκτακτη κατάσταση όπως και ο επαγγελματίας υγείας δεν είναι υπεύθυνος για μαθησιακή εξέλιξη των μαθητών, απλά θεωρώ ότι πρώτες βοήθειες μας αφορούν όλους, πρέπει να έχουν μια ιδέα όλοι ανεξαιρέτως ειδικότητας πόσο μάλλον άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου υπάρχουν παιδιά.

### **Θοδωρής**

*Οι πρώτες βοήθειες είναι αναπόσπαστο κομμάτι του λειτουργήματος των εκπαιδευτικών. Το μικρό της ηλικίας των μαθητών, ο αυθορμητισμός τους και η συνάθροιση εκατοντάδων παιδιών σε ένα μικρό σχετικά χώρο μεγεθύνει υπερβολικά την πιθανότητα ατυχήματος. Γι' αυτό οι δάσκαλοι θα πρέπει να έχουν γνώσεις πρώτων βοηθειών ώστε να παρέμβουν τάχιστα και να αποτρέψουν ενδεχόμενες δυσάρεστες συνέπειες. Η αποκλειστική παροχή πρώτων βοηθειών μόνο από τον εκπαιδευτικό Φυσικής αγωγής είναι προβληματική καθώς ο ίδιος μπορεί να λείπει ή να βρίσκεται σε άλλη εργασία και έτσι να χαθεί πολύτιμος χρόνος στην αντιμετώπιση του περιστατικού.*

### **Κυριάκος**

*Πιστεύω, πως όλοι οι εκπαιδευτικοί κάθε σχολικής μονάδας οφείλουν να γνωρίζουν τις στοιχειώδεις ενέργειες για παροχή πρώτων βοηθειών προκειμένου να περιθάλψουν οποιονδήποτε μαθητή-τρια . Είναι επιβεβλημένο να μπορούν τα μέλη της σχολικής κοινότητας να αισθάνονται πως θα βρουν βοήθεια σε περίπτωση ατυχήματος που θα συμβεί στο χώρο του σχολείου .*

### **Κώστας Ι.**

*Οι πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον είναι σχεδόν ανύπαρκτες οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί δεν γνωρίζουν πώς να δίνουν σωστά τις παρέχουν και όλοι επαφίενται στους γυμναστές οι οποίοι θεωρούνται οι ειδικοί. Πιστεύω λοιπόν ότι όλοι οι εκπαιδευτικοί θα έπρεπε να γνωρίζουν παροχή Πρώτων Βοηθειών.*

### **Κώστας Κ.**

*Οι Πρώτες Βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον είναι απαραίτητες. Θεωρώ πως όλοι οι εκπαιδευτικοί πρέπει να είναι υπεύθυνοι για να μπορούν να αντιδράσουν άμεσα στην περίπτωση κάποιου σχολικού ατυχήματος.*

### **Λευτέρης**

*Όλοι οι εκπαιδευτικοί είναι υπεύθυνοι, αφού με την διαφοροποίηση που υπάρχει στο ωράριο εργασίας και στην υπηρεσία σε πολλά σχολεία το πιθανό περιστατικό πρέπει να μπορεί να αντιμετωπιστεί από οποιονδήποτε.*

### **Μάρθα**

*Οι γνώση πρώτων βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον είναι απαραίτητη από όλους τους εκπαιδευτικούς, καθώς περιστατικά που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση είναι καθημερινά και μπορεί να συμβούν οπουδήποτε στο σχολικό περιβάλλον ( αυλή, σχολική αίθουσα κλπ)*

### **Μαρία**

*Θεωρώ απαραίτητη την ενημέρωση και εκπαίδευση όλων των εκπαιδευτικών σε μία σχολική μονάδα , όσο αφορά τις Πρώτες Βοήθειες. Είναι πρωταρχικής σημασίας η ασφάλεια και η υγεία στον ευαίσθητο χώρο του σχολείου. Έτσι θεωρώ χρήσιμη και ουσιαστικά βοηθητική, μία στοιχειώδη εξοικείωση με τις βασικές αρχές πρόληψης, αντιμετώπισης και διάσωσης για παροχής πρώτων βοηθειών, από όλους τους εκπαιδευτικούς. Η γνωριμία και η εξοικείωση όλων των εκπαιδευτικών με τις βασικές αρχές των πρώτων βοηθειών κρίνεται απαραίτητη, καθώς τα ατυχήματα ποικίλουν μέσα στο σχολικό χώρο, επομένως όλοι ανεξαιρέτως χρειάζεται να είναι έγκυρα καταρτισμένοι προκειμένου να αντιμετωπίσουν έγκαιρα ένα επείγον περιστατικό.*

### **Παναγιώτης**

*Η γνώση Πρώτων Βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον είναι απαραίτητη. Κατά κύριο λόγο δε θεωρώ κανέναν εκπαιδευτικό υπεύθυνο για τη χρήση πρώτων βοηθειών, καθώς είναι εκτός του φάσματος του επιστημονικού τους πεδίου. Κύριοι υπεύθυνοι στη χρήση Α βοηθειών είναι οι γιατροί και σε έλλειψη αυτών υπεύθυνοι στο σχολικό περιβάλλον είναι οι επαρκώς επιμορφωμένοι και πιστοποιημένοι στις πρώτες βοήθειες εκπαιδευτικοί.*

### **Περικλής**

*Οι Πρώτες Βοήθειες είναι απαραίτητες σε καθημερινή βάση στο σχολικό περιβάλλον. Οι εκπαιδευτικοί θα έπρεπε να είναι υπεύθυνοι για την παροχή τους στο σύνολό τους αλλά με την σημερινή κατάσταση δεν πρέπει κανένας τους να είναι υπεύθυνος για την παροχή πρώτων βοηθειών γιατί είναι ανεκπαιδευτοι για κάτι τέτοιο και γιατί υπάρχει και κενό νόμου... οι οδηγίες του υπουργείου κατευθύνουν προς την κλήση του 166. Εναλλακτικά θα μπορούσαν τα σχολεία να στελεχωθούν με ειδικευμένους νοσηλευτές παρά το υψηλό κόστος του συγκεκριμένου εγχειρήματος.*

### **Φίλιππος**

*Απαραίτητες οι Πρώτες Βοήθειες, απαραίτητο να τις γνωρίζουν όλοι οι εκπαιδευτικοί. Λόγοι, το μέγεθος του σχολείου, οι διαφορετικές ώρες παρουσίας, οι εκδρομές κλπ*

### **Χαρά**

*Στο σχολικό περιβάλλον οι γυμναστές συνήθως έρχονται πιο συχνά σε επαφή με περιστατικά που χρήζουν βοήθειας άμεσα και για αυτό είναι καλό να υπάρχουν γενικές γνώσεις πρώτων βοηθειών. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν είναι χρήσιμο και για τις άλλες ειδικότητες να γνωρίζουν πώς να αντιμετωπίσουν ένα περιστατικό.*

**Ερώτηση 2: Πιστεύετε ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται κάθε 2 χρόνια στις πρώτες βοήθειες; Εξηγήστε την άποψή σας.**

### **Αθανασία**

*Όλοι οι πολίτες πρέπει να επιμορφώνονται στις πρώτες βοήθειες γιατί ένα ατύχημα μπορεί να συμβεί οπουδήποτε π.χ. θάλασσα, μετρό.*

### **Ανδρέας**

*Το ιδανικό θα ήταν να διαθέτουν όλοι οι πολίτες γνώσεις πρώτων βοηθειών και μάλιστα να πιστοποιούνται γι' αυτές ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Έτσι, θα αποφεύγαμε πολλές περιπτώσεις θανάτων και αναπηριών.*

### **Βαγγέλης**

*Υπερβολικό. Ίσως αυτοί που δουλεύουν σε χώρους που συναθροίζονται πολλοί άνθρωποι*

### **Βαρβάρα**

*Οι πολίτες που έρχονται σε επαφή με κόσμο ναι.*

### **Γιάννης**

*Πιστεύω πως πρέπει να υπάρχει συχνή πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες για καλύτερη ανατροφοδότηση των επιμορφωμένων και εκμάθηση πιθανόν νέων τεχνικών.*

### **Γιάννης Τ.**

*Η ανανέωση των γνώσεων βοηθάει την αποτελεσματικότητα στην πρακτική εφαρμογή, καθώς και στην παρακολούθηση των νέων τεχνολογιών στην υγεία.*

### **Γιώργος**

*Πιστεύω ότι θα πρέπει να συμβαίνει. Εξάλλου από όσο γνωρίζω αν χρειαστεί να δώσει κάποιος πρώτες βοήθειες, αυτό είναι πολύ πιθανό να το κάνει για κάποιο συγγενικό του πρόσωπο ή κοντινό πρόσωπο γενικότερα. Άρα μόνο και μόνο για αυτή την μία φορά που θα γίνει «καθοριστικός» για έναν δικό του άνθρωπο θα πρέπει να γνωρίζει. Εξυπακούεται ότι για ανθρώπους που εργάζονται σε χώρους όπου συναθροίζονται πολλοί άνθρωποι και ειδικά παιδιά θα έπρεπε να είναι υποχρεωτικό.*

### **Δημήτρης**

*Όχι «όλοι» οι πολίτες είναι υπερβολικό, τα 2 χρόνια είναι επίσης υπερβολικό. Κάποιοι φορείς ναι, κάποιες ειδικότητες ναι, όχι όλοι οι πολίτες.*

### **Ηλίας**

*Από το να μάθει κάποιος πρώτες βοήθειες έως να μπορεί να τις κάνει πράξη απέχουν πολύ μεταξύ τους. Υπάρχουν κάποια κριτήρια-προϋποθέσεις που πρέπει να έχει κάποιος που μπορεί να το κάνει αυτό το πράγμα... ( μπορεί να τα χάσει εκείνη τη στιγμή κλπ ). Όχι δεν θεωρώ ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούν τις γνώσεις τους κάθε 2 χρόνια, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει έστω και μια φορά στη ζωή του να παρακολουθήσουν ένα σεμινάριο πρώτων βοηθειών, αλλά σίγουρα όσοι ασχολούνται στο τομέα τις υγείας και ειδικότερα σε κομμάτι πρώτων βοηθειών, ναι πρέπει να πιστοποιούν τις γνώσεις τους.*

### **Θοδωρής**

*Σίγουρα οι πρώτες βοήθειες είναι πολύ χρήσιμες σε κάθε άνθρωπο προκειμένου να βοηθήσει τους συνανθρώπους του που βρίσκονται σε κίνδυνο. Τα ατυχήματα μπορούν να συμβούν οπουδήποτε: μέσα στο σπίτι, στο δρόμο, σε κοινόχρηστους ή δημόσιους χώρους. Τα προβλήματα υγείας όπως π.χ. μια επιληπτική κρίση, μπορούν επίσης να συμβούν οπουδήποτε, οποτεδήποτε και όπου υπάρχουν άνθρωποι. Άρα η γνώση παροχής πρώτων βοηθειών από όλους τους πολίτες καθίσταται πράγματι αναγκαία. Στο πλαίσιο αυτό θα μπορούσαν να πραγματοποιούνται τακτικά προγράμματα πιστοποίησης στις πρώτες βοήθειες.*

### **Κυριάκος**

*Πιστεύω πως κατά τακτά χρονικά διαστήματα ( 2-3 χρόνων ) πρέπει να πιστοποιούνται οι πολίτες στην παροχή πρώτων βοηθειών προκειμένου να βρίσκονται σε ετοιμότητα για τη παραπάνω δράση.*



### **Κώστας Ι.**

*Πιστεύω ότι όλοι οι πολίτες θα πρέπει να πιστοποιούνται κάθε δύο χρόνια έτσι ώστε να είναι πάντα σε ετοιμότητα να παράσχουν τις πρώτες βοήθειες Όποτε και όπου χρειαστεί*

### **Κώστας Κ.**

*Οι πολίτες καλό θα ήταν να πιστοποιούνται κάθε δυο χρόνια καθώς πολλές φορές οι ιατρικοί κανόνες των πρώτων βοηθειών αλλάζουν, εξελίσσονται και πρέπει να ενημερώνονται γι αυτές τις αλλαγές καθώς αναθεωρούνται χρόνο με τον χρόνο.*

### **Λευτέρης**

*Ακούγεται λογικό, θα συμβάλει στο να σωθούν ζωές.*

### **Μάρθα**

*Ναι, γιατί οι τεχνικές αλλάζουν και η γνώση πρέπει να επικαιροποιείται. Ο κάθε πολίτης που σέβεται τον εαυτό του και τους συμπολίτες του πρέπει να γνωρίζει πρώτες βοήθειες.*

### **Μαρία**

*Πιστεύω ότι όλοι οι πολίτες χρειάζεται να έχουν γνώσεις Πρώτων Βοηθειών, και να πιστοποιούνται κάθε 2 χρόνια, αφού η σημαντικότητα των Πρώτων Βοηθειών σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, και στην καθημερινότητα, μπορούν να σώσουν μία ανθρώπινη ζωή ή να αποτρέψουν μία αναπηρία. Είναι υποχρέωση μας να βοηθήσουμε σε έκτακτες ανάγκες, με γνώσεις σωστές και ολοκληρωμένες. Θα πρέπει να ξέρουμε τον τρόπο ώστε η βοήθεια που θα παρέχουμε να είναι αποτελεσματική και σε καμία περίπτωση να μην χειροτερεύσει την κατάσταση του τραυματία.*

*Από όσο γνωρίζω, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει στους πολίτες πρόγραμμα εκπαίδευσης Βασικών Γνώσεων Πρώτων Βοηθειών διάρκειας 20 ωρών,*

πιστοποιημένο κατά ISO 9001:2008, με απόκτηση πιστοποίησης και ειδικότητας Βοηθού Πρώτων Βοηθειών, με ισχύ πέντε (5) ετών.

Θεωρώ ότι εκπαιδεύοντας όλους τους πολίτες , στην βασική παροχή Πρώτων Βοηθειών και πιστοποιώντας σε τακτά χρονικά διαστήματα τις γνώσεις τους , βελτιώνουμε την αποτελεσματική αντίδραση τους σε περιστατικά δύσκολα, προς όφελος όλων μας.

### **Παναγιώτης**

Όχι δε θεωρώ αναγκαίο όλοι οι πολίτες να πιστοποιούνται στη χρήση Α βοηθειών κάθε 2 χρόνια παρά μόνο αυτοί που θέλουν και μπορούν. Από τη στιγμή όμως που θα πιστοποιηθούν μια φορά θα πρέπει να συμμετέχουν σε συνεχείς επιμορφώσεις κάθε 2 χρόνια.

### **Περικλής**

Πιστεύω ότι πρέπει να πιστοποιούνται. Κάθε δύο χρόνια το θεωρώ πρακτικά δύσκολο και οικονομικά ασύμφορο. Επίσης το κόστος πιστοποίησης σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να βαρύνει τον πολίτη.

### **Φίλιππος**

Πιστεύω πως ναι για να υπάρχει επικαιροποιημένη γνώση.

### **Χαρά**

θα βοηθούσε αλλά είναι δύσκολη η οργάνωση τέτοιου εγχειρήματος. Επίσης νομίζω πως κάποιος που μαθαίνει κάτι τόσο σοβαρό πρέπει να έχει ανατροφοδότηση κάθε χρόνο γιατί κάτι που μαθαίνεις στα «χαρτιά» πρέπει να το επαναλαμβάνεις πιο συχνά έτσι ώστε αν και όταν κληθείς να χρησιμοποιήσεις τις γνώσεις σου να είσαι σίγουρος για αυτά που θα πράξεις.

**Ερώτηση 3: Ποιά είναι η άποψή σας σχετικά με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους;**

**Αθανασία**

*Ένας απινιδωτής πρέπει να βρίσκεται σε κάθε δημόσιο χώρο και να υπάρχουν άνθρωποι που γνωρίζουν να τον χρησιμοποιούν.*

**Ανδρέας**

*Γνωρίζω, σε γενικές γραμμές, ότι όλοι οι πολίτες, όχι μόνο οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να εκπαιδευτούν στην χρήση απινιδωτή, χωρίς να θεωρούνται ένοχοι για τυχόντες θανάτους μετά από χρήση. Θεωρώ ότι θα πρέπει η εκπαίδευση των πολιτών να είναι άρτια και πιστοποιημένη.*

**Βαγγέλης**

*Αυτονόητο. Πρέπει να υπάρχουν και στα δυσπρόσιτα χωριά εκεί ίσως είναι πιο απαραίτητοι*

**Βαρβάρα**

*Είναι σωστή αλλά να υπάρχει κόσμος που να ξέρει να τον χρησιμοποιήσει,*

**Γιάννης**

*Θεωρώ πως θα βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό στην αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών σε δημόσιους χώρους, με την προϋπόθεση η επιμόρφωση στους χειριστές τους να είναι πλήρης και υπεύθυνη.*

**Γιάννης Τ.**

*Δεν ξέρω το πλαίσιο, ωστόσο είναι χρήσιμο να υπάρχει σε αρκετούς άλλους χώρους (γυμναστήρια), ωστόσο η χρήση του επιτρέπεται από ειδικούς-πιστοποιημένους. Επομένως χρειάζεται πιστοποίηση σε μεγαλύτερο επίπεδο ατόμων.*

**Γιώργος**

*Γνωρίζω ότι το κόστος ενός απινιδωτή είναι υψηλό (κοντά στις 2000 ευρώ;;). Ταυτόχρονα όμως γνωρίζω ότι αν απινιδωθεί ο ασθενής το πρώτο λεπτό μετά την απώλεια αισθήσεων και κατάρρευση, οι πιθανότητες να επανέλθει είναι πολύ μεγάλες (ίσως και 9 στις 10 φορές;;). Η άποψη μου λοιπόν είναι εξόχως θετική και προσδοκώ στην μέγιστη παρουσία απινιδωτών σε δημόσιους χώρους με στόχο την αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των θυμάτων καρδιακής ανακοπής και την βελτίωση της ποιότητας ζωής για το υπόλοιπο του βίου τους.*

### **Δημήτρης**

*Δεν γνωρίζω, ούτε και έχω ακούσει για το νέο νομοθετικό πλαίσιο.*

### **Ηλίας**

*Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι που μπορεί να σώσει ζωές. Θα πρέπει να υπάρχει η δυνατότητα απινιδωτή σε σχολεία και όχι μόνο αλλά με την προϋπόθεση να υπάρχει ένα εκπαιδευμένο άτομο για τη χρήση αυτού.*

### **Θοδωρής**

*Ο απινιδωτής ήταν και είναι απαραίτητο βοήθημα των πρώτων βοηθειών που μπορεί πραγματικά να σώσει ζωές που βρίσκονται σε κίνδυνο. Επομένως η θεσμοθέτηση της ύπαρξης απινιδωτή σε δημόσιους χώρους και η παρουσία πιστοποιημένου χρήστη κινείται στη σωστή κατεύθυνση.*

### **Κυριάκος**

*Η χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους καλό είναι να παρέχεται προκειμένου να προληφθεί την κατάληξη ενός περιστατικού που ανά πάσα στιγμή μπορεί να συμβεί.*

### **Κώστας Ι.**

*Δεν γνωρίζω το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους για αυτό και δεν έχω άποψη.*

### **Κώστας Κ**

*Αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν δείξει ότι ο απινιδωτής παρατείνει την επιβίωση μεταξύ ασθενών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου. Ως εκ τούτου θεωρώ ότι το νέο νομοθετικό πλαίσιο για την χρήση του μόνο καλό μπορεί να κάνει.*

### **Λευτέρης**

*Θετική.*

### **Μάρθα**

*Δεν είμαι ενήμερη, αλλά πιστεύω πως θα αποτελούσε ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για όλους και θα έσωζε ζωές, με την προϋπόθεση ότι θα υπήρχε και η ανάλογη εκπαίδευση.*

### **Μαρία**

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

*Η ενέργεια αυτή με βρίσκει σύμφωνη, αφού θεωρώ ότι θα βοηθήσει στην αύξηση του ποσοστού επιβίωσης των θυμάτων καρδιακής ανακοπής και στην ποιότητα της υπόλοιπης ζωής τους. Έρευνες έχουν δείξει, ότι ποσοστό 16%-20% των ανακοπών συμβαίνει σε δημόσιους χώρους, η ανακοπή αφορά κυρίως σε νεαρά άτομα χωρίς να προηγούνται προειδοποιητικά σημεία και εκδηλώνεται συνήθως με κοιλιακή*

*μαρμαρυγή (>85%) που είναι απινιδώσιμος ρυθμός. Επιπλέον το ποσοστό επιβίωσης εξαρτάται άμεσα από τις δεξιότητες και την ετοιμότητα του παρευρισκόμενου. Ακόμη, στην ανακοπή εκτός νοσοκομείου, εάν δεν χρησιμοποιηθεί απινιδιστής, η επιβίωση του θύματος χωρίς νευρολογική βλάβη μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο είναι μικρότερη από 1%. Τέλος, η μείωση του χρόνου παρέμβασης είναι αναγκαία, δεδομένου ότι, με τον έγκαιρο απινιδισμό, αυξάνεται θεαματικά η επιβίωση του θύματος χωρίς νευρολογικές βλάβες.*

### **Παναγιώτης**

*Το θεωρώ πολύ σωστό αρκεί να υπάρχει και ικανός αριθμός ατόμων που αποδεδειγμένα μπορεί να κάνει χρήση του απινιδωτή.*

### **Περικλής**

*Δεν γνωρίζω το νομοθετικό πλαίσιο αλλά η χρήση απινιδωτή σε δημόσιους χώρους ίσως είναι χρήσιμη αλλά την αντιμετωπίζω με επιφύλαξη γιατί θεωρώ ότι προϋποθέτει από τους χρήστες ποιοτικές γνώσεις πρώτων βοηθειών αλλά και γιατί με βάση την εκστρατεία για την χρήση των απινιδωτών σε δημόσιους χώρους διαβλέπω οικονομικά συμφέροντα ιδιωτών.*

### **Φίλιππος**

*Να δοθούν κίνητρα για να είναι δυνατή η προμήθεια. Να ελέγχεται η εγκατάσταση.*

### **Χαρά**

*Δεν γνωρίζω το συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο αλλά θεωρώ πως κάποια πράγματα πρέπει να γίνονται μόνο από γιατρό αλλιώς υπάρχει κίνδυνος για μεγαλύτερη ζημιά στην προσπάθεια κάποιου να βοηθήσει*

**Ερώτηση 4: Ποιοί είναι οι φορείς που κατά τη γνώμη σας εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών;**

**Αθανασία**

*1. Υπουργείο Υγείας, γιατί είναι υπεύθυνο για την υγεία των πολιτών 2. ΥΠΕΠΘ γιατί μπορεί να εκπαιδεύσει τους πολίτες από μικρή ηλικία 3. Διοικητικής μεταρρύθμισης να οργανώσει όλη την εκπαίδευση των πολιτών.*

**Ανδρέας**

*Κατά την γνώμη μου είναι εμπλεκόμενοι οι φορείς που υπόκεινται στα υπουργεία Υγείας και Παιδείας.*

**Βαγγέλης**

*Υπουργείο υγείας, Πυροσβεστική, Αστυνομία, Ερυθρός Σταυρός, Ένοπλες Δυνάμεις, πολιτική προστασία και διάφορες εθελοντικές οργανώσεις.*

**Βαρβάρα**

*Ότι έχει σχέση με ιατρική βοήθεια (ΕΚΑΒ, γιατροί, νοσοκομεία κτλ.).*

**Γιάννης**

*Υπουργείο Υγείας και Παιδείας.*

**Γιάννης Τ.**

*Πιστοποιημένοι οργανισμοί.*

**Γιώργος**

*Οι πρώτες βοήθειες είναι υπόθεση όλων μας. Δεν ξέρω αν εκείνα τα πρώτα κρίσιμα λεπτά ή και δευτερόλεπτα υπάρχει περιθώριο για σκέψη. Πρέπει να είσαι «έτοιμος». Να μην πανικοβληθείς. Ακόμα και η δύναμη να σηκώσεις το τηλέφωνο για να καλέσεις το ΕΚΑΒ θέλει κόπο. Θέλει δύναμη. Φαντάζομαι ότι εμπλέκονται οι ανάλογες υπηρεσίες*

του Υπουργείου Υγείας (ΕΚΑΒ), ομάδες διάσωσης, ομάδες εθελοντών κ.α. Πάνω από όλα όμως εμπλεκόμαστε όλοι εμείς και θα πρέπει να είμαστε χρήσιμοι και ουσιαστικοί.

### **Δημήτρης**

*Δεν καταλαβαίνω πολύ καλά τη λέξη φορέας.*

### **Ηλίας**

*Οι φορείς που κατά τη γνώμη μου εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών είναι το Υπουργείο Υγείας, Νοσοκομεία, ο Ερυθρός Σταυρός το ΚΕΕΛΠΝΟ το ΕΚΑΒ.*

### **Θοδωρής**

*Καταρχάς το υπουργείο Υγείας που διαθέτει το επιστημονικό προσωπικό που χρειάζεται προκειμένου να τρέξουν προγράμματα και συνέργειες για τη διάχυση της ιδέας και της αξιοποίησης των πρώτων βοηθειών στην κοινωνία. Επιπλέον το υπουργείο παιδείας όπου έχει δομές που συγκεντρώνονται μαζικά παιδιά και ενήλικες και το υπουργείο μεταφορών καθώς τα τροχαία στους ελληνικούς δρόμους είναι ιδιαίτερα αυξημένα.*

### **Κυριάκος**

*Οι φορείς που εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών είναι ο Ερυθρός Σταυρός, πιστοποιημένοι διασώστες και Πανεπιστημιακά τμήματα – σχολές Υγείας.*

### **Κώστας Ι.**

*Οι φορείς που εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών είναι σίγουρο το υπουργείο Υγείας και πιστεύω ότι θα έπρεπε να ήταν και τα υπουργεία Παιδείας, τουρισμού, Εθνικής Άμυνας και Εσωτερικών.*

### **Κώστας Κ.**

*Οι φορείς που εμπλέκονται είναι : το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Παιδείας καθώς και το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη.*

### **Λευτέρης**



*Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, Υπουργείο Παιδείας, Υπουργείο Μεταφορών.*

### **Μάρθα**

*Το Υπουργείο υγείας, Παιδείας, ο Ερυθρός Σταυρός καθώς και ιδιωτικοί φορείς.*

### **Μαρία**

*Στις πρώτες βοήθειες, υπάρχουν δύο κατηγορίες ατόμων που εκπαιδεύονται, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και άτομα χωρίς υγειονομική εκπαίδευση. Οι φορείς που εμπλέκονται και χρειάζονται να συνεργαστούν στο χώρο των Πρώτων Βοηθειών είναι ο Ερυθρός Σταυρός, η Πυροσβεστική, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοηθείας, η Ελληνική Αστυνομία, οι Λιμενικές Αρχές, Κρατικοί φορείς για καταστροφές ή έκτακτες περιπτώσεις, το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας, τα Υπουργεία Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και φορείς που πραγματοποιούν παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και βοήθειας προς τις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες και ΑΜΕΑ (άτομα με ειδικές ανάγκες).*

### **Παναγιώτης**

*Η ιατρική υπηρεσία πρωτίστως και κατόπιν όλα τα παραϊατρικά επαγγέλματα. Το εκπαιδευτικό προσωπικό οι εργαζόμενοι σε διάφορα επαγγέλματα καθώς και άλλοι φορείς έπονται, ,καθώς θα πρέπει να πιστοποιούνται για τις γνώσεις τους.*

### **Περικλής**

*α) Το Υπουργείο Υγείας και οι φορείς που εποπτεύει, β) Ο Ερυθρός Σταυρός και άλλες εθελοντικές οργανώσεις, γ) ιδιώτες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.*

### **Φίλιππος**

*Φορείς υγείας και εκπαίδευσης, πολιτική προστασία.*

### **Χαρά**

*Το Υπουργείο Υγείας και νοσοκομεία- Κέντρα Υγείας που θα αναλάβουν την ενημέρωση και από πλευράς επιμορφωμένων όλοι οι υπάλληλοι των υπουργείων ώστε στους χώρους εργασίας να υπάρχει μια άμεση πρώτη φροντίδα για απλά περιστατικά.*

**Ερώτηση 5: Αν γνωρίζατε ότι θα προγραμματιζόταν ένα σεμινάριο πρώτων βοηθειών, θα θέλατε να πάρετε μέρος; Εξηγήστε την άποψή σας.**

**Ανδρέας**

*Θα επιθυμούσα να συμμετάσχω σε κάποιο σεμινάριο πρώτων βοηθειών, χωρίς να με ενδιαφέρει ο τόπος που θα γίνει αυτό. Ως γυμναστής και ως πολίτης θα ήθελα να διαθέτω πιστοποιημένες γνώσεις.*

**Βαγγέλης**

*Ναι θα ήθελα, ακόμα και έναν άνθρωπο να βοηθήσω το θεωρώ σημαντικό..*

*Θεωρώ ότι το μέρος δεν έχει σημασία.*

**Βαρβάρα**

*Ναι θα ήθελα να ξαναπάρω μέρος γιατί ξεχνιούνται. Η επιμόρφωση μπορεί να γίνει οπουδήποτε.*

**Γιάννης**

*Φυσικά και θα ήθελα να λάβω μέρος σε τέτοιου είδους επιμόρφωση, γιατί οποιαδήποτε υπεύθυνη γνώση πάνω στις πρώτες βοήθειες μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμη οποιαδήποτε στιγμή. Σίγουρα μια ενημέρωση στον εργασιακό χώρο θα βοηθούσε περισσότερο.*

**Γιάννης Τ.**

Φυσικά και ενδιαφέρομαι για τις πρώτες βοήθειες και για την υγεία όλων, και θα επιθυμούσα στο χώρο εργασίας καλύτερα με ταυτόχρονη μελέτη περιπτώσεων που σχετίζονται με τις ιδιαιτερότητές του.

### **Γιώργος**

Ναι θα ήθελα να πάρω μέρος. Ο λόγος είναι ότι εργάζομαι σε ένα χώρο που συναθροίζονται πολύ άνθρωποι (κυρίως μαθητές) και η γνώση των πρώτων βοηθειών κρίνεται σημαντική και πιθανώς καθοριστική. Η επιμόρφωση μου καλό θα ήταν να γίνει στο περιβάλλον εργασίας μου με την ταυτόχρονη μελέτη περιπτώσεων που σχετίζονται με τραυματισμούς και με την αντιμετώπιση περιστατικών που σχετίζονται με παιδιά.

### **Δημήτρης**

Ναι υπό προϋποθέσεις (χρονική διάρκεια, απόσταση από το σπίτι μου, περιεχόμενο και σχέση με τη δουλειά μου, κόστος, πόσο παλιά έχω ξανασυμμετάσχει κλπ)

### **Ηλίας**

Αν προγραμματιζόταν ένα σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών, θα ήθελα να πάρω μέρος και ο λόγος είναι ότι θα με βοηθούσε να "φρεσκάρω" τις υπάρχουσες γνώσεις μου αλλά ίσως μου έδινε την ευκαιρία να μάθω κάτι νέο στο τρόπο αντιμετώπισης κάποιων καταστάσεων. Οι πρώτες βοήθειες επειδή θεωρώ είναι κάτι "συγκεκριμένο" όσο αφορά τον τρόπο που αντιδρούμε σε έκτακτες περιπτώσεις, αν υπάρχει (πρέπει να υπάρχει) οργάνωση στον τρόπο παρουσίασης, θεωρώ ότι όπου και να γινόταν η παρουσίαση δεν θα υπήρχε διαφορά. Η μόνη διαφορά θα ήταν ότι πχ σε ένα χώρο εργασίας θα παρακολουθούσαν την παρουσίαση και άτομα που ίσως ποτέ δεν θα έμπαιναν στο κόπο να πάνε σε ένα τέτοιο σεμινάριο.

### **Θοδωρής**

*Στο περιβάλλον εργασίας του σίγουρα είναι πιο εύκολο να συμμετέχει κάποιος ο οποίος θέλει να επιμορφωθεί στις πρώτες βοήθειες. Αυτό θα προτιμούσα και εγώ. Από εκεί και πέρα η επιμόρφωση μπορεί να αφορά και στις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος αυτού αλλά να επεκταθεί και ευρύτερα.*

### **Κυριάκος**

*Θα ήθελα να πάρω μέρος σε σεμινάριο πρώτων βοηθειών γιατί πιστεύω πως, ως Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής θέλω να έχω τη δυνατότητα αντιμετώπισης όσο δυνατόν περισσότερων περιστατικών που μπορεί να τύχουν στο χώρο του σχολείου. Προτιμώ να παρακολουθήσω σεμινάριο όπως αναγράφεται στην πρώτη κουκίδα της 5ης ερώτησης.*

### **Κώστας Ι.**

*Θα ήθελα να συμμετάσχω σε σεμινάρια πρώτων βοηθειών γιατί πιστεύω ότι η συχνή τριβή σε βοηθάει να έχεις καλύτερες αντιδράσεις σε περίπτωση κάποιου περιστατικού. Πιστεύω ότι θα ήταν καλύτερο να γίνεται οπουδήποτε. Γιατί δεν ξέρεις ποτέ ποτέ θα χρειαστεί να δώσεις Πρώτες Βοήθειες και που. Ίσως για αρχή η επιμόρφωση να γινόταν στο χώρο εργασίας και μετά σε εξωτερικούς χώρους.*

### **Κώστας Κ.**

*Θα επιθυμούσα να λάβω μέρος για να μπορώ να προστατεύσω και να περιθάλψω άμεσα έναν άνθρωπο που κινδυνεύει. Η επιμόρφωση θα μπορούσε να γίνει οπουδήποτε.*

### **Λευτέρης**

*Θα επέλεγα να πάρω μέρος καθώς θεωρώ απαραίτητη τη γνώση πρώτων βοηθειών για τη ζωή των συναθρώπων μου και τη δική μου. Οπουδήποτε γινόταν η επιμόρφωση θα ήταν χρήσιμη, αναγκαία όμως και η επιμόρφωση στο χώρο εργασίας λόγω των ιδιαιτεροτήτων*

## **Μάρθα**

*Στο περιβάλλον εργασίας μου κατά προτίμηση αλλά και οπουδήποτε δεν θα είχα πρόβλημα.*

## **Μαρία**

*Θα ήθελα πολύ να πάρω μέρος σε ένα σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών που θα πραγματοποιούνταν στο περιβάλλον εργασίας με ταυτόχρονη μελέτη περιπτώσεων που αφορούν την καθημερινότητα μου με τους μικρούς μαθητές μου. Θεωρώ απαραίτητη και αναγκαία την παροχή Α΄ Βοηθειών και την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, που συμβαίνουν συχνά στην καθημερινότητά μας στο σχολείο, και επιπλέον επειδή οι γνώσεις για Πρώτες Βοήθειες δεν χρησιμοποιούνται συνεχώς, χρειάζεται ενημέρωση και ανανέωση. Επιπλέον, το γεγονός ότι περίπου 100 εκατομμύρια ατυχήματα συμβαίνουν κάθε χρόνο στην Ευρώπη (εργατικά, οικιακά) πολλά από τα οποία αφήνουν μόνιμη αναπηρία και κάποια αποβαίνουν μοιραία, καθιστά απαραίτητη την παροχή απλών κινήσεων, με συγκεκριμένη όμως σειρά και τρόπο εκτέλεσης, οι οποίες στην κυριολεξία μπορούν να σώσουν μία ζωή. Τέλος, επειδή εμείς οι εκπαιδευτικοί περνούμε μεγάλο χρονικό διάστημα με τα παιδιά και τους νέους, χρειάζεται αλλαγή νοοτροπίας, μίμηση και μάθηση γύρω από το θέμα της πρόληψης και αντιμετώπισης ατυχημάτων*

## **Παναγιώτης**

*Βεβαίως και θα ήθελα να λάβω μέρος σε σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών στο χώρο εργασίας μου, με ταυτόχρονη μελέτη περιπτώσεων, αρκεί αυτό να έχει συνέχεια και να επιμορφώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα.*

## **Περικλής**

*Με προσωπική πρωτοβουλία το έχω κάνει τουλάχιστον τρεις φορές και επιθυμώ να το επαναλαμβάνω τακτικά. Ο χώρος εργασίας και ως χώρος επιμόρφωσης είναι ιδανική λύση.*

### **Φίλιππος**

*Στο περιβάλλον εργασίας σας με ταυτόχρονη μελέτη περιπτώσεων που σχετίζονται με τις ιδιαιτερότητές του.*

### **Χαρά**

*Ναι θα ήθελα να πάρω μέρος και βεβαίως καλύτερα στο χώρο εργασίας μου όπου ο /η επιμορφωτής /τρια θα μου παρείχε την γνώση που χρειάζομαι αναλόγως του περιβάλλοντος εργασίας μου.*

**Ερώτηση 6: Ιεραρχήστε και αξιολογήστε τους εμπλεκόμενους φορείς σύμφωνα με την καταλληλότητα εμπλοκής στα πεδία δραστηριότητας των πρώτων βοηθειών. Εξηγείστε τις απόψεις σας για τον κάθε φορέα.**

### **Ανδρέας**

*Νομίζω ότι τα ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, όπου παράγεται ιατρική γνώση θα πρέπει να είναι αυτά που θα δίνουν την κατεύθυνση. Από εκεί και πέρα, οι δομές των υπουργείων Υγείας και Παιδείας οφείλουν να εφαρμόζουν τις επιταγές της επιστήμης.*

### **Βαγγέλης**

*Εγώ δεν έχω τις γνώσεις και την αρμοδιότητα για αυτή την αξιολόγηση. Αυτό που θέλω είναι ο κάθε φορέας να κάνει τη δουλειά για την οποία είναι εντεταλμένος με τον καλύτερο τρόπο.*

### **Βαρβάρα**

*EKAB, ιατροί, νοσοκομεία.*

### **Γιάννης**

*Ιατροί, Πιστοποιημένοι οργανισμοί, νοσηλευτικό προσωπικό.*

### **Γιάννης Τ.**

*EKAB, νοσοκομείο.*

### **Γιώργος**

*Άτομο που γνωρίζει πρώτες βοήθειες (κρίσιμος τα πρώτα λεπτά του τραυματισμού. Οι κινήσεις και οι ενέργειές του θα καθορίσουν την εξέλιξη του ασθενή απόλυτα).*

*EKAB (τηλεφωνική υπηρεσία) (η επικοινωνία με το άτομο που βρίσκεται κοντά στον ασθενή και η προτεραιότητα που θα δοθεί σε αυτό, ανάλογα με την σοβαρότητά του είναι πολύ σημαντικά).*

*EKAB (ασθενοφόρο – μέσο μεταφοράς) (η γρήγορη παραλαβή και μεταφορά του ασθενή, οι πρώτες βοήθειες που θα δοθούν μέσα στο ασθενοφόρο από τον γιατρό αλλά και η σωστή ενημέρωση του νοσοκομείου που θα τον παραλάβει είναι ένα επόμενο σημαντικό στάδιο).*

*Νοσοκομείο (αναγκαίοι χειρισμοί και ενέργειες από τους θεράποντες ιατρούς που δεν μπορώ να κρίνω αλλά εύχομαι να είναι πάντα οι καταλληλότεροι)*

### **Δημήτρης**

*Δεν γνωρίζω τους φορείς που εμπλέκονται*

### **Ηλίας**

*Θεωρώ ότι όλοι οι φορείς που εμπλέκονται στις πρώτες βοήθειες θα μπορούσαν ή θα έπρεπε να βρίσκονται ιεραρχικά στο ίδιο επίπεδο, αλλά ένα μικρό προβάδισμα λόγω μάχιμης ικανότητας στα πεδία των ατυχημάτων θα έδινε στο EKAB, στον Ερυθρό Σταυρό τα Νοσοκομεία και μετά οι υπόλοιποι φορείς.*

### **Θοδωρής**

*Πρώτα θα πρέπει να είναι οι εργαζόμενοι που βρίσκονται εκεί την ώρα του συμβάντος. Αυτοί θα καθορίσουν και την εξέλιξη των διαδικασιών στην παροχή των πρώτων βοηθειών. Οπότε κρίνεται πολύ σημαντική η γνώση των πρώτων βοηθειών από όλους όσους βρίσκονται στον τόπο του περιστατικού. Στη συνέχεια το 166, όπου αν κριθεί σκόπιμο να κληθεί, να φθάσει όσο το δυνατόν συντομότερα στον τόπο του συμβάντος. Και αυτοί έχουν πολύ σημαντικό μερίδιο καθώς οι εξειδικευμένες γνώσεις τους και ο ιατρικός εξοπλισμός τους μπορεί πραγματικά να σώσει ζωές.*

*Τέλος οι μονάδες του υπουργείου υγείας (κλινικές, νοσοκομεία κ.α.), θα πρέπει να βρίσκονται σε ετοιμότητα ώστε να μην χάνεται χρόνος στα σοβαρά περιστατικά.*

### **Κυριάκος**

*Νομίζω πως την εποπτεία οφείλει να έχει το Υπουργείο Παιδείας σε συνεργασία με το*

### **Κώστας Ι.**

*Πρώτο σε ιεραρχία είναι το υπουργείο Υγείας το οποίο νομίζω ότι έχει πολλά περιθώρια βελτίωσης, προώθησης, ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης στα θέματα της παροχής πρώτων βοηθειών σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας αλλά και με το υπουργείο Εσωτερικών, Οικονομικών αλλά και τους Δήμους και τις Περιφέρειες.*

### **Κώστας Κ.**

*Υπουργείο Υγείας- Αρμόδιο να αποφασίσει για τους φορείς που πρέπει να επιμορφωθούν.*

### **Λευτέρης**

*Υπουργείο Υγείας (αρμόδιο για στελέχωση, εκπαίδευση, νοσηλεία).*

### **Μάρθα**



*Υπουργείο Υγείας: είναι ο πλέον κατάλληλος φορέας καθώς έχει τις υποδομές και τα μέσα για να παράσχει κάθε είδους βοήθεια.*

*Υπουργείο Παιδείας: Οφείλει να οργανώνει σεμινάρια πρώτων βοηθειών σε όλες τις εκπαιδευτικές μονάδες και να επιμορφώνει σε τακτά χρονικά χρονικά διαστήματα όλους του εκπαιδευτικούς Α β/μιας και Β β/θμιας εκπαίδευσης.*

*Ερυθρός Σταυρός: έχει στη διάθεσή του το κατάλληλο προσωπικό έτσι ώστε να δίνει πρώτες βοήθειες όταν χρειαστεί και να διοργανώνει σεμινάρια επιμόρφωσης και πιστοποίησης.*

*Ιδιωτικοί φορείς: είναι πολύ σημαντική η συμβολή τους, συνήθως η ποιότητα παροχής υπηρεσιών είναι υψηλή, αλλά τοποθετούνται τελευταίοι στην κατάταξη καθώς τις περισσότερες φορές το κόστος είναι απαγορευτικό με αποτέλεσμα να μην μπορούν να κάνουν χρήση όλοι οι πολίτες.*

## **Μαρία**

*Σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών και πρώτων βοηθειών θα πρέπει να εμπλέκονται φορείς όπως Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, η Πυροσβεστική Υπηρεσία, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας, η Ελληνική Αστυνομία, οι Λιμενικές Αρχές, ο Ελληνικός Στρατός και άλλες κρατικές υπηρεσίες, Όσο αφορά την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών στα σχολεία, το Υπουργείο Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, αλλά και το Υπουργείο Εξωτερικών εμπλέκονται, ενώ είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος του ΕΚΑΒ, αλλά και του ΤΑΚ( Τμήμα Αντιμετώπισης Καταστροφών)*

*ΕΚΑΒ: Η κύρια δραστηριότητα του ΕΚΑΒ είναι η άμεση ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα σε όλους τους πολίτες οπουδήποτε και οποτεδήποτε χρειαστεί, καθώς και η ασφαλής και ταχεία μεταφορά τους σε κατάλληλες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται με ανάπτυξη και λειτουργία υπηρεσιών παροχής επείγουσας προ*

νοσοκομειακής ιατρικής όπως αυτές ορίζονται στον Οργανισμό του ΕΚΑΒ. Η αποτελεσματική λειτουργία των υπηρεσιών του ΕΚΑΒ σε κάθε Περιφέρεια επιτυγχάνεται με τα εξής: α) στελέχωση με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό ιατρικό, νοσηλευτικό και πληρώματα ασθενοφόρων – διασώστες καθώς και προσωπικό διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης, β) επιχειρησιακό κέντρο επικοινωνίας και συντονισμού

Το Τμήμα Αντιμετώπισης Καταστροφών ( Τ.Α.Κ.) της Ελληνικής Ομάδας Διάσωσης. Το Τμήμα Αντιμετώπισης Καταστροφών της Ε.Ο.Δ. είναι πιστοποιημένο μέλος του διεθνή φορέα IN.S.A.R.A.G. (International Search and Rescue Advisory Group) των Ηνωμένων Εθνών και είναι η μόνη εθελοντική, Μη Κυβερνητική Οργάνωση (Μ.Κ.Ο.) πιστοποιημένη στην Ελλάδα. Οι δραστηριότητες του είναι: 1) αντιμετώπισης φυσικών καταστροφών: α) αντιμετώπιση σεισμικών καταστροφών β) αντλήσεις υδάτων γ) δασοπυρόσβεση.

