

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ  
ΒΟΗΘΕΙΕΣ, ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ  
ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :**

**ΖΟΥΖΟΥΛΑ ΕΛΕΝΗ**

**ΚΑΨΑΛΗ ΠΑΤΑΠΙΑ - ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :**

**Δρ. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2014**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που μας στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια και μας έδωσαν την δύναμη να συνεχίσουμε να παλεύουμε και να μην πτοούμαστε από τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε και αντιμετωπίζουμε. Ευχαριστούμε, λοιπόν, όλους τους καθηγητές μας, τους νοσηλευτές (του ΓΝΠ «Ο Άγιος Ανδρέας» και του ΠΓΝΠ «Παναγία η Βοήθεια») και τους διασώστες του ΕΕΣ της Πάτρας.

Ευχαριστούμε τους γονείς μας για την ηθική υποστήριξη, την συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Ευχαριστούμε θερμά τον καθηγητή και επόπτη μας, Δρ Μπακάλη Νικόλαο, που με τη βοήθειά του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε την πτυχιακή μας εργασία, παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε.

Προσωπικά η Ελευθερία Καψάλη ευχαριστώ θερμά την κ. Βάσω Λαζουρά (ΔΕ Νοσηλεύτρια), η οποία με παρότρυνε να συνεχίσω τη νοσηλευτική μου σταδιοδρομία μετά το πέρας των λυκειακών μου σπουδών στο ΤΕΕ Νοσηλευτικής.

Τέλος, ευχαριστούμε τις προϊσταμένες των νοσοκομείων που επισκεφτήκαμε για την συγκατάθεση τους στην διεκπεραίωση της έρευνας και για την πολύτιμη βοήθεια τους, καθώς επίσης και όλους τους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες για την πρόθυμη συνεργασία τους.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στις μέρες μας που έχουν αυξηθεί τα ατυχήματα παντού, η γνώση και παροχή πρώτων βοηθειών απ' όλους και ιδίως από τους νοσηλευτές κρίνεται απαραίτητη.

**Σκοπός:** Τη διερεύνηση των γνώσεων και απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με τις πρώτες βοήθειες στα Δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας.

**Μεθοδολογία:** Κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο με 30 ερωτήσεις. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε τεστ γνώσεων με 10 ερωτήσεις. Η ερώτηση βαθμολογούνταν με 1. Δημιουργήθηκε κλίμακα βαθμολόγησης από 0 έως 10 (0 - 4.9 ελλιπείς, 5 - 6.9 καλές, 7 - 8.4 πολύ καλές, 8.5 - 10 άριστες). Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας. Το δείγμα αποτελείτο 211 νοσηλευτές που εργαζόταν σε δημόσια νοσοκομεία της Πάτρας, Αθήνας, Πειραιά, Καλαμάτα, Ηράκλειο Κρήτης, Ιωάννινα και Αλεξανδρούπολη. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS 18.

**Αποτελέσματα:** Η ηλικία των νοσηλευτών κυμαινόταν από 21 - 54 έτη ( $x= 36.8$ ), ήταν γυναίκες, εργάζονταν σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, εργάζονταν από 0,6 - 33 έτη ( $x= 12$ ), είχαν ECDL, Lower ενώ δεν είχαν ειδικότητα και μεταπτυχιακό. Σχετικά με το τεστ γνώσεων, το 46.9% των νοσηλευτών έχει πολύ καλές γνώσεις και το 35.6% έχει καλές. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (76%) έχει προσφέρει πρώτες βοήθειες, κυρίως στο χώρο εργασίας (49%) και στο δρόμο (15%). Τις γνώσεις τις έλαβαν κυρίως στα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (46%) και σε Σεμινάρια - Συνέδρια (24%). Αξιοσημείωτο είναι ότι αμφότερα (34%) του δείγματος πιστεύει ότι οι γνώσεις που έλαβαν στο προπτυχιακό επίπεδο είναι πολύ καλές και μέτριες. Επίσης, το 58% των ερωτηθέντων απάντησε ότι παρακολουθεί 1 - 2 συνέδρια/χρόνο και το 19% παρακολουθεί 3 - 5 συνέδρια/χρόνο. Ακόμα, οι νοσηλευτές διαπιστώνουν ότι στο χώρο εργασίας δεν γίνονται μαθήματα πρώτων βοηθειών (84%) ενώ δεν υπάρχει νοσηλευτής εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας τους (54%). Τέλος, η νοσηλευτική διοίκηση δεν μεριμνά για την ανανέωση των γνώσεων στις πρώτες βοήθειες (92%), δεν γνωρίζουν αν τα επαγγελματικά δικαιώματα αναφέρουν την αυτόνομη προσφορά πρώτων βοηθειών (58%) ενώ το 72% δεν έχει παρακολουθήσει το πρόγραμμα PHTLS.

**Συζήτηση:** Ενώ οι νοσηλευτές έχουν πολύ καλές γνώσεις πρώτων βοηθειών, κρίνεται επιτακτική ανάγκη οι νοσηλευτικές διοικήσεις των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων να μεριμνούν για την ανανέωση και επικαιροποίηση των γνώσεων μέσω του νοσηλευτή - εκπαίδευσης και παρακολούθησης εξειδικευμένων προγραμμάτων όπως είναι το PHTLS.

## Abstract

**Introduction:** Nowadays where accidents have everywhere increased, knowledge and first aid assistance by all and especially by nurses is essential.

**Purpose:** The investigation of nurses' knowledge and attitudes about first aid at public hospitals in Greece.

**Methodology:** A questionnaire with 30 questions was constructed. The first part included a knowledge test with 10 questions. Every question was graded with 1. A scale graded from 0 to 10 was created (0 - 4.9 incomplete, 5 - 6.9 good, 7 - 8.4 very good, 8.5 - 10 excellent). Convenience sampling was used. The sample comprised 211 nurses working in public hospitals in Patras, Athens, Piraeus, Kalamata, Heraklion, Ioannina and Alexandroupolis. The data analysis was done by the SPSS 18 program.

**Results:** Nurses' age was ranged from 21 - 54 years ( $x = 36.8$ ), were women, worked in pathological and surgical clinics, working from 0,6 - 33 years ( $x = 12$ ), had ECDL, Lower while they didn't have specialty and master degree. About the knowledge test, the 46.9 % of nurses had very good knowledge and 35.6 % had good knowledge. The vast majority of the sample (76%) has offered first aid, mainly in the workplace (49%) and on the road (15%). They mainly received the knowledge in the Educational Institutions (46%) and by seminars - conferences (24%). It is noteworthy that both (34%) of the sample believes that the knowledge received at the undergraduate level is very good and moderate. Also, 58.3% of the respondents replied that attends 1 - 2 conferences per year and 19% attends 3 - 5 conferences per year. Also, nurses note that first aid courses are not being done at the workplace (84%) while there is no nurse educator in the workplace (54%). Finally, nursing administration does not ensure the renewal of first aid knowledge (92%), did not know whether occupational rights mention the autonomous first aid offer (58%) while 72% has not attend the PHTLS course.

**Discussion:** While nurses have very good knowledge of first aid, it is imperative that hospitals' nursing administrations ensure the renewal and updating of knowledge through the training nurse and attendance of specialized programs like PHTLS.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ACEP: American College of Emergency Physicians (Αμερικ. Κολέγιο Επείγουσας Ιατρικής)

ACLS: Advanced Cardiac Life support (Εξειδικευμένη Υποστήριξη Ζωής)

ACS: American College of Surgeons (Αμερικάνικο Κολέγιο Χειρουργών)

AED: Automatic External Defibrillator (Αυτόματος Εξωτερικός Απινιδωτής)

AEI: Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα

AHA: American Heart Association (Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία)

A.M.Σ.Σ: Αυχενική Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης

ANA: American Nurses Association (Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών)

ΑΣΕΙ: Ανώτατο Στρατιωτικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ATLS: Advanced Trauma Life Support (Προηγμένη μέθοδος υποστήριξης της ζωής)

BLS: Basic Life Support (Βασική υποστήριξη της ζωής)

Γ.Ε.Ε.Θ.Α: Γενικό Επιτελείο Εθνικής Άμυνας

Γ.Ε.Σ: Γενικό Επιτελείο Στρατού

ΔΕ: Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Νοσηλευτής ή Βοηθός Νοσηλευτή

Ε.Ε.Κ.Α.Α: Ελληνική Εταιρεία Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης

Ε.Ε.Σ: Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

ΕΚΠΑ: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΝΕ: Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος

EPLS: European Pediatric Life Support (Ευρωπαϊκή Παιδιατρική Υποστήριξη Ζωής)