2) ενημέρωσης σε σχολεία και άλλους φορείς για τα επικαιροποιημένα μέτρα αντισεισμικής προστασίας και τη διεξαγωγή ασκήσεων ετοιμότητας.

### **Παναγιώτης**

Ιατρική υπηρεσία ως καθόλα αρμόδια. Νοσηλευτική υπηρεσία και όλα τα παραϊατρικά επαγγέλματα, ως άμεσα σχετιζόμενα με τον τομέα της υγείας. Ερυθρός Σταυρός, Σώματα Ασφαλείας και φορείς που έχουν άμεση εμπλοκή σε επείγοντα περιστατικά. Εκπαιδευτικό προσωπικό, διάφορα επαγγελματικά σωματεία και φορείς που στην αρμοδιότητα τους έχουν μεγάλο αριθμό ατόμων για τα οποία απαιτείται διαφύλαξη της υγείας τους, όπως σχολεία, εργοστάσια κ.α.

### **Περικλής**

Ιεράρχηση :

α) Το Υπουργείο Υγείας και οι φορείς που εποπτεύει β) Ο Ερυθρός Σταυρός και άλλες Εθελοντικές οργανώσεις γ) Ιδιώτες που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας.

Άποψη : Α) Ποιοτικότερη παροχή πρώτων βοηθειών αλλά κακή ανταπόκριση από πλευράς χρόνου στα περισσότερα περιστατικά.

Β) Καλό επίπεδο διδασκαλίας στην παροχή πρώτων βοηθειών

Γ) Αμεσότητα στην ανταπόκριση αλλά η παροχή πρώτων βοηθειών υστερεί στα ποιοτικά της στοιχεία.

### **Φίλιππος**

Η εκπαίδευση γιατί εξασφαλίζει την πρώτη γνωριμία και διαμορφώνει κουλτούρα.

### **Χαρά**

Τα Υπουργεία Υγείας & Παιδείας είναι οι αρμόδιοι φορείς σε συνεργασία με γιατρούς και εκπαιδευτικούς

**Ερώτηση 7: Πιστεύετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες, γιατί τα ασθενοφόρα (166), είναι διαθέσιμα όλη την ημέρα και ανταποκρίνονται πολύ γρήγορα; Εξηγείστε την άποψή σας.**

### **Αθανασία**

Πρέπει να γνωρίζουμε όλοι γιατί ένα ασθενοφόρο μπορεί να αργήσει να φτάσει αργά π.χ λόγω κίνησης και μια γνώση πρώτων βοηθειών να σώσουμε μια ζωή.

### **Ανδρέας**

Δεν είναι σωστή αυτή η άποψη. Οι Πρώτες Βοήθειες πρέπει να δίνονται επί τόπου και όχι μετά από δεκάδες λεπτά.

### **Βαγγέλης**

Το 166 με βάση την εμπειρία μου δεν έχει τη δυνατότητα για άμεση παρέμβαση.

Αν μιλάμε για τα νησιά και τα ορεινά χωριά τα πράγματα είναι πολύ δύσκολα.

## **Βαρβάρα**

*Οι Πρώτες Βοήθειες είναι το πρώτο βήμα ώσπου να έρθει το 166 και μην ξεχνάμε δεν είναι στο χρόνο που θέλουμε για την παραλαβή του περιστατικού.*

## **Γιάννης**

*Φυσικά και θεωρώ απαραίτητο την γνώση πάνω σε θέματα Πρώτων Βοηθειών, γιατί σε ένα ατύχημα ή έκτακτο συμβάν τα πρώτα πέντε- δέκα λεπτά πολλές φορές είναι καίρια για την τύχη του παθόντα.*

## **Γιάννης Τ.**

*Οι Πρώτες Βοήθειες όπως λέγονται είναι να υποστηρίζουν το άτομο μέχρι να έρθει ο ειδικός, και ο χρόνος άφιξης του ασθενοφόρου παίζει σημαντικό ρόλο στη περαιτέρω υγεία του ατόμου.*

## **Γιώργος**

*Σε κάθε περίπτωση αυτό δεν ισχύει. Ναι υπάρχουν αρκετά ασθενοφόρα αλλά δεν είναι τόσα όσα και τα κρίσιμα περιστατικά και σίγουρα σε όλους έχει τύχει να γνωρίζουν κάποιο περιστατικό που το ασθενοφόρο να μην φτάνει έγκαιρα. Οι Πρώτες Βοήθειες που θα δοθούν τα λεπτά εκείνα της αναμονής θα κριθούν καθοριστικά για τον ασθενή.*

## **Δημήτρης**

*Τα ασθενοφόρα δεν είναι πάντα και όλη τη μέρα διαθέσιμα. Ίσως δεν είναι και αυτός ο σχεδιασμός τους. Ανταποκρίνονται δε όσο πιο γρήγορα μπορούν. Εγώ πρέπει να γνωρίζω Πρώτες Βοήθειες για να βοηθήσω μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο, ως ο πιο ειδικός και αρμόδιος να αντιμετωπίσει κάθε περιστατικό.*

## **Ηλίας**

*Πιστεύω ότι είναι απαραίτητο όλοι να γνωρίζουν Πρώτες Βοήθειες και να μην ποντάρουν ούτε στην αμεσότητα του ΕΚΑΒ ούτε σε κανέναν άλλο. Ίσως το συμβάν*

*προκύψει σε χώρο ή μέρος με περιβάλλον που να μην υπάρχει άμεση πρόσβαση για κανένα μέσο και εκεί ο χρόνος τρέχει πιο γρήγορα και πιο έντονα.*

### **Θοδωρής**

*Τα ασθενοφόρα του 166 τις περισσότερες φορές αργούν να φθάσουν στον τόπο που βρίσκεται ο ασθενής. Γι' αυτό η πιστοποιημένη γνώση των πρώτων βοηθειών είναι χρήσιμο να παρέχεται σταθερά σε μεγάλα κομμάτια της κοινωνίας.*

### **Κυριάκος**

*Δεν πιστεύω πως ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζω πρώτες βοήθειες γιατί τα ασθενοφόρα δεν είναι πάντα διαθέσιμα άμεσα στα πρώτα 6-8 λεπτά της ώρας που μπορεί να χρειαστεί να δώσω Πρώτες Βοήθειες σε συνάνθρωπο ο οποίος μπορεί να κινδυνεύσει από καρδιοαναπνευστικό περιστατικό.*

### **Κώστας Ι.**

*Πιστεύω ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε Πρώτες Βοήθειες γιατί τα πρώτα λεπτά ενός συμβάντος είναι πολύ σημαντικά. Επίσης θα πρέπει να ξέρουμε να ενημερώσουμε σωστά το τηλεφωνικό κέντρο του 166. Και βέβαια να πάρουμε τις κατάλληλες οδηγίες μέχρι να έρθουν το ασθενοφόρο και οι τραυματιοφορείς που θα πάρουν τον ασθενή και θα συνεχίσουν να δίνουν τις πρώτες βοήθειες.*

### **Κώστας Κ.**

*Πρέπει να γνωρίζουμε Πρώτες Βοήθειες και να προσφέρουμε την «πρώτη ανάσα» σε οποιοδήποτε χρειάζεται βοήθεια γιατί πολλές φορές ένα πεντάλεπτο μπορεί να αποβεί μοιραίο.*

### **Λευτέρης**

*Το αντίθετο, δεν υπάρχει γρήγορη ανταπόκριση. Ακόμα όμως και στην περίπτωση της γρήγορης ανταπόκρισης ο χρόνος που θα μεσολαβήσει μπορεί να είναι κρίσιμος ή και μοιραίος.*

### **Μάρθα**

*Είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες όλοι οι πολίτες, καθώς τα ασθενοφόρα δεν είναι διαθέσιμα πάντα και όπως γνωρίζουμε η παροχή άμεσης βοήθειας μέσα στα πρώτα λεπτά είναι ζήτημα ζωής ή θανάτου για τον πάσχοντα.*

### **Μαρία**

*Πιστεύω ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε Πρώτες Βοήθειες, γιατί η αντίδρασή μας σε μια έκτακτη περίπτωση είναι καθοριστική. Είναι προτιμότερο να γνωρίζουμε βασικές Πρώτες Βοήθειες, ακόμη κι αν δεν τις χρειαστούμε ποτέ, παρά να τις χρειαστούμε και να μη τις γνωρίζουμε. Η παροχή Επείγουσας Προ νοσοκομειακής Φροντίδας για επείγοντα περιστατικά που γίνεται καλώντας στο 166 που είναι το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), ή το 112 που είναι ο Πανευρωπαϊκός Αριθμός Επείγουσας Ανάγκης, δεν μας εξασφαλίζει ότι το ασθενοφόρο θα φθάσει έγκαιρα στον τόπο ατυχήματος, οπότε η γνώση Πρώτων Βοηθειών καθίσταται απαραίτητη.*

### **Παναγιώτης**

*Όχι, αντιθέτως θεωρώ ότι είναι πολύ χρήσιμο και απαραίτητο συνάμα να γνωρίζουμε τη χρήση Πρώτων Βοηθειών, καθώς η συμβολή τους στη διάσωση ενός ασθενή στα πρώτα κρίσιμα λεπτά μέχρι να έρθει το ασθενοφόρο είναι πολύτιμη.*

### **Περικλής**

*Ακριβώς για τον αντίθετο λόγο πρέπει να γνωρίζω πρώτες Βοήθειες, επίσης η αμεσότητα της παροχής πρώτων βοηθειών είναι επιτεύξιμη όταν δεν τις αναζητείς από αλλού αλλά όταν τις γνωρίζεις ο ίδιος.*

### **Φίλιππος**

*Είναι μεταξύ των άλλων απαραίτητο γιατί μαθαίνει κανείς να αξιολογεί και αν επικοινωνεί σωστά και με το 166.*

### **Χαρά**

*Όχι θεωρώ ότι δεν ανταποκρίνονται γρήγορα τα ασθενοφόρα και για αυτό χρειάζεται και εμείς να έχουμε γνώσεις πρώτων βοηθειών*

**Ερώτηση 8: Πιστεύετε ότι ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη, που χρειάζεται Πρώτες Βοήθειες; Εξηγείστε την άποψή σας.**

### **Αθανασία**

*Παίζει σημαντικό ρόλο γιατί ο δάσκαλος γνωρίζει το παιδί και το παιδί αισθάνεται ασφαλής και οικεία με το δάσκαλό του.*

### **Ανδρέας**

*Όσοι επιβλέπουν πολλά άτομα όπως μαθητές, αθλητές κλπ, πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν άμεσα πρώτες βοήθειες. Ο διδάσκων επομένως έχει μεγάλη ευθύνη.*

### **Βαγγέλης**

*Ναι, μέχρι τη στιγμή που θα έρθει βοήθεια από επαγγελματίες.*

### **Βαρβάρα**

*Πρέπει να γνωρίζει γιατί έχει άμεση επαφή με τα παιδιά.*

### **Γιάννης**

*Σίγουρα παίζει σημαντικό ρόλο σε περίπτωση ατυχήματος γιατί είναι αυτός που θα δώσει τις πρώτες οδηγίες για την αντιμετώπιση ενός περιστατικού για τον παθόντα, που*

*μπορεί να αποδειχθούν άκρως απαραίτητες, αλλά και η συνολική στάση του απέναντι*

### **Γιάννης Τ.**

*Όλοι οι εκπαιδευτικοί έχουν υποχρέωση να έχουν γνώση Πρώτων Βοηθειών τόσο μέσα στη τάξη όσο και εκτός στο προαύλιο χώρο ή και σε εκδρομή, καθώς η πρώτη εκτίμηση και οι επόμενες διαδικασίες είναι οι πιο βασικές στην βοήθεια.*

### **Γιώργος**

*Πρέπει, αν γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες. Αν δεν γνωρίζει θα πρέπει τουλάχιστον να αναζητήσει κάποιον που να γνωρίζει ή τουλάχιστον να καλέσει άμεσα το ΕΚΑΒ και να μπορέσει να περιγράψει άρτια τις συνθήκες τραυματισμού ή την τρέχουσα κατάσταση του ασθενή.*

### **Δημήτρης**

*Πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο (ψυχολογικό, επιβολή της τάξης και της ηρεμίας, υπεύθυνη και θεσμοθετημένη αντιμετώπιση, να τηρηθεί το πρωτόκολλο.) επίσης να δώσει Πρώτες Βοήθειες στο βαθμό που του επιτρέπεται.*

### **Ηλίας**

*Πιστεύω ότι ο διδάσκων θα παίζει σίγουρα ρόλο σε ένα ατύχημα που θα γίνει σε κάποιο χώρο εκδρομής ή του σχολείου αλλά όχι τόσο σημαντικό αν δεν έχει τις απαραίτητες γνώσεις.*

### **Θοδωρής**

*Ο διδάσκων είναι εκείνος που αρχικά θα εκτιμήσει την κατάσταση και στη συνέχεια ή θα παράσχει τις Πρώτες Βοήθειες ο ίδιος, εάν δεν υπάρχει κάποιος πιο ειδικός στο περιβάλλον του, ή θα καλέσει το 166. Ακόμα όμως και γι αυτήν την πρώτη εκτίμηση για να μην γίνουν τραγικά λάθη, θα πρέπει η άποψη του να στηρίζεται στις ειδικές γνώσεις που παρέχονται στα σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών.*

### **Κυριάκος**



*Ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη ή στην εκδρομή που χρειάζεται πρώτες βοήθειες, λόγω του ότι θα είναι ο πρώτος ενήλικας οποίος, πρέπει να το τονίσω σε άμεσο χρόνο θα μπορεί να βοηθήσει με τις γνώσεις του για την ευόδωση ενός περιστατικού.*

### **Κώστας Ι.**

*Θεωρώ ότι ο διδάσκων παίζει τον πρώτο και βασικό ρόλο Όταν συμβεί ένα ατύχημα στο προαύλιο, στην τάξη ή στην εκδρομή και πρέπει να ξέρει να δίνει τις Πρώτες Βοήθειες. Μου έχει συμβεί περιστατικό όπου συνάδελφος που συνόδευε σε εκδρομή, να με πάρει τηλέφωνο για να τον κατευθύνω να δώσει τις πρώτες βοήθειες σε παιδί που είχε πάθει διάστρεμμα μέχρι να πάει στο κέντρο υγείας.*

### **Κώστας Κ.**

*Πιστεύω ότι ο διδάσκων πρέπει να είσαι σε θέση να αντιμετωπίσει ένα ατύχημα είτε στην τάξη είτε σε μια εκδρομή γιατί πιστεύω ότι πρέπει να είναι σε θέση να φροντίσει και να αντιδράσει αμέσως φροντίζοντας τους μαθητές του που τον εμπιστεύονται και τον γνωρίζουν.*

### **Λευτέρης**

*Ο ρόλος του είναι σημαντικός ούτως ή άλλως όχι μόνο στον τομέα των πρώτων*

### **Μάρθα**

*Ναι γιατί εκτός από το προφανές ότι μπορεί ο διδάσκων να προστατεύσει τον μαθητή και να προλάβει χειρότερες καταστάσεις, εμπνέει εμπιστοσύνη και αποτελεί παράδειγμα για τους υπόλοιπους μαθητές και γονείς.*

### **Μαρία**

*Μπορούν να γίνουν πολλά προς την κατεύθυνση της πρόληψης και της ασφάλειας στα σχολεία μας, φθάνει να υπάρχει σχεδιασμός, οργάνωση και συνέχεια. Η δημιουργία*

ενός φιλικού και όμορφου περιβάλλοντος στα σχολεία μας μπορεί να οδηγήσει και στην εκμάθηση της πρόληψης ατυχημάτων. Ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν γίνει ένα ατύχημα, αφού μέσα από τη σωστή σειρά ενεργειών που πρέπει να γίνονται, αποφεύγει και εμποδίζει περισσότερο την επιδείνωση της κατάστασης του μαθητή και του προσφέρει ανακούφιση. Ο εκπαιδευτικός, είναι ανάγκη να διατηρεί τον αυτοέλεγχό του, να εμπνέει εμπιστοσύνη και ασφάλεια στον μαθητή, να ενεργεί υπό συνθήκες ασφάλειας για τον εαυτό του αλλά και για τον μαθητή του, και χρησιμοποιώντας τη λογική του να ενεργεί με ηρεμία, καλώντας σε εξειδικευμένη βοήθεια εφόσον χρειάζεται και κρίνεται απαραίτητο.

### **Παναγιώτης**

Ο επαρκώς επιμορφωμένος και πιστοποιημένος στη χρήση Πρώτων Βοηθειών σαφώς και παίζει σημαντικό ρόλο. Αντίθετα ίσως και να προκαλέσει μεγαλύτερο κακό, αν δεν έχει επαρκείς γνώσεις.

### **Περικλής**

Υπάρχουν περιστατικά που όσο πιο άμεσα παρασχεθούν οι Πρώτες Βοήθειες τόσο καλύτερα εξελίσσονται συνεπώς αφού ο διδάσκων βρίσκεται εκ των πραγμάτων στον χώρο του περιστατικού η γνώση από αυτόν της μεθοδολογίας παροχής πρώτων βοηθειών είναι σημαντική. Παράλληλα και από ψυχολογική άποψη ο τραυματίας αισθάνεται πιο ασφαλής όταν γνωρίζει ότι θα βοηθηθεί από πρόσωπα οικία σε αυτόν.

### **Φίλιππος**

Ναι έχει εξασφαλισμένη την αποδοχή ως γνώστης από τα παιδιά και μπορεί να τα ηρεμήσει.

## **Χαρά**

*Τα πρώτο μέλημα για τους διδάσκοντες είναι να έχουν το συντομότερο δυνατό συνδρομή ειδικού και να μην κάνουν οι ίδιοι τον ειδικό. Για να γίνει αυτό σημαίνει πως στις επισκέψεις εκδρομές με παιδιά φροντίζουμε αυτή την παράμετρο. Για περιστατικά μέσα στο χώρο του σχολείου νομίζω πως βοηθάει πολύ η γνώση αλλά και η εμπειρία η οποία αν δεν υπάρχει θεωρώ ότι καλό θα είναι να είμαστε πολύ προσεκτικοί.*

**Ερώτηση 9: Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητο όχι μόνο ως εκπαιδευτικός, αλλά και ως πολίτης να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες για να προστατέψετε την οικογένειά σας, αλλά και τον εαυτό σας; Εξηγήστε την άποψή σας.**

## **Αθανασία**

*Το ατύχημα συμβαίνει παντού και πρέπει να είμαστε στη θέση να το αντιμετωπίζουμε.*

## **Ανδρέας**

*Όλοι οι πολίτες οφείλουν να γνωρίζουν πιστοποιημένες Πρώτες Βοήθειες. Είναι ζήτημα αλληλεγγύης και ανθρωπισμού. Το θέμα πρέπει να το βλέπουμε και από την οπτική ότι εμείς ή κάποια μέλη της οικογένειάς μας μπορεί επίσης να χρειαστούμε Πρώτες Βοήθειες.*

## **Βαγγέλης**

*Ναι είναι καλό να γνωρίζουμε όλοι Πρώτες Βοήθειες αλλά όχι και να υποκαταστήσουμε τις δημόσιες δομές και να γυρίσουμε 130 χρόνια πίσω στη μακρινή άγρια δύση.*

## **Βαρβάρα**

*Όλοι θα πρέπει να γνωρίζουν Πρώτες Βοήθειες για το καλό του γενικού συνόλου*

## **Γιάννης**

*Είναι αναγκαίο ο καθένας από εμάς να γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες γιατί στην καθημερινότητα μας ελλοχεύουν αρκετοί κίνδυνοι που χρήζουν πολλές φορές άμεσης αντιμετώπισης.*

### **Γιάννης Τ.**

*Η υγεία είναι πολύτιμη για όλους και απαιτητή σε όλους τους χώρους.*

### **Γιώργος**

*Όπως προανέφερα είναι απαραίτητο. Η κρίσιμη στιγμή που θα χρειαστεί να προσφέρεις - ειδικά σε ένα συγγενή σου - τις Πρώτες Βοήθειες μπορεί να κριθεί καθοριστική για την ζωή του αλλά και την δική μου ζωή. Στην ιδέα και μόνο ότι θα μπορούσα να ξέρω για να βοηθήσω ή να σώσω και δεν μπόρεσα να το κάνω γιατί δεν ήξερα με συγκλονίζει.*

### **Δημήτρης**

*Πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο (ψυχολογικό, επιβολή της τάξης και της ηρεμίας, υπεύθυνη και θεσμοθετημένη αντιμετώπιση, να τηρηθεί το πρωτόκολλο.) επίσης να δώσει Πρώτες Βοήθειες στο βαθμό που του επιτρέπεται.*

### **Ηλίας**

*Ναι πιστεύω ότι όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτως μορφωτικής εκπαίδευσης, το τι δουλειά κάνουν αλλά και γιατί όχι και ηλικίας θα πρέπει να έχουν τουλάχιστον βασικές γνώσεις Πρώτων Βοηθειών. Πιστεύω αν γινόταν αυτό θα είχαν σωθεί αλλά και θα σωθούν στο μέλλον αρκετοί συνάνθρωποί μας, γονείς, φίλοι, αδέρφια αλλά μπορεί και εμείς οι ίδιοι.*

### **Θοδωρής**

*Φυσικά η γνώση Πρώτων Βοηθειών μπορεί να φανεί χρήσιμο σε κάθε στιγμή, σε κάθε άνθρωπο. Το πότε θα συμβεί ένα ατύχημα ή ένα πρόβλημα υγείας δεν το γνωρίζει κανείς. Συνήθως είναι απρόβλεπτα και απρόοπτα. Και καθώς οι Πρώτες Βοήθειες μπορούν πραγματικά να σώσουν ζωές θα ήταν πολύ χρήσιμο να γνωρίζουν όλοι από Πρώτες Βοήθειες.*

### **Κυριάκος**

*Πιστεύω ότι είναι απαραίτητο όχι μόνο ως εκπαιδευτικός, αλλά και ως πολίτης να γνωρίζω Πρώτες Βοήθειες για να τις προσφέρω σε οποιονδήποτε άνθρωπο χρειαστεί γιατί κανείς δεν μας εξασφαλίζει πότε θα συμβεί ένα περιστατικό .*

### **Κώστας Ι.**

*Πιστεύω ακράδαντα ότι πρώτα ως πολίτης και μετά ως εκπαιδευτικός πρέπει να ξέρω να δίνω τις Πρώτες Βοήθειες όχι μόνο για τον εαυτό μου και την οικογένειά μου αλλά και γενικότερα για τους συνανθρώπους και τους συμπολίτες μας.*

### **Κώστας Κ.**

*Βεβαίως και είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε Πρώτες Βοήθειες και ως πολίτες γιατί η άμεση βοήθεια είναι πάντα σωτήρια ακόμα και σε μικροτραυματισμούς.*

### **Λευτέρης**

*Το πιστεύω, οι κίνδυνοι δεν είναι πάντα προβλέψιμοι, ο άνθρωπος δεν βρίσκεται πάντα σε υποστηρικτικό για την υγεία του περιβάλλον, πρόκειται για εφόδιο που μπορεί να σώσει ζωές ή να διασφαλίσει ποιότητα ζωής.*

### **Μάρθα**

*Ναι, γιατί περιστατικά τα οποία χρήζουν Πρώτες Βοήθειες συμβαίνουν καθημερινά στο σχολείο, στο σπίτι και σε δημόσιο χώρο.*

### **Μαρία**

*Ως εκπαιδευτικός και ως πολίτης, θεωρώ απαραίτητο να γνωρίζω Πρώτες Βοήθειες, για να προστατέψω τους μαθητές μου, την οικογένειά μου αλλά και τον εαυτό μου. Το άγχος (στρες) που προκαλεί μια επείγουσα κατάσταση από μόνη της, ο φόβος της ελλιπούς απόδοσης θα πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσα από την προσπάθεια μας, για ενημέρωση και εκπαίδευση πάνω στις πρώτες βοήθειες. Είναι απαραίτητο, ως υπεύθυνοι πολίτες να είμαστε ικανοί να αναγνωρίσουμε μια επείγουσα κατάσταση και να γνωρίζουμε τα βήματα που πρέπει να ακολουθήσουμε για την εκτίμηση και αντιμετώπισή της. Είναι απαραίτητο, να συνειδητοποιήσουμε, ότι τα ατυχήματα, μικρά ή μεγάλα, είναι μέρος της καθημερινότητας μας και να μάθουμε να τα αντιμετωπίζουμε και να τα προλαμβάνουμε. Επίσης είναι σημαντικό να μάθουμε να διαχειριζόμαστε τα αρνητικά συναισθήματα.*

### **Παναγιώτης**

*Πιστεύω ότι κάθε πολίτης που έχει την δυνατότητα να παράσχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να εκπαιδεύεται και να γνωρίζει την μέθοδο παροχής Πρώτων Βοηθειών . Είναι σημαντικό για την κοινωνία.*

### **Περικλής**

*Βεβαίως και είναι απαραίτητη η γνώση Πρώτων Βοηθειών σε όσους γίνεται περισσότερους ανθρώπους, καθώς η υγεία είναι το πιο πολύτιμο αγαθό για τον άνθρωπο.*

### **Φίλιππος**

*Φυσικά και είναι απαραίτητο γιατί δεν ξέρει κανείς πότε θα του χρειαστούν.*

### **Χαρά**

*Το θεωρώ απαραίτητη γνώση για τον πολίτη αλλά ταυτόχρονα και τρομακτική ευθύνη κάποιος να ανακαλέσει σωστά τις γνώσεις του την συγκεκριμένη υπό πίεση στιγμή. Να πάρει δηλαδή την ευθύνη ακόμη και για δικό του άνθρωπο.*

**Ερώτηση 10: Νομίζετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε Πρώτες Βοήθειες, αφού μπορεί να υπάρχει στο σχολείο ένας διδάσκων ή κάποιος από το διοικητικό προσωπικό, που να γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες καλύτερα από εσάς; Εξηγείστε την άποψή σας.**

**Αθανασία**

*Ο υπεύθυνος διδασκων μπορεί να απουσιάζει και να χαθεί άδικα μια ζωή.*

**Ανδρέας**

*Δεν πρέπει να μπαίνουμε στην λογική της αποφυγής της ευθύνης και της μετάθεσης στον άλλο. Ως υπεύθυνοι πολίτες θα πρέπει να είμαστε σε θέση να βοηθήσουμε τον συμπολίτη μας.*

**Βαγγέλης**

*Δεν είναι απαραίτητο όλοι για όλα. Σε όλα πρέπει να διακριτοί ρόλοι και ο καθένας να έχει την ευθύνη που του αναλογεί.*

**Βαρβάρα**

*Όλοι πρέπει να γνωρίζουν Πρώτες Βοήθειες γιατί δεν ξέρουμε πότε θα χρειαστούν και που και ποιος θα είναι σε αυτό το χώρο για να βοηθήσει.*

**Γιάννης**

*Η γνώση Πρώτων Βοηθειών θεωρώ ότι είναι συνολική ευθύνη σε ένα ευαίσθητο εργασιακό χώρο όπως είναι το σχολείο γιατί όλοι οι εκπαιδευτικοί και το διοικητικό προσωπικό πρέπει να έχουν έστω κάποιες βασικές γνώσεις στην αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών.*

### **Γιάννης Τ.**

*Σε περίπτωση απουσίας του γνώστη του αντικειμένου ποιος θα προσφέρει τις βοήθειες και δεύτερο ποιος φέρει την ευθύνη?*

### **Γιώργος**

*Και να γνωρίζει κάποιος καλύτερα από εμένα δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να γνωρίζω και εγώ. Δεν είναι αγώνας επικράτησης. Είναι αγώνας επιβίωσης για τον ασθενή και όσο περισσότεροι συνδράμουν σε αυτό τόσο πιθανότερο είναι να οδηγηθούμε σε μια ευτυχή έκβαση.*

### **Δημήτρης**

*Φυσικά. Όλοι πρέπει να γνωρίζουμε πώς να αντιδρούμε σε συνηθισμένες και στις πιο συχνές περιπτώσεις ατυχημάτων.*

### **Ηλίας**

*Το να βρεθώ σε ένα σχολείο και να υπάρχει κάποιος που να ξέρει Πρώτες Βοήθειες δεν σημαίνει ότι εγώ θα πρέπει να καθυσυχάσω για κανένα λόγο. Νομίζω ότι είναι μια καλή ευκαιρία να μάθω ίσως κάποια πράγματα περισσότερα αλλά και σε μία έκτακτη κατάσταση σίγουρα από το να είσαι μόνος είναι καλύτερο να υπάρξει άλλως ένας που να ξέρει.*

### **Θοδωρής**

*Όπως είπαμε και παραπάνω το να στηρίζεται μια ολόκληρη δομή όπως το σχολείο σε έναν άνθρωπο δεν είναι φρόνιμο. Το ατύχημα μπορεί να συμβεί όταν αυτός ο άνθρωπος λείπει. Η φύση των προβλημάτων υγείας ή του ατυχήματος είναι απρόβλεπτη. Επομένως όσοι περισσότεροι είναι γνώστες των Πρώτων Βοηθειών τόσες περισσότερες είναι και οι πιθανότητες ο άτυχος άνθρωπος να δεχτεί τη βοήθεια αυτή.*



### **Κυριάκος**

*Δεν συμφωνώ με την σκέψη της 10<sup>ης</sup> ερώτησης . Πιστεύω πως ο καθένας οφείλει να γνωρίζει στοιχειώδεις Πρώτες Βοήθειες γιατί κανείς δεν πρέπει να είναι αναντικατάστατος σε ένα χώρο και <αθάνατος> προκειμένου να περιθάλλει τους υπόλοιπους.*

### **Κώστας Ι.**

*Πιστεύω ότι πρέπει να γνωρίζω τις Πρώτες Βοήθειες Άσχετα με το αν και άλλοι συνάδελφοι η διοικητικό προσωπικό γνωρίζουν τις Πρώτες Βοήθειες και πιστεύω ότι είναι απαραίτητη η συνεργασία των ατόμων που γνωρίζουν πρώτες βοήθειες Απλώς ο καθένας πρέπει να ξέρει τι να κάνει στη κάθε περίπτωση παροχής Πρώτων Βοηθειών.*

### **Κώστας Κ.**

*Στον χώρο του σχολείου είμαστε ήσυχοι ότι υπάρχει πάντα κάποιος που θα παρέχει τις Πρώτες Βοήθειες αλλά έξω από το σχολείο θέλω να μπορώ να το κάνω εγώ.*

### **Λευτέρης**

*Είναι απαραίτητη η γνώση Πρώτων Βοηθειών από όλους τους διδάσκοντες διότι δεν είναι βέβαιη η παρουσία του έχοντος την εξειδικευμένη γνώση τη στιγμή που θα λάβει χώρα το περιστατικό.*

### **Μάρθα**

*Πιστεύω ότι όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες, γιατί ατυχήματα συμβαίνουν παντού από το προαύλιο, τις αίθουσες μέχρι και τον σχολικό περίπατο. Όσοι περισσότεροι εκπαιδευτικοί έχουν ανάλογες γνώσεις, τόσο πιο ασφαλείς θα είναι οι μαθητές.*

### **Μαρία**

*Ανεξάρτητα από το αν κάποιος συνάδελφος έχει γνώσεις Πρώτων Βοηθειών σχολείο καλύτερες από εμάς, πιστεύω ότι είναι απαραίτητο να μπορούμε να προσφέρουμε άμεση φροντίδα ή σε κάποιον που αρρώστησε ξαφνικά ή ακόμα και να ανακουφίσουμε έστω και προσωρινά από τον πόνο κάποιο μαθητή μας, μετά από ένα σοβαρό ή μη τραυματισμό. Ειδικά για εμάς τους εκπαιδευτικούς, που έχουμε υπό την επίβλεψη μας μικρούς μαθητές, θα πρέπει να είμαστε σε θέση να παρέχουμε σωστές Πρώτες Βοήθειες, ακόμα και αν κάποιος διδάσκων ή διοικητικό προσωπικό, γνωρίζει καλύτερες πρώτες βοήθειες, αφού ειδικά στη Φυσική Αγωγή, ο αριθμός των μικροτραυματισμών, αποτελεί κομμάτι της καθημερινότητας μας.*

### **Παναγιώτης**

*Αυτό θεωρώ ότι επαφίεται στη θέληση του καθενός να μάθει Πρώτες Βοήθειες. Όταν όμως σε ένα σχολικό περιβάλλον δεν υπάρχουν οι κατάλληλες δομές χρήσης Πρώτων Βοηθειών όπως γιατρός ή νοσηλεύτης, θεωρώ απαραίτητη και συνάμα υποχρεωτική τη γνώση Πρώτων Βοηθειών ενός τουλάχιστον εκ του προσωπικού. Αν υπάρχει αυτό το άτομο, τα υπόλοιπα έχουν τη διακριτική ευχέρεια να γνωρίζουν ή όχι Πρώτες Βοήθειες.*

### **Περικλής**

*Η γνώση Πρώτων Βοηθειών από κάποιον άλλο δεν μπορεί να είναι αποτρεπτική στο να εκπαιδευτώ και εγώ ... Η αξιολόγηση και η διαβάθμιση των γνώσεων ενός συνόλου ατόμων που βρίσκονται στον ίδιο χώρο είναι αυτή που θα καθορίζει το ποιος θα επιληφθεί ενός περιστατικού και ποιος θα έχει επικουρικό ρόλο...*

### **Φίλιππος**

*Όχι δεν ισχύει, ας γνωρίζουν όλοι και ας τις χρησιμοποιήσει όποιος αισθάνεται πιο εξοικειωμένος.*

### **Χαρά**

*Νομίζω ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζω ακόμη και αν δεν έχω το θάρρος να χρησιμοποιήσω την γνώση μου.*

**Ερώτηση 11: Προσθέστε ελεύθερα οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι σχετίζεται με το θέμα των Πρώτων Βοηθειών.**

### **Αθανασία**

*Η γνώση προστατεύει και σώζει.*

### **Ανδρέας**

*Οι πολίτες από μόνοι τους δεν θα σπεύσουν να μάθουν Πρώτες Βοήθειες. Θα πρέπει μέσω των φορέων της εκπαίδευσης, της υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης να παρέχονται δυνατότητες για την εκμάθηση Πρώτων Βοηθειών και στο τελευταίο χωριό της χώρας.*

### **Βαγγέλης**

*Το θέμα των Πρώτων Βοηθειών είναι πολύ ευαίσθητο και όποιος κληθεί να τις παράσχει πρέπει να είναι άριστα καταρτισμένος.*

### **Βαρβάρα**

### **Γιάννης**

*Πιστεύω και θεωρώ απαραίτητο να υπάρχει συνεχής ενημέρωση και διαρκής ανατροφοδότηση σε θέματα Πρώτων Βοηθειών ιδιαίτερα σε σχολικό περιβάλλον αλλά και γενικά σε χώρους όπου κινούνται παιδιά..*

### **Γιάννης Τ.**

*Οι Πρώτες Βοήθειες είναι νομικά κατοχυρωμένες εντός και εκτός σχολείου; Το σχολείο ορίζει υπεύθυνο ασφαλείας όπως σε επιχειρήσεις και με ποιόν τρόπο;*

### **Γιώργος**

*Ένα πλήρες και γεμάτο κουτί Πρώτων Βοηθειών στο σχολείο δεν είναι κάτι δύσκολο. Ας είναι εκεί και ας είναι αχρείαστο. Πραγματικά αυτό και η γνώση – μαζί με την ψυχραιμία – είναι αρκετά και ίσως είναι όλα όσα μπορούμε να κάνουμε και να έχουμε εκείνη την μία και μοναδική δύσκολη στιγμή.*

### **Δημήτρης**

*Και αν δεν υπάρχει; Όλοι πρέπει να γνωρίζουν τα βασικά ανεξάρτητα ειδικότητας. Η θεωρία έχει μεγάλη απόσταση από την πράξη. Πολλά σεμινάρια είναι μόνο θεωρητικά. Επίσης τη στιγμή του ατυχήματος στο σχολείο, η χρήση Πρώτων Βοηθειών απαιτεί εμπειρία και ίσως πράγματι να μην μπορούν όλοι να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους.*

### **Ηλίας**

*Δεν έχω να προσθέσω κάτι άλλο για τις Πρώτες Βοήθειες απλά κλείνοντας να αναφέρω κάτι που έχω ακούσει και με έχει κάνει να σκέφτομαι, να βλέπω και να προσπαθώ να το χρησιμοποιώ σε πολλά πράγματα στην ζωή μου. *Si vis pacem, para bellum* (Αν θέλεις ειρήνη, προετοιμάζε πόλεμο - Ιούλιος Καίσαρας. Θεωρώ το παραπάνω απόφθεγμα μπορεί να ξαφνιάσει έχοντας μη άμεση σχέση με το θέμα των Πρώτων Βοηθειών αλλά φέρνοντας στο μυαλό μια εικόνα πολέμου. Αλλά ποιος λέει ότι σε αυτούς π.χ που ασχολούνται με Πρώτες Βοήθειες ότι θα έχουν να αντιμετωπίσουν απλά γρατζουνιές και όχι ότι θα πρέπει να πολεμήσουν, να δώσουν πραγματική μάχη με το χρόνο, με τις συνθήκες, και με πολλούς άλλους ίσως παράγοντες για να σώσουν μια ζωή; Αν το αναλύσουμε βαθύτερα, μπορούμε να το χρησιμοποιήσουμε έχοντας στο μυαλό μας ότι μπορεί να συναντήσουμε διάφορες καταστάσεις σε όλη την διάρκεια της ζωής μας όπου θα πρέπει να έρθουμε αντιμέτωποι. Οπότε θα πρέπει να*

*εκπαιδευόμαστε με παντός είδους γνώσεις για να ήμαστε πάντα έτοιμοι όταν η ζωή μας φέρει αντιμέτωπους με αυτές...*

### **Θοδωρής**

*Καλό θα ήταν σε όλους τους δημόσιους χώρους όπου συγκεντρώνονται μαζικά πολλοί άνθρωποι, όπως σχολεία, γήπεδα, στάδια, εκκλησίες κ.α. να παρευρίσκονται πιστοποιημένοι πάροχοι Πρώτων Βοηθειών. Επίσης θα πρέπει να δοθούν ευκαιρίες και κίνητρα ώστε οι πολίτες να εμπλακούν σε διαδικασίες επιμόρφωσης στις Πρώτες Βοήθειες.*

### **Κυριάκος**

*Ο θεσμός του εθελοντισμού είναι για μένα απαραίτητος να εφαρμόζεται στο θέμα των Πρώτων Βοηθειών προκειμένου η κοινωνία μας να μπορεί να διαβιώνει με μεγαλύτερη ασφάλεια στη σύγχρονη εποχή που ζούμε.*

### **Κώστας Ι.**

*Ολοκληρώνοντας θα ήθελα να τονίσω ότι το επίπεδο παροχής Πρώτων Βοηθειών στην Ελλάδα είναι πολύ μικρό και γνώμη μου είναι ο ότι για να βελτιωθεί αυτό το επίπεδο πρέπει να γίνει ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός που να ξεκινάει από τις μικρές ηλικίες μέσα στο σχολείο και όπου πρέπει να συνεργαστούν πολλά υπουργεία και φορείς.*

### **Κώστας Κ.**

*Θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση σε όλους τους πολίτες για κάποιες απαραίτητες Πρώτες Βοήθειες που πρέπει όλοι να γνωρίζουν. Θα πρέπει να γίνει υποχρεωτική η παρακολούθηση σχετικών σεμιναρίων από τους εκπαιδευτικούς.*

### **Μάρθα**

*Είναι απαραίτητο εκτός από την εκμάθηση Πρώτων Βοηθειών μέσω σεμιναρίων, η γνώση αυτή να ανανεώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα καθώς τα δεδομένα στο χώρο αυτό αλλάζουν χρόνο με το χρόνο.*

### **Παναγιώτης**

*Η γνώση Πρώτων Βοηθειών είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας προαγωγής και διαφύλαξης της δημόσιας υγείας. Είναι καλό να έχουμε όλοι πιστοποιημένες γνώσεις χρήσης της καθώς έτσι αποκτούμε ένα σημαντικό εργαλείο που μπορεί να συμβάλλει στη διάσωση μιας ζωής. Από την άλλη η χρήση Πρώτων Βοηθειών από άτομα που δεν είναι επαρκώς επιμορφωμένα μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερο κακό στην υγεία ενός ανθρώπου. Γι αυτό το λόγο θεωρώ απαραίτητη την επιμόρφωση και την πιστοποίηση στις Πρώτες Βοήθειες σε όσο γίνεται περισσότερο αριθμό ανθρώπων. Το σχολείο που είναι ένας χώρος που συμβαίνουν πολλά ατυχήματα οφείλει να προστατευτεί είτε θεσπίζοντας δομές διαφύλαξης της υγείας, όπως σχολικούς γιατρούς ή νοσηλευτές, είτε επιμορφώνοντας και πιστοποιώντας εκπαιδευτικούς.*

### **Περικλής**

*Δεν έχω να προσθέσω κάτι άλλο.*

### **Φίλιππος**

*Εκτιμώ ότι πρέπει να υπάρχει ένα μίνιμουμ εκπαίδευσης σε όλους τους εκπαιδευτικούς. Αν όχι της πιστοποιημένης μορφής τουλάχιστον μιας ελάχιστης βασικών λειτουργιών 2-4 ωρών. Αυτή ας είναι συμφωνημένη από τους φορείς και ας έχει μια υποχρεωτική επαναληπτικότητα. Συμφωνημένη γιατί υπάρχουν αποκλίσεις στις εκπαιδεύσεις σε ορισμένα αντικείμενα.*

*Οι συμμετέχοντες εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής με τη συμμετοχή τους στις συνεντεύξεις εξέφρασαν στο σύνολο τους την αναγκαιότητα διεξαγωγής*

παρεμβατικών προγραμμάτων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες. Η καθημερινότητα των εκπαιδευτικών είναι τέτοια όπου τα ατυχήματα είναι πολύ συχνά με συνέπεια την άμεση παρέμβαση και φροντίδα. Επίσης τονίστηκε η δυνατότητα πραγματοποίησης όχι μόνο σε εκπαιδευτικούς αλλά και στο γενικό πληθυσμό για την γνώση και ετοιμότητα σε περίπτωση έκτακτων συμβάντων. Θεωρήθηκε υποχρέωση της Πολιτείας παρόλη τη δύσκολη οικονομική συγκυρία, με εποπτευόμενους φορείς κυρίως το Υπουργείο Υγείας αλλά και το Υ.ΠΑΙ.Π.Θ, να συμβάλουν σε αυτή τη προσπάθεια. Χρειάζεται βέβαια κατάλληλο σχεδιασμό, συντονισμό και κατάλληλο πιστοποιημένο προσωπικό ικανό να παράσχει τη κατάλληλη γνώση. Ειδικά το Υ.ΠΑΙ.Π.Θ δύναται να διεξάγει σε τακτά χρονικά διαστήματα τέτοιου είδους σεμινάρια μιας και οι εκπαιδευτικοί σε πολλές των περιπτώσεων δεν έχουν τις στοιχειώδεις γνώσεις αλλά και τη κατάλληλη ετοιμότητα.

Είναι σαφές ότι σε περιπτώσεις που οι εν λόγω εκπαιδευτικοί παρακολούθησαν κάποιο πρόγραμμα παρέμβασης ήταν πολύ αποτελεσματικοί και άμεσοι σε σχέση με κάποιους που δεν είχαν συμμετοχή.

#### **Αποτελέσματα ποσοτικής προσέγγισης της έρευνας**

Στην ποσοτική προσέγγιση της έρευνας πήραν μέρος 200 εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που υπηρετούσαν σε σχολεία του Ν. Αττικής. Εκατόν πενήντα άτομα (151) απετέλεσαν την πειραματική ομάδα και πενήντα (49) άτομα την ομάδα αναφοράς. Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. Το 59,2% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ήταν άντρες, ενώ στην ομάδα παρέμβασης το ποσοστό ήταν σημαντικά χαμηλότερο κα ίσο με 33,8%. Η μέση ηλικία των ατόμων της ομάδας ελέγχου ήταν 46,2 έτη (SD=5,3 έτη) και της ομάδας παρέμβασης ήταν παρόμοια και ίση με 47 έτη (SD=5,1 έτη). Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων ήταν έγγαμοι με τα

ποσοστά να είναι 83,7% για την ομάδα ελέγχου και 66,2% για την ομάδα παρέμβασης. Το ποσοστό των αναπληρωτών ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με αυτό της ομάδας ελέγχου (10,6% και 2,0% αντίστοιχα). Οι ώρες εργασίες ήταν σημαντικά λιγότερες στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ακόμα, οι δύο ομάδες διέφεραν σημαντικά ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, με τα άτομα της ομάδας παρέμβασης να είναι σημαντικά υψηλότερου επιπέδου από αυτά της ομάδας ελέγχου. Το 79,6% των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου και το 77,5% της ομάδας παρέμβασης είχε παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάρια πρώτων βοηθειών. Επιπροσθέτως, στο 59,2% της ομάδας ελέγχου και στο 66,9% της ομάδας παρέμβασης είχε συμβεί σε κάποια φάση της υπηρεσίας τους κάποιο ατύχημα επείγουσας βοήθειας. Το 67,3% των ατόμων της ομάδας ελέγχου και το 74,2% της ομάδας παρέμβασης είχε κληθεί να δώσει πρώτες βοήθειες. Περισσότερες λεπτομέρειες παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14. Χαρακτηριστικά του δείγματος.

	Ομάδα		P Pearson's
	Ελέγχου	Παρέμβασης	



		(N=49)		(N=151)		x <sup>2</sup> test
		N	%	N	%	
<b>Φύλο</b>	Γυναίκες	20	40,8	100	66,2	<b>0,002</b>
	Άντρες	29	59,2	51	33,8	
<b>Ηλικία, μέση τιμή (SD)</b>		46,2 (5,3)		47,0 (5,1)		0,315**
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμοι	4	8,2	31	20,5	0,060
	Έγγαμοι	41	83,7	100	66,2	
	Διαζευγμένοι	4	8,2	20	13,2	
<b>Είδος εργασιακής σχέσης</b>	Μόνιμος/η	45	91,8	133	88,1	<b>0,033*</b>
	Αναπληρωτής/τρια	1	2,0	16	10,6	
	Ωρομίσθιος	3	6,1	2	1,3	
<b>Έτη εργασίας ως Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής, μέση τιμή (SD)</b>		15,8 (6,5)		15,5 (5,7)		0,812**
<b>Ωρες εργασίας ανά ημέρα, μέση τιμή (SD)</b>		6,4 (2,1)		5,3 (1,4)		<b>&lt;0,001**</b>
<b>Θέση ευθύνης στη σχολική μονάδα</b>	Διευθυντής	2	4,1	1	0,7	0,189*
	Υποδιευθυντής	1	2,0	3	2,0	
	Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής	46	93,9	147	97,4	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	πτυχίο ΦΑ	32	65,3	108	71,5	<b>0,016*</b>
	δεύτερο πτυχίο	14	28,6	20	13,2	
	μάστερ	2	4,1	22	14,6	
	διδακτορικό	1	2,0	1	0,7	
<b>Κύρια επαγγελματική δραστηριότητα</b>	καθηγητής φυσικής αγωγής	46	93,9	145	96,0	0,691*
	προπονητής	3	6,1	6	4,0	
<b>Έχετε παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάρια πρώτων βοηθειών</b>	Όχι	10	20,4	34	22,5	0,757
	Ναι	39	79,6	117	77,5	
<b>Συνέβη σε κάποια φάση της υπηρεσίας σας κάποιο ατύχημα επείγουσας βοήθειας</b>	Όχι	20	40,8	50	33,1	0,326
	Ναι	29	59,2	101	66,9	
<b>Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες</b>	Όχι	16	32,7	39	25,8	0,353
	Ναι	33	67,3	112	74,2	
<b>Γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες</b>	Όχι	13	26,5	50	33,1	0,389
	Ναι	36	73,5	101	66,9	
<b>Εργάζεστε σήμερα σε σχολείο με ΑμεΑ</b>	Όχι	47	95,9	148	98,7	0,254*
	Ναι	2	4,1	2	1,3	

\*Fisher's exact test \*\*Student's t-test

**Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών**

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι απαντήσεις της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών. Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στις απαντήσεις που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που συμμετείχαν στην ομάδα αναφοράς.

Πίνακας 15. Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

Πριν		Μετά		p		
		N	%			N
Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.	Λάθος	2,0	0,0	2	2,0	NS
	Σωστό	98,0	100,0	48	98,0	
	Δεν γνωρίζω	0,0	0,0	0	0,0	
Οι Πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα.	Λάθος	34,7	33,8	17	34,7	NS
	Σωστό	63,3	63,6	31	63,3	
	Δεν γνωρίζω	2,0	2,6	1	2,0	
Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.	Λάθος	34,7	42,4	17	34,7	NS
	Σωστό	63,3	51,0	31	63,3	
	Δεν γνωρίζω	2,0	6,6	1	2,0	
Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ.	Λάθος	4,1	9,3	2	4,1	NS
	Σωστό	93,9	89,4	46	93,9	
	Δεν γνωρίζω	2,0	1,3	1	2,0	
Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους	Λάθος	73,5	58,3	36	73,5	NS
	Σωστό	16,3	24,5	8	16,3	
	Δεν γνωρίζω	10,2	17,2	5	10,2	
Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του.	Λάθος	12,2	22,5	6	12,2	NS
	Σωστό	85,7	70,9	42	85,7	
	Δεν γνωρίζω	2,0	6,6	1	2,0	
Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόνι	Λάθος	18,4	24,5	9	18,4	NS
	Σωστό	77,6	70,9	38	77,6	
	Δεν γνωρίζω	4,1	4,6	2	4,1	
Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα.	Λάθος	10,2	10,6	5	10,2	NS
	Σωστό	77,6	82,1	38	77,6	
	Δεν γνωρίζω	12,2	7,3	6	12,2	
Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό	Λάθος	38,8	43,7	19	38,8	NS
	Σωστό	53,1	46,4	26	53,1	
	Δεν γνωρίζω	8,2	9,9	4	8,2	
Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση	Λάθος	10,2	13,9	5	10,2	NS
	Σωστό	87,8	79,5	43	87,8	
	Δεν γνωρίζω	2,0	6,6	1	2,0	
Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν	Λάθος	42,9	41,1	21	42,9	NS

έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.	Σωστό	53,1	51,7	26	53,1	
	Δεν γνωρίζω	4,1	7,3	2	4,1	
Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης	Λάθος	40,8	33,1	20	40,8	NS
	Σωστό	40,8	51,7	20	40,8	
	Δεν γνωρίζω	18,4	15,2	9	18,4	
Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού.	Λάθος	40,8	34,4	20	40,8	NS
	Σωστό	32,7	41,1	16	32,7	
	Δεν γνωρίζω	26,5	24,5	13	26,5	
Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία τεχνητή αναπνοή.	Λάθος	38,8	39,1	19	38,8	NS
	Σωστό	53,1	47,7	26	53,1	
	Δεν γνωρίζω	8,2	13,2	4	8,2	
Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή	Λάθος	67,3	47,7	33	67,3	NS
	Σωστό	20,4	29,8	10	20,4	
	Δεν γνωρίζω	12,2	22,5	6	12,2	
Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών.	Λάθος	57,1	51,7	28	57,1	NS
	Σωστό	28,6	30,5	14	28,6	
	Δεν γνωρίζω	14,3	17,9	7	14,3	
Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ενεργητικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου	Λάθος	12,2	11,3	6	12,2	NS
	Σωστό	65,3	69,5	32	65,3	
	Δεν γνωρίζω	22,4	19,2	11	22,4	
Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν αρκετό οξυγόνο στο παιδί που δεν αναπνέει	Λάθος	20,4	18,5	10	20,4	NS
	Σωστό	63,3	65,6	31	63,3	
	Δεν γνωρίζω	16,3	15,9	8	16,3	
Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται	Λάθος	6,1	11,9	3	6,1	NS
	Σωστό	87,8	83,4	43	87,8	
	Δεν γνωρίζω	6,1	4,6	3	6,1	
Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε, να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία	Λάθος	95,9	79,5	47	95,9	NS
	Σωστό	4,1	17,2	2	4,1	
	Δεν γνωρίζω	0,0	3,3	0	0,0	
Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία, αυτό που ανησυχεί περισσότερο είναι ο κίνδυνος μόλυνσης, παρά η αιμορραγία	Λάθος	8,2	15,9	4	8,2	NS
	Σωστό	81,6	76,8	40	81,6	
	Δεν γνωρίζω	10,2	7,3	5	10,2	
Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι η εφαρμογή αντισηπτικού	Λάθος	30,6	29,1	15	30,6	NS
	Σωστό	63,3	68,2	31	63,3	
	Δεν γνωρίζω	6,1	2,6	3	6,1	
Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του, το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί, το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του	Λάθος	12,5	10,6	6	12,5	NS
	Σωστό	87,5	82,8	42	87,5	
	Δεν γνωρίζω	0,0	6,6	0	0,0	
Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή	Λάθος	8,2	21,2	4	8,2	NS
	Σωστό	87,8	72,8	43	87,8	
	Δεν γνωρίζω	4,1	6,0	2	4,1	
Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί	Λάθος	49,0	49,7	24	49,0	NS

ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα	Σωστό	32,7	33,8	16	32,7	
	Δεν γνωρίζω	18,4	16,6	9	18,4	
Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πιει μόνο νερό	Λάθος	40,8	42,4	20	40,8	NS
	Σωστό	42,9	38,4	21	42,9	
	Δεν γνωρίζω	16,3	19,2	8	16,3	
Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο	Λάθος	10,2	12,6	5	10,2	NS
	Σωστό	75,5	80,8	37	75,5	
	Δεν γνωρίζω	14,3	6,6	7	14,3	
Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα τριάντα εκατοστά από το έδαφος	Λάθος	6,1	17,2	3	6,1	NS
	Σωστό	91,8	73,5	45	91,8	
	Δεν γνωρίζω	2,0	9,3	1	2,0	
Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας, μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίζει έντονο κνησμό, αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος	Λάθος	49,0	38,4	24	49,0	NS
	Σωστό	40,8	49,7	20	40,8	
	Δεν γνωρίζω	10,2	11,9	5	10,2	
Αν ένα παιδί, που βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο παρουσιάσει συμπτώματα ηλίαςσης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ), πρέπει να παραμείνει επί τόπου, να βρεχτεί με νερό και να πιει πολλά υγρά	Λάθος	51,0	52,3	25	51,0	NS
	Σωστό	44,9	42,4	22	44,9	
	Δεν γνωρίζω	4,1	5,3	2	4,1	
Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού	Λάθος	10,2	21,9	5	10,2	NS
	Σωστό	85,7	71,5	42	85,7	
	Δεν γνωρίζω	4,1	6,6	2	4,1	
Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους	Λάθος	4,2	7,9	2	4,2	NS
	Σωστό	95,8	90,7	46	95,8	
	Δεν γνωρίζω	0,0	1,3	0	0,0	
Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση	Λάθος	77,6	68,9	38	77,6	NS
	Σωστό	14,3	21,2	7	14,3	
	Δεν γνωρίζω	8,2	9,9	4	8,2	
Σε παιδί που κατάπιε οποιαδήποτε ουσία ,απαιτείται η πρόκληση εμετού	Λάθος	20,4	25,2	10	20,4	NS
	Σωστό	71,4	56,3	35	71,4	
	Δεν γνωρίζω	8,2	18,5	4	8,2	
Αν το παιδί κατάπιε διορθωτικό υγρό (Blanco), είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος	Λάθος	12,2	14,6	6	12,2	NS
	Σωστό	30,6	25,2	15	30,6	
	Δεν γνωρίζω	57,1	60,3	28	57,1	
Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς	Λάθος	49,0	50,3	24	49,0	NS
	Σωστό	44,9	36,4	22	44,9	
	Δεν γνωρίζω	6,1	13,2	3	6,1	
Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής	Λάθος	67,3	48,3	33	67,3	NS
	Σωστό	12,2	30,5	6	12,2	
	Δεν γνωρίζω	20,4	21,2	10	20,4	
Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα	Λάθος	4,1	30,5	2	4,1	NS
	Σωστό	71,4	56,3	35	71,4	
	Δεν γνωρίζω	24,5	13,2	12	24,5	

<b>Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό</b>	Λάθος	32,7	22,5	16	32,7	NS
	Σωστό	63,3	72,8	31	63,3	
	Δεν γνωρίζω	4,1	4,6	2	4,1	
<b>Μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία</b>	Λάθος	8,2	7,3	4	8,2	NS
	Σωστό	77,6	82,8	38	77,6	
	Δεν γνωρίζω	14,3	9,9	7	14,3	

Σημείωση: Οι απαντήσεις με πλάγια γραφή είναι οι σωστές.

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test †McNemar test

### **Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών**

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι απαντήσεις της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών. Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές στις απαντήσεις που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που συμμετείχαν στην πειραματική ομάδα. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκαν στην ερώτηση «Οι πρώτες βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα» ( $p<0.01$ ), «η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή» ( $p<0.010$ ), «αυτός που παρέχει πρώτες βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ» ( $p<0.002$ ), «όταν παρέχετε πρώτες βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους» ( $p<0.008$ ), «η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του» ( $p<0.001$ ), «ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόνι» ( $p<0.001$ ), «ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα» ( $p<0.001$ ), «σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό» ( $p<0.001$ ), «σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση» ( $p<0.02$ ), «η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση» ( $p<0.025$ ), Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ( $p<0.001$ ), Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού ( $p<0.001$ ), Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία τεχνητή αναπνοή ( $p<0.001$ ), Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία τεχνητή αναπνοή ( $p<0.001$ ), Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή ( $p<0.001$ ), Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών ( $p<0.001$ ), Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις ( $p<0.001$ ), Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου ( $p<0.001$ ), Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν αρκετό οξυγόνο στο παιδί που δεν αναπνέει ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται ( $p<0.001$ ), Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε, να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία ( $p<0.001$ ), Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του, το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί, το χτυπάμε στην πλάτη

ή πιέζουμε την κοιλιά του ( $p<0.001$ ), Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή ( $p<0.001$ ), Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα ( $p<0.001$ ), Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πει μόνο νερό ( $p<0.001$ ), Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα τριάντα εκατοστά από το έδαφος ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας, μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό, αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί, που βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο παρουσιάσει συμπτώματα ηλίασης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ), πρέπει να παραμείνει επί τόπου, να βρεχτεί με νερό και να πει πολλά υγρά ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού ( $p<0.001$ ), Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους ( $p<0.001$ ), Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση ( $p<0.001$ ), Σε παιδί που κατάπιε οποιαδήποτε ουσία ,απαιτείται η πρόκληση εμετού ( $p<0.001$ ), Αν το παιδί κατάπιε διορθωτικό υγρό (Blanco), είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς ( $p<0.001$ ), Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής ( $p<0.001$ ), Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα

να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα ( $p<0.001$ ), Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό ( $p<0.025$ ) και μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία ( $p<0.02$ ).

Πίνακας 16. Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

Ερώτηση		Πριν		Μετά		p
		N	%	N	%	
Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.	Λάθος	0	0,0	0	0,0	NS
	Σωστό	151	100,0	151	100,0	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	0	0,0	
Οι Πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα.	Λάθος	51	33,8	37	24,5	0,01
	Σωστό	96	63,6	114	75,5	
	Δεν γνωρίζω	4	2,6	0	0,0	
Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.	Λάθος	64	42,4	91	60,3	0,001
	Σωστό	77	51,0	60	39,7	
	Δεν γνωρίζω	10	6,6	0	0,0	
Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ.	Λάθος	14	9,3	3	2,0	0,002
	Σωστό	135	89,4	148	98,0	
	Δεν γνωρίζω	2	1,3	0	0,0	
Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους	Λάθος	88	58,3	110	72,8	0,008
	Σωστό	37	24,5	41	27,2	
	Δεν γνωρίζω	26	17,2	0	0,0	
Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του.	Λάθος	34	22,5	56	37,1	0,001
	Σωστό	107	70,9	94	62,3	
	Δεν γνωρίζω	10	6,6	1	0,7	
Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόνι.	Λάθος	37	24,5	16	10,6	<0,001
	Σωστό	107	70,9	134	88,7	
	Δεν γνωρίζω	7	4,6	1	0,7	
Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα.	Λάθος	16	10,6	4	2,6	<0,001
	Σωστό	124	82,1	147	97,4	
	Δεν γνωρίζω	11	7,3	0	0,0	
Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό.	Λάθος	66	43,7	48	31,8	<0,001
	Σωστό	70	46,4	102	67,5	
	Δεν γνωρίζω	15	9,9	1	0,7	
Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση	Λάθος	21	13,9	15	9,9	0,022
	Σωστό	120	79,5	134	88,7	
	Δεν γνωρίζω	10	6,6	2	1,3	



	γνωρίζω					
Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.	Λάθος	62	41,1	82	54,3	0,025
	Σωστό	78	51,7	69	45,7	
	Δεν γνωρίζω	11	7,3	0	0,0	
Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.	Λάθος	50	33,1	88	58,3	<0,001
	Σωστό	78	51,7	63	41,7	
	Δεν γνωρίζω	23	15,2	0	0,0	
Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού.	Λάθος	52	34,4	102	67,5	<0,001
	Σωστό	62	41,1	44	29,1	
	Δεν γνωρίζω	37	24,5	5	3,3	
Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία τεχνητή αναπνοή.	Λάθος	59	39,1	135	89,4	<0,001
	Σωστό	72	47,7	14	9,3	
	Δεν γνωρίζω	20	13,2	2	1,3	
Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή.	Λάθος	72	47,7	103	68,2	<0,001
	Σωστό	45	29,8	43	28,5	
	Δεν γνωρίζω	34	22,5	5	3,3	
Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών.	Λάθος	78	51,7	116	76,8	<0,001
	Σωστό	46	30,5	29	19,2	
	Δεν γνωρίζω	27	17,9	6	4,0	
Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου.	Λάθος	17	11,3	14	9,3	<0,001
	Σωστό	105	69,5	135	89,4	
	Δεν γνωρίζω	29	19,2	2	1,3	
Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν αρκετό οξυγόνο στο παιδί που δεν αναπνέει.	Λάθος	28	18,5	23	15,2	0,001
	Σωστό	99	65,6	125	82,8	
	Δεν γνωρίζω	24	15,9	3	2,0	
Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται.	Λάθος	18	11,9	6	4,0	0,002
	Σωστό	126	83,4	143	94,7	
	Δεν γνωρίζω	7	4,6	2	1,3	
Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε, να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία.	Λάθος	120	79,5	140	92,7	<0,001
	Σωστό	26	17,2	11	7,3	
	Δεν γνωρίζω	5	3,3	0	0,0	
Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία, αυτό που ανησυχεί περισσότερο είναι ο κίνδυνος μόλυνσης, παρά η αιμορραγία.	Λάθος	24	15,9	17	11,3	0,005
	Σωστό	116	76,8	134	88,7	
	Δεν γνωρίζω	11	7,3	0	0,0	
Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι η εφαρμογή αντισηπτικού.	Λάθος	44	29,1	47	31,1	NS
	Σωστό	103	68,2	103	68,2	
	Δεν γνωρίζω	4	2,6	1	0,7	
Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του, το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί, το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την	Λάθος	16	10,6	12	7,9	0,004
	Σωστό	125	82,8	139	92,1	
	Δεν	10	6,6	0	0,0	

κοιλιά του.	γνωρίζω					
Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή.	Λάθος	32	21,2	17	11,3	<0,001
	Σωστό	110	72,8	133	88,1	
	Δεν γνωρίζω	9	6,0	1	0,7	
Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα.	Λάθος	75	49,7	107	70,9	<0,001
	Σωστό	51	33,8	40	26,5	
	Δεν γνωρίζω	25	16,6	4	2,6	
Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πει μόνο νερό.	Λάθος	64	42,4	91	60,3	0,001
	Σωστό	58	38,4	56	37,1	
	Δεν γνωρίζω	29	19,2	4	2,6	
Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο.	Λάθος	19	12,6	12	7,9	0,006
	Σωστό	122	80,8	138	91,4	
	Δεν γνωρίζω	10	6,6	1	0,7	
Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα τριάντα εκατοστά από το έδαφος.	Λάθος	26	17,2	13	8,6	<0,001
	Σωστό	111	73,5	138	91,4	
	Δεν γνωρίζω	14	9,3	0	0,0	
Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας, μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό, αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος	Λάθος	58	38,4	39	25,8	<0,001
	Σωστό	75	49,7	111	73,5	
	Δεν γνωρίζω	18	11,9	1	0,7	
Αν ένα παιδί, που βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο παρουσιάσει συμπτώματα ηλίαςσης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ), πρέπει να παραμείνει επί τόπου, να βρεχτεί με νερό και να πει πολλά υγρά	Λάθος	79	52,3	114	75,5	<0,001
	Σωστό	64	42,4	37	24,5	
	Δεν γνωρίζω	8	5,3	0	0,0	
Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού	Λάθος	33	21,9	16	10,6	<0,001
	Σωστό	108	71,5	135	89,4	
	Δεν γνωρίζω	10	6,6	0	0,0	
Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους	Λάθος	12	7,9	6	4,0	NS
	Σωστό	137	90,7	145	96,0	
	Δεν γνωρίζω	2	1,3	0	0,0	
Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση	Λάθος	104	68,9	132	87,4	<0,001
	Σωστό	32	21,2	19	12,6	
	Δεν γνωρίζω	15	9,9	0	0,0	
Σε παιδί που κατάπιε οποιαδήποτε ουσία ,απαιτείται η πρόκληση εμετού	Λάθος	38	25,2	35	23,2	<0,001
	Σωστό	85	56,3	114	75,5	
	Δεν γνωρίζω	28	18,5	2	1,3	
Αν το παιδί κατάπιε διορθωτικό υγρό (Blanco), είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος	Λάθος	22	14,6	95	62,9	<0,001
	Σωστό	38	25,2	37	24,5	
	Δεν γνωρίζω	91	60,3	19	12,6	
Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς	Λάθος	76	50,3	106	70,2	<0,001
	Σωστό	55	36,4	42	27,8	
	Δεν	20	13,2	3	2,0	

ανοικτούς	γνωρίζω					
Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής	Λάθος	73	48,3	126	83,4	<0,001
	Σωστό	46	30,5	19	12,6	
	Δεν γνωρίζω	32	21,2	6	4,0	
Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα	Λάθος	46	30,5	33	21,9	<0,001
	Σωστό	85	56,3	115	76,2	
	Δεν γνωρίζω	20	13,2	3	2,0	
Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό	Λάθος	34	22,5	26	17,2	0,025
	Σωστό	110	72,8	125	82,8	
	Δεν γνωρίζω	7	4,6	0	0,0	
Μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία	Λάθος	11	7,3	11	7,3	0,021
	Σωστό	125	82,8	138	91,4	
	Δεν γνωρίζω	15	9,9	2	1,3	

Σημείωση: Οι απαντήσεις με πλάγια γραφή είναι οι σωστές.

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test †McNemar test

### **Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.**

Στον πίνακα 17, παρουσιάζονται οι απαντήσεις της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών. Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που συμμετείχαν στις συγκρινόμενες ομάδες. Συγκεκριμένα υπήρξαν διαφορές στις ερωτήσεις «κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση», ( $p < 0.017$ ), «η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή» ( $p < 0.007$ ), «όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε, να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία» ( $p < 0.032$ ), «σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή», ( $p < 0.032$ ), «αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα τριάντα εκατοστά από το έδαφος» ( $p < 0.007$ ), «αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού» ( $p < 0.05$ )

και «αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής» ( $p < 0.02$ ).

Πίνακας 17. Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

Ομάδα αναφοράς				Πειραματική ομάδα		p
Ερώτηση		N	%	N	%	
Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.	Λάθος	1	2,0	0	0,0	0,078
	Σωστό	48	98,0	151	100,0	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	0	0,0	
Οι Πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα.	Λάθος	17	34,7	51	33,8	0,969
	Σωστό	31	63,3	96	63,6	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	4	2,6	
Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.	Λάθος	17	34,7	64	42,4	0,341
	Σωστό	31	63,3	77	51,0	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	10	6,6	
Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ.	Λάθος	2	4,1	14	9,3	0,575**
	Σωστό	46	93,9	135	89,4	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	2	1,3	
Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους	Λάθος	36	73,5	88	58,3	0,057
	Σωστό	8	16,3	37	24,5	
	Δεν γνωρίζω	5	10,2	26	17,2	
Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του.	Λάθος	6	12,2	34	22,5	0,118
	Σωστό	42	85,7	107	70,9	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	10	6,6	
Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόι	Λάθος	9	18,4	37	24,5	0,362
	Σωστό	38	77,6	107	70,9	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	7	4,6	
Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα.	Λάθος	5	10,2	16	10,6	0,479
	Σωστό	38	77,6	124	82,1	
	Δεν γνωρίζω	6	12,2	11	7,3	
Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό	Λάθος	19	38,8	66	43,7	0,414
	Σωστό	26	53,1	70	46,4	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	15	9,9	
Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση	Λάθος	5	10,2	21	13,9	0,194
	Σωστό	43	87,8	120	79,5	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	10	6,6	
Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί	Λάθος	21	42,9	62	41,1	0,824
	Σωστό	26	53,1	78	51,7	

πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.	Δεν γνωρίζω	2	4,1	11	7,3	
Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης	Λάθος	20	40,8	50	33,1	0,326
	Σωστό	20	40,8	78	51,7	
	Δεν γνωρίζω	9	18,4	23	15,2	
Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού.	Λάθος	20	40,8	52	34,4	0,419
	Σωστό	16	32,7	62	41,1	
	Δεν γνωρίζω	13	26,5	37	24,5	
Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία τεχνητή αναπνοή.	Λάθος	19	38,8	59	39,1	0,970
	Σωστό	26	53,1	72	47,7	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	20	13,2	
Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή	Λάθος	33	67,3	72	47,7	0,017
	Σωστό	10	20,4	45	29,8	
	Δεν γνωρίζω	6	12,2	34	22,5	
Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών.	Λάθος	28	57,1	78	51,7	0,504
	Σωστό	14	28,6	46	30,5	
	Δεν γνωρίζω	7	14,3	27	17,9	
Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου	Λάθος	6	12,2	17	11,3	0,580
	Σωστό	32	65,3	105	69,5	
	Δεν γνωρίζω	11	22,4	29	19,2	
Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν αρκετό οξυγόνο στο παιδί που δεν αναπνέει	Λάθος	10	20,4	28	18,5	0,770
	Σωστό	31	63,3	99	65,6	
	Δεν γνωρίζω	8	16,3	24	15,9	
Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται	Λάθος	3	6,1	18	11,9	0,469
	Σωστό	43	87,8	126	83,4	
	Δεν γνωρίζω	3	6,1	7	4,6	
Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε, να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία	Λάθος	47	95,9	120	79,5	0,007
	Σωστό	2	4,1	26	17,2	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	5	3,3	
Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία, αυτό που ανησυχεί περισσότερο είναι ο κίνδυνος μόλυνσης, παρά η αιμορραγία	Λάθος	4	8,2	24	15,9	0,480
	Σωστό	40	81,6	116	76,8	
	Δεν γνωρίζω	5	10,2	11	7,3	
Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι η εφαρμογή αντισηπτικού	Λάθος	15	30,6	44	29,1	0,522
	Σωστό	31	63,3	103	68,2	
	Δεν γνωρίζω	3	6,1	4	2,6	
Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του, το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί, το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του	Λάθος	6	12,5	16	10,6	0,438
	Σωστό	42	87,5	125	82,8	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	10	6,6	
Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και	Λάθος	4	8,2	32	21,2	0,032
	Σωστό	43	87,8	110	72,8	

μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή	Δεν γνωρίζω	2	4,1	9	6,0	
Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδέχνουμε την περιοχή με γάζα	Λάθος	24	49,0	75	49,7	0,933
	Σωστό	16	32,7	51	33,8	
	Δεν γνωρίζω	9	18,4	25	16,6	
Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πει μόνο νερό	Λάθος	20	40,8	64	42,4	0,847
	Σωστό	21	42,9	58	38,4	
	Δεν γνωρίζω	8	16,3	29	19,2	
Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο	Λάθος	5	10,2	19	12,6	0,426
	Σωστό	37	75,5	122	80,8	
	Δεν γνωρίζω	7	14,3	10	6,6	
Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα τριάντα εκατοστά από το έδαφος	Λάθος	3	6,1	26	17,2	0,007
	Σωστό	45	91,8	111	73,5	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	14	9,3	
Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας, μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό, αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσίμπήματος	Λάθος	24	49,0	58	38,4	0,281
	Σωστό	20	40,8	75	49,7	
	Δεν γνωρίζω	5	10,2	18	11,9	
Αν ένα παιδί, που βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο παρουσιάσει συμπτώματα ηλίαςσης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ), πρέπει να παραμείνει επί τόπου, να βρεχτεί με νερό και να πει πολλά υγρά	Λάθος	25	51,0	79	52,3	0,874
	Σωστό	22	44,9	64	42,4	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	8	5,3	
Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού	Λάθος	5	10,2	33	21,9	0,046
	Σωστό	42	85,7	108	71,5	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	10	6,6	
Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους	Λάθος	2	4,2	12	7,9	0,257
	Σωστό	46	95,8	137	90,7	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	2	1,3	
Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση	Λάθος	38	77,6	104	68,9	0,245
	Σωστό	7	14,3	32	21,2	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	15	9,9	
Σε παιδί που κατάπνε οποιαδήποτε ουσία ,απαιτείται η πρόκληση εμετού	Λάθος	10	20,4	38	25,2	0,060
	Σωστό	35	71,4	85	56,3	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	28	18,5	
Αν το παιδί κατάπνε διορθωτικό υγρό (Blanco), είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος	Λάθος	6	12,2	22	14,6	0,684
	Σωστό	15	30,6	38	25,2	
	Δεν γνωρίζω	28	57,1	91	60,3	
Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς	Λάθος	24	49,0	76	50,3	0,869
	Σωστό	22	44,9	55	36,4	
	Δεν γνωρίζω	3	6,1	20	13,2	
Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής	Λάθος	33	67,3	73	48,3	0,021
	Σωστό	6	12,2	46	30,5	
	Δεν γνωρίζω	10	20,4	32	21,2	

	γνωρίζω					
Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα	Λάθος	2	4,1	46	30,5	0,060
	Σωστό	35	71,4	85	56,3	
	Δεν γνωρίζω	12	24,5	20	13,2	
Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό	Λάθος	16	32,7	34	22,5	0,201
	Σωστό	31	63,3	110	72,8	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	7	4,6	
Μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία	Λάθος	4	8,2	11	7,3	0,413
	Σωστό	38	77,6	125	82,8	
	Δεν γνωρίζω	7	14,3	15	9,9	

Σημείωση: Οι απαντήσεις με πλάγια γραφή είναι οι σωστές.