ERC: European Resuscitation Council (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Αναζωογόνησης)

ICN: International Council of Nurses (Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών)

IEK: Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης

I.V: Ενδοφλέβια Χορήγηση

ILS: Immediate Life Support (Άμεση Υποστήριξη της Ζωής)

ΚΑΑ ή ΚΑΡΠΑ: Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση

Μ.Δ.Ε: Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης

Μ.Δ.Ν: Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Νοσηλευτικής

NAEMT: National Association of Emergency Medical Technicians (Διεθνής Οργανισμός Τεχνικών Επείγουσας Ιατρικής)

NLS: Newborn Life Support (Υποστήριξη Ζωής Νεογέννητων)

Ο.Ε.Δ.Β: Οργανισμός Εκδόσεως Διδακτικών Βιβλίων

PHTLS: Prehospital Trauma Life Support (Προνοσοκομειακή Αντιμετώπιση Τραύματος)

ΠΕ: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης Νοσηλεύτης

Π.Μ.Σ: Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π.Φ.Υ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

SAMPLE: Symptoms, Allergies, Medications, Past medical history, Last meal, Event

Σ.Α.Ν: Σχολή Αξιωματικών Νοσηλευτικής

Σ.Ν.Ε.: Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση

Σ.Σ: Σπονδυλική Στήλη

ΤΕ: Τεχνολογικής Εκπαίδευσης Νοσηλεύτης

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

TFR: Trauma First Response (Πρώτη Αντίδραση στο Τραύμα)

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες .....	2
Περίληψη .....	3
Abstract .....	4
Συνοτομογραφίες .....	5

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 (Βιβλιογραφική Ανασκόπηση)

1.1 Εισαγωγή .....	9
1.2 Ιστορική Αναδρομή της Νοσηλευτικής .....	10
1.3 Ορισμός της Νοσηλευτικής .....	11
1.4 Νοσηλευτική Διεργασία .....	12
1.5 Νοσηλευτική Εκπαίδευση .....	15
1.5.1 Μεταπτυχιακές - Διδακτορικές Σπουδές .....	17
1.5.2 Δια βίου μάθηση - Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση .....	21
1.6 Επαγγελματικά Δικαιώματα Νοσηλευτών .....	24
1.7 Ιστορική Αναδρομή των Πρώτων Βοηθειών .....	28
1.8 Ορισμός των Πρώτων Βοηθειών .....	30
1.8.1 Λόγοι που Επιβάλλουν την Απόκτηση Γνώσεων Πρώτων Βοηθειών .....	31
1.9 Εκπαίδευση και Πιστοποίηση Παροχής Πρώτων Βοηθειών .....	32
1.10 Οι Αρχές της Προνοσοκομειακής Αντιμετώπισης .....	35
1.11 Αλυσίδα Επιβίωσης .....	41
1.12 Αρχική Εκτίμηση και Αντιμετώπιση Περιστατικού (Προνοσοκομειακά) .....	43
1.13 Ενδονοσοκομειακή Εκτίμηση και Αντιμετώπιση .....	44
1.14 Διαλογή (Triage) .....	45
1.15 Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή .....	47
1.16 Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (Β.ΚΑΡΠΙΑ - BLS) .....	47
1.17 Προχωρημένη Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (Π.ΚΑΡΠΙΑ - ACLS) .....	48
1.18 Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση στα Παιδιά .....	48
1.19 Χρήση Αυτόματου Εξωτερικού Απινιδωτή (AED) .....	49

1.20 Έρευνες σε Ελλάδα και Εξωτερικό Σχετικά με τις Γνώσεις Παροχής Πρώτων Βοηθειών από Επαγγελματίες Υγείας .....	50
--	----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 (Μέθοδος)**

2.1 Μέθοδος Έρευνας .....	53
2.2 Σχεδιασμός Έρευνας .....	53
2.3 Διαδικασία Έρευνας .....	54
2.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων .....	55
2.5 Δείγμα .....	57
2.6 Στατιστική Ανάλυση .....	58

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 (Αποτελέσματα)**

3.1 Δημογραφικά Στοιχεία .....	59
3.2 Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου .....	63

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 (Συζήτηση)**

4.1 Συζήτηση .....	73
4.2 Περιορισμοί της Έρευνας .....	77
4.3 Προτάσεις .....	77

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	81
---------------------------	----

<b>Παράρτημα 1</b> (Ερωτηματολόγιο) .....	89
---	----

<b>Παράρτημα 2</b> (Γράμμα Προς τους Προϊστάμενους των Τμημάτων των Νοσοκομείων) .....	93
--	----



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Εισαγωγή

Στην εποχή μας αποτελεί επιτακτική ανάγκη η γνώση παροχής Πρώτων Βοηθειών απ' όλους μας.

Με τη διαδεδομένη χρήση των τεχνολογικών επιτευγμάτων, ο τρόπος διαβίωσης του ανθρώπου γίνεται πολύ πιο εύκολος, αλλά αυξάνεται και ο κίνδυνος πρόκλησης ατυχημάτων και τραυματισμών από λάθος χειρισμό τους. Δεν πρέπει άλλωστε να ξεχνάμε ότι τα καθημερινά ατυχήματα, μικρά ή μεγάλα, μπορεί να είναι αιτία αναπηρίας, αλλά και να κοστίζουν τη ζωή ενός ανθρώπου.

Όταν είμαστε άρτια εκπαιδευμένοι στην παροχή των πρώτων βοηθειών, μπορούμε με ψυχραιμία και ορθή σκέψη να παρέχουμε τη βοήθειά μας σε κάθε πολίτη που την έχει ανάγκη. Έτσι, μπορούμε ν' αντιμετωπίσουμε αποτελεσματικά κάθε είδους ατύχημα που μπορεί να συμβεί, μέχρι να φτάσει στο χώρο του ατυχήματος εξειδικευμένη βοήθεια και να περιοριστούν οι θάνατοι. Είναι ευρέως γνωστό, ότι οι πρώτες βοήθειες μπορούν να αποβούν σωτήριες για τη ζωή του πάσχοντα συνανθρώπου μας.

Περιστατικά εκτάκτου ανάγκης, που χρήζουν άμεσης παροχής πρώτων βοηθειών, μπορεί να παρουσιαστούν σε ανύποπτο τόπο και χρόνο. Μερικά καθημερινά παραδείγματα τέτοιων περιστατικών είναι τα τροχαία ατυχήματα, τα ατυχήματα στην παραλία, ατυχήματα από τις κλιματολογικές συνθήκες (εμφάνιση θερμοπληξίας, υποθερμίας), μικροατυχήματα στο σπίτι κ.α.

Συνοψίζοντας, δεν πρέπει να ξεχνάμε ποτέ ότι η ζωή όλων μας είναι πολύ σημαντική. Γι' αυτό οφείλουμε να διασφαλίζουμε την υγεία μας, αλλά και να φροντίζουμε για τη ζωή των άλλων όταν χρειαστεί να παρέχουμε τη βοήθειά μας σε αυτούς.

## **1.2 Ιστορική Αναδρομή της Νοσηλευτικής**

Η ανάπτυξη των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ξεκινά κατά το δεύτερο ήμισυ του 19ου αιώνα. Ιστορικά, μπορούμε να διακρίνουμε τρεις μεταρρυθμιστικές περιόδους, αλλά και την επίδρασή τους στο περιεχόμενο και τον τρόπο ανάπτυξης της νοσηλευτικής (Κουρκουτά, 2010).

Την περίοδο 1910 - 1935 τοποθετούνται οι βάσεις ενός σύγχρονου υγειονομικού χάρτη. Στην Ελλάδα, όπως και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης, η νοσηλευτική παρουσιάζει μια διαχρονική εξέλιξη, η οποία ακολουθεί την πορεία της Ιατρικής. Η αντικατάσταση των ταγμάτων μοναχών από τις νοσηλεύτριες συμπίπτουν με την περίοδο των μεγάλων μικροβιολογικών και ανοσολογικών ανακαλύψεων, την οργάνωση της δημόσιας υγείας, την άνθιση της Κλινικής Ιατρικής και την οργάνωση των νοσοκομείων σύγχρονου τύπου (Κουρκουτά, 2010).