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test \*McNemar test

### **Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών**

Στον πίνακα 18, παρουσιάζονται οι απαντήσεις της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών. Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις που έδωσαν οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που συμμετείχαν στις συγκρινόμενες ομάδες. Συγκεκριμένα υπήρξαν διαφορές στις ερωτήσεις «η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή» ( $p < 0.002$ ), «η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του» ( $p < 0.001$ ), «ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόκι» ( $p < 0.05$ ), «ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα» ( $p < 0.001$ ), «ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ( $p < 0.03$ ), «η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού» ( $p < 0.001$ ), «αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική

αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία τεχνητή αναπνοή ( $p<0.001$ ), «κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών» ( $p<0.008$ ), «αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου» ( $p<0.001$ ), «οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν αρκετό οξυγόνο στο παιδί που δεν αναπνέει ( $p<0.004$ ), «αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα» ( $p<0.005$ ), «σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πιεί μόνο νερό ( $p<0.017$ ), «η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο» ( $p<0.001$ ), «αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας, μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό, αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος» ( $p<0.001$ ), «αν ένα παιδί, που βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο παρουσιάσει συμπτώματα ηλίαςσης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ), πρέπει να παραμείνει επί τόπου, να βρεχτεί με νερό και να πιει πολλά υγρά» ( $p<0.001$ ), «αν το παιδί κατάπτε διορθωτικό υγρό (Blanco), είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος ( $p<0.001$ ), «αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς» ( $p<0.007$ ), Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής ( $p<0.015$ ), «ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό ( $p<0.004$ ) και μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία ( $p<0.01$ ).



Πίνακας 18. Βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

Ομάδα αναφοράς				Πειραματική ομάδα		p
Ερώτηση	N	%	N	%		
Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.	Λάθος	1	2,0	0	0,0	0,245**
	Σωστό	48	98,0	151	100,0	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	0	0,0	
Οι Πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικούς την ιατρική φροντίδα.	Λάθος	17	34,7	37	24,5	0,096
	Σωστό	31	63,3	114	75,5	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	0	0,0	
Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.	Λάθος	17	34,7	91	60,3	0,002
	Σωστό	31	63,3	60	39,7	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	0	0,0	
Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ.	Λάθος	2	4,1	3	2,0	0,159**
	Σωστό	46	93,9	148	98,0	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	0	0,0	
Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους	Λάθος	36	73,5	110	72,8	0,932
	Σωστό	8	16,3	41	27,2	
	Δεν γνωρίζω	5	10,2	0	0,0	
Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του.	Λάθος	6	12,2	56	37,1	0,001
	Σωστό	42	85,7	94	62,3	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	1	0,7	
Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόνι	Λάθος	9	18,4	16	10,6	0,050
	Σωστό	38	77,6	134	88,7	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	1	0,7	
Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα.	Λάθος	5	10,2	4	2,6	<0,001**
	Σωστό	38	77,6	147	97,4	
	Δεν γνωρίζω	6	12,2	0	0,0	
Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό	Λάθος	19	38,8	48	31,8	0,066
	Σωστό	26	53,1	102	67,5	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	1	0,7	
Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση	Λάθος	5	10,2	15	9,9	0,851
	Σωστό	43	87,8	134	88,7	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	2	1,3	
Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.	Λάθος	21	42,9	82	54,3	0,164
	Σωστό	26	53,1	69	45,7	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	0	0,0	
Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης	Λάθος	20	40,8	88	58,3	0,033
	Σωστό	20	40,8	63	41,7	
	Δεν γνωρίζω	9	18,4	0	0,0	

Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού.	Λάθος	20	40,8	102	67,5	0,001
	Σωστό	16	32,7	44	29,1	
	Δεν γνωρίζω	13	26,5	5	3,3	
Αν εφαρμόζεται καρδιαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται πέντε θωρακικές συμπίεσεις και μία τεχνητή αναπνοή.	Λάθος	19	38,8	135	89,4	<0,001
	Σωστό	26	53,1	14	9,3	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	2	1,3	
Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή	Λάθος	33	67,3	103	68,2	0,910
	Σωστό	10	20,4	43	28,5	
	Δεν γνωρίζω	6	12,2	5	3,3	
Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών.	Λάθος	28	57,1	116	76,8	0,008
	Σωστό	14	28,6	29	19,2	
	Δεν γνωρίζω	7	14,3	6	4,0	
Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου	Λάθος	6	12,2	14	9,3	<0,001
	Σωστό	32	65,3	135	89,4	
	Δεν γνωρίζω	11	22,4	2	1,3	
Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν αρκετό οξυγόνο στο παιδί που δεν αναπνέει	Λάθος	10	20,4	23	15,2	0,004
	Σωστό	31	63,3	125	82,8	
	Δεν γνωρίζω	8	16,3	3	2,0	
Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται	Λάθος	3	6,1	6	4,0	0,112**
	Σωστό	43	87,8	143	94,7	
	Δεν γνωρίζω	3	6,1	2	1,3	
Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε, να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία	Λάθος	47	95,9	140	92,7	0,739**
	Σωστό	2	4,1	11	7,3	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	0	0,0	
Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία, αυτό που ανησυχεί περισσότερο είναι ο κίνδυνος μόλυνσης, παρά η αιμορραγία	Λάθος	4	8,2	17	11,3	0,199
	Σωστό	40	81,6	134	88,7	
	Δεν γνωρίζω	5	10,2	0	0,0	
Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης είναι η εφαρμογή αντισηπτικού	Λάθος	15	30,6	47	31,1	0,522
	Σωστό	31	63,3	103	68,2	
	Δεν γνωρίζω	3	6,1	1	0,7	
Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του, το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί, το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του	Λάθος	6	12,5	12	7,9	0,387**
	Σωστό	42	87,5	139	92,1	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	0	0,0	
Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή	Λάθος	4	8,2	17	11,3	0,952
	Σωστό	43	87,8	133	88,1	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	1	0,7	
Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα.	Λάθος	24	49,0	107	70,9	0,005
	Σωστό	16	32,7	40	26,5	
	Δεν γνωρίζω	9	18,4	4	2,6	

Σε παιδιά με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πει μόνο νερό	Λάθος	20	40,8	91	60,3	0,017
	Σωστό	21	42,9	56	37,1	
	Δεν γνωρίζω	8	16,3	4	2,6	
Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο	Λάθος	5	10,2	12	7,9	0,003
	Σωστό	37	75,5	138	91,4	
	Δεν γνωρίζω	7	14,3	1	0,7	
Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα τριάντα εκατοστά από το έδαφος	Λάθος	3	6,1	13	8,6	1,000**
	Σωστό	45	91,8	138	91,4	
	Δεν γνωρίζω	1	2,0	0	0,0	
Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας, μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό, αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος	Λάθος	24	49,0	39	25,8	<0,001
	Σωστό	20	40,8	111	73,5	
	Δεν γνωρίζω	5	10,2	1	0,7	
Αν ένα παιδί, που βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο παρουσιάσει συμπτώματα ηλίαςσης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ), πρέπει να παραμείνει επί τόπου, να βρεχτεί με νερό και να πει πολλά υγρά	Λάθος	25	51,0	114	75,5	0,001
	Σωστό	22	44,9	37	24,5	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	0	0,0	
Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού	Λάθος	5	10,2	16	10,6	0,482
	Σωστό	42	85,7	135	89,4	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	0	0,0	
Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους	Λάθος	2	4,2	6	4,0	1,000**
	Σωστό	46	95,8	145	96,0	
	Δεν γνωρίζω	0	0,0	0	0,0	
Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση	Λάθος	38	77,6	132	87,4	0,093
	Σωστό	7	14,3	19	12,6	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	0	0,0	
Σε παιδιά που κατάπνε οποιαδήποτε ουσία , απαιτείται η πρόκληση εμετού	Λάθος	10	20,4	35	23,2	0,570
	Σωστό	35	71,4	114	75,5	
	Δεν γνωρίζω	4	8,2	2	1,3	
Αν το παιδί κατάπνε διορθωτικό υγρό (Blanco), είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος	Λάθος	6	12,2	95	62,9	<0,001
	Σωστό	15	30,6	37	24,5	
	Δεν γνωρίζω	28	57,1	19	12,6	
Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς	Λάθος	24	49,0	106	70,2	0,007
	Σωστό	22	44,9	42	27,8	
	Δεν γνωρίζω	3	6,1	3	2,0	
Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής	Λάθος	33	67,3	126	83,4	0,015
	Σωστό	6	12,2	19	12,6	
	Δεν γνωρίζω	10	20,4	6	4,0	
Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα	Λάθος	2	4,1	33	21,9	0,506
	Σωστό	35	71,4	115	76,2	
	Δεν γνωρίζω	12	24,5	3	2,0	
Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον	Λάθος	16	32,7	26	17,2	0,004

πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό	Σωστό	31	63,3	125	82,8	
	Δεν γνωρίζω	2	4,1	0	0,0	
Μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία	Λάθος	4	8,2	11	7,3	0,010
	Σωστό	38	77,6	138	91,4	
	Δεν γνωρίζω	7	14,3	2	1,3	

*Σημείωση: Οι απαντήσεις με πλάγια γραφή είναι οι σωστές.*

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test †McNemar test

### **Σύγκριση μέσων τιμών της ορθής γνώσης μεταξύ της ομάδας αναφοράς και πειραματικής ομάδας**

Για το σκοπό αυτό αθροίστηκαν οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν σωστά σε κάθε ομάδα, ενώ το άθροισμα αυτό διαιρέθηκε με το πλήθος των ερωτήσεων και στη συνέχεια μετατράπηκε σε ποσοστιαία κλίμακα. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία της ορθής γνώσης που μπορεί να κυμανθεί από 0 % μέχρι 100 %.

*Σύγκριση μέσων τιμών της ορθής γνώσης της ομάδας αναφοράς και πειραματικής ομάδας πριν και μετά από το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών*

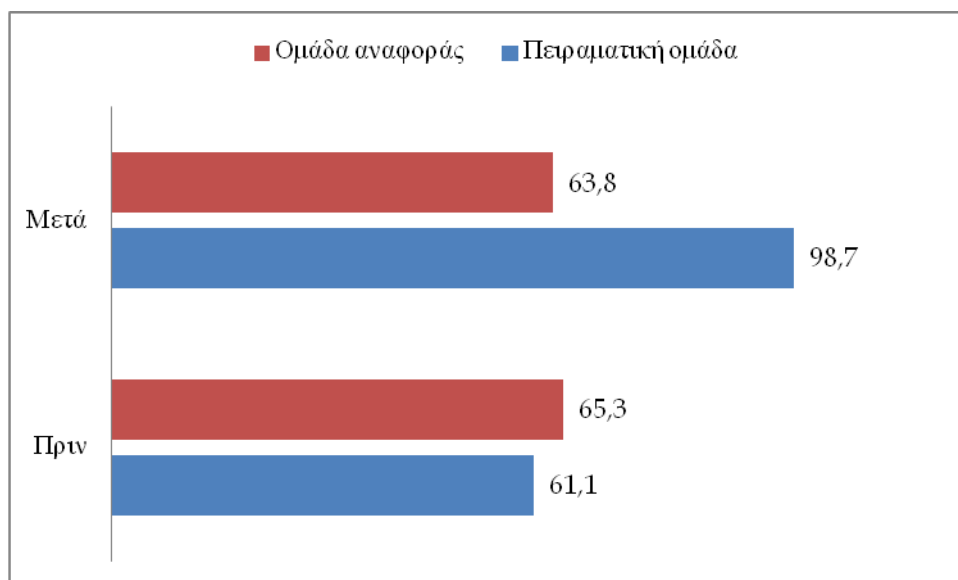
Η μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $65.3 \pm 10.9$ , ενώ μετά τα σεμινάρια  $63.8 \pm 10.1$ . Η διαφορά δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (γράφημα 2).

Η μέση τιμή της ορθής γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $61.5 \pm 11.5$ , ενώ μετά το πρόγραμμα ήταν  $79.4 \pm 11.9$ . Η διαφορά αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο  $p < 0.001$ , (γράφημα 2).

Η μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν από την παρέμβαση ήταν  $65.3 \pm 10.9$ , ενώ της πειραματικής ομάδας  $61.5 \pm 11.5$ . Η διαφορά δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (γράφημα 2).

Η μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας αναφοράς μετά από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $63.8 \pm 10.1$ , ενώ της πειραματικής ομάδας μετά το πρόγραμμα

ήταν  $79.4 \pm 11.9$ . Η διαφορά αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο  $p < 0.001$ , (γράφημα 2).



Γράφημα 2. Μέσες βαθμολογίες της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου και πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών

**Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας της ορθής γνώσης των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής της ομάδας παρέμβασης με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.**

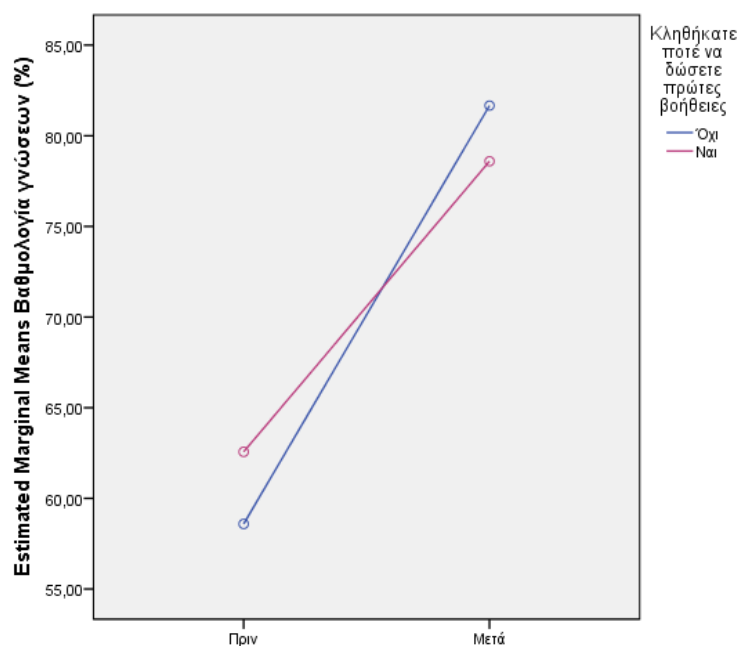
Τόσο πριν την παρέμβαση, όσο και μετά, η βαθμολογία γνώσεων δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η βαθμολογία γνώσεων αυξήθηκε σημαντικά ανεξάρτητα από τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι προπονητές, η βαθμολογία των οποίων δεν αυξήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση. Επίσης, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων διέφερε σημαντικά μόνο μεταξύ εκείνων που είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες και εκείνων που δεν είχαν κληθεί. Συγκεκριμένα, η αύξηση ήταν σημαντικά υψηλότερη σε εκείνους που δεν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες.

Πίνακας 19. Μεταβολές στη βαθμολογία της ορθής γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

		Βαθμολογία γνώσεων (%)			P**	P†
		Πριν	Μετά	Μεταβολή		
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)		
<b>Φύλο</b>	Γυναίκες	61,8 (11,1)	79,4 (11,6)	17,6 (17)	<0,001	0,774
	Άντρες	61 (11,6)	79,5 (12,5)	18,4 (19,4)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,693	0,957			
<b>Έγγαμοι</b>	Όχι	62,8 (10)	81,6 (11,6)	18,8 (17,2)	<0,001	0,649
	Ναι	60,9 (11,9)	78,3 (11,9)	17,4 (18,2)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,330	0,107			
<b>Είδος εργασιακής σχέσης</b>	Μόνιμος/η	61,7 (11,5)	79,4 (12,1)	17,7 (18)	<0,001	0,712
	Αναπληρωτής/τρια - Ωρομίσθιος	60,1 (9,7)	79,4 (10,5)	19,3 (16,9)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,576	0,983			
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	πτυχίο ΦΑ	61,5 (11,1)	80,4 (12,2)	18,8 (17,6)	<0,001	0,277
	δεύτερο πτυχίο/ μάστερ/ διδακτορικό	61,6 (11,9)	76,9 (10,8)	15,4 (18,2)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,984	0,107			
<b>Κύρια επαγγελματική δραστηριότητα</b>	καθηγητής φυσικής αγωγής	61,5 (11,4)	79,5 (12)	18,1 (17,9)	<0,001	0,454
	προπονητής	63,8 (8,2)	76,3 (10,1)	12,5 (13,7)	0,088	
	<b>P*</b>	0,626	0,511			
<b>Έχετε παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάρια πρώτων βοηθειών</b>	Όχι	63,5 (11,4)	77,1 (12,3)	13,5 (14,9)	<0,001	0,108
	Ναι	61 (11,2)	80,1 (11,7)	19,1 (18,4)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,244	0,195			
<b>Συνέβη σε κάποια φάση της υπηρεσίας σας κάποιο ατύχημα επείγουσας βοήθειας</b>	Όχι	61,6 (11,4)	79,2 (11,9)	17,7 (15,5)	<0,001	0,924
	Ναι	61,5 (11,3)	79,5 (11,9)	18 (18,9)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,994	0,892			
<b>Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες</b>	Όχι	58,6 (11,5)	81,7 (12,6)	23,1 (18,5)	<0,001	0,033
	Ναι	62,6 (11,1)	78,6 (11,6)	16 (17,2)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,057	0,165			
<b>Γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες</b>	Όχι	60,3 (11,5)	80 (11,7)	19,7 (17,5)	<0,001	0,383
	Ναι	62,2 (11,2)	79,1 (12)	17 (17,9)	<0,001	
	<b>P*</b>	0,343	0,683			

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

†Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.



Γράφημα 3. Μεταβολή στη βαθμολογία της ορθής γνώσης των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης, ανάλογα με το αν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες ή όχι.

*Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.*

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 20. Συσχέτιση Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

		Μεταβολή βαθμολογίας γνώσεων (%)
Ηλικία	r	0,02
	P	0,828
Έτη εργασίας ως Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής	r	0,00
	P	0,999

Ωρες εργασίας ανά ημέρα	r	-0,10
	P	0,245

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 21. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση

		β*	SE**	P
Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-7,05	3,27	0,033

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο το αν είχαν κληθεί οι συμμετέχοντες για να δώσουν πρώτες βοήθειες βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή της βαθμολογίας γνώσεων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες είχαν κατά 7,05 μικρότερη αύξηση στη βαθμολογία γνώσεων μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες.

#### **Σύγκριση μέσων τιμών της θεωρητικής γνώσης μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς**

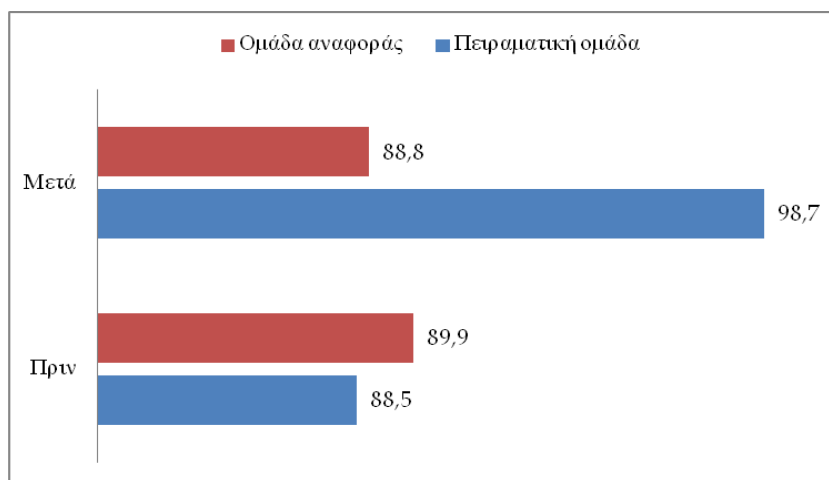
Για το σκοπό αυτό αθροίστηκαν οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν (είτε σωστά είτε λάθος) σε κάθε ομάδα, το άθροισμα αυτό διαιρέθηκε με το πλήθος των ερωτήσεων και στη συνέχεια μετατράπηκε σε ποσοστιαία κλίμακα. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία θεωρητικής γνώσης που μπορεί να κυμανθεί από 0 % μέχρι 100 %.



*Σύγκριση μέσων τιμών της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου και πειραματικής ομάδας πριν και μετά από το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών.*

Η μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $89.9 \pm 11.3$ , ενώ μετά τα σεμινάρια  $88.8 \pm 10.3$ . Η διαφορά δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (γράφημα 4).

Η μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $88.5 \pm 9.9$ , ενώ μετά το πρόγραμμα ήταν  $98.7 \pm 3.6$ . Η διαφορά αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο  $p < 0.001$ , (γράφημα 4).



Γράφημα 4. Μέσες βαθμολογίες της θεωρητικής γνώσης της ομάδας παρέμβασης και πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

**Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας θεωρητικής γνώσης των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία**

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές στη βαθμολογία θεωρητικής γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 22. Μεταβολές στη βαθμολογία της θεωρητικής γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

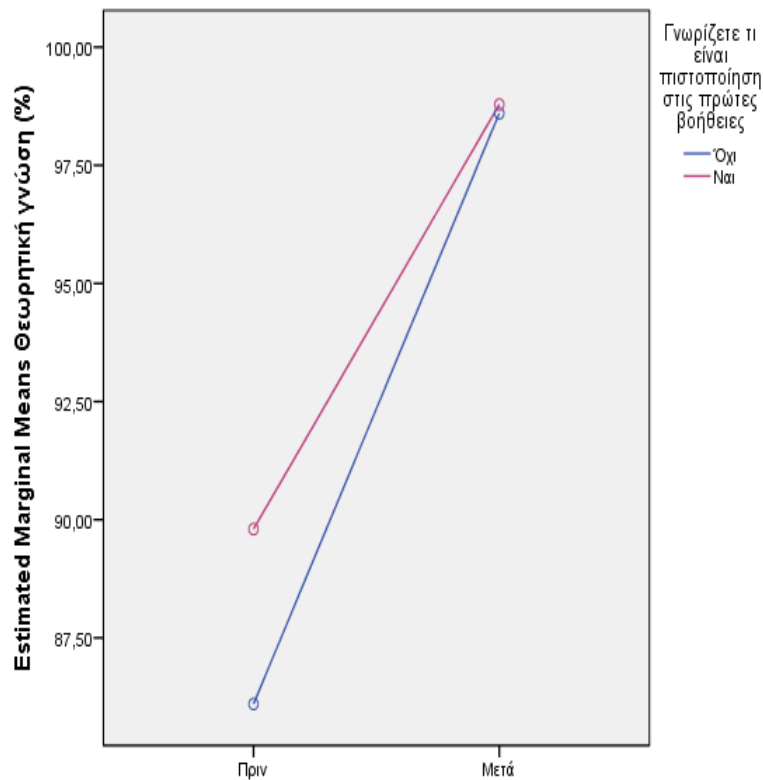
		Βαθμολογία θεωρητικής γνώσης (%)			P**	P+
		Πριν	Μετά	Μεταβολή		
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)		
Φύλο	Γυναίκες	88 (9,7)	98,8 (3)	10,8 (9,9)	<0,001	0,233
	Άντρες	89,7 (9,4)	98,5 (4,6)	8,8 (10,4)	<0,001	
	P*	0,304	0,553			
Έγγαμοι	Όχι	89,8 (8,6)	99 (3,5)	9,2 (8,7)	<0,001	0,419
	Ναι	88 (10,1)	98,6 (3,7)	10,6 (10,7)	<0,001	
	P*	0,264	0,475			
Είδος εργασιακής σχέσης	Μόνιμος/η	88,6 (9,9)	98,6 (3,8)	10 (10,4)	<0,001	0,668
	Αναπληρωτής/τρια - Ωρομίσθιος	88,5 (7,2)	99,6 (1)	11,1 (7,7)	<0,001	
	P*	0,961	0,283			
Μορφωτικό επίπεδο	πτυχίο ΦΑ	89,1 (9,3)	98,8 (3,9)	9,7 (9,6)	<0,001	0,363
	δεύτερο πτυχίο/ μάστερ/ διδακτορικό	87,3 (10,3)	98,6 (2,9)	11,3 (11,3)	<0,001	
	P*	0,293	0,796			
Κύρια επαγγελματική δραστηριότητα	καθηγητής φυσικής αγωγής	88,6 (9,6)	98,7 (3,7)	10,1 (10,1)	<0,001	0,562
	προπονητής	87,1 (11,2)	99,6 (1)	12,5 (11,8)	0,003	
	P*	0,699	0,553			
Έχετε παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάρια πρώτων βοηθειών	Όχι	90,1 (9,1)	98 (5,4)	7,9 (9,9)	<0,001	0,148
	Ναι	88,1 (9,8)	98,9 (2,9)	10,8 (10,1)	<0,001	
	P*	0,304	0,193			
Συνέβη σε κάποια φάση της υπηρεσίας σας κάποιο ατύχημα επείγουσας βοήθειας	Όχι	87 (9,2)	99,2 (1,9)	12,2 (9,3)	<0,001	0,079
	Ναι	89,4 (9,8)	98,5 (4,2)	9,1 (10,4)	<0,001	
	P*	0,157	0,256			
Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες	Όχι	87,2 (10,3)	98,3 (4,1)	11,1 (11,6)	<0,001	0,501
	Ναι	89 (9,4)	98,9 (3,4)	9,8 (9,6)	<0,001	
	P*	0,317	0,432			
Γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες	Όχι	86,1 (9,9)	98,6 (3,8)	12,5 (11,3)	<0,001	0,044
	Ναι	89,8 (9,3)	98,8 (3,5)	9 (9,3)	<0,001	
	P*	0,026	0,765			

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

+Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση η βαθμολογία θεωρητικής γνώσης διέφερε σημαντικά μόνο μεταξύ εκείνων που γνώριζαν τι είναι η πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες και εκείνων που δεν γνώριζαν, με αυτούς που γνώριζαν να έχουν σημαντικά περισσότερη θεωρητική γνώση. Μετά την παρέμβαση, η βαθμολογία θεωρητικής γνώσης δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η βαθμολογία θεωρητικής γνώσης αυξήθηκε σημαντικά σε όλους τους συμμετέχοντες ανεξάρτητα από τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους. Επίσης, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας θεωρητικής γνώσης διέφερε σημαντικά μόνο μεταξύ εκείνων που γνώριζαν τι είναι η πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες και εκείνων που δεν γνώριζαν. Συγκεκριμένα, η αύξηση ήταν σημαντικά υψηλότερη σε εκείνους που δεν γνώριζαν τι είναι η πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία θεωρητικής γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν γνώριζαν τι είναι η πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες ή όχι:



Γράφημα 5. Μεταβολή στη βαθμολογία της θεωρητικής γνώσης των συμμετεχόντων στην πειραματική ομάδα, ανάλογα με το αν είχαν πιστοποιηθεί στις πρώτες βοήθειες ή όχι.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 23. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

		Μεταβολή βαθμολογίας θεωρητικής γνώσης (%)
Ηλικία	r	-0,03
	P	0,717
Έτη εργασίας ως Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής	r	-0,01
	P	0,889
Ωρες εργασίας ανά ημέρα	r	-0,04

P	0,611
---	-------

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας θεωρητικής γνώσης με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη βαθμολογία θεωρητικής γνώσης και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 24. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση

		β*	SE**	P
Γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-3,52	1,73	0,044

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο το αν γνώριζαν τι είναι η πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή της βαθμολογίας θεωρητικής γνώσης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που γνώριζαν τι είναι η πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες είχαν κατά 3,52 μικρότερη αύξηση στη βαθμολογία θεωρητικής γνώσης μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν το γνώριζαν.

#### **Σύγκριση μέσων τιμών της ακρίβειας της γνώσης μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς**

Για το σκοπό αυτό αθροίστηκαν οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν (είτε σωστά είτε λάθος) σε κάθε ομάδα, το άθροισμα αυτό διαιρέθηκε με το πλήθος των ερωτήσεων και στη συνέχεια μετατράπηκε σε ποσοστιαία κλίμακα. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης που μπορεί να κυμανθεί από 0 % μέχρι 100 %.

*Σύγκριση μέσων τιμών της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς πριν από το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών.*

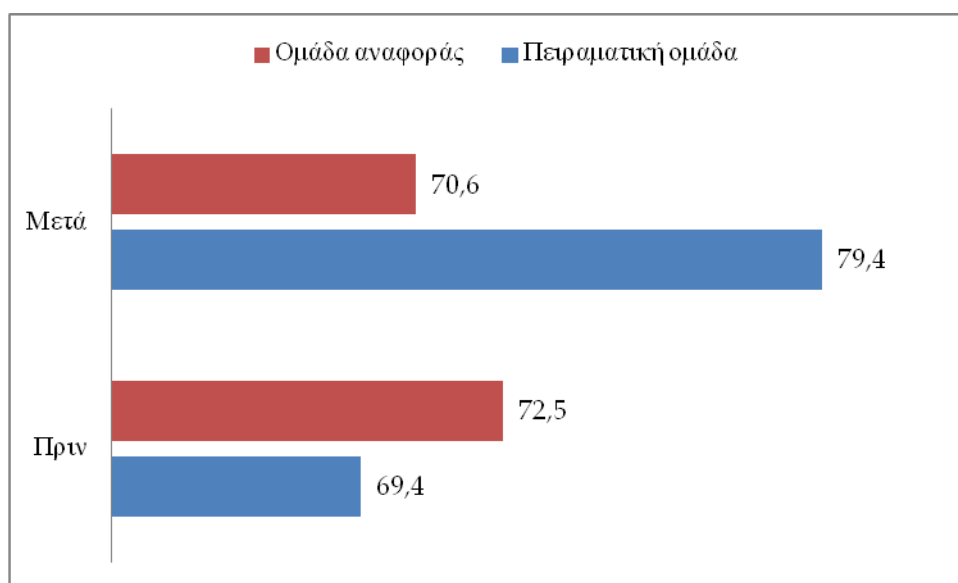
Η μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $72.5 \pm 7.4$ , ενώ μετά τα σεμινάρια  $70.6 \pm 8.1$ . Η διαφορά δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (γράφημα 6).

Η μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $69.6 \pm 11.0$ , ενώ μετά το πρόγραμμα ήταν  $80.4 \pm 11.2$ . Η διαφορά αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο  $p < 0.001$ , (γράφημα 6).

*Σύγκριση μέσων τιμών της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας παρέμβασης και ομάδας αναφοράς πριν και μετά το πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών.*

Η μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν από την παρέμβαση ήταν  $72.5 \pm 7.4$ , ενώ της πειραματικής ομάδας  $69.6 \pm 11.0$ . Η διαφορά δεν αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική (γράφημα 6).

Η μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας αναφοράς μετά από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών ήταν  $70.6 \pm 8.1$ , ενώ της πειραματικής ομάδας μετά το πρόγραμμα ήταν  $80.4 \pm 11.2$ . Η διαφορά αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική στο επίπεδο  $p < 0.001$ , (γράφημα 6).



Γράφημα 6. Μέσες βαθμολογίες της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας παρέμβασης και πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

### Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας ακρίβειας της γνώσης των συμμετεχόντων της ομάδας παρέμβασης με δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές στη βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

Πίνακας 25. Μεταβολές στη βαθμολογία της ακρίβειας της γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης (%)			P**	P+
		Πριν Μέση τιμή (SD)	Μετά Μέση τιμή (SD)	Μεταβολή Μέση τιμή (SD)		
Φύλο	Γυναίκες	70,3 (10,4)	80,2 (11,1)	9,9 (16,7)	<0,001	0,423
	Άντρες	68,3 (12)	80,6 (11,6)	12,3 (18,5)		
		P*	0,288	0,843		
Έγγαμοι	Όχι	70,1 (10,1)	82,4 (11,1)	12,3 (16,5)	<0,001	0,433
	Ναι	69,4 (11,5)	79,3 (11,2)	9,9 (17,8)		
		P*	0,723	0,119		
Είδος εργασιακής σχέσης	Μόνιμος/η	69,8 (11,1)	80,4 (11,4)	10,6 (17,5)	<0,001	0,811
	Αναπληρωτής/τρια - Ωρομίσθιος	68,1 (10,4)	79,7 (10,2)	11,7 (16,5)		
		P*	0,532	0,808		
Μορφωτικό επίπεδο	πτυχίο ΦΑ	69,3 (11,4)	81,3 (11,4)	12 (17,4)	<0,001	0,153

	δεύτερο πτυχίο/ μάστερ/ διδακτορικό	70,4 (9,8)	78 (10,6)	7,5 (16,8)	0,005	
	P*	0,558	0,103			
Κύρια επαγγελματική δραστηριότητα	καθηγητής φυσικής αγωγής	69,5 (11,1)	80,5 (11,3)	11,1 (17,5)	<0,001	0,276
	προπονητής	73,4 (6,3)	76,6 (10,1)	3,2 (10,8)	0,655	
	P*	0,391	0,402			
Έχετε παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάρια πρώτων βοηθειών	Όχι	70,6 (10,8)	78,6 (11,6)	8 (15,6)	0,008	0,296
	Ναι	69,3 (11,1)	80,9 (11,1)	11,5 (17,8)	<0,001	
	P*	0,540	0,306			
Συνέβη σε κάποια φάση της υπηρεσίας σας κάποιο ατύχημα επείγουσας βοήθειας	Όχι	70,6 (10,2)	79,8 (11,7)	9,2 (15,1)	<0,001	0,448
	Ναι	69,1 (11,4)	80,6 (11)	11,5 (18,4)	<0,001	
	P*	0,438	0,682			
Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες	Όχι	67,2 (10,7)	82,9 (11,5)	15,7 (16,9)	<0,001	0,037
	Ναι	70,5 (11)	79,5 (11,1)	9 (17,2)	<0,001	
	P*	0,112	0,100			
Γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες	Όχι	70,2 (11,5)	81 (10,8)	10,8 (17)	<0,001	0,974
	Ναι	69,3 (10,8)	80 (11,5)	10,7 (17,6)	<0,001	
	P*	0,659	0,630			

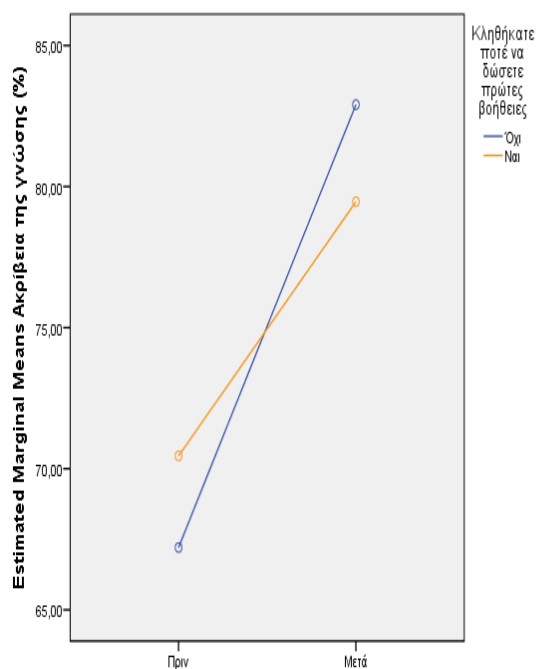
\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων.

+Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Τόσο πριν την παρέμβαση όσο και μετά, η βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης δεν διέφερε σημαντικά ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Ωστόσο, η βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης αυξήθηκε σημαντικά σε όλους τους συμμετέχοντες ανεξάρτητα από τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν οι προπονητές, η βαθμολογία των οποίων δεν αυξήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση. Επίσης, ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας ακρίβειας της γνώσης διέφερε σημαντικά μόνο μεταξύ εκείνων που είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες και εκείνων που δεν είχαν κληθεί. Συγκεκριμένα, η αύξηση ήταν σημαντικά υψηλότερη σε εκείνους που δεν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες ή όχι.





Γράφημα 7. Μεταβολή στη βαθμολογία της ορθής γνώσης των συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης, ανάλογα με το αν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες ή όχι.

Στον πίνακα 27 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας ακρίβειας της γνώσης με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 26. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας της ακρίβειας της γνώσης με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

		Μεταβολή βαθμολογίας ακρίβειας της γνώσης (%)
Ηλικία	r	0,02
	P	0,828
Έτη εργασίας ως Εκπαιδευτικός Φυσικής Αγωγής	r	0,00
	P	0,999
Ώρες εργασίας ανά ημέρα	r	-0,10
	P	0,245

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας ακρίβειας της γνώσης με την ηλικία, των ετών προϋπηρεσίας και των ωρών εργασίας των συμμετεχόντων.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη μεταβολή στη βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης βρέθηκαν τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 27. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση

		$\beta^*$	SE**	P
Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες	Όχι (αναφ.)			
	Ναι	-6,69	3,18	0,037

\*συντελεστής εξάρτησης \*\*τυπικό σφάλμα συντελεστή εξάρτησης

Μόνο το αν είχαν κληθεί οι συμμετέχοντες για να δώσουν πρώτες βοήθειες βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη μεταβολή της βαθμολογίας ακρίβειας της γνώσης. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες είχαν κατά 6,69 μικρότερη αύξηση στη βαθμολογία ακρίβειας της γνώσης μετά την παρέμβαση σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της διδακτορικής διατριβής με την εξής σειρά: Γενική συζήτηση, η διαχείριση των σεμιναρίων των πρώτων βοηθειών, η συζήτηση αποτελεσμάτων της ποιοτικής έρευνας, η συζήτηση αποτελεσμάτων της ποσοτικής έρευνας, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις για νέες έρευνες.

### ***ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ***

Ο σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής ήταν να προσδιορίσει αν η διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης. Για τη συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν δύο ανεξάρτητες μεταξύ τους μελέτες: μία ποιοτική στην οποία συμμετείχαν είκοσι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής και οι οποίοι απάντησαν σε ημιμυδομημένες συνεντεύξεις και μία ποσοτική στην οποία συμμετείχαν διακόσιοι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής, οι οποίοι απάντησαν σε κλίμακα γνώσεων πρώτων βοηθειών πριν και μετά τη διεξαγωγή σεμιναρίων. Τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας έδειξαν ότι για να διατηρούνται οι γνώσεις στις πρώτες βοήθειες πρέπει οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής να συμμετέχουν σε σεμινάρια σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας έδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής της πειραματικής ομάδας που συμμετείχαν σε σεμινάρια πρώτων βοηθειών βελτιώθηκαν σε στατιστικά

σημαντικό βαθμό σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου πρώτων βοηθειών μετά το πρόγραμμα, σε σχέση με την ομάδα αναφοράς. Βελτίωση επίσης παρατηρήθηκε πριν και μετά το πρόγραμμα των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής της πειραματικής ομάδας στις παραμέτρους της ορθής γνώσης, θεωρητικής γνώσης και ακρίβειας της γνώσης. Ακόμη, η σύγκριση των μεταβολών στις ανωτέρω παραμέτρων της πειραματικής ομάδας σε σχέση με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, έδειξε ότι υπήρξαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές.

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που ήταν μέλη του Γυμνασίου και μετέπειτα του γυμνασίου και Λυκείου, σύμφωνα με το ωρολόγιο πρόγραμμα του Υ.ΠΑΙ.Π.Θ., είναι η εκπαιδευτική ειδικότητα που διδάσκει το γνωστικό αντικείμενο της φυσικής αγωγής και αθλητισμού σε όλα τα επίπεδα εκπαίδευσης.

Ο εκπαιδευτικός αυτός ασκεί το λειτούργημά του στις αθλητικές εγκαταστάσεις του σχολείου, που μπορεί να είναι ο προαύλιος χώρος, το γυμναστήριο ή ανάλογη αίθουσα πολλαπλής χρήσης. Επίσης, ασκεί τα καθήκοντά του στα διάφορα πρωταθλήματα μεταξύ των σχολείων, είτε συνοδεύοντας τους μαθητές του σχολείου που αποτελούν τις διάφορες ομάδες, όπως το ποδόσφαιρο, η καλαθοσφαίριση, η χειροσφαίριση ή ακόμα και ο κλασικός αθλητισμός.