Οι πολεμικές επιχειρήσεις της εποχής καθιστούν αναγκαία και την εκπαίδευση νοσηλευτών. Για το λόγο αυτό, το 1875 δημιουργείται το «Νοσοκομειακό Παιδευτήριο», μόλις 9 χρόνια μετά την ίδρυση της πρώτης σχολής νοσοκόμων από τη Florence Nightingale (Βελονάκη, 2006). Η Florence Nightingale, θεωρείται μητέρα της σύγχρονης περίθαλψης, για την προσφορά της και την περίθαλψη των τραυματιών κατά τη διάρκεια των πολέμων, αλλά και για την προσφορά της στη νοσηλευτική επιστήμη, με τη συγγραφή νοσηλευτικών βιβλίων αλλά και την ίδρυση της πρώτης νοσηλευτικής σχολής (Κουρκουτά, 2010).

Την περίοδο της οικονομικής ανασυγκρότησης, δηλαδή μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων, η ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας την εποχή αυτή διέπεται από προνοιακό πνεύμα. Η Νοσηλευτική ως λειτουργήμα εξήλθε ιδιαίτερα αναβαθμισμένη από τον πόλεμο, λόγω της συμμετοχής των εθελοντριών στην περίθαλψη των τραυματιών. Παράλληλα, άρχισε η ανάπτυξη των σύγχρονων νοσοκομειακών υποδομών στην Αθήνα και σχεδόν σε κάθε νομό της Ελλάδας. Το

νομικό διάταγμα 683/1948 αποτελεί βασικό νομοθέτημα για την επαγγελματική κατοχύρωση των νοσηλευτών, αφού προσδιορίζει ότι για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χρήση του τίτλου της διπλωματούχου νοσοκόμου απαιτείται πτυχίο από αναγνωρισμένη σχολή του Κράτους και άδεια άσκησης επαγγέλματος, που χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας (Βελονάκη, 2006). Επίσης το 1953 υιοθετήθηκε ένας διεθνής κώδικας ηθικών καθηκόντων από το διεθνές συμβούλιο νοσηλευτών, που αναφέρει ότι οι βασικές ευθύνες του νοσηλευτή είναι να προάγει την υγεία, να προλαμβάνει την ασθένεια, ν' αποκαθιστά την υγεία και ν' ανακουφίζει τον πόνο (Δαρβίρη, 2010).

Την περίοδο μετά το 1980, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανάπτυξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, την ένταξη της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη ραγδαία είσοδο νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας και το ρόλο των λειτουργιών της (Βελονάκη, 2006). Την περίοδο αυτή βλέπουμε πολλές γυναίκες να δείχνουν ενδιαφέρον και να προσανατολίζονται στο έργο της νοσηλευτικής. Το 1983 έχουμε τις πρώτες δέκα απόφοιτες του τμήματος Νοσηλευτικής του πανεπιστημίου Αθηνών (Ρηγάτος, 2006). Επίσης, από το 1980 και μετά παρατηρούμε κάποιες σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στην Ελλάδα σχετικά με τους νοσηλευτές. Αυτές οι αλλαγές έγιναν το 1985 με το νόμο 1579, όπου κατοχυρώνεται ο τίτλος του νοσηλευτή και καταργείται πλέον το προσωνύμιο της «αδελφής» καθώς επίσης και το δικαίωμα απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας (Ν. 1579/1985). Επιπλέον, είναι πολύ σημαντικό ν' αναφερθεί ότι με προεδρικό διάταγμα το 1989 κατοχυρώθηκαν τα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών (Ν. 351/1989).

### ***1.3 Ορισμός της Νοσηλευτικής***

Η νοσηλευτική έχει διττή υπόσταση. Αντιμετωπίζεται ως επιστήμη και ως τέχνη. Από τη μία πλευρά ως επιστήμη, διότι χρησιμοποιεί μεθοδολογικές προσεγγίσεις, εξειδικευμένες γνώσεις και παράλληλα μοντέλα εφαρμογής των θεωριών πάνω στα ζητήματα της υγείας και της νόσου (Taylor και άλλοι, 2010). Από την άλλη, είναι τέχνη, επειδή δηλώνει την άσκηση του επαγγέλματος του νοσηλευτή μέσω της ορθολογικής εφαρμογής των γνώσεων, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας του ανθρώπινου βιοτικού επιπέδου και την κοινωνική αποστολή της. Επαγγελματικά, ασκείται στις υπηρεσίες υγείας και σε διάφορους άλλους χώρους (Ζυγά 2010, Αθανάτου 2010).

Ο ορισμός της νοσηλευτικής είναι ευμετάβολος, διότι μέχρι σήμερα δεν έχει αποδοθεί με ακρίβεια. Αυτό οφείλεται στις ραγδαίες αλλαγές της Ιατρικής και Τεχνολογικής προόδου και κατ' επέκταση της ίδιας της νοσηλευτικής (Αθανάτου 2010, Ζυγά 2010). Όλα ξεκίνησαν με απλές έννοιες και λέξεις. Σε πολλά έργα της αρχαίας Ελληνικής γραμματείας, όπως του Ισοκράτη, του Σοφοκλή και του Πλούταρχου εντοπίζεται το ρήμα Νοσηλεύω, που σημαίνει περιποιούμαι κάποιον που νοσεί (Ζυγά, 2010). Παράγωγο είναι ο όρος του Νοσηλευτή. Ενώ η λατινική λέξη Nutrix, που σημαίνει τρέφω, απέδωσε στη συνέχεια τον αντίστοιχο όρο στην Αγγλική και παγκόσμια γλώσσα ως Nurse (Taylor και άλλοι 2010, Ζυγά 2010).

Κατά καιρούς εκφράστηκαν διάφορες γνώμες και διατυπώθηκαν ορισμοί από προσωπικότητες του νοσηλευτικού χώρου ή επίσημους νοσηλευτικούς οργανισμούς (Αθανάτου 2010, Ζυγά 2010).

Οι αντιπροσωπευτικότεροι είναι:

- «Η διάγνωση και η θεραπεία των ανθρώπινων αντιδράσεων σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας» ANA 1980.
- «Ένα αναπόσπαστο μέρος του συστήματος φροντίδας υγείας που περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας, τη φροντίδα των σωματικά και ψυχικά ασθενών, των ατόμων με ειδικές ανάγκες όλων των ηλικιών και τη φροντίδα υγείας σε όλα τα περιβάλλοντα της κοινότητας και της φροντίδας υγείας» ICN 1995.

#### ***1.4 Νοσηλευτική Διεργασία***

Η νοσηλευτική διεργασία είναι η γλώσσα της νοσηλευτικής (Dewit, 2009) και αποτελεί ένα αξιόλογο σύστημα εργασίας στο νοσηλευτικό χώρο (Αθανάτου, 2000). Περιέχει μια σειρά νοσηλευτικών ενεργειών και σκοπός της είναι η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα για τη γρήγορη και καλή ανάρρωση και αποκατάσταση του αρρώστου. Είναι επιστημονική μέθοδος (η οποία ανεβάζει τη νοσηλευτική από τέχνη σε επιστήμη) που προσαρμόζεται στις συχνά απρόβλεπτες καταστάσεις της ανθρώπινης ζωής και εφαρμόζεται σε άτομα που έχουν ανάγκη από νοσηλευτική φροντίδα. Η νοσηλευτική διεργασία έχει ως βάση τη θεωρητική και κλινική εκπαίδευση και την αρχή της έρευνας στη νοσηλευτική (Αθανάτου, 2000).

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πέντε :

α) **Η Νοσηλευτική Αξιολόγηση** είναι η συστηματική και συνεχής συλλογή δεδομένων του ασθενούς, η επιβεβαίωση της εγκυρότητάς τους και η μετάδοση τους σε άλλους επαγγελματίες υγείας (Taylor και άλλοι, 2010). Σκοπός της συλλογής των δεδομένων είναι η αναγνώριση των πραγματικών και δυνητικών προβλημάτων του ασθενούς (Dewit, 2009).

Ο νοσηλευτής για να εκτιμήσει με ακρίβεια τα δεδομένα πρέπει να λάβει υπόψη το λεπτομερές ιστορικό υγείας, την κλινική (αντικειμενική) εξέταση (π.χ. Λήψη ζωτικών σημείων) και την ψυχοπνευματική - κοινωνικοπολιτισμική αξιολόγηση (Hockenberry και Wilson 2011, Dewit 2009).