Συνεπώς ο καθηγητής φυσικής αγωγής, καλείται σε καθημερινή βάση από τους εκπαιδευτικούς των άλλων ειδικοτήτων του σχολείου να δώσει πρώτες βοήθειες σε μια ποικιλία καταστάσεων επείγουσας και μη ανάγκης κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους, που διαρκεί από τον Σεπτέμβριο μέχρι τον Ιούνιο (Stergioulas and Mandilas, 2003). Πρέπει λοιπόν να εκτιμήσει την κατάσταση του μαθητή και αν είναι σοβαρή να καλέσει ιατρική βοήθεια, να αναγνωρίσει με ακρίβεια το πρόβλημά του, να δώσει σωστή άμεση βοήθεια, να φροντίσει για τη μεταφορά του μαθητή στο σπίτι

του, σε γιατρό ή σε Νοσοκομείο, να παραμείνει με τον μαθητή μέχρι να έλθει βοήθεια από ασθενοφόρο ή ειδικό και τέλος να δώσει βοήθεια πάρα πέρα αν χρειαστεί. Αν και οι εκπαιδευτικοί της φυσικής αντιμετωπίζουν εμπειρικά πολλές καταστάσεις στο σχολικό περιβάλλον που χρήζουν πρώτων βοηθειών, δεν έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες για να διερευνήσουν τις γνώσεις σε τέτοιες καταστάσεις. Οι έρευνες στο σχολείο είναι μεμονωμένες και αφορούν κυρίως καταγραφή τραυματισμών, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και σε άλλες αθλητικές δραστηριότητες (Tyflidis, Kipreos, Tripolitsioti and Stergioulas, 2012a; Tyflidis, Kipreos, Tripolitsioti and Stergioulas, 2012b; Tyflidis, Travlos, Tripolitsioti and Stergioulas, 2009; Tyflidis, A., Travlos, A.K., Tripolitsioti, A. and Stergioulas, 2009; Stergioulas and Mandilas, 2003).

#### ***ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ***

Τα σεμινάρια της παρούσης διατριβής οργανώθηκαν σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης και την Διεθνή Επιτροπή Διασύνδεσης επί της Αναζωογόνησης. Η ομάδα εργασίας των φορέων αυτών συζήτησαν και προσδιόρισαν τα σημαντικά θέματα που είναι σχετικά με την εκπαίδευση των πολιτών στην ΚΑΡΠΑ και άλλες καταστάσεις επίγουςαν βοήθειας και εξέδωσαν το έτος 2010 νέες κατευθυντήριες οδηγίες.

Σύμφωνα με τις οδηγίες αυτές τα εκπαιδευτικά σεμινάρια θα πρέπει να αξιολογούνται, ώστε να εξασφαλίζεται η σωστή επίτευξη των μαθησιακών στόχων. Βασικός σκοπός είναι να εξασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες στην εκπαίδευση θα αποκτήσουν και θα διατηρήσουν τις γνώσεις, ικανότητες που θα τους επιτρέπουν να ενεργούν ανάλογα σε πραγματικές καταστάσεις επείγουσας βοήθειας και καρδιαγγεϊκά προβλήματα, έτσι που να βελτιώσουν την κατάσταση υγείας των πασχόντων (European Resuscitation Council, 2010).

Για να είναι επιτυχημένα τα σεμινάρια της εκπαίδευσης, πρέπει εκτός από τις παρουσιάσεις με power point, πρέπει να συνδυάζονται με video, αλλά οπωσδήποτε με πρακτική εξάσκηση σε προπλάσματα (Berdowski, Schmohl, Tijssen and Koster, 2009; Chamberlain and Hazinski, 2010).

Στην παρούσα μελέτη τα σεμινάρια πραγματοποιήθηκαν από πιστοποιημένους εκπαιδευτές της Emergency First Response, και τηρήθηκαν όλες οι αρχές του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Αναζωογόνησης και της Διεθνούς Επιτροπής Διασύνδεσης επί της Αναζωογόνησης. Οι εκπαιδευτές διέθεταν υψηλό επίπεδο επίδοσης και είχαν επιδείξει ικανότητες αρχηγού, κλινική αξιοπιστία, ομαδική εργασία και σε συνδυασμό με ικανότητες όπως ευελιξία, κατανόηση, υποστήριξη και παροχή κινήτρων (Emergency First Response, 2010).

Κατά τη διάρκεια των εννέα ωρών διδασκαλίας, οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής διδάχθηκαν τις απαραίτητες γνώσεις για να είναι σε θέση να ανταποκριθούν σε μια κατάσταση επείγουσας ανάγκης στο σχολικό περιβάλλον και όχι μόνο, μέχρι να φτάσει εξειδικευμένο προσωπικό (ασθενοφόρο ή ιατρός). Επίσης οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής εξοικειώθηκαν με τις πρώτες βοήθειες που πρέπει να δώσουν σε περιπτώσεις θλάσεων, συνδεσμικών τραυματισμών και τενόντων, σε περιπτώσεις καταγμάτων κλείδας, εξαρθήματος αγκώνα, καταγμάτων καρπού και φαλάγγων των δακτύλων, σε περιπτώσεις λιποθυμικής κατάστασης, σε περιπτώσεις καταγμάτων σπονδυλικής στήλης, σε περιπτώσεις καταγμάτων μηριαίου οστού, επιγονατίδας, κνήμης, περόνης και ποδοκνημικής άρθρωσης. Επίσης οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής εξοικειώθηκαν με τις πρώτες βοήθειες σε περιπτώσεις εσωτερικής και εξωτερικής αιμορραγίας, σε περιπτώσεις πνιγμού σε νερό (ποτάμι, λίμνη ή θάλασσα) και πνιγμού από φαγητό, φρούτο ή άλλο αντικείμενο, σε περιπτώσεις τσιμηπημάτων από μέλισσα, σφήκα, αράχνη, σκορπιό, φίδι και οργανισμούς ή ζώα της θάλασσας

(μέδουσα, αχινό, σμέρνα, θαλάσσιο φίδι, κλπ.). Ακόμα να εξοικειωθούν με τις τεχνικές μεταφοράς ενός τραυματισμένου μαθητή/τριας και τέλος να εξοικειωθούν με τις τεχνικές καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, με πρακτική σε πρόπλασμα Berdowski, Schmohl, Tijssen and Koster, 2009; Chamberlain and Hazinski, 2010; Emergency First Response, 2010; European Resuscitation Council, 2010; Yeung and Perkins, 2010).

### ***ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

Σχετικά με την ερώτηση «ποιά είναι η άποψή σας για τις πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον; θεωρείτε ότι είναι υπεύθυνοι όλοι οι εκπαιδευτικοί; εξηγήστε τους λόγους», οι περισσότεροι ερωτώμενοι αναφέρθηκαν στην απαραίτητη γνώση τουλάχιστον των βασικών αρχών Πρώτων Βοηθειών, όχι μόνο από τους εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής αλλά από το σύνολο των εκπαιδευτικών του σχολείου, μιας και η σχολική καθημερινότητα κρύβει κινδύνους τόσο λόγω των ακατάλληλων σχολικών εγκαταστάσεων όσο και της φύσης των μαθητών. Κάποιοι έκριναν ότι η παρουσία επαγγελματιών του χώρου, όπως νοσηλευτές ή πιστοποιημένοι εκπαιδευτικοί, όλων των ειδικοτήτων θα ήταν η πιο αποτελεσματική λύση σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης αφού η ασφάλεια και η σωματική ακεραιότητα των μαθητών κρίνεται αδιαπραγμάτευτη. Για ορισμένους ερωτώμενους η ύπαρξη ειδικού εξοπλισμένου χώρου παροχής Πρώτων Βοηθειών με υπεύθυνο επαγγελματία υγείας, αν και κοστοβόρο ειδικά στις μέρες μας, χωρίς να θεωρείται υποχρεωτικό, θα έδινε λύσεις ειδικά σε σχολεία με πολλούς μαθητές. Κάποιοι εξέφρασαν την άποψη ότι η γνώση Πρώτων Βοηθειών είναι ανύπαρκτη εώς μηδαμινή και η επιμόρφωση θεωρείται επιβεβλημένη για την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων.

Οι Cross et al., (2010), καταλήγουν ότι λόγω της ζήτησης των προπονητών καθηγητών φυσικής αγωγής να είναι οι αρχικοί φροντιστές για τραυματισμένους μαθητές-αθλητές, επισημάνθηκε ο καθοριστικός ρόλος του εκπαιδευτικού στην περίπτωση ατυχήματος στο σχολικό περιβάλλον. Χαρακτηριστικά όπως η υπευθυνότητα, η ψυχραιμία, το αίσθημα ασφάλειας παίζουν στοιχειώδη ρόλο για τη διατήρηση της ισορροπίας και ηρεμίας της τάξης μέχρι τη στιγμή που θα παρέμβουν το ΕΚΑΒ ή κάποιος πιστοποιημένος διασώστης. Έμφαση δόθηκε και στην υποχρεωτικότητα της επιμόρφωσης έστω και σε βασικές γνώσεις Πρώτων Βοηθειών. Η επίγνωση Πρώτων Βοηθειών δεν είναι αρμοδιότητα μόνο των εκπαιδευτικών αλλά και όλων των πολιτών. Τα ατυχήματα συμβαίνουν παντού γι αυτό η γνώση Πρώτων Βοηθειών ορίζεται ως υποχρεωτική. Αν και υπήρξε σκεπτικισμός σε σχέση με τα όρια της παρέμβασης, χωρίς να αναπληρώνονται οι επαγγελματίες υγείας, διαπιστώθηκε η άποψη της συμπαράστασης σε συνανθρώπους μας σε έκτακτα περιστατικά δίνοντας άμεση βοήθεια. Αν και δεν έχουν διεξαχθεί έρευνες στο σχολικό περιβάλλον για να επισημανθεί η ετοιμότητα των εκπαιδευτικών της φυσικής αγωγής, η αναγκαιότητα αυτή επισημαίνεται από αρκετές μελέτες (Cross et al, 2010; Cuijpers, et al, 2016; Ercan et al, 2012; Hahn et al, 2001; Joseph et al, 2015; Στην ερώτηση «πιστεύετε ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται κάθε 2 χρόνια στις πρώτες βοήθειες; εξηγήστε την άποψή σας», οι περισσότεροι απάντησαν πως κρίνεται απαραίτητη η επιμόρφωση όλων των πολιτών γιατί τα ατυχήματα συμβαίνουν παντού και όχι μόνο σε σχολικά συγκροτήματα. Έξεφρασαν επίσης την άποψη πως θα ήταν σημαντικό να επαναλαμβάνονταν επιμορφούμενα σεμινάρια ανά τακτά διαστήματα μιας και η γνώση πρέπει να επικαιροποιείται αλλά και να υπάρχει ενημέρωση νέων τεχνικών. Αυτή η διαδικασία όπως πιστεύουν θα προετοιμάσει ακόμα καλύτερα τους πολίτες στην πιο αξιόπιστη ή και σωτήρια παρέμβαση σε



περίπτωση ατυχήματος. Εώς και επιβεβλημένη αποκρίθηκαν ορισμένοι χωρίς να επιβαρύνονται οι πολίτες αφού το ίδιο το κράτος οφείλει να μεριμνά για τη υγεία όλων των πολιτών του. Άλλοι θεώρησαν τη συχνή επιμόρφωση, υπερβολική, και πως θα κρινόταν υποχρεωτική μόνο σε αυτούς που ασχολούνται επαγγελματικά με πλήθος κόσμου. Αξίζει να σημειωθεί πως ένας μόνο συμμετέχοντας γνώριζε και ανέφερε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης Βασικών Γνώσεων Πρώτων Βοηθειών. Οι τοποθετήσεις αυτές συμφωνούν με αρκετές δημοσιευμένες μελέτες (Al Enizi, et al 2016; Awad, 2017; Ammirati, Gagnayre, Amsallem, Némitz, and Ammirati, 2014).

Στην ερώτηση «ποιά είναι η άποψή σας σχετικά με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους», αρκετοί από τους ερωτώμενους εκφράστηκαν πολύ θετικά στην ύπαρξη εξωτερικού απινιδωτή σε δημόσιους χώρους αρκεί να χρησιμοποιείται από ανθρώπους που γνωρίζουν τη χρήση τους. Επίσης τόνισαν ιδιαίτερα την εκπαίδευση στη χρήση του εξωτερικού απινιδωτή αυξάνοντας το ποσοστό επιβίωσης των θυμάτων καρδιακής ανακοπής, αφού θεωρούν ότι χρειάζονται ιδιαίτερες δεξιότητες και ετοιμότητα. Ωστόσο υπήρχαν ορισμένοι που έθεσαν προβληματισμό τόσο για το κόστος αγοράς όσο και τη νομική υπόσταση σε τυχόν θανάτους μετά τη χρήση. Για κάποιους είναι σημαντικό να υπάρχουν όχι μόνο σε μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές εκεί που οι γιατροί είναι λίγοι έως ανύπαρκτοι. Άλλοι τρόποι απόκρισης αφορούσαν την απουσία γνώσης του ίδιου του νομοθετικού πλαισίου εκφράζοντας και αυτοί επιφυλάξεις στη χρήση του μόνο από υπεύθυνο γιατρό μειώνοντας τη πιθανότητα μεγαλύτερης ζημιάς στη προσπάθεια κάποιου να βοηθήσει. Μόνο από ένα συμμετέχοντα εφράστηκε η άποψη ότι χρειάζεται πολύ ποιοτική γνώση χειρισμού αλλά και ο προβληματισμός γιατί με όλη αυτή την εκστρατεία για τη αγορά εξωτερικών απινιδωτών μάλλον υποκρύπτονται οικονομικά συμφέροντα ιδιωτών. Τα

αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τις έρευνες των Andresen et al, 2007; Castle, Garton and Kenward, 2007; Christenson, Nafziger, Compton, and Yijyarahavan, 2007; Einspruch et al, 2007; Niles, Sutton, Donoghue, and Kalsi, 2009.

Στην ερώτηση «ποιοί είναι οι φορείς που κατά τη γνώμη σας εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών», οι περισσότεροι αναφέρθηκαν κυρίως στο Υπουργείο Υγείας και ότι εποπτεύει: Κέντρα Υγείας, Ερυθρό Σταυρό, ΚΕ.ΕΛ.ΠΝ.Ο, Ε.Κ.Α.Β καθώς και το ιατρικό, παραιατρικό προσωπικό δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Επίσης ιδιαίτερη αναφορά έγινε από άλλους και σε πιστοποιημένες εθελοντικές οργανώσεις, τα Πανεπιστήμια. Κάποιοι άλλοι ερωτώμενοι θεωρούν πως εκτός από το κύριο φορέα που είναι το Υπουργείο Υγείας και είναι υποχρεωμένο να παρέχει γνώση και σε όλους τους πολίτες, υπεύθυνοι φορείς είναι και το Υπουργείο Παιδείας, το Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης, η Αστυνομία, η Πυροσβεστική. Από κάποιο συμμετέχοντα τόνισε την σημασία της ατομικής ευθύνης, της ετοιμότητας, της ψυχραιμίας, της καθαρής σκέψης έτσι ώστε σε περίπτωση ανάγκης να είναι σε θέση να προσφέρει τις ανάλογες υπηρεσίες, ενώ από ένα άλλο συμμετέχοντα εκφράστηκε η αδυναμία του να κατανοήσει την έννοια του «φορέα». Οι καθηγητές φυσικής αγωγής έχουν αποφοιτήσει από τα ΤΕΦΑΑ που είναι ΑΕΙ, έχουν διδαχθεί μαθήματα σχετικά με την υγεία και είναι σε θέση να διατυπώνουν απόψεις για τους εμπλεκόμενους φορείς στο χώρο των πρώτων βοηθειών (St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association and British Red Cross, 2000; Stergioulas, 2005).

Στην ερώτηση «Αν γνωρίζατε ότι θα προγραμματιζόταν ένα σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών, θα θέλατε να πάρετε μέρος; εξηγήστε την άποψή σας», οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους εξέφρασαν μεγάλη επιθυμία να παρακολουθήσουν σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών ανεξάρτητα του τύπου παρακολούθησης από πιστοποιημένους εκπαιδευτές ειδικά όταν αφορά ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες (μαθητές). Κάποιοι

άλλοι θεωρούν ότι είναι πιο αποτελεσματικά αυτά τα σεμινάρια να πραγματοποιούνται στο χώρο εργασίας δημιουργώντας μελέτη περίπτωσης με τις ιδιαιτερότητες της κάθε στιγμής. Από ένα συμμετέχοντα εκφράστηκε η άποψη να πραγματοποιούνται αλλά με προϋποθέσεις όπως ο τόπος, η απόσταση από το σπίτι, το περιεχόμενο γνώσης, η σχέση με το επάγγελμα. Πολλοί ερευνητές επισημαίνουν αυτή την αναγκαιότητα (Roppolo et al, 2007; Spooone et al, 2007; Smith, Gilcreast and Pierce, 2008; Woollard et al, 2006; Woollard eta al, 2008; Wik, Myklebust, Auestad and Steen, 2005).

Στην ερώτηση «εραρχήστε και αξιολογήστε τους εμπλεκόμενους φορείς σύμφωνα με την καταλληλότητα εμπλοκής στα πεδία δραστηριότητας των πρώτων βοηθειών. Εξηγείστε τις απόψεις σας για τον κάθε φορέα», οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες θεωρούν ως άμεσα εμπλεκόμενους στη διαδικασία εμπλοκής χορήγησης Πρώτων Βοηθειών το ΕΚΑΒ, το Υπουργείο Υγείας ως συντονιστικό όργανο καθώς και το Υπουργείο Παιδείας ως επιμορφωτικό φορέα. Είναι ίσως τα πιο υπεύθυνα για την πρόληψη αλλά και τη παροχή γνώσεων σε έκτακτες καταστάσεις. Κάποιοι άλλοι από τους ερωτώμενους καθιστούν υπεύθυνους και άλλους πιστοποιημένους ιδιωτικούς φορείς ή οργανώσεις (εθελοντικές ή μη), που δραστηριοποιούνται στο χώρο υγείας. Χαρακτηριστικά σημειώνει ένας ερωτώμενος: « Το Τμήμα Αντιμετώπισης Καταστροφών (Τ.Α.Κ) της Ελληνικής Ομάδας Διάσωσης. Το Τμήμα Αντιμετώπισης Καταστροφών της Ε.Ο.Δ. το οποίο είναι πιστοποιημένο μέλος του διεθνή φορέα IN.S.A.R.A.G. (International Search and Rescue Advisory Group) των Ηνωμένων Εθνών και είναι η μόνη εθελοντική». Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται και στην ατομική γνώση και των εργαζομένων σε όλους τους εμπλεκόμενους οργανισμούς έτσι ώστε να προσφέρουν σε άμεσο χρόνο τις κατάλληλες και σε πολλές των περιπτώσεων σωτήριες ενέργειες. Τέλος μόνο ένας ερωτώμενος έδειξε άγνοια ως

προς το ποιοι είναι αυτοί οι εμπλεκόμενοι φορείς. Πολλές εργασίες τόσο στην Ελλάδα, όσο και το εξωτερικό αναφέρονται στους εμπλεκόμενους φορείς σύμφωνα με την καταλληλότητα εμπλοκής στα πεδία δραστηριότητας των πρώτων βοηθειών (Αλεξανδροπούλου, 2013; Βεσκούκη, 1999; Γερμένης, 1989; Μάκος, Μπάρλας και Χεΐλαρης, 2001; Μπαλτόπουλος, 2001; Παπασταματίου, 2011; Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005).

Στην ερώτηση «πιστεύετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε Πρώτες Βοήθειες, γιατί τα ασθενοφόρα «166», είναι διαθέσιμα όλη την ημέρα και ανταποκρίνονται πολύ γρήγορα; Εξηγείστε την άποψή σας», καθολική ήταν η αναφορά των ερωτώμενων, στο πόσο καθοριστική είναι η γνώση, έστω βασικών Πρώτων Βοηθειών, όλων στη άμεση ανταπόκριση. Σημειώνοντας δε πως είναι σημαντικό να υπάρχει κατάρτιση όταν τα ασθενοφόρα είτε δεν επαρκούν είτε δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε παραμεθόριες περιοχές. Όλοι σχεδόν αναφέρουν το χρόνο παρέμβασης, αφού σε 5 – 10 λεπτά δεν είναι δυνατόν ένα ασθενοφόρο να προσεγγίσει ένα περιστατικό. Ενδεικτικά αναφέρεται από ερωτώμενο: «ότι ακόμα καλώντας στο 166 που είναι το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ ), ή το 112 που είναι ο Πανευρωπαϊκός Αριθμός Επείγουσας Ανάγκης, δεν μας εξασφαλίζει ότι το ασθενοφόρο θα φθάσει έγκαιρα στον τόπο ατυχήματος, οπότε η γνώση Πρώτων Βοηθειών καθίσταται απαραίτητη». Πολλά συγγράμματα και δημοσιεύσεις επισημαίνουν του κανόνες του «Καλού Σαμαρείτη» και όχι μόνο (ACEP first Aid manual, 2001; AMA handbook of first aid and medical care, 2009; Baltopoulos, 2001; British red cross, 1992; Emergency first response, 2010; First aid manual, 1992; Thygerson and Thygerson, S., 2011).

«Στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη, που χρειάζεται Πρώτες Βοήθειες; Εξηγήστε την άποψή σας», η πλειοψηφία των ερωτώμενων θεώρησαν πολύ σημαντικό το ρόλο του εκπαιδευτικού σε περίπτωση ενός ατυχήματος. Πολλοί εκτιμούν πως η γνώση και η υπευθυνότητα αλλά και το αίσθημα ασφάλειας και ψυχραιμίας στο σχολικό περιβάλλον είναι ζωτικής και καίριας σημασίας στην όλη διαδικασία, ειδικά μέχρι να παρουσιαστεί ο επαγγελματίας υγείας ή το ΕΚΑΒ. Αυτό βέβαια δεν είναι εύκολο αφού όπως τονίζει και ένας ερωτώμενος απαιτεί καλό γενικό σχεδιασμό, συντονισμό και οργάνωση. Ορισμένοι δε, αναφέρουν την υποχρεωτικότητα της γνώσης παροχής Πρώτων Βοηθειών από όλους τους εκπαιδευτικούς, ενώ προβληματισμό από συμμετέχοντα εκφράστηκε στο κατά πόσο καταρτισμένος στις βασικές γνώσεις μπορεί να είναι ο τυχόν εκπαιδευτικός που θα παρέμβει.

Οι Oyinlade, Oqunkule και Olanrewaju (2014), έδειξαν ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και πρώτων βοηθειών δεν είναι ικανοποιητικές, Η επιμόρφωση σημειώθηκε ως ανύπαρκτη ή μηδαμινή πράγμα το οποίο αφήνει στο κενό τις δυνατότητες κάποιων εκπαιδευτικών να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν σε μια σοβαρή στιγμή ενός ατυχήματος. Κρίθηκε πολύ σημαντικό όλοι οι πολίτες ανεξαιρέτως επαγγελματικού χώρου να γνωρίζουν από Πρώτες Βοήθειες μιας και τα ατυχήματα δεν συμβαίνουν σε ένα χώρο αλλά ανά πάσα στιγμή. Αυτό λοιπόν οδηγεί στην άποψη πως η Πολιτεία έχει υποχρέωση να διεξάγει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών συχνά και χωρίς κόστος για τον πολίτη δίνοντας την ευκαιρία να γνωρίζει πως και πότε πρέπει να παρέμβει αλλά και να γνωρίσει νέες τεχνικές και μεθόδους παρέμβασης. Καθοριστική και σε πολλές των περιπτώσεων σωτήρια κρίθηκε η παρέμβαση σε περιπτώσεις που το ασθενοφόρο αδυνατεί να προσεγγίσει το περιστατικό. Δεν είναι λίγες οι φορές που το ασθενοφόρο καθυστερεί είτε λόγω

αυξημένης κίνησης οχημάτων είτε λόγω δυσκολίας πρόσβασης σε απομακρυσμένες περιοχές. Για αυτούς τους λόγους η γνώση Πρώτων Βοηθειών καθίσταται απαραίτητη. Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει το ρόλο των εκπαιδευτικών διαφόρων ειδικοτήτων σε σχέση με τις πρώτες βοήθειες (Castle, Garton and Kenward, 2007; Christenson, Nafziger, Compton, and Yijyarahavan, 2007; Einspruch et al, 2007; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005).

Στην ερώτηση «πιστεύετε ότι είναι απαραίτητο όχι μόνο ως εκπαιδευτικός, αλλά και ως πολίτης να γνωρίζετε Πρώτες Βοήθειες για να προστατέψετε την οικογένειά σας, αλλά και τον εαυτό σας; εξηγήστε την άποψή σας», οι συμμετέχοντες δεν εστίασαν μόνο στη γνώση τους ως εκπαιδευτικοί αλλά και ως πολίτες. Το αίσθημα αλληλεγγύης και της προσφοράς και ως πολίτες είναι μέγιστο προς όλους τους συμπολίτες. Αναφέρουν δε, πως γνωρίζοντας ότι το ατύχημα δεν έχει χρόνο και τόπο, η γνώση παροχής Πρώτων Βοηθειών, καθίσταται επιβεβλημένη. Από ορισμένους ερωτώμενους δε, κρίνονται με επιφύλαξη τα όρια της παρέμβασης χωρίς αυτά να υποκαθιστούν τους ειδικούς επαγγελματίες υγείας, καθώς επίσης και το μέγεθος ευθύνης που διακατέχει τον όποιο προσπαθήσει να παράσχει άμεσες βοήθειες. Οι απόψεις αυτές συμφωνούν με πολλές έρευνες (Hahn, Noland, Rayens and Christie, 2002; Sosada et al, 2002; Stergioulas, 2006; Yurumez et al, 2007; Wisniewski and Majewski, 2007; Forck, Marzhauser and και Weisser, 2008; Govender, Rangiah, Ross and Campbell, 2010).

Στην ερώτηση «νομίζετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε Πρώτες Βοήθειες, αφού μπορεί να υπάρχει στο σχολείο ένας διδάσκων ή κάποιος από το διοικητικό προσωπικό, που να γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες καλύτερα από εσάς; εξηγήστε την άποψή σας», καθολική ήταν η πεποίθηση από τους ερωτώμενους για

την γνώση παροχής Πρώτων Βοηθειών από όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό ειδικά σε ένα τόσο πολυπληθή χώρο όπως ένα σχολείο όπου τα ατυχήματα είναι μέσα στη σχολική καθημερινότητα. Μάλιστα οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν την έντονη ανησυχία τους σε περίπτωση που ο γνώστης της παροχής των Πρώτων Βοηθειών απουσιάζει, τότε ποιος αναλαμβάνει την ευθύνη να προβεί και να «σώσει» αν χρειαστεί ένα παιδί από μια σοβαρή περίπτωση (πχ. μια επιληψία). Επίσης αξίζει να επισημανθεί πως υπήρχαν και αναφορές, ως προς την ανάληψη ευθύνης, η οποία οφείλει να βαραίνει το σύνολο του εκπαιδευτικού προσωπικού και όχι μόνο αυτού που κατά σύμπτωση γνωρίζει από Πρώτες Βοήθειες. Ωστόσο υπήρχε και ερωτώμενος ο οποίος θεώρησε πως οι ρόλοι πρέπει να είναι διακριτοί αναλαμβάνοντας ο καθένας την ευθύνη που του αναλογεί. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Olympia, Dixon, Brady και Avner (2007), είναι παρόμοια με το παραπάνω σκεπτικό, αφού οι συμμετέχοντες συμφωνούν ως απαραίτητη τη γνώση Πρώτων Βοηθειών από το σύνολο των ειδικοτήτων των εκπαιδευτικών. Παρόμοια τα συμπεράσματα της έρευνας των Wisniewski & Majewski (2007), όπου οι ερευνητές θεωρούν σημαντική και την εκπαίδευση των μαθητών. Η ύπαρξη πιστοποιημένων επαγγελματιών του χώρου υγείας θα έδινε πολλές λύσεις μη αποσπώντας τους εκπαιδευτικούς από τα άλλα καθήκοντα τους. Η ύπαρξη ειδικού εξοπλισμού θα έδινε λύσεις ειδικά σε σοβαρές και καίριες στιγμές ατυχήματος. Σε συμφωνία είναι και άλλες δημοσιευμένες έρευνες (Govender, Rangiah, Ross and Campbell, 2010; Cross et al, 2010; Robertson, King and Tomkinson, 2009; Wozniak et al, 2011; Botha, Geysler and Engelbrecht, 2012; Hill and Hollis, 2012; DeWitt, Scott and Seshadri, 2012).

Η ερώτηση «προσθέστε ελεύθερα οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι σχετίζεται με το θέμα των Πρώτων Βοηθειών», οι περισσότεροι από τους

συμμετέχοντες στη έρευνα τοποθέτησαν τη γνώση Πρώτων Βοηθειών ως πολύ σημαντικό κεφάλαιο προάσπισης της υγείας. Θεώρησαν υπεύθυνη την Πολιτεία η οποία οφείλει με ένα καλό σχεδιασμένο πλάνο να εκπαιδεύσει όχι μόνο τους εκπαιδευτικούς, αλλά και το γενικό πληθυσμό σε σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών από καταρισμένους και πιστοποιημένους εκπαιδευτές και ανανεώνοντας σε τάκτα διαστήματα με νέα σεμινάρια διαφυλλάτοντας το γενικό πληθυσμό από απρόσμενες καταστάσεις. Ακόμα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας συμμετέχοντας, και η ύπαρξη ενός κουτιού Πρώτων Βοηθειών ίσως είναι αρκετά για να αμνησιωπιστεί εκείνη η δύσκολη στιγμή. Για κάποιον συμμετέχοντα, τα σεμινάρια δεν πρέπει να είναι θεωρία αλλά πολύ πράξη, μιας και σε μια έκτακτη περίπτωση δεν θα σώσουν τα λόγια αλλά η πρακτική εφαρμογή. Τέλος, τέθηκε και η νομική υπόσταση «Οι Πρώτες Βοήθειες είναι νομικά κατοχυρωμένες εντός και εκτός σχολείου », για το ποιος φέρει τη ευθύνη σε συμβάντα σχετικά με την υγεία. Το σκ[ε]τικό αυτό επισημαίνεται από πολλές έρευνες (Adams et al, 2014; Mpotos et al, 2013; Ammirati et al, 2014; Li et al, 2014; Oyinlade et al, 2014; Sonmez, Uskun, and Pehlivan, 2014; Zinckernagel et al, 2015) .

Οι Lukas et al., (2016), διαπίστωσαν ότι οι εκπαιδευόμενοι εκπαιδευτικοί μπορούν να παρέχουν ικανοποιητική κατάρτιση εκπαίδευσης στα σχολεία. Οι πιστοποιημένοι εκπαιδευτές δεν είναι οι μόνοι που μπορούν να προσφέρουν ικανοποιητικά CPR ενόσω είναι πιο εύκολο για τα σχολεία να εφαρμόσουν την εκπαίδευση. Παρομοίως στη παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες κατέληξαν στην πεποίθηση πως όλοι οι εκπαιδευτικοί οφείλουν να γνωρίζουν έστω τις βασικές αρχές των Πρώτων Βοηθειών μιας και είναι πολύ πιθανό ο τυχόν πιστοποιημένος συνάδελφος να απουσιάζει. Ωστόσο εκφράστηκε έντονη ανησυχία για το μέγεθος της ευθύνης που βαραινεί τους εκπαιδευτικούς. Ως προς αυτό προτάθηκε ο καταμερισμός των ευθυνών σε όλους



ανάλογα με το ρόλο που ο καθένας έχει αναλάβει. Το σύνολο των συμμετεχόντων έκριναν πολύ σημαντική και αναγκαία τη γνώση Πρώτων Βοηθειών στο σχολείο αλλά και εκτός σχολείου, στο γενικό πληθυσμό (Andresen et al, 2007; Castle, Garton and Kenward, 2007; Christenson, Nafziger, Compton, and Yijayaraghavan, 2007; Einspruch et al, 2007; Niles, Sutton, Donoghue, and Kalsi, 2009; Roppolo et al, 2007; Spooone et al, 2007; Smith, Gilcreast and Pierce, 2008; Woollard et al, 2006; Woollard et al, 2008; Wik, Myklebust, Auestad and Steen, 2005).

### ***ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

#### **Συγκρίσεις**

#### ***Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδα στη συνολική κλίμακα των πρώτων βοηθειών***

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών, ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην αντίστοιχη βαθμολογία της πειραματικής ομάδας.

Επίσης συνολικά, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία των ερωτήσεων της κλίμακας των «πρώτων βοηθειών» της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών, αλλά παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών στην αντίστοιχη βαθμολογία μόνο της πειραματικής ομάδας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στον γενικό πληθυσμό.

Συγκεκριμένα ο Einspruch και συν., (2007), διερεύνησαν τη διατήρηση των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες με έμφαση στην ΚΑΡΠΑ. Οι γνώσεις συγκρίθηκαν 2 μήνες μετά την εκπαίδευση σε ενήλικες ηλικίας μεταξύ 40 και 70 ετών που είχαν πάρει

μέρος σε μία παραδοσιακή διδασκαλία αντίστοιχων μαθημάτων, είτε σε ένα αυτοματοποιημένο σύστημα εκπαίδευσης με βίντεο διάρκειας 22 λεπτών. Αν και στις δύο ομάδες, οι επιδόσεις βελτιώθηκαν στο διάστημα των 2 μηνών, τα άτομα που εκπαιδεύτηκαν μόνο με βίντεο, παρουσίασαν γενικά διατήρηση των γνώσεων στην ΚΑΡΠΑ, παρόμοια με εκείνη των εκπαιδευόμενων με παραδοσιακή διδασκαλία, αν και και για τις δύο ομάδες η πτώση δεξιοτήτων σε ορισμένα μέτρα έφθασε στο επίπεδο των μη εξειδικευμένων ελέγχων.

Ο Rorpolo και συν., (2007), πραγματοποίησε σύγκριση στη διατήρηση των γνώσεων στην ΚΑΡΠΑ και άλλες καταστάσεις επείγουσας βοήθειας (πχ πνιγμός) σε διασώστες οι οποίοι συμμετείχαν σε τακτά χρονικά διαστήματα σε μακρόχρονη εκπαίδευση και σε μία ομάδα που συμμετείχε σε σεμινάρια διάρκειας 30 λεπτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν διαφορές στις δύο ομάδες μετά από τους 6 μήνες της εκπαίδευσης. Μετά όμως από το χρονικό αυτό διάστημα η διατήρηση ορισμένων γνώσεων δεν συνεχίστηκε και τα άτομα των δύο ομάδων δεν μπορούσαν να προσφέρουν πρώτες βοήθειες με επάρκεια. Φαίνεται ότι μόνο τριάντα λεπτά μαθημάτων θα πρέπει να μειώνουν την ένταση της εργασίας, τις απαιτήσεις για τους πόρους και τις χρονικές δεσμεύσεις για μαθήματα καρδιοπνευμονικής ανάνηψης, διευκολύνοντας έτσι την ευρύτερη και συχνότερη επανεκπαίδευση.

Η υπόθεση επαληθεύεται από τα αποτελέσματα, αφού δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις γνώσεις των πρώτων βοηθειών της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν βρέθηκαν έρευνες για να γίνει ανάλογη σύγκριση. Άποψη του συγγραφέα είναι ότι επειδή το δείγμα ήταν ομοιογενές (αποτελούνταν από εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής), και η ομάδα αναφοράς δεν συμμετείχε στα εκπαιδευτικά σεμινάρια, ήταν αναμενόμενο να μην βελτιωθούν οι γνώσεις, αφού υποστηρίζεται ότι μόνο με συμμετοχή σε τακτά

χρονικά διαστήματα είναι δυνατόν να επιτευχθεί αυτό (Al Enizi et al, 2016; Alexandropoulou, 2013; Ammirati et al, 2014; Awad et al, 2017; Bakke and Schwebs, 2017; Baser et al, 2007; Calicchia et al, 2016; Campell et al, 2001; Cross et al, 2010; Ercan et al, 2012).

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία γνώσεων στην πειραματική ομάδα πριν και μετά τα σεμινάρια. Ενώ οι δείκτες γνώσεων είναι παρόμοιοι με τους δείκτες των συμμετεχόντων που δεν το παρακολούθησαν, η παρέμβαση αύξησε κατά πολύ τις γνώσεις. Αυτό σημαίνει ότι η παρεμβατική διαδικασία υπήρξε αποτελεσματική. Αν και στις βιβλιογραφικές αναφορές δεν υφίστανται ανάλογες έρευνες παρόμοια αποτελέσματα συμφωνούν με τη παρούσα μελέτη.

Για παράδειγμα, σε έρευνα της Alexandropoulou, M. (2013) στο προσωπικό Σ.Μ.Ε.Α τα ευρήματα κατέδειξαν ότι ενώ πριν τη παρέμβαση δεν ήταν σε επαρκή επίπεδα εντούτις με εκπαιδευτικό παρεμβατικό πρόγραμμα οι γνώσεις αυξήθηκαν σημαντικά. Σε μια άλλη έρευνα των Calicchia, S., Cangiano, G., Capanna, S., De Rosa, M., & Paraleo, B. (2016), σχετικά με τη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος της Βασικής Υποστήριξης Ζωής και Απινίδωσης τα αποτελέσματα έδειξαν μεγάλη αύξηση των δεξιοτήτων των εκπαιδευόμενων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Επιπλέον σε έρευνα των Goel, Singh, Lal, και Singh (2014), σε δασκάλους γύρω από την αντιμετώπιση της επιληψίας, η εκπαιδευτική παρέμβαση έδειξε σημαντικές βελτιώσεις σε διάφορους τομείς ( $p < 0,05$ ).

Η ομάδα παρέμβασης παρουσίασε χαμηλότερες μέσες τιμές πριν την βαθμολογία, δηλαδή χαμηλότερες σωστές απαντήσεις από την ομάδα ελέγχου. Ακολούθησε το παρεμβατικό σεμινάριο, όπου παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση των μέσων τιμών

της ορθής γνώσης της ομάδας παρέμβασης πριν και μετά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Αυτό πιστοποιεί ότι οι συμμετέχοντες κατανόησαν τις πληροφορίες και τις γνώσεις του σεμιναρίου καθώς και τους στόχους των Πρώτων Βοηθειών. Η έλλειψη βιβλιογραφικών αναφορών για παρόμοιο παρεμβατικό πρόγραμμα σε εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής ενισχύει τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής.

Παρότι οι μέσες τιμές των ομάδων είχαν παρόμοια ποσοστά πριν το σεμινάριο, παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών στη βαθμολογία της θεωρητικής γνώσης της πειραματικής ομάδας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Το εκπαιδευτικό παρεμβατικό πρόγραμμα έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά στην ακρίβεια γνώσης στην ομάδα παρέμβασης σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου, αποδεικνύοντας την αποτελεσματικότητα των σεμιναρίων.

Τόσο πριν το παρεμβατικό πρόγραμμα όσο και μετά οι μέσες τιμές των δεικτών γνώσης δεν παρουσίασαν σημαντική διαφορά συγκρινόμενες οι δυο ομάδες μεταξύ τους. Μελέτη Sonmez, Uskun και Pehlivan (2014), εξέτασε το επίπεδο γνώσεων νηπιαγωγών εκπαιδευτικών σε σχέση με τις γνώσεις στις Πρώτες Βοήθειες. Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με τη παρούσα έρευνα όπου οι βαθμολογίες των πρώτων βοηθειών δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ηλικία, τα έτη εργασίας τους, την εκπαίδευση στις πρώτες βοήθειες και την αντιμετώπιση ενός έκτακτου γεγονότος που απαιτούσε άμεση φροντίδα. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι σε πλήρη συμφωνία και με την μελέτη της Αλεξανδροπούλου, Μ. (2013), όπου αξιολογώντας το γνωστικό επίπεδο στο εκπαιδευτικό προσωπικό ειδικών σχολείων δεν βρήκε στατιστικές σημαντικές διαφορές που έχουν σχέση με το φύλο, την προηγούμενη εκπαίδευση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, προηγούμενη κατάρτιση στις πρώτες βοήθειες κ.λπ.