Σχεδόν σε όλα τα ιδρύματα υγείας έχουν προτυπωμένα έντυπα που χρησιμοποιούν για την ανάπτυξη μιας βάσης δεδομένων κατά την εισαγωγή του ασθενούς, ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένη. Στη βάση δεδομένων περιλαμβάνονται τα υποκειμενικά δεδομένα (δεδομένα τα οποία δίνει ο άρρωστος και δεν μπορούν εύκολα να παρατηρηθούν ή να βιωθούν από άλλους, π.χ. ο πόνος) και τα αντικειμενικά δεδομένα (δεδομένα τα οποία μπορούν να επιβεβαιωθούν ακουστικά, με την αφή, οπτικά ή οσφρητικά) (Dewit, 2009). Οι πηγές των πληροφοριών που χρειάζονται για την εκτίμηση της κατάστασης, μπορεί να ληφθούν από τον ίδιο τον άρρωστο (κύρια πηγή συλλογής στοιχείων), την οικογένεια και το περιβάλλον του, τον ιατρό, το φάκελο νοσηλείας (που περιλαμβάνει τις τρέχουσες ή και προηγούμενες διαγνωστικές εξετάσεις κ.α) και από άλλους επαγγελματίες υγείας. (Dewit 2009, Ignatavicius και Workman 2008, Dewit 2005, Αθανάτου 2000).

Τα επόμενα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας εξαρτώνται από την πληρότητα και ακρίβεια των συλλεγέντων δεδομένων (Taylor και άλλοι, 2010).

β) **Η Νοσηλευτική Διάγνωση** είναι η ανάλυση των δεδομένων του ασθενούς για την αναγνώριση των πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, των παραγόντων που προκαλούν ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτών των προβλημάτων, καθώς και των τρόπων αντιμετώπισης ή των δυνατοτήτων του ασθενούς (Hockenberry και Wilson 2011, Taylor και άλλοι 2010). Θα λέγαμε, λοιπόν, ότι είναι η βάση για την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τη λύση του προβλήματος (Edelman και Mandle, 2009). Στη συνέχεια ο νοσηλευτής καθορίζει εάν κάθε

πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζεται καλύτερα από τη νοσηλευτική ή κάποιο άλλο επιστημονικό κλάδο υγείας (Taylor και άλλοι, 2010). Η νοσηλευτική διάγνωση είναι ανεξάρτητη της ιατρικής διάγνωσης (Μπακάλης, 2010).

γ) **Ο Προγραμματισμός ή Σχεδιασμός** είναι μια σειρά βημάτων όπου ο νοσηλευτής και ο ασθενής θέτουν προτεραιότητες και στόχους, ώστε να επιλυθούν τα προβλήματα που έχουν διαπιστωθεί (Dewit, 2005). Περιλαμβάνει προσδιορισμό των σχετικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων, που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να βοηθήσουν τον ασθενή στην επίτευξη αυτών των σκοπών. Επιπλέον, ένα περιεκτικό σχέδιο φροντίδας περιλαμβάνει τη νοσηλευτική βοήθεια που απαιτείται από τον ασθενή για να ικανοποιήσει τις ανθρώπινες ανάγκες του και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που υπαγορεύονται από το θεραπευτικό πρόγραμμα (Taylor και άλλοι, 2010).

δ) **Η Εφαρμογή** αποτελεί την εκτέλεση του σχεδίου φροντίδας. Περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις που διενεργούνται από τους νοσηλευτές για την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη των ασθενειών, την αποκατάσταση της υγείας και τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών (Taylor και άλλοι, 2010).

ε) **Η Νοσηλευτική Εκτίμηση** ξεκινά αμέσως μετά την εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας και συγκρίνει τις πραγματικές εκβάσεις της φροντίδας του ασθενούς με τις αναμενόμενες εκβάσεις (Dewit, 2009). Η ανταπόκριση του ασθενούς στο σχέδιο καθορίζει εάν η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να συνεχιστεί, να τροποποιηθεί ή να τερματιστεί. Εάν η εκτίμηση υποδεικνύει την ανάγκη τροποποίησης της νοσηλευτικής φροντίδας, τότε η ακρίβεια, η πληρότητα και η σχετικότητα των δεδομένων της αξιολόγησης, καθώς και η καταλληλότητα των διαγνώσεων, των σκοπών και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, χρήζουν επανεξέτασης και τροποποίησης (Taylor και άλλοι, 2010).

### **1.5 Νοσηλευτική Εκπαίδευση**

Με την ορολογία νοσηλευτική εκπαίδευση εννοούμε το σύνολο απόκτησης γνώσεων, ικανοτήτων, συμπεριφορών και ηθικών αξιών εκ μέρους των ενδιαφερόμενων που θέλουν να εξασκήσουν το νοσηλευτικό επάγγελμα (Ραγιά, 2011). Ο βαθύτερος σκοπός της είναι η ανθρωπιστική διάπλαση των νοσηλευτών πάνω στα διαχρονικά ιδανικά και τις αξίες της ζωής, αλλά και στις πολιτισμικές και ιδεολογικές ιδιαιτερότητες και κουλτούρες στα πλαίσια της διαπολιτισμικής φροντίδας υγείας (Ραγιά 2011, Γερογιάννη και Πλεξίδα 2008). Γι' αυτό το λόγο στηρίζεται στην ελευθερία, στην ισότητα, στην ελεύθερη έκφραση των πεποιθήσεων και στην κοινωνική δικαιοσύνη. Προασπίζοντας την κατάργηση των διακρίσεων και την ευαισθητοποίηση απέναντι στους εν ανάγκη νοσηλευόμενους, σε μία εποχή που η κοινωνία έχει γίνει πολυπολιτισμική και παγκοσμιοποιημένη (Γερογιάννη και Πλεξίδα, 2008).

Όσον αφορά το σύστημα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στο νεοελληνικό κράτος προχώρησε με αργούς ρυθμούς. Ξεκίνησε από μια φάση σχετικής ανυπαρξίας κατά το 19ο αιώνα, ενώ βελτιώθηκε μέσα από τις κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες του 20ου (η πολεμική ετοιμότητα του Ελληνικού κράτους: Βαλκανικοί πόλεμοι, 1ος Παγκόσμιος, Μικρασιατική εκστρατεία, 2ος Παγκόσμιος, οδήγησε στην συστηματοποίηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης μέσα από διάφορες σχολές. Ξεχώρισαν η πρώτη πρακτική σχολή αδελφών νοσοκόμων (1911), η σχολή διπλωματούχων αδελφών νοσοκόμων (1923), η σχολή επισκεπτών υγείας (1932) και η Εθνική σχολή δημόσιας Υγείας (1937)).

Ορόσημο στάθηκε το έτος 1970 όταν η νοσηλευτική σχολή αναγνωρίστηκε ως ανωτέρας εκπαίδευσης. Η ίδια η σχολή αλλά και το περιεχόμενο της συνεχώς βελτιώνεται, εξελίσσεται και αφομοιώνει τα επιτεύγματα της ιατρικής και της τεχνολογίας (Ζυγά, 2010).

Πιο αναλυτικά για την απονομή του τίτλου Νοσηλευτή θα πρέπει ο ενδιαφερόμενος να δώσει Πανελλήνιες εξετάσεις, προκειμένου να εισαχθεί και να αποφοιτήσει σε ένα από τα Τμήματα Νοσηλευτικής των ΑΕΙ, ΤΕΙ και στη Σχολή Αξιοματικών Νοσηλευτικής (Σ.Α.Ν) (Αθανάτου 2010 και Ν. 1579/1985) η οποία είναι ισότιμη με τα ΑΕΙ (Ζυγά, 2010).

Η Σ.Α.Ν είναι Α.Σ.Ε.Ι και υπάγεται στο Γ.Ε.Ε.Θ.Α. Ιδρύθηκε το 1946 με την ονομασία Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Στρατού, με πρώτη Διευθύντρια την Αντισυνταγματάρχη Κλεοπάτρα Αβαγιανού (1949). Το 1989 μετονομάστηκε σε Σχολή

Αξιωματικών Νοσηλευτικής και τον επόμενο χρόνο (1990) άνοιξε τις πύλες της στους πρώτους άρρνες μαθητές. Υποστηρίζεται σε θέματα Διοικητικής Μέριμνας από το Γ.Ε.Σ. Η εκπαίδευση στη σχολή διαχωρίζεται σε Στρατιωτική και σε Ακαδημαϊκή (η οποία ασκείται στο ΕΚΠΑ) (<http://san.army.gr/>). Επίσης, για τη νοσηλευτική εκπαίδευση υπάρχουν οι εκπαιδευτικές σχολές των νοσοκομείων, τα επαγγελματικά λύκεια και τα Ι.Ε.Κ, που ανήκουν στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Αθανάτου 2010, Ραγιά 2005, Ν. 1579/1985).

Η διάρκεια των σπουδών στις σχολές της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι 4ετης. Με την ολοκλήρωση των σπουδών απονέμεται ο τίτλος Πτυχιούχος ή Διπλωματούχος Νοσηλεύτης (Ν. 1579/1985). Στην περίπτωση της αποφοίτησης από τη Σ.Α.Ν αποδίδεται εκτός από τον καθιερωμένο τίτλο και εκείνος του Ανθυπολοχαγού, Σημαιοφόρου ή Ανθυποσμηναγού, ανάλογα με τον Κλάδο των Ενόπλων Δυνάμεων στον οποίο έχουν κατανεμηθεί (<http://san.army.gr/>). Ενώ σ' εκείνες της Δευτεροβάθμιας είναι 3ετης και απονέμεται ο τίτλος Βοηθός Νοσηλεύτη (ΔΕ). Οι Πτυχιούχοι Νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα για Μεταπτυχιακές και Διδακτορικές Σπουδές στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, κατόπιν ανάλογης διαδικασίας για ισοτιμία του πτυχίου (Ν. 3685/2008). Ιδιαίτερο γνώρισμα των πτυχιούχων νοσηλευτών είναι τα κοινά επαγγελματικά δικαιώματα, παρόλο που εντάσσονται στις κατηγορίες ΠΕ και ΤΕ (Ν. 351/1989).

Επιλογικά, αξίζει να σημειωθούν τα λεγόμενα της Αθανάτου που συγκεφαλαιώνουν την αξία της νοσηλευτικής εκπαίδευσης: «Η νοσηλευτική εκπαίδευση στη χώρα μας αναπτύσσεται.... ώστε να καλύψει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες της εποχής μας για υψηλή επιστημονική και επαγγελματική κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού και για πληρέστερη νοσηλευτική ενημέρωση του ευρύτερου κοινού.... Η υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί βασική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των αρρώστων και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου - επιστημονικής και κλινικής - του νοσηλευτικού έργου» (Αθανάτου, 2010).



### *1.5.1 Μεταπτυχιακές - Διδακτορικές Σπουδές*

#### *Μεταπτυχιακές Σπουδές*

Στην εποχή μας οι αλλαγές είναι ραγδαίες και οι καινούριες πληροφορίες εισρέουν αθρόα και με αυτό το τρόπο καθιστούν τη βασική εκπαίδευση, ακόμη και στο χώρο της νοσηλευτικής, ανεπαρκή. Γι' αυτό καθίσταται αναγκαίο το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών, λόγω της αναμόρφωσης και τροποποίησης των δεδομένων υγείας (Ζυγά, 2010).

Το μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών διαφέρει από τη βασική εκπαίδευση και όχι μόνο. Το γνώρισμα του είναι η ιδιοσυγκρασία του, διότι διαφέρει από χώρα σε χώρα και από πανεπιστήμιο σε πανεπιστήμιο, εξαιτίας του εκπαιδευτικού καθεστώτος της χώρας και την πολιτική του κάθε εκπαιδευτικού ιδρύματος (Ζυγά, 2010).

Τη δυνατότητα εισαγωγής στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση έχουν οι απόφοιτοι πτυχιούχοι των Τμημάτων Επιστημών Υγείας συμπεριλαμβανομένης και της Νοσηλευτικής, Κοινωνικών Επιστημών αλλά και αντιστοίχων Τμημάτων συναφούς γνωστικού αντικειμένου των Πανεπιστημίων της χώρας, των ΤΕΙ αλλά και της Σ.Α.Ν. Με την ολοκλήρωση της φοίτησης απονέμεται το Μ.Δ.Ε, για το οποίο η χρονική διάρκεια για την απόκτηση του είναι δύο έτη (τέσσερα εξάμηνα) (Εφημερίς της κυβερνήσεως, τεύχος 2, Αρ. Φύλλου 738, 1/4/2013, Ν. 3685/2008).

Στη προκείμενη περίπτωση για την εξασφάλιση του Μ.Δ.Ν ο ενδιαφερόμενος θα πρέπει να έχει διαλέξει μια από τις τρεις κατευθύνσεις, οι όποιες είναι:

α) Δημόσια Υγεία, β) Κλινική Νοσηλευτική και γ) Διαχείριση κρίσεων και επειγουσών καταστάσεων - ταξιδιωτική και διεθνής υγεία.

Επιπλέον, είναι υποχρεωμένος να διαλέξει ειδίκευση, αφού είναι ενταγμένος στο εσωτερικό μιας εκ των κατευθύνσεων.

Πιο συγκεκριμένα στον τομέα της Δημόσιας υγείας έχει να επιλέξει τις εξής ειδικότητες:

1. Δημόσια Υγεία.
2. Κοινοτική Νοσηλευτική.
3. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική.

Σ' εκείνον της Κλινικής Νοσηλευτικής μπορεί να διαλέξει μια από τις παρακάτω ειδικότητες:

1. Γαστρεντερολογική Νοσηλευτική.
2. Εντατική και Επείγουσα Νοσηλευτική.
3. Νοσηλευτική Καρδιαγγειακών Νόσων.
4. Ογκολογική Νοσηλευτική - Ανακουφιστική Φροντίδα.
5. Παιδιατρική Νοσηλευτική.
6. Πρόληψη και Έλεγχος Λοιμώξεων.
7. Χειρουργική Νοσηλευτική.
8. Ψυχική Υγεία.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η ίδια διαδικασία επιλογής ειδίκευσης σαφώς γίνεται και στην κατεύθυνση της διαχείρισης κρίσεων και επείγουσων καταστάσεων - ταξιδιωτικής και διεθνούς υγείας με τις ειδικεύσεις:

1. στη Διαχείριση Κρίσεων και Επείγουσών Καταστάσεων.
2. στην Ταξιδιωτική και Διεθνή Υγεία (Εφημερίς της κυβερνήσεως, τεύχος 2, Αρ. Φύλλου 738, 1/4/2013, ΕΚΠΑ 2013).

Το μεταπτυχιακό δίπλωμα, όσον αφορά στη νοσηλευτική, ανοίγει τους ορίζοντες για την άσκηση του επαγγέλματος του νοσηλευτή, είτε ειδικού κλινικού είτε γενικού, ή για τη συνέχιση συμπληρωματικής και εξειδικευμένης εκπαίδευσης, η οποία βασίζεται στην απόκτηση του διδακτορικού διπλώματος (Taylor και άλλοι 2010, Ζυγά 2010).

Άρα ο στόχος του μεταπτυχιακού προγράμματος είναι η παροχή εξειδικευμένων επιστημονικών γνώσεων, προκειμένου ο μεταπτυχιακός φοιτητής να μην αντιμετωπίζεται ως απαρχαιωμένος (Ζυγά, 2010).

Επιπλέον υπάρχουν και τα **Διατμηματικά Μεταπτυχιακά Προγράμματα** στα οποία μπορεί να συμμετέχει το τμήμα Νοσηλευτικής, αφού συνεργάζεται με τα τμήματα Πληροφορικής, Οικονομικών Επιστημών του ΕΚΠΑ, το Γενικό Τμήμα της Πολυτεχνικής Σχολής του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, το Ιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τα Τμήματα Πληροφορικής και Βιομηχανικής Διοίκησης και Τεχνολογίας του Πανεπιστημίου Πειραιώς.

Με το πέρας της διατμηματικής μεταπτυχιακής σπουδής στο φοιτητή αποδίδεται το Δίπλωμα Ειδικεύσεως (Μ.Δ.Ε) στις Ειδικεύσεις της Οργάνωσης - Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας και της Πληροφορικής Υγείας (Εφημερίς της κυβερνήσεως, τεύχος 2, Αρ. Φύλλου 1200, 26/8/2003, ΕΚΠΑ 2013).

### **Μεταπτυχιακό στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση**

Η Ιατρική Σχολή Αθηνών σε σύμπραξη με το Τμήμα Βασικών Ιατρικών Μαθημάτων του ΤΕΙ Αθήνας οργανώνει και λειτουργεί από το ακαδημαϊκό έτος 2007 - 2008 Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών με τίτλο «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση», σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης αυτής και τις διατάξεις των άρθρων 10 έως και 12 του Ν. 2083/1992. Τη διοικητική υποστήριξη του Προγράμματος αναλαμβάνει η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αντικείμενο του Π.Μ.Σ. στην «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση» είναι η εκπαίδευση, η προαγωγή της γνώσης και η έρευνα στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (ΚΑΑ). Ειδικότερα, σκοπός είναι να εκπαιδεύσει και να εξειδικεύσει νέους επιστήμονες στο ευρύ και αναπτυσσόμενο πεδίο της ΚΑΑ.