Οι Sproune και συν., διερεύνησαν τη βελτίωση και διατήρηση των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες σε φοιτητές στο πανεπιστήμιο του Μπίρμιγχαμ, που απετέλεσαν δύο ομάδες την πειραματική και αυτή που διδάχθηκε πρώτες βοήθειες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνώσεις πρώτων βοηθειών βελτιώθηκαν και διατηρήθηκαν μετά από χρονικό διάστημα έξι μηνών.

Οι Andresen και συν., (2008), μελέτησαν την επίδραση των σεμιναρίων με πρακτική στη ΚΑΡΠΑ σε προπλάσματα πριν από την εκπαίδευση και μετά από 6 και 12 μήνες σε δύο ομάδες διασωστών. Μετά από 7 ώρες εκπαίδευση διαπιστώθηκε ότι οι γνώσεις βελτιώθηκαν (96%, 4h: 94%, 2h: 92%). Επίσης οι γνώσεις αν και μειώθηκαν μετά από 6 μήνες διατηρήθηκαν σε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Παρόλ αυτά όμως δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων (72%, 73%, 74%).

Επειδή από την βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν προέκυψε ποιος είναι ο ιδανικός χρόνος επανάληψης των σεμιναρίων για τη διατήρηση των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, επιλέχθηκε το χρονικό διάστημα του ενός μηνός ( Iglesias-Vazquez και συν., 2007).

Οι Smith, Gilcreast Pierce, (2008), διερεύνησαν την πιθανότητα της διατήρησης των γνώσεων πρώτων βοηθειών σε 133 νοσηλευτές. Όλα τα άτομα εξετάστηκαν σε γραπτές και προφορικές εξετάσεις στις πρώτες βοήθειες, πριν και μετά από 3, 6, 9 και 12 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρότι οι νοσηλευτές διατήρησαν τις γραπτές δεξιότητες, οι αντίστοιχες της πρακτικής εφαρμογής μειώθηκαν βαθμιαία. Συγκεκριμένα στους 3 μήνες οι δεξιότητες μειώθηκαν 63 % και 58 % στους 12 μήνες.. Μόνο το 30 % του δείγματος πέρασε στις πρακτικές δεξιότητες στους 3 μήνες και μόνο 14 % στους 12 μήνες.

Οι Woollard και συν., (2004), μελέτησαν στη διατήρηση των γνώσεων στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και την εφαρμογή του εξωτερικού απινιδωτή σε 112 εκπαιδευόμενους πριν τη συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά σεμινάρια διάρκειας 4 ωρών, αμέσως μετά και ύστερα από 6 μήνες. Μετά την εκπαίδευση βελτιώθηκαν οι δεξιότητες στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και την εφαρμογή του εξωτερικού απινιδωτή, αλλά η μεγαλύτερη βελτίωση παρατηρήθηκε μετά από το φρεσκάρισμα των γνώσεων.

Οι Woollard και συν., (2006), διερεύνησαν να βρουν ποιο είναι το ιδανικό μεσοδιάστημα διδασκαλίας των πρώτων βοηθειών σε δύο ομάδες, μία σε 7 μήνες και μία σε 12 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μεγαλύτερη απώλεια των δεξιοτήτων παρατηρήθηκε στα άτομα της ομάδα που επανέλαβε τη συμμετοχή τους της σε σεμινάρια μετά από 12 μήνες. Παρόλα αυτά δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων που συμμετείχαν σε 2 ή 3 σεμινάρια.

#### ***Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδα στη μέση τιμή της ορθής γνώσης***

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών, ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην αντίστοιχη βαθμολογία της πειραματικής ομάδας.

Επίσης συνολικά, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών, αλλά παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών στην αντίστοιχη βαθμολογία μόνο της πειραματικής ομάδας.

Πολλές μελέτες επισημαίνουν ότι οι εκπαιδευτικοί, αλλά και άλλοι των επαγγελματιών υγείας δεν διαθέτουν γνώσεις στις πρώτες βοήθειες.

Συγκεκριμένα οι Sosada, Zurawinski, Stepien, Makarska και Myrcik, (2002), διαπίστωσαν ότι οι γνώσεις των δασκάλων της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είναι ανεπαρκείς στην παροχή πρώτων βοηθειών σε καταστάσεις επίγουσας βοήθειας.

Παρόμοια τα αποτελέσματα της έρευνας των Yurumez, Yavuz, Saglam, Koken και Tunay (2007), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι το 84,7% των συμμετεχόντων θεωρούν ανεπαρκείς τις γνώσεις τους στις πρώτες βοήθειες.

Οι Wisniewki και Majewski (2007), σε έρευνα που πραγματοποίησαν σε 100 καθηγητές στην Πολωνία συμπέραναν ότι το επίπεδο γνώσεων σχετικά με την παροχή πρώτων βοηθειών ήταν, ενώ έδειχναν παθητική στάση απέναντι στην παροχή των πρώτων βοηθειών σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Οι Cross και συν., (2010), μελέτησαν τις γνώσεις στις πρώτες βοήθειες 1050 προπονητών στις Ηνωμένες Πολιτείες και διαπίστωσαν ότι είχαν βασικές γνώσεις εφαρμογής κάρδιο-αναπνευστικής αναζωογόνησης, βασικής υποστήριξης ζωής κάτω από το 50 %, ενώ το 79,76% συμφώνησε έντονα ότι χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση για τη διαχείριση τραυματισμών.

Οι Govender, Rangiah, Ross και Campbell, (2010), εξέτασαν είκοσι παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (νεαροί ιατροί και νοσοκόμες) στο Durban της Ν. Αφρικής και διαπίστωσαν ότι η διατήρηση γνώσεων ήταν καλή, αλλά παρατηρήθηκε πτώση των δεξιοτήτων και της γνώσης.

Οι Botha, Geysler και Engelbrecht, (2012), αξιολόγησαν τις γνώσεις στην καρδιοαναπνευστική ανάνηψη σε κλινικούς γιατρούς σε νοσοκομεία και διαπίστωσαν ότι οι γνώσεις των συμμετεχόντων ήταν κακές, με μέση βαθμολογία 40,6 % στις γνώσεις καρδιοπνευμονικής ανάνηψης ενήλικων και 36,6 % παιδιατρικής.

Οι Ercan και συν., (2012), διερεύνησαν τις γνώσεις των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες και διαπίστωσαν ότι μόνο το 24,3 % είχε γνώση παροχής πρώτων βοηθειών.

Οι DeWitt, Scott, και Seshadri, (2012), προσδιόρισαν το επίπεδο γνώσεων στην καρδιοπνευμονική ανάνηψη και τις πρώτες βοήθειες. Διαπιστώθηκε ότι ο αριθμός των προπονητών που πιστοποιήθηκε στην καρδιοπνευμονική ανάνηψη ή τις πρώτες βοήθειες ήταν ελάχιστος.

Οι Goel, Singh, Lal και Singh (2014), εξήτασαν με παρεμβατικό πρόγραμμα 85 δασκάλων σε σχολεία από το Chandigarh Βόρειας Ινδίας. Η σύγκριση των γνώσεων, των στάσεων και των δεξιοτήτων σχετικά με τη διαχείριση πρώτων βοηθειών της επιληψίας επέδειξε σημαντικές βελτιώσεις στους διάφορους τομείς.

Οι Li και συν., (2014), αξιολόγησε το βασικό επίπεδο των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες σε 1067 νηπιαγωγούς στη Σαγκάη και διαπίστωσαν ότι το επίπεδο γνώσεών τους ήταν χαμηλό.

Οι Sonmez, Uskun, και Pehlivan (2014), αξιολόγησαν 110 εκπαιδευτικούς της επαρχίας Isparta της Νοτιοδυτικής Τουρκίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νηπιαγωγοί δεν είχαν επαρκείς γνώσεις πρώτων βοηθειών.

- Οι βαθμολογίες έδειξαν σημαντική διαφορά στην ηλικία, την περίοδο εργασίας, την εκπαίδευση πρώτων βοηθειών και την αντιμετώπιση μιας κατάστασης που απαιτούσε από πριν πρώτες βοήθειες.

Οι Al Enizi (2016), διερεύνησαν τις γνώσεις πρώτων βοηθειών σε 305 εκπαιδευτικούς από 99 σχολεία Περιοχή Κασίμ στην Σαουδική Αραβία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γνώσεις στις πρώτες βοήθειες και στην καρδιο - αναπνευστική αναζωογόνηση ήταν χαμηλές.



Οι Calicchia και συν., (2006), διερεύνησε την εφαρμογή προγράμματος εκπαίδευσης σε 130 μαθητές. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου μεταξύ της ομάδας ελέγχου και των εκπαιδευομένων. Άρκετες ακόμα μελέτες επισημαίνουν τις διαφορές αυτές (Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Barsuk et al, 2005; Marshall, 2001; Cherry, Williams, George and Ali, 2007; Hoadley, 2007; Iglesias-Vazquez et al, 2007; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005).

Άρα λοιπόν η αύξηση της μέσης τιμής της ορθής γνώσης πρακτικά δείχνει ότι οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής της ομάδας παρέμβασης θα ήταν περισσότερο προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν ένα γεγονός άμεσης φροντίδας. Η δε αύξηση της μέσης τιμής της θεωρητικής γνώσης σημαίνει ότι έχουν μειώσει το αίσθημα δισταγμού και της αβεβαιότητας σχετικά με συγκεκριμένους τρόπους παροχής φροντίδας ενώ τέλος, η αύξηση της τιμής της ορθής γνώσης αποδεικνύει πως έχουν αποκτήσει ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων έχοντας αποκτήσει σαφή αντίληψη του προγράμματος.

#### ***Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδα στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης***

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών, ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην αντίστοιχη βαθμολογία της πειραματικής ομάδας.

Επίσης συνολικά, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν τα

σεμινάρια πρώτων βοηθειών, αλλά παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών στην αντίστοιχη βαθμολογία μόνο της πειραματικής ομάδας.

Οι Castle, Garton and Kenward, (2007), μελέτησαν την ορθή γνώση στις πρώτες βοήθειες σε νοσηλευτές και ιατρούς μετά από ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε σημαντική, αλλά μεγαλύτερη βελτίωση στην ορθή γνώση μετά από τη εκπαίδευση στους ιατρούς και μικρότερη στους νοσηλευτές.

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα των ερευνών, τόσο της Βεσκούκη, όσο και τη Αλεξανδροπούλου μετά απο παρεμβατικά προγράμματα πρώτων βοηθειών.

Οι Wik, Myklebust, Auestad και Steen, (2005), μελέτησαν τη διατήρηση των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες σε 45 άτομα που πραγματοποίησαν πρακτική εξάσκηση σε πρόπλασμα μόνο 20 λεπτά, χωρίς την παρουσία κάποιου εκπαιδευτή. Δώδεκα άτομα από το δείγμα πραγματοποίησαν νέα πρακτική εξάσκηση με'τα πό ένα μήνα συνολικής διάρκειας 50 λεπτών. Οι μετρήσεις των γνώσεων των πρώτων βοηθειών του δείγματος μετά από 12 μήνες, δεν παρουσίασαν μεταβολές.

Οι Christenson και συν., (2007), προσδιόρισαν τη σχέση του χρόνου μεταξύ αρχικής εκπαίδευσης και επανεκπαίδευσης στις τεχνικές ΚΑΡΠΑ και εφαρμογής αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή. Τη μελέτη επεράτωσαν 2729 εθελοντές απο το γενικ'ο πληθυσμό, οι οποίοι συμμετείχαν σε 2 σεμινάρια, ένα αρχικό και ένα μετά από 6 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μετά από 12 μήνες οι γνώσεις στις τεχνικές μειώθηκαν, πράγμα που δεν συνέβη στην εφαρμογή του αυτόματου εξωτερικού απινιδωτή.

Οι Niles και συν., (2009), μελέτησαν τη διατήρηση των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες και αν παίζει ρόλο το χρονικό διάστημα, αλλά και η τοποθεσία στα οποία επαναλαμβάνεται η διδασκαλία σ' αυτές. Στη μελέτη συμμετείχαν 420 άτομα που

πραγματοποίησαν πρακτική εξάσκηση σε πρόπλασμα, με δύο επαναλήψεις το μήνα. Μετά την ανάλυση παρατηρήθηκε βελτίωση τόσο στη θεωρητική γνώση, όσο και στη διατήρησή της.

Πολλές ακόμα μελέτες επισημαίνουν τη βελτίωση της θεωρητικής γνώσης μετά από εκπαιδευτικά σεμινάρια πρώτων βοηθειών (Andresen et al, 2007; Castle, Garton and Kenward, 2007; Christenson, Nafziger, Compton, and Yijayaraghavan, 2007; Einspruch et al, 2007; Niles, Sutton, Donoghue, and Kalsi, 2009; Roppolo et al, 2007; Spooone et al, 2007; Smith, Gilcreast and Pierce, 2008; Woollard et al, 2006; Woollard et al, 2008; Wik, Myklebust, Auestad and Steen, 2005; Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005; Hahn, Noland, Rayens and Christie, 2002; Sosada et al, 2002; Stergioulas, 2006; Yurumez et al, 2007; Wisniewki and Majjewski, 2007; Forck, Marzhause και Weisser, 2008; Govender, Rangiah, Ross και Campbell, 2010).

Από τα παραπάνων συμπεραίνεται ότι ως προς τη θεωρητική γνώση, η βαθμολογία της πειραματικής ομάδαςταν υψηλότερη από τη βαθμολογία της ομάδας ελέγχου. Έτσι λοιπόν η πειραματική ομάδα, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου παρουσίασε μεγαλύτερες μέσες τιμές της θεωρητικής γνώσεις, με βελτίωση των σωστών απαντήσεων και μείωση των λανθασμένων.

#### ***Ομάδα αναφοράς ν πειραματικής ομάδα στην ακρίβεια της γνώσης***

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα

σεμινάρια πρώτων βοηθειών, ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην αντίστοιχη βαθμολογία της πειραματικής ομάδας.

Επίσης συνολικά, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών, αλλά παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών στην αντίστοιχη βαθμολογία μόνο της πειραματικής ομάδας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα μπορεί να συγκριθούν με την έρευνα της Βεσκούκη και συν. (2004), οι οποίοι εκτίμησαν το επίπεδο των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες. Στη μελέτη πήραν μέρος 40 φοιτητές του τμήματος επισκεπτών υγείας του ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Αθήνας. Με ανάλογη κλίμακα μετρήθηκαν οι γνώσεις στις πρώτες βοήθειες, αλλά και οι δείκτες γνώσης πριν το πρόγραμμα και μετά 6 μήνες από το τέλος του προγράμματος. Με βάση τα αποτελέσματα παρατηρήθηκε στατιστική αύξηση στις γνώσεις των πρώτων βοηθειών, βελτίωση στο δείκτη της ακρίβειας της γνώσης και διατήρηση της ορθής γνώσης.

Επίσης ίδια είναι τα αποτελέσματα της εργασίας της κ. Αλεξανδροπούλου «Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας προγράμματος αγωγής υγείας πρώτων βοηθειών σε προσωπικό σχολείων ειδικής αγωγής. Στη μελέτη αυτή η συγγραφέας εφήρμοσε ένα παρεμβατικό πρόγραμμα σεμιναρίων πρώτων βοηθειών παρόμοιο με την παρούσα διατριβή και προσδιόρισε τις γνώσεις των πρώτων βοηθειών σε 180 εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής πριν και μετά την παρέμβαση. Με σταθμισμένη κλίμακα μετρήθηκαν οι γνώσεις στις πρώτες βοήθειες και ο δείκτης ακρίβειας της γνώσης. Αν και οι γνώσεις στις πρώτες βοήθειες πριν την εφαρμογή του προγράμματος δεν ήταν επαρκείς, μετά την εφαρμογή του προγράμματος παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μετρηθείσες παραμέτρους.

Επίσης σε συμφωνία είναι με τα αποτελέσματα που αναφέρονται στην έρευνα των Li και συν., (2012). Οι ερευνητές αυτοί προσδιόρισαν το επίπεδο γνώσης πρώτων βοηθειών, αλλά αυτό της ακρίβειας της γνώσης στο εκπαιδευτικό προσωπικό πριν και μετά από το πρόγραμμα παρέμβασης. Μετά την ανάλυση των δεδομένων οι παράμετροι αυτές αυξήθηκαν σημαντικά.

Η σημαντική αύξηση στις γενικές, αλλά και τους δείκτες γνώσης της παρούσας μελέτης πιστεύεται ότι οφείλονται στη χρησιμοποίηση για την εκπαίδευση προπλάσμάτων και ανάλογων σεναρίων, σε σύγκριση με εκπαίδευση χωρίς προπλάσματα ή μοντέλα (Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009).

Συμπερασματικά η πειραματική ομάδα, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου παρουσίασε μεγαλύτερες μέσες τιμές της ακρίβειας της γνώσης, υπόθεση που ενισχύεται κι από άλλες δημοσιευμένες μελέτες ( Adams et al, 2014; Govender, Rangiah, Ross and Campbell, 2010; Cross et al, 2010; Robertson, King and Tomkinson, 2009; Wozniak et al, 2011; Botha, Geysler and Engelbrecht, 2012; Hill and Hollis, 2012; DeWitt, Scott and Seshadri, 2012).

#### ***Δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία***

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της διατριβής δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές της ορθής γνώσης, της θεωρητικής γνώσης και της ακρίβειας της γνώσης σε σχέση με το φύλο, οικογενειακή κατάσταση, είδος εργασιακής σχέσης, μορφωτικό επίπεδο, κύρια επαγγελματική δραστηριότητα, παρακολούθηση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών, αντιμετώπιση ατυχήματος κατά τη διάρκεια της υπηρεσίας, κλήση για παροχή πρώτων βοηθειών και γνώση πιστοποίησης. Ωστόσο, η βαθμολογία γνώσεων αυξήθηκε σημαντικά ανεξάρτητα από τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία τους. Παρόλα αυτά η μέσες τιμές της ορθής

γνώσης, της θεωρητικής γνώσης και της ακρίβειας της γνώσης αυξήθηκαν σημαντικά ανεξάρτητα από τις παραπάνω δημογραφικές και εργασιακές μεταβλητές. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με αυτά του Larsson και συν., (2002) και Singer και συν., (2004). Δεν συμφωνούν όμως με τα αποτελέσματα των μελετών της Βεσκούκη (2002) και Τριφόνι και συν. (2005), που διαπίστωσαν ότι υπήρχαν στατικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών με τις τιμές της ορθής γνώσης, της θεωρητικής γνώσης και της ακρίβειας της γνώσης.

Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που συμμετείχαν στα σεμινάρια των πρώτων βαθμολόγησαν με τον ίδιο τρόπο τους δείκτες της γνώσης (ορθή, θεωρητική και ακρίβεια), ενισχύοντας τη βασική υπόθεση της παρούσας διατριβής, ότι η παρέμβαση θα βελτιώνει τις παραμέτρους αυτές, πράγμα που επισημαίνεται από πολλούς ερευνητές ( Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Barsuk et al, 2005; Marshall, 2001; Cherry, Williams, George and Ali, 2007; Hoadley, 2007; Iglesias-Vazquez et al, 2007; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005).

Επίσης, τα άτομα του δείγματος, ανεξάρτητα από την οικογενειακή τους κατάσταση, βελτίωσαν τις γνώσεις τους μετά την παρέμβαση, αποδεικνύοντας τη σημαντική συνεισφορά της εκπαίδευσης σε αυτή τη διαδικασία, θέμα που επισημαίνεται από αρκετούς (Wik, Myklebust, Auestad and Steen, 2005; Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005; Hahn, Noland, Rayens and Christie, 2002; Sosada et al, 2002; Stergioulas, 2006; Yurumez et al, 2007; Wisniewki and

Majewski, 2007; Forck, Marzhauser and και Weisser, 2008; Govender, Rangiah, Ross, and Campbell, 2010).

Αν και σε κάποιες έρευνες παρατηρήθηκαν διαφορές ως την ηλικία (Βεσκούκη 2002; Τριφόνι, 2005), δεν μπορεί να υιοθετηθεί η άποψη αυτή, γιατί άλλες μελέτες με καλύτερη μεθοδολογική προσέγγιση και μεγαλύτερο (Larsson και συν., 2002; και Singer και συν., 2004), δεν βρήκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα παρόντα αποτελέσματα συμφωνούν με αυτές.

Επίσης, το είδος εργασιακής σχέσης, το μορφωτικό επίπεδο και η κύρια επαγγελματική δραστηριότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής, είχε τις ίδιες επιδράσεις με τις προηγούμενες μεταβλητές. Τα άτομα του δείγματος που συμμετείχαν στα σεμινάρια των πρώτων βαθμολόγησαν με τον ίδιο τρόπο τους δείκτες της γνώσης (ορθή, θεωρητική και ακρίβεια), αποδεικνύοντας ότι η παρέμβαση βελτίωσε τις παραμέτρους αυτές (Castle, Garton and Kenward, 2007; Christenson, Nafziger, Compton, and Yijyarahavan, 2007; Einspruch et al, 2007; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005).

Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής που είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες, σε σύγκριση με τους συναδέλφους/σες, που δεν είχαν κληθεί να δώσουν πρώτες βοήθειες, είχαν μικρότερη αύξηση στις μέσες τιμές της ορθής γνώσης, θεωρητικής γνώσης και ακρίβειας της γνώσης μετά τη συμμετοχή τους στα εκπαιδευτικά σεμινάρια. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Adams, Mazerolle, Casa, Huggins, και Burton, (2014). Το αποτέλεσμα αυτό δεν μπορεί να εξηγηθεί και χρήζει περαιτέρω διερεύνησης, πιθανόν με καλύτερο μεθοδολογικό προσανατολισμό (Berg and Latin, 2003; Creswell, 2003; Edwards and Skinner, 2009).

### *Αδυναμίες της παρούσας διατριβής*

Όπως σημειώθηκε μετά από διεξοδική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν κατέστη δυνατός ο εντοπισμός πρηγούμενης δημοσιευμένης έρευνας σχετικής με τον κύριο σκοπό της παρούσης εργασίας. Δεν πραγματοποιήθηκε παρεμβατικό πρόγραμμα πρώτων βοηθειών σε εκπαιδευτικούς φυσικής αγωγής, ούτε ποιοτική έρευνα για να διαπιστωθεί, τόσο το επίπεδο των γνώσεών τους, όσο και ποσοτική για να διαπιστωθεί αν η πιστοποίηση και τα σεμινάρια βελτιώνουν και διατηρούν τις γνώσεις τους. Το γεγονός αυτό θεμελιώνει τη μοναδικότητα της μελέτης του, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την επίδραση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στη διατήρηση των γνώσεων και κατά συνέπεια στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας σε καταστάσεις επείγουσας βοήθειας στο σχολικό περιβάλλον και όχι μόνο.

Ειδικότερα, το κύριο στοιχείο πρωτοτυπίας συνίσταται στο ότι είναι η πρώτη μελέτη που μελετά αν η διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε κατασταστάσεις επείγουσας ανάγκης. Παρόλα αυτά υπάρχουν αδυναμίες οι οποίες συζητιούνται στο παρόν κεφάλαιο.

Η εγκυρότητα, αξιοπιστία και αντικειμενικότητα της μελέτης εξασφαλίστηκε με τη στάθμιση της κλίμακας πρώτων βοηθειών, που πραγματοποιήθηκε με όλες τις μεθοδολογικές λεπτομέρειες. Σ'αυτές περιλαμβάνονταν ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  και η διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Ένα ζήτημα που μπορεί να τεθεί είναι η τυχαιοποίηση των ομάδων και η αντιστοιχία τους (ομάδα ελέγχου και πειραματικής ομάδας). Αυτό επιχειρήθηκε να αντιμετωπιστεί με την τυχαία δειγματοληψία από την οποία προέκυψαν οι δύο ομάδες με παρόμοια κατανομή συχνοτήτων ως προς τα διάφορα χαρακτηριστικά τους. Η εγκυρότητα, αξιοπιστία και αντικειμενικότητα



ενισχύεται ακόμα από το ότι όλα τα άτομα που δήλωσαν ότι θα πάρουν μέρος στη μελέτη, την περάτωσαν επιτυχώς. Παρόλα αυτά όμως υπάρχει η απειλή της άνισης κατανομής των καθηγητών φυσικής αγωγής που συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου και πειραματική, αφού το πηλίκο δεν είναι ένα προς ένα.

Ένα άλλο που πρέπει να σημειωθεί, που θεωρητικά μπορεί να σημειωθεί αδύνατο σημείο είναι το χρονικό διάστημα της δεύτερης μέτρησης, αλλά και της αδυναμίας της ερευνητικής προσπάθειας να πραγματοποιηθεί τρίτη μέτρηση μετά από 3 μήνες.

Επειδή από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν αντικρουόμενα δεδομένα για τα τακτά χρονικά διαστήματα επανάληψης των σεμιναρίων τόσο για τη βελτίωση των γνώσεων, αλλά και τη διατήρησή τους, επιλέχθηκε το χρονικό διάστημα του ενός μηνός (Campbell, Barozzino, Farrugia and Sgro, 2009; Owen, Mugford, Follows and Plummer, 2006; Barsuk et al, 2005; Marshall, 2001; Cherry, Williams, George and Ali, 2007; Hoadley, 2007; Iglesias-Vazquez et al, 2007; Cavaleiro, Guimaraes and Calheiros, 2009; Knudson et al, 2008; Miotto et al, 2008; Ali, Al Ahmadi, Williams and Cherry, 2009; Mueller, et al, 2005).

Ένας άλλος λόγος είναι ότι η παρούσα διατριβή είναι η πρώτη μελέτη που μελετά αν η διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης. Έτσι, δύναται η δυνατότητα στο χώρο του σχολείου να πραγματοποιηθούν παρόμοιες έρευνες με διαφορεικό μεθοδολογικό σχεδιασμό.

Επίσης αδυναμία μπορεί να θεωρηθεί η τυχαιοποίηση των ατόμων στις ομάδες πειραματική και αναφοράς. Παρότι αρκετοί εκπαιδευτικοί είχαν δηλώσει ότι θα πάρουν μέρος στα σεμινάρια και πραγματοποιήθηκε η κατανομή στις δύο ομάδες,

πολλοί δεν τα παρακολούθησαν ή όσοι από αυτού τα παρακολούσαν, δεν συμπλήρωσαν τα δεύτερα ερωτηματολόγια.

Ακόμη θα μπορούσε να σημειωθεί ότι δεν πραγματοποιήθηκε ανάλυση των ενοτήτων που προέκυψαν από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση, επειδή οι ερευνητικές υποθέσεις απαντήθηκαν, τόσο με την ποιοτική προσέγγιση, όσο και μετά τη σύγκριση των γνώσεων πρώτων βοηθειών μεταξύ των ομάδων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής αλλά λαμβάνοντας υπόψη το κύριο σκοπό, τους επιμέρους σκοπούς και τα ερευνητικά ερωτήματα μπορούν να διατυπωθούν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

### ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

- Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής συμφώνησαν ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες μόνο αυτοί, αλλά όλοι οι εκπαιδευτικοί.
- Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής συμφώνησαν ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες, ανεξάρτητα να θα κληθεί το 166 σε περίπτωση επείγουσας βοήθειας.
- Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής συμφώνησαν ότι ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη ή στην εκδρομή, που χρειάζεται πρώτες βοήθειες;
- Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής πιστεύουν ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα στις πρώτες βοήθειες;
- Οι εκπαιδευτικοί φυσικής αγωγής πιστεύουν ότι είναι απαραίτητο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες, ανεξάρτητα αν υπάρχει στο σχολείο ένας διδάσκων ή κάποιος από το διοικητικό προσωπικό, που να γνωρίζει πρώτες βοήθειες καλύτερα από τους ίδιους.

## ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ορθής γνώσης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.

- Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της θεωρητικής γνώσης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της της ομάδας ελέγχου πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της πειραματικής ομάδας πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της ομάδας ελέγχου και της πειραματικής ομάδας πριν από τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της ακρίβειας της γνώσης της πειραματικής ομάδας και της ομάδας αναφοράς πριν και μετά τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών.
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές της ορθής γνώσης των δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων της πειραματικής ομάδας.
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές της θεωρητικής γνώσης των δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων της πειραματικής ομάδας.
- Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες τιμές της ακρίβειας γνώσης των δημογραφικών και εργασιακών στοιχείων της πειραματικής ομάδας.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΕΣ

1. Αναπαραγωγή της ανάλογης έρευνας με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος για βελτίωση των διαδικασιών, του περιεχομένου και της αποτελεσματικότητας του.
2. Οι έρευνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν τα δεδομένα από τη παρούσα διατριβή, για να σχεδιάσουν ανάλογο παρεμβατικό πρόγραμμα σε προπονητές αθλημάτων.
3. Θα μπορούσε να σχεδιαστεί μια έρευνα με παρεμβατικό πρόγραμμα όπου θα σύγκρινε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής με αυτούς των προπονητών αθλημάτων.
4. Θα μπορούσε να σχεδιαστεί μια έρευνα όπου θα στηριζόταν μόνο σε συνεντεύξεις εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής.
5. Κρίνεται σκόπιμη η διεξαγωγή ανάλογων ερευνών για την διερεύνηση των παραγόντων που δεν απέδωσαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στην παρούσα μελέτη καθώς και τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με στόχο τη έκδοση ασφαλών συμπερασμάτων.
6. Ανάλογη μελέτη σε μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική*

Αλεξανδροπούλου, Μ. (2013). Αξιολόγηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας: Η περίπτωση του σχολείου ως φορέα προαγωγής υγείας. *Νοσηλευτική*, 52, 1, 43-56.

Ασκητοπούλου, Ε.Κ. (1991). *Επείγουσα και εντατική ιατρική*. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Βεσκούκη, Γ.Α. (1999). *Πρώτες βοήθειες και αγωγή υγείας*. Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής (Διδακτορική διατριβή).

Βεσκούκη, Γ.Α. (2002). Αξιολόγηση επιπέδου γνώσεων για παροχή πρώτων βοηθειών σε μαθητές Λυκείου. *Νοσηλευτική* 41, 4, 451 - 463.

Γερμένης, Τ. (1989). *Μαθήματα πρώτων βοηθειών για επαγγέλματα υγείας* (2<sup>η</sup> έκδοση). Εκδόσεις Βήτα Medical Arts, Αθήνα.

Γερμένης, Τ. (1994). *Μαθήματα πρώτων βοηθειών* (3<sup>η</sup> έκδοση). Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Γιαλαμάς, Β. (2005). *Στατιστικές τεχνικές και εφαρμογές στις επιστήμες της αγωγής*. Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

Γιαννοπούλου, Α. (2004). *Ψυχιατρική νοσηλευτική* (5<sup>η</sup> έκδοση). Εκδόσεις Η. Ταβίθα, Αθήνα.

Γκουγκούλης, Ι., Σένκα, Ε. και Ζαλούμη, Π. (2011). Η νοσηλεία των τραυματιών στην Ομηρική εποχή. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*, 3, 4, 127-132.

Γναρδέλλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη στατιστική*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση δεδομένων με το SPSS 21.0 for windows*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Ζαχαρόπουλος, Π., Πρελορέντζου, Χ. και Μερκούρης, Α. (2007). Αξιολόγηση του επιπέδου γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. *Νοσηλευτική* 46, 3, 381-389.

Καλαματιανού, Α. (2003). *Κοινωνική στατιστική*. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Καμπίτσης, Χ. (2004). *Η έρευνα στις αθλητικές επιστήμες: Στατιστική ανάλυση αξιολόγησης*. Εκδόσεις Τσιαρτσιάνης, Α, Θεσσαλονίκη.

- Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Ατυχημάτων (ΚΕΠΑ) (2007). Παιδικά ατυχήματα: Οι αριθμητικές συνιστώσες με βάση την πύλη στατιστικών δεδομένων. *Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*, 15-21.
- Κόκκινος, Φ.Δ. (1998). *Καρδιοαναπνευστική ανάνηψη*. Αθήνα: Ιατρική Σχολή Αθηνών.
- Κούζη Α. Π. (1929). *Ιστορία της ιατρικής*. Εκδόσεις Πυρσός, Αθήνα.
- Κουρκούτα, Α. και Λανάρα, Β. (1999). Νοσοκομεία - Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 3,132-136.
- Λαγγάς, Δ. και Πετρίδου, Ε. (2005). *Παιδιατρική*. Αθήνα: ΜΕΠΕ, 56, 78-83.
- Μάκος, Κ., Μπάρλας, Κ. Και Χείλαρης, Σ. (2001). *Πρώτες βοήθειες* (3<sup>η</sup> έκδοση). Εκδόσεις Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων, Αθήνα.
- Μπαλτόπουλος, Γ. (2001). *Πρώτες βοήθειες*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Εκδόσεις κέντρο λεξικολογίας Ε.Π.Ε., Αθήνα.
- Ντόλατζας, Θ. (1999). Πρωτοπόροι ιατροί της αρχαιότητας: (Ιατροκαλλιτεχνική μελέτη). *Ιατρική παιδεία*, 7, 2, 79-83.
- Πάνου, Μ. (2000). *Παιδιατρική νοσηλευτική, εννοιολογική προσέγγιση*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Πανταζίδης, Ι. (1900). *Ομηρικόν λεξικόν*. Εκδόσεις Κωνσταντινίδης, Αθήνα.
- Παπαδόπουλος, Γ. (1999). Η εξέλιξη της αναισθησιολογίας. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Παπαϊωάννου, Τ. And Φερεντίνου, Κ. (2000). *Μαθηματική στατιστική, εκτιμητική-έλεγχος υποθέσεων-εφαρμογές*. Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.
- Παπασταματίου, Μ. και συν. (2011). *Βασικές αρχές στην παροχή πρώτων βοηθειών*. Εκδόσεις Κ. Παρισιάνου, Αθήνα.
- Πουρναρόπουλου Γ. Κ. (1952). *Ιστορία της ιατρικής (δια μέσου των αιώνων)*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
- Σαχίνη-Καρδάση, Α. and Πάνου, Μ. (2000). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-νοσηλευτικές διαδικασίες*. Τόμος 1ος (2<sup>η</sup> έκδοση). Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
- Σαχίνη-Καρδάση, Α. and Πάνου, Μ. (2000). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-νοσηλευτικές διαδικασίες*. Τόμος 2ος (2<sup>η</sup> έκδοση). Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.



Σαχίνη-Καρδάση, Α. και Πάνου, Μ. (2000). *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική-νοσηλευτικές διαδικασίες*. Τόμος 3ος (2<sup>η</sup> έκδοση Β). Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Στεργιούλας, Α. (1992). *Τραυματισμοί στα σπορ*. Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα.

Στεργιούλας, Α. (2005). *Βιολογία της άσκησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα.

Στεργιούλας, Α. Αυγερινού, Β. και Σγάρας, Κ. (2003). Τραυματισμοί στο σχολείο: Η παιδαγωγική άποψη. *Οργάνωση του Αθλητισμού*, 1, 1, 66-69.

Τούντα, Κ. (1987). *Πρώτες βοήθειες επείγουσα θεραπευτική*. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.

Τριφόνι, Ρ., Παυλίδης Γ.Ι., Μπομπάι, Δ.Ε., Παλάζη, Ο. και Βασιλειάδου, Α. (2005). Βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση και αυτόματη εξωτερική απινίδωση. Διερεύνηση γνώσεων φοιτητών νοσηλευτικής Β' ΤΕΙ Αθήνας. *Νοσηλευτική* 44, 2, 229-237.

Τριχόπουλος Δ. (2002). *Επιδημιολογία*. Εκδόσεις Κ. Παρισιάνος, Αθήνα.

Τσίκος, Ν. Και Καραγεωργοπούλου-Γραβάνη, Σ. (1990). *Πρακτική άσκηση νοσηλευτικής 2*. (2<sup>η</sup> έκδοση). Έλλην, Αθήνα.

Τσούσκας, Α. (2000). *Πρώτες Βοήθειες*. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

Τσόχας, Κ. Και Πετρίδης, Α. (1996). *Πρώτες βοήθειες βασικές γνώσεις*. Εκδόσεις Λύχνος, Αθήνα.

Φούρα, Ε. (2003). *Παιδικά ατυχήματα. Πρόληψη και αντιμετώπιση*. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Χατζάκης Κ.Δ., Κριτσωτάκης Ε.Ι., Αγγελάκη Ε.Π., Τζανουδάκη Ε.Κ. και Ανδρουλάκη Ζ.Δ. (2004). Γνώσεις πρώτων βοηθειών σε εργαζόμενους στο βιομηχανικό τομέα. *Νοσηλευτική*, 43, 2, 208-215.

#### *Ξενόγλωσση*

Abernethy, L., MacAuley, D., McNally, O & McCann, S. (2003). *Immediate care of school sport injury*, 9, 3, 270-273.

Adams, WM., Mazerolle, SM., Casa, DJ., Huggins, RA & Burton, L. (2014). The secondary school football coach's relationship with the athletic trainer and perspectives on exertional heat stroke. *Journal of Athletic Training*, 49(4), 469-477.

- Agbo, H.A., Envuladu, E.A., Hassan, Z. , Enokela. E., & Zoakah, I.A. (2015). Medical Emergencies in Primary Schools and School Ownership of First Aid Boxes. *Medical Journal of Zambia*, 42(2), 54-57.
- Al Aloola, N.A., Saba, M., Nissen, L., Alewairdhi, H.A., Alaloola, & A,Saini, B.(2017). Development and evaluation of a school-based asthma educational program. *The Journal of Asthma: Official journal of the Association for the Care of Asthma*, 54(4), 419-429.
- Al Enizi, BA., Saquib, N., Zaghoul, MS., Alaboud, MS., Shahid, MS, & Saquib, J. ( 2016). Knowledge and Attitudes about Basic Life Support among Secondary School Teachers in Al - Qassim, Saudi Arabia. *International Journal of Health Sciences*, 10(3), 415-422.
- Alexandropoulou, M. (2013). Development and testing of the School Staff First Aid Knowledge Test (SSFAKT). *International Journal of Caring Science* 6(3), 446-455.
- Alexandropoulou, M. (2013). Evaluating a health educational program for special education school personnel; a cluster randomized trial. *International Journal of Caring Sciences*, 6,(1), 115-126.
- Ali, J., Al Ahmadi, K., Williams, J.I. and Cherry, R.A. (2009). The standardized live patient and mechanical patient models - their roles in trauma teaching. *Journal of Trauma*, 66, 98-102.
- AMA handbook of first aid and medical care (2009). *Random House*, USA.
- Ammirati, C., Gagnayre, R., Amsallem, C., Némitz, B, & Gignon, M. (2014). Are schoolteachers able to teach first aid to children younger than 6 years? Competitive study. *British Medical Journal*, 4(9).
- Andresen, D., Arntz, H.R., Grafing, W., Smith, C.M. et al. (2008). Public access resuscitation program including defibrillator training for laypersons: a randomized trial to evaluate the impact of training course duration. *Resuscitation*,76, 419-24.
- Athletic training and Sport Medicine (1999). *American Academy of orthopedic Surgeons*. Chicago, USA.
- Awad, M.A., Al Hammadi, E., Malalla, M., Maklai, Z., Tariq, A., Al-Ali, B., Al Jameel,A., & El Batawi, H. (2107). Assessment of Elementary School Teachers' Level of Knowledge and Attitude regarding Traumatic Dental Injuries in the United Arab Emirates *International journal of dentist*, doi: 10.1155/2017/1025324.