Οι απόφοιτοι θα μπορούν:

- α) να στελεχώσουν Μονάδες Επείγουσας Ιατρικής και να παράσχουν υψηλής ποιότητας Ιατρική φροντίδα ενδονοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά
- β) να στελεχώσουν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
- γ) να στελεχώσουν με επάρκεια το τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- δ) να απασχοληθούν σε θέσεις που απαιτούν υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων του γνωστικού αντικειμένου
- ε) να προετοιμαστούν για μεταπτυχιακές σπουδές διδακτορικού επιπέδου

στ) να διδάσκουν το γνωστικό αντικείμενο

ζ) να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των θυμάτων καρδιακής ανακοπής.

Το Πρόγραμμα οδηγεί στην απονομή Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην περιοχή της Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης. Για την απόκτηση του Μ.Δ.Ε. στο Π.Μ.Σ. γίνονται δεκτοί, εφόσον πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχή παρακολούθηση των μαθημάτων, πτυχιούχοι τμημάτων Ιατρικής, Οδοντιατρικής, Νοσηλευτικής, Φαρμακευτικής, Κτηνιατρικής και άλλων τμημάτων των ΑΕΙ της ημεδαπής ή αντίστοιχων τμημάτων αναγνωρισμένων ομοταγών ιδρυμάτων της αλλοδαπής καθώς και πτυχιούχοι τμημάτων ΤΕΙ συναφών γνωστικών αντικειμένων, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του άρθρου 12γ του Ν. 2916/2001 (ΦΕΚ114Α). Ο αριθμός εισακτέων στο πρόγραμμα ορίζεται κατ' ανώτατο όριο σε τριάντα ανά ακαδημαϊκό έτος. Ο ακριβής αριθμός για κάθε έτος θα καθορίζεται σύμφωνα με την υποδομή των τμημάτων, τον αριθμό των διδασκόντων και τις ανάγκες σε ειδικευμένους αποφοίτους.

Η χρονική διάρκεια για την απονομή του Μεταπτυχιακού Τίτλου Ειδίκευσης ορίζεται σε τέσσερα διδακτικά εξάμηνα. Για τους κατόχους σχετικών μεταπτυχιακών τίτλων θα υπάρχει δυνατότητα συντόμευσης του χρόνου σπουδών. Η μέγιστη χρονική διάρκεια κατά την οποία οφείλει να ολοκληρώσει επιτυχώς τις σπουδές του ο κάθε μεταπτυχιακός σπουδαστής θα καθορίζεται από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Π.Μ.Σ. Για τη λήψη του Μ.Δ.Ε, τα μαθήματα του Π.Μ.Σ είναι εξαμηνιαία. Τα μαθήματα είναι υποχρεωτικά. Για κάθε μάθημα προβλέπονται ώρες διδασκαλίας, φροντιστηριακές ασκήσεις και ασκήσεις σε προπλάσματα και προσομοιωτές και άλλο εξειδικευμένο εκπαιδευτικό υλικό. Η άσκηση στη βασική έρευνα στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση θα γίνεται σε ζώα εργαστηρίου.

*Τα προσφερόμενα μαθήματα ανά εξάμηνο σπουδών είναι τα ακόλουθα:*  
Αναισθησιολογία I - II, Καρδιολογία I - II, Κλινική Φαρμακολογία, Επείγουσα Ιατρική I - II, Βιοστατιστική, Μεθοδολογία Ιατρικής Έρευνας, Πληροφορική Υγείας – Η/Υ, Εντατική Θεραπεία I - II, Ιατρική Μαζικών Καταστροφών, Έρευνα στην ΚΑΑ, Ηθικοδεοντολογικά Νομικά Διλήμματα, Φαρμακολογία ΚΑΑ, Επικοινωνία/Διαπροσωπικές Σχέσεις, Οργάνωση Ομάδας ΚΑΑ, ΚΑΑ, Κλινικά Φροντιστήρια (Εκπαίδευση με Σενάρια καρδιακής ανακοπής σε προσομοιωτές, σενάρια Δύσκολου Αεραγωγού σε προπλάσματα, κυκλικά σε ομάδες), Βασική Έρευνα στην ΚΑΑ (Εργαστηριακή Άσκηση σε Χοίρειο Μοντέλο Κοιλιακής

Μαρμαρυγής, κυκλικά σε ομάδες) και στο τέλος γίνεται η Διπλωματική Εργασία ([http://www.proslipsis.gr/cmCat\\_treePrd.php?&cm\\_catid=56&cm\\_prdid=3951](http://www.proslipsis.gr/cmCat_treePrd.php?&cm_catid=56&cm_prdid=3951)).

Το κόστος λειτουργίας θα καλύπτεται από τα δίδακτρα που θα καταβάλουν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές (1,500€/έτος) (<http://www.grammateia.med.uoa.gr/old/viewtopic.php?t=13148>).

### ***Διδακτορικές Σπουδές (PhD)***

Κατόπιν ολοκλήρωσης της Μεταπτυχιακής σπουδής, υπάρχει η επιπρόσθετη δυνατότητα για την απόκτηση ενός ακόμη επίσημου έγγραφου, του διδακτορικού διπλώματος. Η αίτηση για την προεγγραφή του προγράμματος υποβάλλεται κατά τη χρονική στιγμή που συμπίπτει η αντίστοιχη ανακοίνωση της προκήρυξης (Ν. 3685/2008, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου 2013). Η χρονική διάρκεια για την εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής δεν μπορεί να είναι μικρότερη από τρία έτη από την ημερομηνία καθορισμού του θέματος (Ν. 2083/1992). Μέσα στα πλαίσια αυτά, ο ενδιαφερόμενος υποβάλλεται στη διαδικασία διεξαγωγής έρευνας, τόσο στο θεωρητικό, όσο και στο πρακτικό επίπεδο, χρησιμοποιώντας υλικά και μεθόδους εντός ενός σχετικού χρονοδιαγράμματος (Ν. 3685/2008). Αργότερα στον σπουδαστή δίνεται η ευκαιρία για καριέρα σε ακαδημαϊκό στάδιο, συμβάλλοντας με το δικό του τρόπο στον προβιβασμό της νοσηλευτικής θεωρίας και πρακτικής (Taylor και άλλοι, 2010). Οι προϋποθέσεις του νοσηλευτή για την διδακτορική διατριβή απαιτούνται τα ακόλουθα εφόδια: καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας και ευχέρεια χρήσης ηλεκτρονικού υπολογιστή (Microsoft Office, στατιστικά προγράμματα) (Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2013).

### ***1.5.2 Δια Βίου Μάθηση - Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση***

#### **Δια Βίου Μάθηση (Life Long Learning)**

Αξιόλογο είναι ότι η δια βίου μάθηση και Σ.Ν.Ε. αποτελούν δυο ξεχωριστά αλλά αλληλοσυνδεόμενα εκπαιδευτικά αντικείμενα στο χώρο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης όπως υποστηρίζει ο Λάμπρος Μπίζας. Ο ίδιος αναφέρει στο άρθρο του «Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης» ότι “η δια βίου αποκτημένη

γνώση προέρχεται από την προπτυχιακή εκπαίδευση, από τη μεταπτυχιακή και από τη συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση”. Με αφορμή τα λεγόμενά του για τη δια βίου μάθηση αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το τμήμα του υποκεφαλαίου η εννοιολογική προσέγγισή της (Μπίζας, 2011).

Η δια βίου μάθηση ορίζεται ως το σύνολο μαθησιακών δραστηριοτήτων των ενηλίκων καθ’ όλη τη διάρκεια της ζωής τους, βελτιώνοντας τις γνώσεις τους, τις δεξιότητες τους, τις επαγγελματικές προοπτικές, την κοινωνική εξέλιξη και την εκμετάλλευση του ελεύθερου χρόνου τους (Μπίζας 2011, <http://www.uoa.gr/ekpaideysh/dia-bioy-ekpaideysh.html>). Η αξία της είναι πολυσήμαντη: οικονομική, κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική. Στην εποχή μας, έχει συστηματοποιηθεί με αρωγή της Ευρωπαϊκής Ένωσης μέσω της ανακήρυξης του Ευρωπαϊκού έτους της δια βίου μάθησης (1993) και της αναβάθμισής της από τις συνόδους του Μάαστριχ (2004) και των Βρυξελλών (2005) (Ζυγά, 2010).

Η δια βίου εκπαίδευση και οι πολλές αλλαγές από τις εξελίξεις της τεχνολογίας στο χώρο της υγείας, δίνουν στους νοσηλευτές την ευκαιρία να διερευνήσουν τα προσόντα, τις ικανότητες και δεξιότητές τους, ώστε να μπορούν ν’ ανταπεξέλθουν στις αλλαγές αυτές με νέα γνώση (Θεοφανίδης και Φουντούκη, 2006).