- Babbie, E.R. (1973). *Survey research methods*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co., 1973.
- Bakke, HK, & Schwebs, R. (2017). First-aid training in school: amount, content and hindrances. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica Journal*, doi: 10.1111/aas.12958.
- Baltopoulos, G. (2001). *First aid*. (Hellenic edition). P.X. Pashalidis Publications.
- Barsuk, D., Ziv, A., Lin, G., et al. (2005). Using advanced simulation for recognition and correction of gaps in airway and breathing management skills in prehospital trauma care. *Anesthesiology Analgica*, 100, 803-9.
- Baser, M., Coban, S., Tasci, S., Sungur, Gonul., & Bayat, M. (2007). Evaluating first aid knowledge and attitudes of a sample of Turkish primary school teachers. *Journal of Emergency Nursing*, 33(5), 428-432.
- Baskett, P.J. and Lim, A. (2004). The varying ethical attitudes towards resuscitation in Europe. *Resuscitation*, 62, 267-73.
- Baskett, P.J, Nolan, J.P., Handley, A., Soar, J., et al (2005). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2005. Section 9. Principles of training in resuscitation. *Resuscitation*, 67, S181-9.
- Berden, H.J., Willems, F.F., Hendrick, J.M., and Pijls, N.H. (1993). How frequently should basic cardiopulmonary resuscitation training be repeated to maintain adequate skills? *British Medical Journal*, 306, 1576-7.
- Berg, K.E. and Latin, R.W. (2003). *Essentials of research methods in health, physical education and exercise science and recreation*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Berdowski, J., Schmohl, A., Tijssen, J.G. and Koster, R.W. (2009). Time needed for a regional emergency medical system to implement resuscitation Guidelines 2005 - The Netherlands experience. *Resuscitation*, 80, 1336-41.
- Boynton, P.M. and Greenhalgh, T. (2004). Hands-on guide to questionnaire research: selecting, designing, and developing your questionnaire. *British Medical Journal*, 328, 1312-5.
- Bigham, B.L., Koprowicz, K., Aufderheide, T.P., et al. (2010). Delayed prehospital implementation of the 2005. American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care. *Prehospital Emergency Care*, 55, 3, 125-129.
- Botha, L., Geyser, M.M, & Engelbrecht. A. (2012). Knowledge of cardiopulmonary resuscitation of clinicians at a South African tertiary hospital. *South African Family Practice*, 54(5), 447-454.
- Browning, P. D. and Hatch, J. A. (1995). *Qualitative research*. Westport, CT, raeger Publishers.

Bruce Dick. Health Department. League of Red Cross. *First Aid in the era of primary health care*. World Health Forum. 11. 202-204. Geneva 1990.

Calicchia, S., Cangiano, G., Capanna, S., De Rosa, M., & Papaleo, B. (2016). Teaching Life-Saving man oeuvres in Primary School. *BioMed ReacResearch International Journal*, Volume 2016, Article ID 2647235, 6 pages.

Campell, N.R., Ayala, G.X., Litrownik, A.J., Slymen, D.J., Zavala, & F. Elder, J.P. (2001). Evaluation of a first aid and home safety program for Hispanic immigrant adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Health*, 20(4), 258-265.

Carmeli, E., Azencot, S., Wertheim, M., & Coleman, R. (2003). Sports injuries in students aged 12-18 during physical education classes in Israel. *Biology of Sport*, 20(4).

Castle, N., Garton, H. and Kenward, G. (2007). Confidence vs competence: basic life support skills of health professionals. *British Journal of Nursing*, 6, 664-6.

Cavaleiro, A., Guimaraes, H. and Calheiros, F. (2009). Training neonatal skills with simulators? *Acta Paediatrica*, 98, 636-9.

Chamberlain, D.A. and Hazinski, M.F. (2010). Education in resuscitation. Resuscitation role of simulation. *Resuscitation*, 81, 265-6.

Cherry, R.A., Williams, J., George, J. and Ali, J. (2007). The effectiveness of a human patient simulator in the ATLS shock skills station. *Journal Surgery Research*, 139, 229-35.

Christenson, J., Nafziger, S., Compton, S., Yijyarahavan, N. ,et al. (2007). The effect of time on CPR and automated external defibrillator skills in the public access defibrillation trial. *Resuscitation*,74, 52-62.

Creswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.

Cross, P.S., Karges, J.R., Adamson, A.J., Arnold, M.R., Meier, C.M., & Hood, J.E.(2010). Assessing the need for knowledge on injury management among high school athletic coaches in South Dakota. *The Journal of South Dakota State Medical Association*, 63(7), 241-245.

Cuijpers, P.J., Bookelman, G., Kicken, W., Vries, W., & Gorgels, A.P. (2016). Medical students and physical education students as CPR instructors: an appropriate solution to the CPR-instructor shortage in secondary schools? *Netherlands Heart Journal*, 24(7-8), 456-461.

DeWitt, T., Scott, A., & Seshadri, S. (2012). The Level of Medical Services and Secondary School-Aged Athletes. *Journal of Athletic Training*, 47(1), 91-95.

Dillman, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: The total design method*. New York, John Wiley and Sons, Inc.

Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGuseppi, C. et al (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *British Medical Journal* 324, 1183.

Edwards, A. and Skinner, J. (2009). *Qualitative research in sport management*. Butterworth, Heinemann.

Einspruch, E.L., Lynch, B., Aufderheide, T.P., Nichol, G., and Becker, L. (2007). Retention of CPR skills learned in a traditional AHA heart saver course versus 30-min video self-training: A controlled randomized study. *Resuscitation*, 74, 476-86.

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

European Resuscitation Council (2010). *Summary of the main changes in the resuscitation guidelines*. Secretariat vzw, Drie Eikenstraat, Edegem, Belgium.

Hoadley, T. (2007). Learning advanced life support. A study of low and high stimulation. *Nursing Education Perceptive*, 30, 91-95.

Ercan, H., Ozen, A., Karatepe, H., Berber, M., & Cengizlier, R. (2012). Primary school teacher's knowledge and attitudes toward anaphylaxis. *Pediatric allergy immunology and pulmonology*, 23(5), 428-432.

Feng Li, Fan Jiang, Xingming Jin, Yalan Qin, & Xiaoming Shen. (2012). Pediatric First aid Knowledge and attitudes among staff in preschools of Shanghai, China. *BMC Pediatrics* 12, 121.

First aid for babies and children (2006). *DK Adult Publ.*, USA.

Flegel, M.G. (1992). *Sports first aid*. Leisure Press Champaign USA.

Forck, I., Marzhauser, A., & Weisser, B. (2008). Bronchial asthma and sport. State of knowledge on bronchial asthma of primary physical education teachers in Schleswig-Holstein. *Pneumologie Journal (Stuttgart, Germany)*, 62(4), 226-230.

Fischer, C. and Layman, E. (1986). *Constructing a questionnaire*. Ohio State University.

Fukunishi, K., and Takahashi, H. (2000). *Epidemiology of childhood burns in the critical care medical center of Kinki University Hospital in Osaka*. New York: McGraw, 123-140.

Gall, M.D., Borg, W.R. and Oall, J.P. (1996). *Educational research: An introduction*. White Plains, NY, Longman Publishers, USA.

Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Gillham, B. (2000). *Developing a questionnaire*. London: Continuum, 2000.

Gilbert, G.G. (1981). *Teaching first aid and emergency care*. Dubuque Iowa, USA.

Goel, S., Singh, N., Lal, V., & Singh, A. (2014). Evaluating the impact of comprehensive epilepsy education program for school teachers in Chandigarh city, India. *European Journal of Epilepsy*, 23(1), 41-46.

Govender, K., Rangiah, C., Ross, A, & Campbell, L. (2010). *Retention of knowledge of and skills in cardiopulmonary resuscitation among healthcare providers after training*, South African Family Practice, 52(5), 459-462.

Gray, S. (1995). *The first aider's pocket companion*. William and Wilkins USA.

Guidelines for BLS 2006, J. European Resuscitation Council, Dec 2005, Vol. 67, p. S181.

Hahn, E.J., Noland, M.P., Rayens, M.K., & Christie, D.M. (2002). Efficacy of training and fidelity of implementation of the life skills training program. *The journal of school health*, 72(7), 282-287.

Hill, N.J., & Hollis, M. (2012). Teacher time spent on student health issues and school nurse presence. *The journal of school nursing*, 28(3), 181-186.

Hırça, N. (2012). Does teachers' knowledge meet first aid needs of Turkish schools? Review of Turkish literature. *Journal European Education*, 2, 2, 16-21.

International Liaison Committee on Resuscitation. (2005). International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*, 112, 196-203.

Iglesias-Vazquez, J.A., Rodriguez-Nunez, A., Penas-Penas, M., Sanchez- Santos, L., et al (2007). Cost-efficiency assessment of Advanced Life Support (ALS) courses based on the comparison of advanced simulators with conventional manikins. *British Medicine Emergency*, 7, 18-24.

Johnson, S.T., Norcross, M.F., Bovbjerg ,V.E., Hoffman, M.A., & Koester, M.C. (2017). Sports -Related Emergency Preparedness in Oregon High Schools. *Sports Health journal*, 9(2), 181-184.

Joseph, N., Narayanan, T., Bin Zakaria, S., Nair, AV., Belayuthan, L., Subramanian, AM. et al. (2015). Awareness, attitudes and practices of first aid among school teachers in Mangalore, South India. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 7(4), 274-281.

Keir, L., Weise, B., & Krebs, C. (1996). *Πρώτες Βοήθειες: Ιατρική Βοήθεια & Φροντίδα IV* (3η έκδοση). Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Knudson, M., Khaw, L., Bullard, M. et al. (2008). Trauma training in simulation: translating skills from SIM time to real time. *Journal of Trauma*, 64, 255-63, discussion 63-4.

Kouwenhoven, W.B., Jude, J.R., & Knickerbocker, G.G. (1960). Closed-chest cardiac massage. *Journal of American Medical Association* 173, 1064-1067.

Kuponiyi, O., Amoran, O., & Kuponiyi, T.O. (2016). *School health services and its practice among public and private primary schools in Western Nigeria*. Bio Med Central Research Notes, Published online Apr 6, 2016 .Retrieved September 25, 2017.

Labuschagne, A. (2003). Qualitative - airy fairy or fundamental? *The Qualitative Report*, 8(1), 100-103.

Larson E. et al (2002). First aid training and bystander actions at traffic crashes. A population study. *Prehospital and Disaster Medicine*, 17, 3, 134-141

Lear, A., Hoang, M., & Zyzanski, S. (2015). Preventing Sudden Cardiac Death: Automated External Defibrillators in Ohio High Schools. *Journal of Athletic Training*, 50(10), 1054-1058.

Li, F., Jiang, F., Jin X., Qiu, Y, & Shen, X. (2012). Pediatric first aid knowledge and attitudes among staff in the preschools of Shanghai, China. *BMC Pediatrics*, 12, 121.

Li, M., Pitts, B. and Quarteman, J. (2008). *Research methods in sport management*. Fitness Information Technology, USA.

Lingard, H. (2002). The effect of first aid training on Australian construction workers' occupational health and safety motivation and risk control behavior. *Journal of Safety*, 33(2), 209-230.

Lukas, RP., Van Aken, H., Molhoff, T., Weber, T., Rammert, M., Wild, E., & Bohn, A. (2016). Kids save lives: a six-year longitudinal study of schoolchildren learning cardiopulmonary resuscitation: Who should do the teaching and will the effects last? US National Library of Medicine National Institutes of Health. *Resuscitation*, 101, 35-40.

Marshall, R.L., Smith, J.S., Gorman, P.J., Krummel, T. et al (2001). Use of a human patient simulator in the development of resident trauma management skills. *Journal Trauma*, 51, 17-21.

Miotto, H., Couto, B.R., Goulart, E.M., Amaral, C. et al. (2008). Advanced cardiac life support courses: live actors do not improve training results compared with conventional manikins. *Resuscitation*, 76, 244-8.

Mohandas, U. and Chandan, G.D. (2009). Knowledge, attitude and practice in emergency management of dental injury among physical education teachers: A survey in Bangalore urban schools. *Journal of Indian Society Pedodontics and Preventing Dentistry*, 27, 4, 242-248.

Mptos, N., Vekeman, E., Monsieurs, K., Derese, A., & Valcke, M. (2013). Knowledge and willingness to teach cardiopulmonary resuscitation: A survey amongst 4273 teachers. *Resuscitation Journal*, 84, 4, 496-500.

Mueller, M., Christ, T., Dobrev, D., et al. (2005). Teaching antiarrhythmic therapy and ECG in simulator-based interdisciplinary undergraduate medical education. *British Journal Anaesthesiology*, 95, 300-4.

Nelson Miguel Galindo Neto, Joselany Áfio Caetano, Lívia Moreira Barros, Telma Marques da Silva, & Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos. (2017). First aid in schools: construction and validation of an educational booklet for teachers. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31, 1, 87.

Nestoridou, A., Dafogianni, Ch., Kotrotsiou, E., Gkliou, E., & Kafourou, A. (2003) First Aid Education of Nursing School Students at HTEI. *Icus Nursing Web Journal*, 14, 1-8.

Neuman, W.L. (2003). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches*. Boston, Allyn and Bacon.



- Niles, D., Sutton, R.M., Donoghue, A., Kalsi, M. et al. (2009). Rolling refreshers: A novel approach to maintain CPR psychomotor skill competence. *Resuscitation*, 80, 909-12.
- Nolan, JP., Soar, J., & Zideman, DA. et al. (2010). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2010 Section 1. Executive summary.
- Olympia, R., Dixon, T., Brady, J, & Avner, J. (2007). Emergency Planning in School-Based Athletics: A National Survey of Athletic Trainers. *Pediatric Emergency Care*, 23, 10, 703-708.
- Orton, E., Kendrick, D., West, J and Tata, L.J. (2012). Independent risk factors for injury in pre-school children: three population-based nested case-control studies using routine primary care data. *PLOS One*, 7, 4, e35193.
- Oppenheim, A.N. (2002). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London, New York: Continuum, 1992.
- Ott, L. (1998). *An introduction to statistical methods and data analysis*. 3rd edition, Boston: PWS-KENT Publishing Company.
- Owen, H., Mugford, B., Follows, V., and Plummer, J. (2006). Comparison of three simulation-based training methods for management of medical emergencies. *Resuscitation*, 71:204-11.
- Oyinlade, O.A., Oqunkunle, O.O., & Olanrewaju, D.M. (2014). An evaluation of school health services in Sagamu, Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*, 17, 3, 336-342.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- PHTLS (2005). *Basic and advanced prehospital trauma life support*. Εκδοτική (2η Ελληνική Έκδοση, Αθήνα: Γκιούρδας Β. Research, 33, 209-230.
- Prasanna, S., Giriraju, A. and Narayan, L.N. (2011). Knowledge and attitude of primary school teachers toward tooth avulsion and dental first aid in Davangere City: A cross-sectional Survey. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 4, 3, 203-206.
- Rea, L. M. and Parker. R. A. (1997). *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide* (2nd ed.). San Francisco, CA; Jossey-Bass Inc.
- Reymont, R. and Joreskog, K.G. (1993). *Applied factor analysis in the natural sciences*. New York: Cambridge University Press.

Rice, K., Hwang, J., Abrefa-Gyan, T. and Powell, K. (2010). Evidence-based practice questionnaire: A confirmatory factor analysis in a social work sample. *Advances Social Work*, 11, 158-173.

Rios, A., Febrero, A., Lopez-Navas, A., Martinez-Alarcon, L., Sanchez, J., Guzman, D., Ramirez, P., & Parrilla, P. (2012). Knowledge of the brain-death concept among secondary school teachers. *The transplantation proceedings journal*, 44, 6, 1486-1488.

Robson, K. (2002). *Real word research*. London, 2nd Ed, Black Scient Publ.

Robertson, A., King, R., & Tomkinson, A. (2009). Frequency and management of epistaxis in schools. *The Journal of Laryngology and Otology*, 124, 3, 302-305.

Robinson, C. (2015). *Students at risk - Most primary and all age schools cannot handle basic medical-emergency response on campus*. Jamaica- Gleaner. 2015. Available at: <http://jamaica-gleaner.com/gleaner/20150215/lead/lead6.html>.

Roppolo, L.P., Pepe, P.E., Campbell, L., Ohman, K. et al. (2007). Prospective, randomized trial of the effectiveness and retention of 30-min layperson training for cardiopulmonary resuscitation and automated external defibrillators: The American Airlines Study. *Resuscitation*, 74:276-85.

Rohs, E (1985). *Questionnaire construction*. Athens, G.A., cooperative extension service.

Sapsford, R. (1999). *Survey research*. London, Sage Publications.

Salant, P. and Dillman, D. (1994). *How to conduct your own survey*. New York, John Wiley and Sons.

Saliccioli, J., Marsall, D., Sykes, M., Wood, A., Joppa, s., Sihna, M. & al. (2016). Basic life support education in secondary schools: a cross-sectional survey in London, UK. *British Medical Journal*, 7(1), e011436.

Scheider, K., Meeteer, W., Nolan, J.A. and Campbell, H.D. (2017). Health care in high school athletics in West Virginia. *Rural Remote Health Journal*, 17, 1, 55-45.

Siitonen, P., Hameen-Anttila, K., Karkkainen, S, & Vainio, K. (2016). Medication management in comprehensive schools in Finland: teachers' perceptions. *The international journal of pharmacy practice*, 24, 5, 349-357.

Simco, N. and Warin, J. (1997). Validity in image based research. An elaborated illustration of the issues. *British Educational Research Journal*, 23, 5, 661-673.

Singer, A.J., Gulla, J., Thode, H.C., & Cronin K.A. (2004). Pediatric first aid knowledge among parents. *Pediatric Emergency Care*, 20, 808-811.

Smith W. *Λεξικόν Ελληνικών και Ρωμαϊκών Αρχαιοτήτων*. Μετάφραση Τζιβανόπουλος, Αθήνα, 1890.

Smith, K.K., Gilcreast, D., and Pierce, K. (2008). Evaluation of staff's retention of ACLS and BLS skills. *Resuscitation*, 78, 59-65.

Soar, J., Mancini, M.E., Bhanji, F., et al. (2010). International consensus on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Part 12: Education, implementation, and teams. *Resuscitation*; doi:10.1016/j.resuscitation.

Sonmez, Y., Uskun, E., & Pehlivan, A. (2014). Knowledge levels of pre-school teachers related with basic first-aid practices, Isparta sample. *Turkish Pediatric Journal*, 49, 3, 238-246.

Sosada, K., Zurawiński, W., Stepień, T., Makarska, J., & Myrcik, D. (2002). Evaluation of the knowledge of teachers and high school students in Silesia on the principles of first aid. *Wiadomosci Lekarskie journal*, 55, 1, 883-889.

Spoone, B.B., Fallaha, J.F., Kocierz, L., Smith, C.M., et al (2007). An evaluation of objective feedback in basic life support (BLS) training. *Resuscitation*, 73, 417-24.

Stake, R.E. (2005). *Qualitative case studies*. In: N.K. Denzin and Y.S. Lincoln (Eds.) *Qualitative research*. Thousand Oaks & CA: Sage.

St. John Ambulance, St. Andrew's Ambulance Association and British Red Cross. (2000). *Πρώτες βοήθειες, οδηγός αντιμετώπισης ατυχημάτων στο σπίτι, την εργασία και τις διακοπές* (7η έκδοση). Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Stake, R.E. (2005). *Qualitative case studies*. In: Denzin, N.K and Lincoln, Y.S. (Eds.) *Qualitative research*. Thousand Oaks and CA, Sage.

Stergioulas, A. (2006). Cardiopulmonary resuscitation training of Greek physical education teachers. *Biology of Exercise*, 2, 5-10.

Stergioulas, A. and Mandilas, A. (2003). Sport injuries. *Acta Kinanthropologica Journal*, 39, 2, 77-83.

Takamura, A., Ito, A., Matuyama, K., Ryo, Y., Saito, M., Fujimura, S, & Hori, A.(2016). Quality of basic life support education and automated external defibrillator setting in schools in Ishikawa, Japan. *Pediatrics International: official journal of Japan Pediatric Society*, 59(3), 352-356.

Tabachnic, B. and Fidell, L. (2007). *Using multivariate analysis*. Boston, Pearson Education.

Talbott, J.H., Jude, J.R. and Elam, J.O. (1965). *Fundamentals of cardiopulmonary resuscitation*. Philadelphia: F.A. Davis.

- Tenenbaum, G. (2005). *Methods of research in sport sciences: Quantitative and qualitative approaches*. Meyer and Meyer.
- Thomas, J., Nelson, J. and Silverman S.J. (2005). *Research methods in physical activity*. Human Kinetics, Champaign
- Thein, MM., Lee, BW., Bun, PY.( 2005). Knowledge, attitude and practices of childhood injuries and their prevention by primary caregivers in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 46:122-26.
- Thygerson, A.L., Thygerson,S.M. (2011). *First aid, CPR and AED advanced*. Jones and Bartlett Learning, Publ., USA.
- Tyflidis, A., Kipreos, G., Tripolitsioti, A., and Stergioulas, A. (2012a). Epidemiology of school fractures: a 1-year experience in Greek facilitation classes. *Journal of Human Sport & Exercise*, 7, 2, 588-598.
- Tyflidis, A., Kipreos, G., Tripolitsioti, A. and Stergioulas, A. (2012b). Epidemiology of track and field injuries: a one year experience in Greek athletic schools. *Biology of Sport*, 29, 45-49.
- Tyflidis, A., Travlos, A.K., Tripolitsioti, A. and Stergioulas, A. (2009). Epidemiology of strains in Greek Facilitation Classes. *Journal Medical Sciences*, 9, 4, 218-213.
- Tyflidis, A., Travlos, A.K., Tripolitsioti, A. and Stergioulas, A. (2009). Epidemiology of sprains in Greek Facilitation Classes. *Journal Biological Sciences*, 9, 6, 555-560
- United Kingdom Department for education and employment (2018). *Guidance on first aid for schools*. <https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment>.
- Warutere P.N., Njenga J., Mailutha J.T., Gatebe E., & Mwachiro E. (2015). Prevalence of injuries among High school students in Kieni West (District) in Nyeri County, Central Kenya. *Journal of Scientific Research and Reports*, 4, 3, 189-197.
- Wik, L., Myklebust, H., Auestad, B.H. and Steen, P.A. (2005). Twelve-month retention of CPR skills with automatic correcting verbal feedback. *Resuscitation* 66, 27-30.
- Wisniewki, J. and Majewski, W.D. (2007). Assessment of knowledge about first aid among the teachers of chosen high schools in the Western Pomerania region. *Annales Academiae Medical Stetinensis Journal*, 53, 2, 114-123.
- Woollard, M., Whitfeild, R., Smith, A., Newcombe, R.G., et al. (2004). Skill acquisition and retention in automated external defibrillator (AED) use and CPR by lay responders: A prospective study. *Resuscitation*, 60, 17-28.

Woollard, M., Whitfield, R., Newcombe, R.G., Colquhoun, M. et al (2006). Optimal refresher training intervals for AED and CPR skills: A randomised controlled trial. *Resuscitation*, 71:237-47.

Wozniak, J., Nowicki, G., Goniewicz, M., Zielonka, K. et al (2011). An analysis of kinder garden teachers' preparation to provide first aid. *Przegląd Epidemiologiczny Journal*, 65(4), 663-667.

Yeung, J. and Perkins, G.D. (2010). Timing of drug administration during CPR and the regional emergency medical system to implement resuscitation Guidelines *Resuscitation*, 81, 265-6

Yurumez, Y., Yavuz, Y., Saglam, H., Koken, R. and Tunay, K. (2007). Evaluation of the level of knowledge of first aid and basic life support of the educators working in preschools. *Medical Journal of Cairo University*, 83, 1, 541-547.

Zinckernagel, L., Malta-Hansen, C., Rod, M.H., Folke, F. et al (2015). What are the barriers to implementation of cardiopulmonary resuscitation training in secondary schools? A qualitative study. *BMJ Journal*, 25, 6, 4.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Συνοδευτική επιστολή ερωτηματολογίου



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ  
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Λεωφόρο. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη &  
Πλαταιών

Τηλ. 27310 89662, 2731089658, Φαξ: 27310 89657

Σπάρτη, .....

Προς  
κ.....'  
.....

Θέμα: *Διεξαγωγή έρευνας*

Αγαπητή (έ) «Κύριε (α)»

Ονομάζομαι Βασιλάκης Νικόλαος και είμαι υποψήφιος διδάκτωρ στο Τμήμα Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού, της Σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στη Σπάρτη. Για την απόκτηση διδακτορικού διπλώματος, θα πραγματοποιήσω έρευνα με τίτλο «*Διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών: Μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών Φυσικής αγωγής σε κατασταστάσεις επείγουσας ανάγκης*»; Επιβλέπων είναι ο Καθηγητής κ. Στεργιούλας Απόστολος.

Τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες και έχουν διερευνηθεί οι απαιτούμενες γνώσεις/ικανότητες που πρέπει να έχουν τα άτομα που καλούνται να δώσουν πρώτες βοήθειες σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να δώσει τις πρώτες πληροφορίες που θα είναι χρήσιμες στους εκπαιδευτικούς της Φυσικής αγωγής για τις πρώτες βοήθειες. Εσείς επιλεγήκατε επειδή κατά την άσκηση του λειτουργήματός σας είστε παρόντες στις περισσότερες κινητικές δραστηριότητες των μαθητών/τριών στο Σχολικό περιβάλλον και όχι μόνο.

Με βάση την εμπειρία σας, ζητώ τη βοήθειά σας και σας παρακαλώ να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, που εσωκλείεται.

Πρέπει να ξέρετε ότι δεν υπάρχουν κίνδυνοι που να συνδέονται με τη συμμετοχή σας σ' αυτή τη μελέτη. Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εκούσια. Δεν είστε υποχρεωμένος (η) να απαντήσετε.

Για να ολοκληρώσετε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν θα χρειαστείτε περισσότερα από 20 λεπτά. Θέλουμε να σας βεβαιώσουμε ότι τα στοιχεία που θα δώσετε, θα κρατηθούν αυστηρά εμπιστευτικά. Στο πίσω μέρος κάθε ερωτηματολογίου υπάρχει ένας κωδικός, που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί μόνο για συνέχιση της επικοινωνίας μαζί σας, σε περίπτωση που δεν απαντήσετε.

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων, ο κωδικός θα καταστραφεί. Δεν θα γίνει κάποια προφορική ή γραπτή αναφορά, που θα μπορούσε να συνδέσει κάποιο άτομο με τη μελέτη.

Θα εκτιμούσαμε πολύ αν συμπληρώνατε το ερωτηματολόγιο και το επιστρέφατε με τον επισυναπτόμενο φάκελο επιστροφής μέχρι.....

Εάν έχετε απορίες ή ερωτήσεις για τη μελέτη ή τις διαδικασίες, παρακαλώ επικοινωνείτε οποιαδήποτε στιγμή ελεύθερα μαζί μου στο email [nikvasilakis10@gmail.com](mailto:nikvasilakis10@gmail.com).

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε και την πολύτιμη βοήθειά σας για την περαιτέρω καθιέρωση και οικοδόμηση του τομέα της οργάνωσης-διαχείρισης του αθλητισμού στη χώρα μας.

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία σας,

Βασιλάκης Νικόλαος  
Μεταπτυχιακός φοιτητής

## Επιστολή υπενθύμισης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ  
ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Λεωφόρο. Ευσταθίου και Σταματικής Βαλιώτη &  
Πλαταιών

Τηλ. 27310 89662, 2731089658, Φαξ: 27310 89657

Σπάρτη, .....

Προς

Κ.....  
.....

Θέμα: *Διεξαγωγή έρευνας*

Αγαπητή (έ) «Κύριε (α)»

Πριν μερικές εβδομάδες (.....), σας απέστειλα ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε για να προσδιορίσει «*Διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών: Μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών Φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης*»; και δεν πήρα κάποια απάντηση.

Θα ήθελα να επισημάνω ότι παρά το ότι έχω ανάγκη όλων των απαντήσεων, μόνο λίγα άτομα ανταποκρίθηκαν.

Σας αποστέλλω ένα καινούργιο αντίγραφο του ερωτηματολογίου και θα με βοηθούσατε πάρα πολύ αν διαθέτατε μόνο 30 λεπτά για να το συμπληρώσετε.

Σας ευχαριστώ για τη συνεργασία σας

Βασιλάκης Νικόλαος  
Μεταπτυχιακός φοιτητής



Πίνακας 5. Το ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου

1	Οι πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα.
2	Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες δεσμεύεται να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έλθει το ΕΚΑΒ.
3	Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ιδίων και της οικογένειάς τους.
4	Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα.
5	Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό.
6	Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση.
7	Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης.
8	Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται καλές εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού.
9	Αν εφαρμόζεται καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται 5 εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις και ακολουθούνται από 1 τεχνητή αναπνοή.
10	Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται.
11	Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία.
12	Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία αυτό που ανησυχεί είναι περισσότερο ο κίνδυνος μόλυνσης παρά η αιμορραγία.
13	Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία είναι η εφαρμογή αντισηπτικού για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης.
14	Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδησή του το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δε μπορεί το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του.
16	Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή.
17	Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι, στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα.
18	Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πει μόνο νερό.
19	Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα 30 εκατοστά από το έδαφος.
20	Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος.

21	Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού.
22	Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους.
23	Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση.
24	Ένα παιδί που κατάπιε οποιαδήποτε ουσία απαιτείται η πρόκληση εμετού.
25	Αν το παιδί κατάπιε διορθωτικό υγρό (Blanco) είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος.

**Ερωτήσεις που προστέθηκαν στο ερωτηματολόγιο της κ. Αλεξανδροπούλου**

<b>A/A</b>	<b>Ερώτηση</b>	<b>Σωστό</b>	<b>Λάθος</b>	<b>Δεν γνωρίζω</b>
1	Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ασθενούς.			
2	Ένας ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει, χωρίς υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ΚΑΡΠΑ.			
3	Αν δεν μπορείτε να παρέχετε αναπνοές διάσωσης σε ασθενή που δεν αναπνέει ή δεν αισθάνεστε άνετα να το κάνετε, θα πρέπει να μην κάνετε τίποτε απολύτως.			
4	Σύμπτωμα είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.			
5	Εάν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού Επείγοντος (166) είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.			
6	Όσον αφορά στην κατάσταση ενός ασθενούς κατά την εκτίμηση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού, ένδειξη είναι κάτι που σας αναφέρει ο πάσχων ότι δεν πάει καλά.			
7	Η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			
8	Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, ο επίδεσμος δένεται πολύ σφιχτά.			
9	Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η χρήση των σημείων πίεσης.			
1	Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ασθενούς.			
2	Ένας ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει, χωρίς υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ΚΑΡΠΑ.			
3	Αν δεν μπορείτε να παρέχετε αναπνοές διάσωσης σε ασθενή που δεν αναπνέει ή δεν αισθάνεστε άνετα να το κάνετε, θα πρέπει να μην κάνετε τίποτε απολύτως.			
4	Σύμπτωμα είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.			
5	Εάν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού Επείγοντος (166) είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.			
6	Όσον αφορά στην κατάσταση ενός ασθενούς κατά την εκτίμηση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού, ένδειξη είναι κάτι που σας αναφέρει ο πάσχων ότι δεν πάει καλά.			

7	Η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			
8	Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, ο επίδεσμος δένεται πολύ σφιχτά.			
9	Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η χρήση των σημείων πίεσης.			
10	Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.			
11	Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή			
12	Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του			
13	Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού με τη μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόι			
14	Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση			
15	Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή			
16	Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών			
17	Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου			
18	Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου			
19	Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο			
20	Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα διατηρώντας έτσι τους αεραγωγούς ανοικτούς			
21	Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής			
22	Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα			
24	Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό			

**Ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν μετά την διερευνητική παραγοντική ανάλυση**

<b>A/A</b>	<b>Ερώτηση</b>	<b>Σωστό</b>	<b>Λάθος</b>	<b>Δεν γνωρίζω</b>
1	Η μέθοδος της κλίσης της κεφαλής και του ανασηκώματος του σαγονιού χρησιμοποιείται για να ανοίξετε τον αεραγωγό ενός ασθενούς.			
2	Ένας ασθενής που δεν έχει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει, χωρίς υποψία τραυματισμού στη σπονδυλική θα πρέπει να υποβληθεί αμέσως σε ΚΑΡΠΑ.			
3	Αν δεν μπορείτε να παρέχετε αναπνοές διάσωσης σε ασθενή που δεν αναπνέει ή δεν αισθάνεστε άνετα να το κάνετε, θα πρέπει να μην κάνετε τίποτε απολύτως.			
4	Σύμπτωμα είναι η μη υγιής κατάσταση σώματος.			
5	Εάν οι υπηρεσίες αντιμετώπισης ιατρικού Επείγοντος (166) είτε καθυστερούν είτε δεν είναι διαθέσιμες, μπορεί να χρειαστεί να παρέχετε βοήθεια σε έναν τραυματία χρησιμοποιώντας δευτεροβάθμια φροντίδα.			
6	Όσον αφορά στην κατάσταση ενός ασθενούς κατά την εκτίμηση μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού, ένδειξη είναι κάτι που σας αναφέρει ο πάσχων ότι δεν πάει καλά.			
7	Η εκτίμηση πρώτων βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			
8	Κατά την τοποθέτηση επιδέσμου σε μια πληγή στο χέρι, το μπράτσο, το πόδι ή την πατούσα, ο επίδεσμος δένεται πολύ σφιχτά.			
9	Η μέθοδος διαχείρισης της σοβαρής αιμορραγίας είναι η χρήση των σημείων πίεσης.			

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

### ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Διαχείριση σεμιναρίων πρώτων βοηθειών: Μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών φυσικής αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης;**

*Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος διδακτορικής έρευνας που εκπονείται από το Τμήμα Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Τα στοιχεία των απαντήσεων που θα συγκεντρωθούν θα αναλυθούν, για να διαπιστώσουν κατά πόσο η διαχείριση των σεμιναρίων πρώτων βοηθειών στο πλαίσιο ενός εκπαιδευτικού προγράμματος πιστοποίησης, μπορεί να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των Εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, τόσο στο σχολικό περιβάλλον, όσο και τους άλλους χώρους δραστηριοποίησης τους.*

*Όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου θα αντιμετωπιστούν ως ανώνυμα και εμπιστευτικά. Η ανταπόκρισή σας είναι απαραίτητη για την επιτυχία της έρευνας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.*

Παρακαλώ σημειώστε με **X** την απάντησή σας στην αντίστοιχη ερώτηση.

#### Μέρος πρώτο: Γνώσεις πρώτων βοηθειών

	Ερώτηση	Σωστό	Λάθος	Δεν γνωρίζω
1	Οι Πρώτες Βοήθειες είναι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει πριν το ασθενοφόρο, γιατρό, ή άλλο ειδικό.			
2	Οι Πρώτες Βοήθειες υποκαθιστούν μερικώς την ιατρική φροντίδα.			
3	Η εκτίμηση Πρώτων Βοηθειών είναι η αντιμετώπιση περιστατικών που απειλούν άμεσα τη ζωή.			
4	Αυτός που παρέχει Πρώτες Βοήθειες πρέπει να μείνει με το παιδί μέχρι να παρουσιασθεί κάποιος με ανάλογες ή καλύτερες γνώσεις ή μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ.			
5	Όταν παρέχετε Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά είναι απαραίτητη η συγκατάθεση των ίδιων και της οικογένειάς τους.			
6	Η κύρια λειτουργία της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είναι για να ανακτήσει το παιδί την αναπνοή του.			
7	Ο στόχος στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι να ανοίξετε τους αεραγωγούς του παιδιού χρησιμοποιώντας την μέθοδο της κλίσης του κεφαλιού προς τα πίσω και ανασηκώνοντας το σαγόνι.			

8	Ο έλεγχος της ύπαρξης αναπνοής σε παιδί με απώλεια συνείδησης γίνεται βλέποντας, ακούγοντας και αισθανόμενος την κίνηση του αέρα και του θώρακα.			
9	Σε περίπτωση άμεσης ανάγκης ο σφυγμός ελέγχεται στον καρπό.			
10	Σε παιδί που κινδυνεύει, για να είναι αποτελεσματική η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση.			
11	Η βασική αρχή σε περίπτωση που ένα παιδί δεν έχει αναπνοή και σφυγμό είναι να κληθεί πρώτα το ΕΚΑΒ και στη συνέχεια να γίνει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.			
12	Ο έλεγχος της κυκλοφορίας είναι η πρώτη ενέργεια πριν την έναρξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.			
13	Η καλύτερη ένδειξη ότι γίνονται αποτελεσματικές θωρακικές συμπίεσεις είναι η αλλαγή στο χρώμα του παιδιού.			
14	Αν εφαρμόζεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ένα άτομο γίνονται 5 θωρακικές συμπίεσεις και ακολουθούνται από μία τεχνητή αναπνοή.			
15	Κάθε φορά που πραγματοποιείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, η καρδιά του παιδιού ξεκινά και πάλι επαναφέροντας το παιδί στη ζωή.			
16	Κατά την εφαρμογή θωρακικών συμπίεσεων δεν υπάρχει πιθανότητα τυχόν επιπλοκών.			
17	Αν δεν μπορείτε να δώσετε αναπνοές διάσωσης σε παιδί που δεν αναπνέει, τότε συνεχίζετε κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις. Αυτές θα είναι ευεργετικές βοηθώντας την κυκλοφορία του αίματος και την παροχή ποσότητας οξυγόνου.			
18	Οι αναπνοές διάσωσης μπορεί να προσφέρουν οξυγόνο στο παιδί αρκετό για την υποστήριξη ενός παιδιού που δεν αναπνέει.			
19	Αν ένα παιδί τραυματιστεί και εμφανίσει μεγάλη εξωτερική αιμορραγία χρειάζεται να εφαρμοστεί άμεση συνεχόμενη πίεση με επιθέματα χωρίς αυτή να διακόπτεται.			
20	Όταν τρέχει αίμα από τη μύτη του παιδιού του λέμε να γείρει προς τα πίσω και περιμένουμε να σταματήσει η αιμορραγία.			
21	Σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία αυτό που ανησυχεί περισσότερο είναι ο κίνδυνος μόλυνσης παρά η αιμορραγία.			
22	Η πρώτη κίνηση σε τραύμα με μικρή εξωτερική αιμορραγία είναι η εφαρμογή αντισηπτικού για να αντιμετωπιστεί ο κίνδυνος μόλυνσης.			
23	Όταν υπάρχει ξένο σώμα στο λαιμό και το παιδί διατηρεί τη συνείδηση του το ενθαρρύνουμε να βήξει και αν δεν μπορεί το χτυπάμε στην πλάτη ή πιέζουμε την κοιλιά του.			
24	Σε τσίμπημα μέλισσας αφαιρούμε το κεντρί πιέζοντας τη περιοχή του τσιμπήματος και μετά τοποθετούμε κορτιζονούχο αλοιφή.			
25	Αν έχει σφηνωθεί ξένο σώμα στο μάτι στο αυτί ή στη μύτη προσπαθούμε να το βγάλουμε με πολύ λεπτούς χειρισμούς και ύστερα επιδένουμε την περιοχή με γάζα.			
26	Σε παιδί με ιστορικό άσθματος που εμφανίζει δύσπνοια προσπαθούμε να το ηρεμήσουμε και του δίνουμε να πιεί μόνο			

	νερό.			
27	Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο.			
28	Αν ένα παιδί λιποθυμήσει χρειάζεται να μείνει ξαπλωμένο με τα πόδια ανυψωμένα 30 εκατοστά από το έδαφος.			
29	Αν ένα παιδί χωρίς ιστορικό αλλεργίας μετά από τσίμπημα εντόμου εμφανίσει έντονο κνησμό αρκεί η τοποθέτηση κορτιζονούχου αλοιφής στο σημείο του τσιμπήματος.			
30	Αν ένα παιδί βρίσκεται κάτω από τον ήλιο αρκετή ώρα χωρίς καπέλο και παρουσιάσει συμπτώματα ηλίασης (πονοκέφαλο, ναυτία, ζεστό δέρμα κλπ) πρέπει να παραμείνει επί τόπου να βρεχτεί με νερό και να πιει πολλά υγρά.			
31	Αν ένα παιδί πέσει και δημιουργηθεί μώλωπας στο πόδι του χρειάζεται η τοποθέτηση ψυχρού επιθέματος και η ανύψωση του ποδιού.			
32	Η πρώτη ενέργεια σε περίπτωση κλειστού ή ανοικτού κατάγματος είναι η ακινητοποίηση του μέλους.			
33	Σε υποψία κατάγματος της σπονδυλικής στήλης μετακινούμε και τοποθετούμε το παιδί σε ύπτια θέση.			
34	Σε παιδί που κατάπιε οποιαδήποτε ουσία απαιτείται η πρόκληση εμετού.			
35	Αν το παιδί κατάπιε διορθωτικό υγρό (Blanco) είναι απαραίτητη η χορήγηση γάλακτος.			
36	Αν ένα παιδί πάθει επιληπτική κρίση προσπαθούμε να του βάλουμε κάτι στο στόμα για να διατηρήσουμε τους αεραγωγούς ανοικτούς.			
37	Αν ένα παιδί έχει πολλές επιληπτικές κρίσεις την εβδομάδα, αυτές δεν το εμποδίζουν να συμμετέχει σε αθλήματα επαφής.			
38	Κατά τη διάρκεια πνιγμού στο νερό, το παιδί αναπνέει νερό στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η μεταφορά οξυγόνου στο αίμα.			
39	Ο στόχος των Πρώτων Βοηθειών στον πνιγμό είναι να μεταφερθεί το παιδί έξω από το νερό.			
40	Μετά την ανάκτηση από τον πνιγμό το παιδί πρέπει να προστατευθεί από την υποθερμία.			

## Μέρος δεύτερο: Δημογραφικές πληροφορίες

Φύλο:

Άντρας .....

Γυναίκα.....

Ηλικία

.....

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η.....

Έγγαμος/η ή σε συμβίωση.....



Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση/ή σε χηρεία.....

Είδος εργασιακής σχέσης:

Μόνιμος/η.....

Αναπληρωτής/τρια.....

Ωρομίσθιος/α, ΕΣΠΑ, άλλο.....

Έτη εργασίας

.....

Ώρες εργασίας ανά ημέρα

.....

Θέση ευθύνης

Διευθυντής.....

Υποδιευθυντής.....

Μόνο Καθηγητής Φυσικής Αγωγής.....

Μορφωτικό επίπεδο:

Πτυχίο ΦΑ, Δεύτερο πτυχίο.....

Μάστερ.....

Διδακτορικό....

Κύρια επαγγελματική δραστηριότητα

Καθηγητής Φυσικής Αγωγής.....

Προπονητής.....

Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια πρώτων βοηθειών;

Ναι .....

Όχι.....

Συνέβη σε κάποια φάση της υπηρεσίας σας κάποιο ατύχημα επείγουσας βοήθειας;

Ναι.....

Όχι.....

Κληθήκατε ποτέ να δώσετε πρώτες βοήθειες;

Ναι .....

Όχι.....

Γνωρίζετε τι είναι πιστοποίηση στις πρώτες βοήθειες;

Ναι .....

Όχι.....

Εργάζεστε σε σχολείο με ΑμεΑ;

Ναι .....

Όχι.....

## ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

1. Ποιά είναι η άποψή σας για τις πρώτες βοήθειες στο σχολικό περιβάλλον; Θεωρείτε ότι είναι υπεύθυνοι όλοι οι εκπαιδευτικοί; Εξηγείστε τους λόγους.
2. Πιστεύετε ότι όλοι οι πολίτες πρέπει να πιστοποιούνται κάθε 2 χρόνια στις πρώτες βοήθειες; Εξηγείστε την άποψή σας.
3. Ποιά είναι η άποψή σας σχετικά με το νέο νομοθετικό πλαίσιο για τη χρήση του απινιδωτή σε δημόσιους χώρους;
4. Ποιοί είναι οι φορείς που κατά τη γνώμη σας εμπλέκονται στο χώρο των πρώτων βοηθειών;
5. Αν γνωρίζατε ότι θα προγραμματιζόταν ένα σεμινάριο πρώτων βοηθειών, θα θέλατε να πάρετε μέρος; Εξηγείστε την άποψή σας.
6. Ιεραρχήστε και αξιολογήστε τους εμπλεκόμενους φορείς σύμφωνα με την καταλληλότητα εμπλοκής στα πεδία δραστηριότητας των πρώτων βοηθειών. Εξηγείστε τις απόψεις σας για τον κάθε φορέα.
7. Πιστεύετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες, γιατί τα ασθενοφόρα (166), είναι διαθέσιμα όλη την ημέρα και ανταποκρίνονται πολύ γρήγορα; Εξηγείστε την άποψή σας.
8. Πιστεύετε ότι ο διδάσκων πρέπει να παίζει σημαντικό ρόλο όταν συμβεί ένα ατύχημα στην τάξη, που χρειάζεται πρώτες βοήθειες; Εξηγείστε την άποψή σας.

9. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητο όχι μόνο ως εκπαιδευτικός, αλλά και ως πολίτης να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες για να προστατέψετε την οικογένειά σας, αλλά και τον εαυτό σας; Εξηγείστε την άποψή σας.
10. Νομίζετε ότι δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζετε πρώτες βοήθειες, αφού μπορεί να υπάρχει στο σχολείο ένας διδάσκων ή κάποιος από το διοικητικό προσωπικό, που να γνωρίζει πρώτες βοήθειες καλύτερα από εσάς; Εξηγείστε την άποψή σας.
11. Προσθέστε ελεύθερα οποιαδήποτε άλλη πληροφορία πιστεύετε ότι σχετίζεται με το θέμα των πρώτων βοηθειών.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

### ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

#### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

- **Τι εννοούμε όταν λέμε πρώτες βοήθειες;**

Πρώτες βοήθειες είναι οι άμεσες ενέργειες που γίνονται με σκοπό να βοηθηθεί ένα άτομο που κινδυνεύει, πριν από το ασθενοφόρο, γιατρό ή άλλο ειδικό.

- **Ποιοι είναι οι στόχοι των πρώτων βοηθειών;**

Να διατηρήσουν το πάσχον άτομο στη ζωή.

Να βοηθήσουν στην ανάνηψή του.

Να περιορίσουν τις συνέπειες του τραυματισμού ή της πάθησης

- **Ποιες είναι οι ευθύνες του υπεύθυνου διάσωσης (Υ.Δ.), όταν δίνει τις πρώτες βοήθειες;**

Να εκτιμήσει την κατάσταση του πάσχοντα και να καλέσει ιατρική βοήθεια.

Να αναγνωρίσει με ακρίβεια το πρόβλημα του πάσχοντος.

Να δώσει σωστή άμεση βοήθεια.

Να φροντίσει για τη μεταφορά του πάσχοντα στο σπίτι του, σε γιατρό ή σε Νοσοκομείο.

Να παραμείνει με τον πάσχοντα μέχρι να έλθει βοήθεια από ειδικό.

Να δώσει βοήθεια πάρα πέρα αν χρειαστεί.

- **Πώς θα εμπνεύσει εμπιστοσύνη ο Υ.Δ. όταν δίνει τις πρώτες βοήθειες;**

Πρέπει να μιλά συνέχεια στον πάσχοντα.

Να εξηγεί τι πρέπει να κάνει.

Να απαντά στις ερωτήσεις, που του γίνονται.

Να κρατάει το χέρι του πάσχοντα.

Να τον ενθαρρύνει συνέχεια.

Αν είναι παιδί, πρέπει να μιλήσει πρώτα σε κάποιον που αυτό του έχει πολύ εμπιστοσύνη.

Δεν πρέπει το παιδί να απομακρύνεται από από τον πατέρα ή τη μητέρα.

Πρέπει να του μιλάει άμεσα κι όχι πίσω από την πλάτη του.

- **Ποιες είναι οι ενέργειες του Υ.Δ. σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης;**

Να εκτιμήσει την κατάσταση.

Να εξασφαλίσει την ασφάλεια της περιοχής.

Να δώσει τις πρώτες βοήθειες.

Να καλέσει βοήθεια.

Να ελέγξει τα συναισθήματά του.

Να δώσει χρόνο στον εαυτό του να σκεφθεί.

Να μην εκθέσει τον εαυτό του σε κίνδυνο.

Να χρησιμοποιήσει την απλή λογική

Να μην τα κάνει όλα μόνος του.

## 2. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΑΓΟΥ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- **Τι επιδράσεις προκαλεί ο πάγος;**

1. Τοπική αγγειοσύσπαση.
2. Μείωση σύνθεσης και συσσώρευσης του οιδήματος.
3. Μείωση στην ταχύτητα μετάδοσης νευρικών ερεθισμάτων.
4. Αρχική μείωση στην κυκλοφορία του αίματος.
5. Μείωση στο μεταβολισμό.
6. Μείωση τοπικής θερμοκρασίας.
7. Μείωση στην απελευθέρωση λευκοκυττάρων και φαγοκυττάρων.
8. Ελάττωση του κολλώδους των μυών.
9. Μείωση μυϊκής διεγερσιμότητας.
10. Μείωση στη λεμφική και φλεβική παροχέτευση .
11. Μείωση στην εκτόνωση της μυϊκής ατράκτου.
12. Ακραίες αναισθητικές επιδράσεις.

- **Ποιος είναι ο χρόνος και η διάρκεια εφαρμογής του πάγου στις οξείες κακώσεις των των μαλακών μορίων ;**

- Χρόνος εφαρμογής: 3-5 φορές την ημέρα για 2-3 ημέρες.
- Διάρκεια εφαρμογής: 15-20 λεπτά τη φορά.

- **Πότε δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ο πάγος στις πρώτες Βοήθειες;**

Ο πάγος στις Πρώτες Βοήθειες δεν πρέπει να χρησιμοποιείται:

- Σε άτομα που είναι αλλεργικά στην αίσθηση του κρύου.
- Σε περιοχές με μειωμένη αισθητικότητα.
- Σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα.
- Σε άτομα που έχουν υποστεί έμφραγμα ( μόνο μετά από 6 μήνες από την ημέρα προσβολής τους).

- **Σε ποιες ανατομικές περιοχές δεν πρέπει να γίνεται εφαρμογή πάγου;**

**Οι ανατομικές περιοχές που δεν πρέπει να γίνεται εφαρμογή πάγου είναι:**

- Η ιγνυακή περιοχή.
- Η έξω πλευράς γόνατος.
- Η μηροβουβωνική χώρα.
- Ο αγκώνας.

- **Τι γνωρίζετε για τα ψυκτικά σπρεϋ;**

Τα ψυκτικά σπρεϋ είναι χημικές ουσίες, που βρίσκονται μέσα σε φιαλίδιο σε αέρια μορφή και όταν ψεκάσθουν υγροποιούνται. Αυτά που χρησιμοποιούνται ευρέως στις αθλητικές κακώσεις, είναι το φθοριούχο μεθάνιο και χλωριούχο αιθύλιο. Τα ψυκτικά σπρεϋ είναι αναισθητικά και δεν προκαλούν τις φυσιολογικές επιδράσεις που έχει το κρύο μέσο (πάγος). Η ελάττωση του πόνου είναι παροδική και χρησιμοποιείται για να ανακουφίσει τον πάσχοντα, μέχρι να χρησιμοποιηθούν άλλα μέσα θεραπείας.

- **Πως χρησιμοποιούνται τα ψυκτικά σπρεϋ;**

- Ο ψεκασμός γίνεται κάθετα σε απόσταση περίπου 40 εκατ. από την περιοχή του τραυματισμού και πρέπει να διαρκεί μέχρι ένα λεπτό.

- Ο ψεκασμός που διαρκεί περισσότερο προκαλεί εγκαύματα.
- Με μεγάλη προσοχή ψεκάζονται περιοχές, όπως το πρόσωπο ή ο θώρακας.
- Η χρήση των ψυκτικών αποφεύγεται σε τραυματισμούς σε αρθρώσεις.

### **3. Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΔΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΤΥΠΩΝ ΝΑΡΘΗΚΩΝ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ**

- **Τι είναι περιδέση (επίδεση);**

Είναι η χρησιμοποίηση ενός ελαστικού επιδέσμου ή μιας ταινίας που κολλάει, που έχει σαν σκοπό να υποστηρίζει ένα μέλος του σώματος ή να το προστατεύσει χωρίς να είναι εμπόδιο στη λειτουργία του.

**Ποιοι είναι οι σκοποί της περιδέσης (επίδεσης);**

Οι σκοποί της περιδέσης (επίδεσης) είναι:

- Να κρατάει την προστατευτική βάτα στη θέση της.
- Να πιέζει πρόσφατους τραυματισμούς με σκοπό να ελαττωθεί η αιμορραγία και το οίδημα.
- Να προστατεύει από υποτροπές τους μυς, συνδέσμους και τένοντες.
- Να περιορίζει τις κινήσεις μιας άρθρωσης, που δεν γίνονται εκούσια και επιδεινώνουν την κατάσταση.
- Να επιταχύνει τη διαδικασία της επούλωσης, χωρίς να δίνεται ευκαιρία μεταβίβασης έντασης της κατάστασης που διαμορφώθηκε, στις περιοχές που έχουν τραυματιστεί.
- Να διατηρεί και να προστατεύει το μέλος που έχει τραυματιστεί σε ανάλογη λειτουργική θέση, κατά το προοδευτικό πρόγραμμα επιβάρυνσης.

- **Ποιός είναι ο σκοπός της χρησιμοποίησης με ελαστικό επίδεσμο;**

Ο σκοπός της χρησιμοποίησης με ελαστικό επίδεσμο είναι:

- Η στήριξη των ψυχρών επιθεμάτων στη θέση τους.
- Σαν άμεση αντιμετώπιση να βοηθήσει στην απορρόφηση του οιδήματος.

- **Πως γίνεται η εφαρμογή του ελαστικού επιδέσμου;**

Η εφαρμογή του ελαστικού επιδέσμου αρχίζει από τη περιφέρεια προς το κέντρο.

- Η αρχική πίεση είναι μεγαλύτερη και μειώνεται όσο πλησιάζει προς την πλευρά του τραυματισμού.
- Όταν δένεται η ποδοκνημική ή το χέρι, τα δάχτυλα παραμένουν έξω, ώστε αν παρατηρηθεί μείωση της κυκλοφορίας του αίματος (κυάνωση), να λυθεί.
- Αν ο πάσχων, παρά τις προφυλάξεις δεν αισθάνεται άνετα, ο επίδεσμος πρέπει να αφαιρεθεί.

- **Τι γνωρίζετε για την περιδέση με βαμβακερή ταινία που κολλάει (το γνωστό tape);**

Το tape χρησιμοποιείται:

- Προληπτικά σε υγιείς αρθρώσεις.
- Στο στάδιο της αποκατάστασης, όταν τα τραυματισμένο άτομο αρχίζει να ασκείται για να αποφύγει πιθανή υποτροπή.
- Το tape δεν χρησιμοποιείται σε οξείς τραυματισμούς.

#### 4. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

- **Ποια είναι τα μαλακά μόρια;**

Είναι οι ιστοί που δεν απεικονίζονται σε ακτινογραφία (μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, μεσοσπονδύλιοι δίσκοι, χόνδροι, μηνίσκοι, νεύρα, δέρμα),

- **Τι κακώσεις υφίστανται τα μαλακά μόρια;**

Τα μαλακά μόρια υφίστανται θλάσεις, αιματώματα, κράμπες, καθυστερημένο μυϊκό πόνο, διαστρέμματα, οξείες & χρόνιες κακώσεις τενόντων και άλλων επικουρικών μορίων.

- **Τι είναι η θλάση;**

Είναι ο τραυματισμός που συμβαίνει στην μυοτενόντια ένωση.

- **Πόσων βαθμών είναι οι θλάσεις και ποια είναι τα συμπτώματά τους;**

Οι θλάσεις είναι:

- 1<sup>ο</sup> βαθμού: Συμβαίνει μικρή αποκόλληση των μυϊκών ινών (5% περίπου).
- 2<sup>ο</sup> βαθμού: Συμβαίνει αποκόλληση μεγαλύτερου αριθμού μυϊκών ινών. Εκτός από την αποκόλληση ινών, γίνεται και ρήξη των τριχοειδών αγγείων, με συνέπεια τη δημιουργία αιματώματος.
- 3<sup>ο</sup> βαθμού: συμβαίνει πλήρης ρήξη των μυϊκών ινών, με ταυτόχρονη ρήξη των αιμοφόρων αγγείων και εκτεταμένο αιμάτωμα στην περιοχή. Τα άκρα του μυός διαχωρίζονται και στην περιοχή του τραυματισμού υπάρχει ένα κενό.
- Τα συμπτώματα σε περίπτωση θλάσης είναι πόνος, οίδημα, αιμάτωμα και λειτουργική ανεπάρκεια του τραυματισμένου μυός.

- **Ποιες είναι Πρώτες Βοήθειες σε περιπτώσεις θλάσεων;**

Οι Πρώτες Βοήθειες σε περιπτώσεις θλάσεων και άλλων κακώσεων των μαλακών μορίων είναι ελαστικός επίδεσμος και πάγος;

#### 5. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΛΙΠΟΘΥΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

- **Τι είναι η λιποθυμία;**

Λιποθυμία είναι η προσωρινή απώλεια των αισθήσεων

- **Υπάρχει αναπνοή και κυκλοφορία στη λιποθυμία;**

Σε κάθε περίπτωση ο Υ.Δ. θα πρέπει να ελέγξει για την κυκλοφορία και την αναπνοή.

- **Ποιες θα είναι οι ενέργειες του Υ.Δ. σε λιποθυμική κατάσταση;**

Ξαπλώνει τον ασκούμενο στο έδαφος και σηκώνει τα πόδια του περίπου 40 εκατοστά.

Χαλαρώνει τα ρούχα του, ειδικά αυτά γύρω από τον τράχηλο.

Τον μεταφέρει σε χώρο που αερίζεται καλά.

Όταν ανακτήσει τις αισθήσεις του τον ενθαρρύνει.

Ελέγχει πάλι για αναπνοή και κυκλοφορία και αν λιποθυμήσει πάλι, τον τοποθετεί σε κάρεκλα με το κεφάλι ανάμεσα στα γόνατα.

- **Τι εννοούμε όταν λέμε αντιδράσεις ευαισθησίας;**

Ο ασκούμενος, αθλητής, μαθητής ή το άτομο από το γενικό πληθυσμό, είναι πολλές ώρες σε όρθια θέση.

Είναι δυνατόν να αλλάζει συχνά θέση (από καθιστή σε όρθια - και αντίθετα).

Μπορεί να είναι δέκτης ευχάριστου ή δυσάρεστου γεγονότος.

Στις περισσότερες από τις αναφερόμενες περιπτώσεις, συμβαίνει μόνο λιποθυμία, ενώ υπάρχει αναπνοή και κυκλοφορία.

- **Τι συμβαίνει συνήθως στις αντιδράσεις ευαισθησίας;**

Ο ασκούμενος, αθλητής, μαθητής ή το άτομο από το γενικό πληθυσμό, είναι πολλές ώρες σε όρθια θέση.

Είναι δυνατόν να αλλάζει συχνά θέση (από καθιστή σε όρθια - και αντίθετα).

Μπορεί να είναι δέκτης ευχάριστου ή δυσάρεστου γεγονότος.

Στις περισσότερες από τις αναφερόμενες περιπτώσεις, συμβαίνει μόνο λιποθυμία, ενώ υπάρχει αναπνοή και κυκλοφορία.

- **Για ποιο λόγο συμβαίνει η λιποθυμία;**

Η λιποθυμική κατάσταση οφείλεται στην ελαττωμένη πίεση του αίματος στον εγκέφαλο

- **Ποια είναι η φυσιολογική ανταπόκριση σε κάποια αντίδραση ευαισθησίας;**

Όταν ο εγκέφαλος πάρει μήνυμα από ένα γεγονός στέλνει ερέθισμα στο πνευμονο-γαστρικό νεύρο, που νευρώνει την καρδιά, το στομάχι και τους πνεύμονες. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μείωση της ζωηρότητας του καρδιακού ρυθμού, ενώ ταυτόχρονα διατείνονται τα αγγεία στο κέντρο του σώματος. Καθώς λαβαίνει χώρα η αντίδραση αυτή, η πίεση του αίματος στον εγκέφαλο μειώνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα να επέλθει λιποθυμία

- **Ποια είναι τα συμπτώματα της λιποθυμίας;**

Αδυναμία, ζάλη ή ναυτία.

Άσπρο δέρμα.

Γρήγορη αναπνοή.

Γλοιώδες δέρμα στο άγγιγμα.

Τάση του ασκούμενου να πέσει.

- **Άτομο μετά από λιποθυμία, χάνει εκ νέου τις αισθήσεις του. Πως θα ενεργήσει ο Υ.Δ. ;**

Αν λιποθυμήσει πάλι, τον τοποθετεί σε καρέκλα με το κεφάλι ανάμεσα στα γόνατα.

## 6. ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

- **Τι είναι αιμορραγία;**

Είναι η απώλεια αίματος από τις αρτηρίες, φλέβες και τριχοειδή αγγεία.

- **Τι προκαλεί η απώλεια αίματος;**

Αν τα αγγεία για οποιοδήποτε λόγο υποστούν ρήξη, τότε θα λάβει χώρα αιμορραγία.

- **Πόση ποσότητα αίματος μπορεί να δώσει ένας ενήλικας χωρίς να προκληθεί πρόβλημα;**



Ένας ενήλικας μπορεί να δώσει μία ποσότητα περίπου 500 ml αίμα σε χρονικό διάστημα 15-20 λεπτών, με ανάλογη προσαρμογή του σώματος.

- **Πόση ποσότητα αίματος πρέπει να χαθεί για να προκληθεί σοκ;**

Η ταχεία απώλεια αίματος πάνω από 10% (για ενήλικα 600 ml, για παιδί 200-300 ml, ενώ για νήπιο 25-30 ml), μπορεί να προκαλέσει σοκ.

- **Τι είναι ανοικτή και τι κλειστή πληγή;**

Πληγή: είναι η ασυνήθιστη τομή στο δέρμα ή την επιφάνεια του σώματος.

Ανοικτή πληγή: είναι η πληγή εις την οποίαν το αίμα και τα συστατικά του ρέουν από ανοικτή τομή του δέρματος, που είναι σε επαφή με το περιβάλλον.

Κλειστή πληγή: είναι η πληγή εις την οποίαν το αίμα και τα συστατικά του, δεν έρχονται σε επαφή με το περιβάλλον, παρ' ότι διαφεύγουν από το κυκλοφορικό σύστημα.

- **Τι είναι το κόψιμο ενός ιστού η αγγείου;**

Τα αγγεία κόβονται συνήθως από λάμα ή σπασμένο γυαλί και η αιμορραγία είναι εκτεταμένη.

- **Τι είναι το θλαστικό τραύμα;**

Καταστρέφονται οι ιστοί εξ αιτίας της σύνθλιψης του δέρματος και υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης.

- **Τι είναι η εκδορά;**

Συμβαίνει ξύσιμο του δέρματος από κάψιμο λόγω τριβής, από πτώση (όπως στο ποδόσφαιρο) και από άλλα ξένα σώματα (υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης).

- **Τι είναι ο μωλωπισμός;**

Η αιτία είναι ένα θλιπτικό φορτίο, μετά την εφαρμογή του οποίου σπάνε τα υποδόρια αγγεία.

- **Αναφέρατε τα είδη αιμορραγίας.**

Αρτηριακή: το αίμα έχει έντονο κόκκινο χρώμα και διαφεύγει από την πληγή ρυθμικά.

Φλεβική: το αίμα έχει σκούρο κόκκινο χρώμα και διαφεύγει από την πληγή με μικρότερη πίεση.

Τριχοειδική: η αιμορραγία των τριχοειδών σε όλες τις πληγές (δεν υπάρχει μεγάλη απώλεια αίματος).

- **Σε πόσο χρονικό διάστημα σταματάει η αιμορραγία;**

Στις περισσότερες περιπτώσεις η αιμορραγία σταματάει σε 6 με 10 λεπτά.

- **Με ποια τεχνική είναι δυνατόν να σταματήσει η εξωτερική αιμορραγία;**

Η εξωτερική αιμορραγία είναι δυνατόν να ελεγχθεί: 1) με άμεση πίεση, 2) με πίεση σε σημείο πίεσης και 3) με αιμοστατικό περιδέμα.

- **Περιγράψτε τη διαδικασία της άμεσης εφαρμογής της πίεσης για το σταμάτημα της αιμορραγίας.**

Πίεση της πληγής με καθαρά χέρια, γάζα ή ρούχο.

Εφαρμογή σταθερής πίεσης.

Δεν αφαιρείται ο θρόμβος του αίματος (το πηγμένο αίμα της πληγής).

Αν χρησιμοποιηθεί γάζα και ποτιστεί με αίμα, δεν αφαιρείται, αλλά προστίθεται κι άλλη.

Αν το μέλος που αιμορραγεί είναι άκρο, ανυψώνεται πάνω από το επίπεδο της καρδιάς.

Αν υπάρχει υποψία για κάταγμα, η προηγούμενη ενέργεια δεν εφαρμόζεται.

αν η αιμορραγία σταματήσει, η γάζα σταθεροποιείται με δέσιμο στην πληγή.

- **Πότε θα χρησιμοποιηθούν τα ειδικά σημεία πίεσης για το σταμάτημα της αιμορραγίας;**

Αν η αιμορραγία δεν σταματήσει μετά την εφαρμογή της άμεσης πίεσης, τότε χρησιμοποιείται η τεχνική κατά την οποία η πίεση ασκείται στην αρτηρία που εφοδιάζει με αίμα την αιμορραγούσα πληγή.

- **Γιατί είναι επικίνδυνη η εσωτερική αιμορραγία;**

Γιατί είναι δύσκολο να αντιμετωπισθεί και μπορεί να οδηγήσει τον πάσχοντα στον θάνατο.

- **Τι προκαλεί εσωτερική αιμορραγία στις αθλητικές δραστηριότητες;**

Μπορεί να προέλθει από:

Οξύ μυϊκό ή τενόντιο τραυματισμό.

Έλκος στομάχου.

Ρήξη του εντέρου.

Αιμάτωμα ή ρήξη στα νεφρά ή την κύστη.

Κλειστό κάταγμα (λεκάνη).

Θλαστικό τραύμα στην σπλήνα ή το συκώτι.

- **Αναφέρατε 3-4 συμπτώματα σε εσωτερική αιμορραγία.**

Έμετός όμοιος με το κατακάθι του καφέ.

Ύεκκριση αίματος με τον βήχα.

Μαύρα κόπρανα με κόκκινο αίμα.

Ωχρότητα του πάσχοντα.

Δέρμα γλοιώδες και ψυχρό.

Σφυγμός γρήγορος και αδύναμος.

Ανησυχία και πονοκέφαλος.

Φόβος.

Δίψα και ενίοτε διανοητική σύγχυση.

- **Αν ο πάσχων από εσωτερική αιμορραγία έχει αναπνοή και κυκλοφορία πως ενεργεί ο Υ.Δ.;**

Καλείται ιατρική βοήθεια.

A A K (αεραγωγοί, αναπνοή, κυκλοφορία).

Ξαπλώνεται ο πάσχων κάτω.

Ανυψώνονται τα πόδια του όπως στην λιποθυμία, αν έχει αναπνοή και κυκλοφορία.

Αν κάνει εμετό, τοποθετείται στη θέση ανάνηψης.

Αν έχει πρόβλημα με την αναπνοή, τοποθετείται σε τέτοια θέση για να διατηρηθούν οι αεραγωγοί ανοικτοί.

Αν μετά την ανύψωση των σκελών πονάει περισσότερο, η θέση αυτή εγκαταλείπεται.

Ο πάσχων διατηρείται ζεστός με κάποια κουβέρτα .

Αν η ιατρική βοήθεια καθυστερήσει, δίνεται στον πάσχοντα να πει λίγο νερό.  
Υγρά δεν χορηγούνται σε περίπτωση που υπάρχει πληγή στην κοιλιά, σπασμοί ή τραυματισμός στο κεφάλι.

Αν ο πάσχων κάνει εμετό σταματάει η χορήγηση υγρών.

- **Πως ενεργεί ο Υ.Δ. σε αιμορραγία από τη μύτη;**

Ο πάσχων τοποθετείται σε καθιστή θέση με το κεφάλι γερμένο μπροστά.

Δεν επιτρέπεται η συνηθισμένη ενέργεια έκτασης του κεφαλιού, γιατί το αίμα θα φτάσει στο πίσω μέρος της τραχείας και θα προκαλέσει εμετό.

Κρατάει τη μύτη του από το ηθμοειδές οστό.

Επιχειρεί να αναπνεύσει από το στόμα, γιατί με τον τρόπο αυτό θα μειώσει το άγχος.

Για να δημιουργηθεί ο θρόμβος με τον οποίο το αίμα θα πήξει και η αιμορραγία θα σταματήσει, δεν πρέπει να φτερνιστεί, να βήξει, να καταπιεί ή ακόμα και να μιλά.

Του δίνει ένα καθαρό πανί ή χαρτομάντιλο για να σκουπίζεται.

Η αιμορραγία σταματάει μετά από 10 λεπτά.

Αν στο χρονικό αυτό διάστημα δεν έχει σταματήσει η αιμορραγία, η μύτη πιέζεται για άλλα 10 λεπτά.

Όταν η αιμορραγία ελεγχθεί και ενώ ο πάσχων παραμένει στην αρχική θέση, η περιοχή γύρω από το στόμα καθαρίζεται με χλιαρό νερό.

Δίνονται συμβουλές στον πάσχοντα να ξεκουραστεί και να αποφύγει τη σωματική άσκηση και ιδιαίτερα να μη φυσήσει τη μύτη του.

Αν ένα άτομο αιμορραγεί συχνά από τη μύτη, πρέπει να επισκεφθεί ένα γιατρό.

- **Πως ενεργεί ο Υ.Δ. σε αιμορραγία από το αυτί;**

Ο πάσχων τοποθετείται σε καθιστή θέση με το κεφάλι σε κάμψη προς το τραυματισμένο μέρος.

Καλύπτεται το αυτί με καθαρά χέρια, γάζα ή ρούχο, ενώ η εφαρμογή της πίεσης είναι σταθερή και φροντίζει για τη μεταφορά του πάσχοντος στο νοσοκομείο.

- **Πως ενεργεί ο Υ.Δ. σε αιμορραγία στο κρανίο;**

Πίεση της πληγής με καθαρά χέρια, γάζα ή ρούχο.

Η πίεση εφαρμόζεται σταθερά.

Δεν αφαιρείται ο θρόμβος του αίματος (το πηγμένο αίμα της πληγής).

Αν χρησιμοποιηθεί γάζα και ποτιστεί με αίμα, δεν αφαιρείται, αλλά προστίθεται κι άλλη.

Αν η αιμορραγία σταματήσει, η γάζα σταθεροποιείται με δέσιμο στην πληγή, με χρησιμοποίηση τριγωνικού επιδέσμου

- **Αναφέρατε τις αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν κοιλιακή αιμορραγία.**

Αποβολή ή έκτρωση.

Τραυματισμό μετά από σεξουαλική επίθεση.

Κόπωση μετά από τον τοκετό (πρώτες ημέρες όταν η έγκυος είχε αποκτήσει υπερβολικό βάρος).

- **Ποιος είναι ο στόχος των πρώτων βοηθειών σε κοιλιακή αιμορραγία;**

Ο στόχος της άμεσης αντιμετώπισης είναι να δοθεί θάρρος στη γυναίκα για να νιώσει ασφαλής και άνετη.

## **Βιβλιογραφία**

*Ελληνική και ξενόγλωσση*

*ACEP first Aid manual* (2001). DK Adult Publ., USA.

*AMA handbook of first aid and medical care* (2009). Random House, USA.

*Athletic training and sport medicine* (1999). American Academy of Orthopedic Surgeons. Sec Edit Park Ritz Illinois USA.

British red cross (1992). *Practical first aid*. Dorling Kind Limited London.

Emergency first response (2010). *Πρώτες βοήθειες*. Bristol, UK.

First aid manual. (1992). *Emergency procedures for everyone at home, at work or at leisure*. Dorling Kind Limited London 10-23, 1992.

*First aid for babies and children* (2006). DK Adult Publ., USA.

Flegel, M.G. (1992). *Sports first aid*. Leisure Press Champaign USA.

Gray, S. (1995). *The first aider's pocket companion*. William and Wilkins USA.

Thygerson, A.L., & Thygerson, S.M. (2011). *First aid, CPR and AED advanced*. Jones & Bartlett Learning, Publ., USA.

Στεργιούλας, Α. (1991). *Τραυματισμοί στα Σπορ*. Αθήνα: Εκδόσεις Συμμετρία.

Στεργιούλας, Α. (2005). *Βιολογία της Άσκησης*. Αθήνα: Εκδόσεις Συμμετρία.

Weston, T. (1990). *First aid and family care*. Marshall Cavendish Ltd, London.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

### ΠΡΟΚΗΡΥΞΕΙΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΩΝ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ  
& ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
ΠΡΩΤ/ΘΜΙΑΣ & ΔΕΥΤ/ΘΜΙΑΣ  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
Α΄ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π.Ε. ΑΘΗΝΩΝ  
ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ/ ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ  
Ταχ Δ/ση : Δώρου 9  
Τ.Κ. : 104 32  
E-mail: [mail@dipe-a-athin.att.sch.gr](mailto:mail@dipe-a-athin.att.sch.gr)  
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ : **Τριαντάφυλλος Β. Δούκας**  
**Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας**  
Τηλ. : 210 52.44.510, Fax.: 210 52.43.980  
Web.site://[http-a-athin.att.sch.gr](http://http-a-athin.att.sch.gr)  
[agogiygeias@yahoo.gr](mailto:agogiygeias@yahoo.gr)

ΑΘΗΝΑ, 27-4-2017

ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 8224

ΠΡΟΣ: Δημοτικά Σχολεία (έδρες τους)

ΚΟΙΝ.: Καθηγητή Απόστολο Στεργιούλα

(Παν/μιο Πελοποννήσου- Τμήμα Οργάνωσης & Διαχείρισης  
Αθλητισμού)

**ΘΕΜΑ: Σεμινάριο τριών συναντήσεων:**

**«Παροχή Πρώτων Βοηθειών στο σχολείο»**

Τετάρτη 10, 17 & 24 Μαΐου 2017, 39<sup>ο</sup> & 141<sup>ο</sup> Δημοτικό Σχολείο Αθηνών (Αχαρνών 399 & Τσουντα-

Σταθμός ΗΣΑΠ Άγιος Ελευθέριος) 17:00 π.μ. -20:00 μ.μ.

Η Α΄ Διεύθυνση Π.Ε Αθηνών (δια του υπευθύνου Αγωγής Υγείας), σε συνεργασία με το Τμήμα Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού του Παν/μίου Πελοποννήσου διοργανώνουν σεμινάριο τριών συναντήσεων για τους εκπαιδευτικούς ΠΕ 11 (Φυσικής Αγωγής) των Δημοτικών Σχολείων της Διεύθυνσής μας, με θέμα: «Παροχή Πρώτων Βοηθειών στο σχολείο».

Το σεμινάριο, το οποίο θα υλοποιηθεί από τον καθηγητή Βιολογίας της άσκησης, του Τμήματος Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού του Παν/μίου Πελοποννήσου κ. Απόστολο Στεργιούλα και θα διεξαχθεί στην αίθουσα εκδηλώσεων του 39<sup>ου</sup> & 141<sup>ου</sup> Δ.Σ. Αθηνών κατά τις ακόλουθες ημέρες και ώρες:

Συναντήσεις	Θέμα:	Ημερομηνία	Ώρες
1η	Η χρησιμότητα του πάγου και των περιδέσεων στις	Τετάρτη 10 Μαΐου 2017	17.00-20.00

	πρώτες βοήθειες (πρακτική εξάσκηση)		
2 <sup>η</sup>	Πρώτες βοήθειες σε κακώσεις μαλακών μορίων, οστών και σπονδυλικής στήλης (πρακτική εξάσκηση)	Τετάρτη 17 Μαΐου 2017	17.00-20.00
3 <sup>η</sup>	Πρώτες βοήθειες σε απώλεια αναπνοής και κυκλοφορίας (πρακτική εξάσκηση)	Τετάρτη 24 Μαΐου 2017	17.00-20.00

Σημειώνεται ότι η επιτυχής ολοκλήρωση του εν λόγω σεμιναρίου προϋποθέτει παρακολούθηση και των τριών συναντήσεων και δεν είναι δυνατή η επιλεκτική παρακολούθηση μόνο μιας ή δύο συναντήσεων.

Οι ενδιαφερόμενοι εκπαιδευτικοί ΠΕ 11 που επιθυμούν να συμμετάσχουν παρακαλούνται να αποστείλουν στο e-mail: [agogiygeias@yahoo.gr](mailto:agogiygeias@yahoo.gr) την επισυναπτόμενη αίτηση μέχρι την Παρασκευή 5 Μαΐου 2017.

**Ο Υπεύθυνος Αγωγής Υγείας, Τριαντάφυλλος Δούκας**

**Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
της Α΄ Διεύθυνσης Π. Ε. Αθηνών**

**Αναστάσιος Παπαγεωργίου**

Τρίτη, 10 Οκτωβρίου 2017

## Πρόσκληση σε επιμορφωτικό πρόγραμμα Α΄ Βοηθειών για εκπ/κούς Φυσικής Αγωγής της Δ/νσης Π.Ε. Δυτ. Αττικής

Η Διεύθυνση Π.Ε. Δυτικής Αττικής, δια της Υπεύθυνης Αγωγής Υγείας, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης & Ποιότητας Ζωής, Τμήμα Διαχείρισης & Οργάνωσης Αθλητισμού, συνδιοργανώνουν κύκλο σεμιναρίων Αγωγής Υγείας με θέμα:

### «Παροχή Α΄ Βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον από εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής»

Σκοπός των βιωματικών σεμιναρίων είναι να παρασχεθούν γνώσεις σχετικά με τις Πρώτες Βοήθειες και να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών Φυσικής Αγωγής σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, τόσο στο σχολικό περιβάλλον όσο και σε άλλους χώρους δραστηριοποίησής τους. Απευθύνεται **μόνο σε εκπαιδευτικούς Φυσικής Αγωγής (ΠΕ11)** που ανήκουν στην Δ/νση Π.Ε. Δυτικής Αττικής.

Το σεμινάριο, το οποίο θα υλοποιηθεί από τον καθηγητή Βιολογίας της άσκησης, του Τμήματος Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού του Παν/μίου Πελοποννήσου κ. **Απόστολο Στεργιούλα**, Πιστοποιημένο Εκπαιδευτής της First Emergency Response.UK..

Θα διεξαχθεί στην αίθουσα εκδηλώσεων του **9<sup>ου</sup> Δ.Σ. Ελευσίνας** (Αφών Κυπραίου 45 – τηλ. 2105546256) κατά τις ακόλουθες ημέρες και ώρες:

Συναντήσεις	Θέμα:	Ημερομηνία	Ώρες
1η	Η χρησιμότητα του πάγου και των περιδέσεων στις πρώτες βοήθειες (πρακτική εξάσκηση)	Πέμπτη 19 Οκτωβρίου 2017	16.30-19.30
2η	Πρώτες βοήθειες σε κακώσεις μαλακών μορίων, οστών και σπονδυλικής στήλης (πρακτική εξάσκηση)	Πέμπτη 2 Νοεμβρίου 2017	16.30-19.30
3η	Πρώτες βοήθειες σε απώλεια αναπνοής και κυκλοφορίας (πρακτική εξάσκηση)	Πέμπτη 9 Νοεμβρίου 2017	16.30-19.30

Σημειώνεται ότι η επιτυχής ολοκλήρωση του εν λόγω σεμιναρίου προϋποθέτει παρακολούθηση και των τριών συναντήσεων και δεν είναι δυνατή η επιλεκτική παρακολούθηση μόνο μιας ή δύο συναντήσεων.

Οι ενδιαφερόμενοι εκπαιδευτικοί ΠΕ 11 που επιθυμούν να συμμετάσχουν παρακαλούνται να συμπληρώσουν την παρακάτω ηλεκτρονική αίτηση μέχρι τη **Δευτέρα 16 Οκτωβρίου 2017**:

<https://goo.gl/forms/AQBQeYGilzx7drBr2>

**Η Υπεύθυνη Αγωγής Υγείας:**

**Σταματοπούλου Γεωργίτσα.**

**Ο Δ/ντής Δ/σης Π.Ε. Δυτικής Αττικής**

**Σπύρου Παναγιώτης**