### **Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση (Continuing Nursing Education)**

Οι αλλαγές σε οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο, το φαινόμενο της βιομηχανοποίησης της υγείας που συνδέθηκε άρρηκτα με την παγκοσμιοποίηση, οι μεταβολές στην αγορά εργασίας, η συσσώρευση επιστημονικών γνώσεων αλλά και η ζήτηση υψηλού επιπέδου της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών κατέστησαν αναγκαία την ύπαρξη της Σ.Ν.Ε (Ζυγά, 2010).

Οι άρτια εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας, έχει διαπιστωθεί ότι παρέχουν καλύτερης ποιότητας φροντίδα υγείας, που σχετίζεται άμεσα με τη Σ.Ν.Ε. Οι επαγγελματίες αυτοί φαίνεται να είναι πιο παραγωγικοί, δημιουργώντας ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον με λιγότερο stress και επαγγελματικά ατυχήματα και λάθη, καθώς επίσης συμβάλουν στην καλύτερη έκβαση ανάρρωσης των ασθενών (Καδδά 2013, Flores και Castillo 2006).

Οι νοσηλευτές, ως επαγγελματίες υγείας ενός μεταβαλλόμενου συστήματος, οφείλουν να επιδεικνύουν συνεχώς κριτική σκέψη και βελτίωση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων τους

με συνεχή αναζήτηση για γνώση και εκπαίδευση, ώστε να διευκολυνθούν κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους και να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών του, του συστήματος υγείας αλλά και τις ανάγκες για επαγγελματική και προσωπική εξέλιξη (Καυγά και άλλοι, 2012).

Καταρχάς, η Σ.Ν.Ε προσδιορίζεται ως η διαρκής διαδικασία εκμάθησης ανατροφοδοτημένων ειδικών γνώσεων, τροποποιώντας τις παλαιότερες. Επίσης, διδάσκει νέες τεχνολογίες και δεξιότητες, όπως την εφαρμογή των νοσηλευτικών πράξεων και τον τρόπο στάσης και συμπεριφοράς του νοσηλευτή. Αυτός είναι και ο σκοπός της (Ζυγά, 2010).

Η Σ.Ν.Ε. διακρίνεται σε επίσημη και ανεπίσημη (Ζυγά, 2010). Όσον αφορά την επίσημη μορφή της, κατευθύνεται από φορείς όπως Πανεπιστήμια, Σχολές, Νοσοκομεία, Εργαστήρια, Επιστημονικές εταιρείες ειδικοτήτων, Επαγγελματικές Ενώσεις (π.χ. ΕΝΕ) και Διεθνείς Οργανισμούς (π.χ. Π.Ο.Υ) (Μπίζας, 2011). Υποκατηγορίες της είναι η Ενδοϋπηρεσιακή και η Εξωϋπηρεσιακή εκπαίδευση (Ζυγά, 2010).

Ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση είναι το σύνολο εκπαίδευσης που παραδίδεται στο εργασιακό περιβάλλον, το οποίο είναι κατάλληλο για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σκοπός της είναι να αναπτύξει ικανότητες και δεξιότητες σε εξειδικευμένους τομείς της νοσηλευτικής (Ζυγά, 2010). Σύμφωνα με το Ν. 1579/1985 (Άρθρο 5), στον ενδιαφερόμενο δίνεται η ευκαιρία να ακολουθήσει μια από τις εξής ειδικότητες:

- Παθολογική Νοσηλευτική.
- Χειρουργική Νοσηλευτική.
- Παιδιατρική Νοσηλευτική.
- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

Μετά το τέλος της ενασχόλησής του με την ειδίκευση της ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης χορηγείται ο αντίστοιχος τίτλος του ειδικού νοσηλευτή, τον οποίο μπορούν να λάβουν οι απόφοιτοι τόσο των ΑΕΙ όσο και ΤΕΙ (Ν. 1579/1985). Με το Ν. 3528/2007 (Άρθρο 85), η ειδίκευση, κατά ένα τρόπο, καθιστάται ως πιστοποιημένο και έγκυρο προσόν στη διαδικασία αξιολόγησης και μοριοδότησης νοσηλευτικού προσωπικού (Ν. 3528/2007).

Οι δραστηριότητες που περιλαμβάνουν το σύστημα της Σ.Ν.Ε και σαφέστατα της ενδοϋπηρεσιακής εκπαίδευσης, είναι οργανωμένα προγράμματα με τη μορφή διαλέξεων και

φροντιστηριακών μαθημάτων, βιβλιογραφική ενημέρωση, επίλυση προβλημάτων βασισμένων σε πραγματικά περιστατικά (Νοσηλευτική Διεργασία), τυποποιημένες εξετάσεις ασθενών, βελτίωση δεξιοτήτων πάνω στις τεχνικές και νοσηλευτικές πράξεις και εκμαθησιακές δραστηριότητες με τη χρήση Η/Υ (Μπίζας, 2011).

Η εξωϋπηρεσιακή εκπαίδευση πραγματοποιείται, όπως δηλώνει η ονομασία της, εκτός υπηρεσιακού περιβάλλοντος. Περιλαμβάνει την παρακολούθηση και τη συμμετοχή σε επιστημονικά συνέδρια και εκπαιδευτικά σεμινάρια αλλά και την εξ' αποστάσεως εκπαίδευση με τη χρήση Η/Υ (Ζυγά, 2010).

Η ανεπίσημη Συνεχιζόμενη Εκπαίδευση (ή αυτοεκπαίδευση) καθορίζεται από το ίδιο το άτομο μέσα από ορισμένες δραστηριότητες, κυρίως τη μελέτη βιβλίων και τη συλλογή αντίστοιχων πληροφοριών αλλά και την εκπόνηση εργασιών (Ζυγά, 2010).

### **1.6 Επαγγελματικά Δικαιώματα Νοσηλευτών**

Επαγγελματικά Δικαιώματα Πτυχιούχων του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας είναι:

1. Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλευτής - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579/85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων
2. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες

- 2.1. Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του



- 2.1.1. Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα
- 2.1.2. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου
- 2.1.3. Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση
- 2.1.4. Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας
- 2.1.5. Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστης
- 2.1.6. Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας
- 2.1.7. Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα
- 2.1.8. Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας
- 2.1.9. Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα
- 2.1.10. Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας
- 2.1.11. Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους
- 2.1.12. Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών
- 2.1.13. Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν:
  - τη λειτουργία του νοσοκομείου
  - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
  - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή

- 2.1.14. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα
- 2.1.15. Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι
- 2.1.16. Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα
- 2.1.17. Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων
- 2.1.17. Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς
- 2.1.17. Συνεργασία σε συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση
- 2.2. Πράξεις σε απουσία γιατρού:
  - 2.2.1. Εφαρμογή πρωτοκόλλου επείγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα
  - 2.2.2. Εφαρμογή πρώτων βοηθειών
- 2.3. Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος:
  - 2.3.1. Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή
  - 2.3.2. Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς
  - 2.3.3. Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους
  - 2.3.4. Πλήρης παρεντερική θρέψη

2.3.5. Θεραπευτικά λουτρά

2.3.6. Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων

3. Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να:

3.1. Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων

3.2. Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας

3.3. Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία

3.4. Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης

3.5. Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας

3.6. Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείψει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρυθμα προγράμματα

4. Οι πτυχιούχοι του αναφερόμενου τμήματος απασχολούνται στη νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία

5. Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ν. 351/1989, <http://www.esne.gr/index.php/organosi/ainmenu-38/mainmenu-42>).

### **1.7 Ιστορική αναδρομή των πρώτων βοηθειών**

Η ιστορία της ΚαρΠΑ ξεκινά από αναφορές γι' αυτήν στην αρχαία Αίγυπτο, στη Βίβλο, τη μυθολογία και συνεχίζει να εξελίσσεται μέχρι σήμερα (Κορρέ και Καρλής, 2013).

Στην αρχαία Αίγυπτο βρέθηκε γραμμένο σε πάπυρο ότι οι γιατροί, εκείνης της εποχής, έδιναν ζωή σε άτομα χωρίς αναπνοή, φυσώντας αέρα από τη μύτη, σε συνδυασμό με τη χρήση ειδικών εργαλείων και κινήσεων των άνω άκρων. Επίσης, το 850 π.Χ., γίνεται αναφορά της ΚαρΠΑ, όταν ο προφήτης Ελισαίος έδωσε ζωή σε ένα αγόρι με τη μέθοδο εμφύσησης αέρα στόμα με στόμα. Όμως και στη μυθολογία έγιναν αναφορές της ΚαρΠΑ όταν ο Διόνυσος επανέφερε στη ζωή τη μητέρα του Σεμέλη, ο Ηρακλής επανέφερε τον Κένταυρο, αλλά και οι επαναφορές που έκανε ο Ασκληπιός, που θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής (Παπαδόπουλος, 1999). Άλλο ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η παροχή πρώτων βοηθειών από τον Αχιλλέα στο φίλο του Πάτροκλο, τις οποίες του είχε διδάξει ο Κένταυρος Χείρωνας.

Η πρώτη αναφορά αντιμετώπισης απόφραξης του αεραγωγού στην Αρχαία Ελλάδα αποδίδεται στον Μέγα Αλέξανδρο. Σύμφωνα με κάποιους μύθους, ο Μέγας Αλέξανδρος, το 400 π.Χ., έσωσε έναν στρατιώτη του με απόφραξη του αεραγωγού από κόκαλο, πραγματοποιώντας τομή στην τραχεία του (Κορρέ και Καρλής, 2013). Ο Ιπποκράτης, ο μεγάλος Έλληνας γιατρός, είναι θεμελιωτής της τραυματολογίας και των πρώτων βοηθειών, καθώς εφάρμοζε τους θεραπευτικούς χρόνους που χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα: καθαρισμός, αντισηψία, ακινητοποίηση, διατήρηση του τραύματος ανοικτού για παροχέτευση (Φίλος και άλλοι 2006).

Το 18ο αιώνα υπήρχαν πάρα πολλές κυβερνητικές αποφάσεις για το πώς πρέπει να διεξάγεται η ΚαρΠΑ, αλλά και ίδρυση εταιρειών για οργανωμένες προσπάθειες παροχής πρώτων βοηθειών. Τέτοιες εταιρείες ήταν η Ολλανδική εταιρεία διάσωσης, που ανάρτησε ένα πρωτόκολλο αναζωογόνησης από πνιγμό σε ένα λιμάνι και η Αγγλική βασιλική εταιρεία διάσωσης (Φίλος και άλλοι 2006, Κορρέ και Καρλής 2013). Παράλληλα όμως εμφανίζονται κυβερνητικές αποφάσεις σχετικά με τη χρήση των φυσητήρων ασκών και των ρινοφαρυγγικών σωλήνων, που όμως δημιουργούσαν κάποια προβλήματα, όπως διάταση στομάχου και εισρόφηση. Γι αυτό το λόγο, το 1827 αντικρούστηκε αυτή η μέθοδος από το Γάλλο L. D' Etoile, που καθιέρωσε τη μέθοδο Laborn, κατά την οποία γίνεται ρυθμικό

τράβηγμα της γλώσσας (Παπαδόπουλος, 1999). 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 (Κορρέ και Καρλής, 2013).

Το 1788 ο γιατρός Charles Kite από το Λονδίνο, δημοσίευσε στα τότε επιστημονικά περιοδικά ένα άρθρο με τίτλο «Προσέγγιση στην ανάνηψη από ξαφνικό θάνατο», όπου αναφέρει ότι το σημαντικότερο πράγμα στην ανάνηψη είναι ο χρόνος που μεσολαβεί από το θάνατο και την αρχή της εφαρμογής της ανάνηψης (Κορρέ και Καρλής 2013, Φίλος και άλλοι 2006). Στο συγκεκριμένο δημοσίευμα αναφέρεται επίσης η εφαρμογή της χρήσης απινιδωτή, αλλά και η ανάγκη άμεσης εφαρμογής του (Φίλος και άλλοι 2006).

Ο πρώτος επιτυχής επικαρδιακός απινιδισμός στον άνθρωπο έγινε από τον Claude Beck το 1947. Ένα 14χρονο αγόρι υποβλήθηκε σε 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 δύο σειρές ηλεκτροσόκ. Μετά το δεύτερο shock η καρδιά του αγοριού επανήλθε σε φλεβοκομβικό ρυθμό ενώ το αγόρι επέζησε χωρίς νευρολογικά επακόλουθα.

Το 1961, προστίθεται η χρήση του εξωτερικού απινιδισμού στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από τους Gurvich και Kouwenhoven. Επανάσταση στην ιστορία της αναζωογόνησης αποτελεί επίσης το έτος 1979 όταν εισήχθη στην κλινική πρακτική ο πρώτος φορητός αυτόματος εξωτερικός απινιδιστής που διαθέτει έναν απλό αλγόριθμο για την ανίχνευση των απινιδώσιμων ρυθμών. 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 (Κορρέ και Καρλής, 2013).

Το 1858 επανέρχεται στην πράξη η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση των Sylvester και Howard. Η μέθοδος αυτή αναφέρει ότι η εισπνοή επιτυγχάνεται με την έκταση και ανάταση των χεριών και η εκπνοή με την πίεση των άνω άκρων στο θώρακα. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιήθηκε μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα και μετά προστέθηκε η χρήση της μάσκας οξυγόνου. Στο τέλος του 19ου αιώνα εφαρμόστηκε όμως για πρώτη φορά από τον Kocher, η

μέθοδος των εξωτερικών θωρακικών συμπίεσεων (Παπαδόπουλος, 1999). Το έτος 1959 υιοθετούνται τα βήματα ABC (Airway - Breathing - Circulation) (Κορρέ και Καρλής, 2013).

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. 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. 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. Ένα σημαντικό βήμα είναι επίσης η εισαγωγή στην κλινική πρακτική της συσκευής AMBU, το έτος 1957 (Κορρέ και Καρλής, 2013).

Αυτό μας δείχνει την προσπάθεια αντιμετώπισης των επειγόντων περιστατικών εκείνης της εποχής, καθώς επίσης την κατανόηση της αναγκαιότητας βοηθητικών μέσων για την καλύτερη παροχή πρώτων βοηθειών και αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών (Φίλος και άλλοι 2006).

### ***1.8 Ορισμός Των Πρώτων Βοηθειών***

Πρώτες βοήθειες είναι οι πρώτες ενέργειες που κάνουμε στον τόπο του ατυχήματος με ό,τι πρόχειρα μέσα διαθέτουμε για να:

- ★ αξιολογήσουμε την κατάσταση του πάσχοντα,
- ★ διατηρήσουμε τη ζωή του θύματος,
- ★ προλάβουμε επιδείνωση της κατάστασής του και
- ★ να απαλύνουμε τον πόνο του (ERC, 2010).

Οι πρώτες βοήθειες παρέχονται από άτομα, που έχουν γνώσεις πρώτων βοηθειών, τα οποία παρευρίσκονται στον τόπο του ατυχήματος ή του περιστατικού. Η επιβίωση του

πάσχοντα σε πολλές περιπτώσεις, εξαρτάται από τις πρώτες βοήθειες που θα του παρασχεθούν. Ο συχνά αιφνίδιος χαρακτήρας των συμβάντων, δεν αφήνει μεγάλα περιθώρια χρόνου αντίδρασης, γι' αυτό η αποτελεσματική παροχή πρώτων βοηθειών προϋποθέτει κατάλληλη εκπαίδευση. Για την αποφυγή εσφαλμένων αποφάσεων και ενεργειών, είναι σημαντικό ν' αναφερθεί ότι όλα τα επιφορτισμένα άτομα με την παροχή πρώτων βοηθειών, πρέπει σαφώς να γνωρίζουν τις ικανότητές τους και τα όρια των δυνατοτήτων τους (Φίλος και άλλοι 2006).

### ***1.8.1 Λόγοι Που Επιβάλλουν Την Απόκτηση Γνώσεων Πρώτων Βοηθειών***

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας αλλά και, κατά το δυνατόν, οι περισσότεροι πολίτες κρίνεται αναγκαίο να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες, γιατί πολλές χιλιάδες ανθρώπινες ζωές θα μπορούσαν να σωθούν κάθε χρόνο αν εγκαίρως τους είχαν παρασχεθεί οι πρώτες βοήθειες.

Οι λόγοι που επιβάλλουν την απόκτηση γνώσεων πρώτων βοηθειών μπορούν να κωδικοποιηθούν ως εξής:

- Ηθικοί: «η αρχή του καλού Σαμαρείτη». Ο ανθρώπινος πόνος αποτελεί μια υποκειμενική και ηθική διάσταση της ζωής.
- Κοινωνικοί: σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, οφείλεις να βοηθήσεις το συνάνθρωπό σου, όπως θα επιθυμούσες και εσύ ο ίδιος να έχεις σε παρόμοια περίπτωση.
- Νομικοί: θεωρείται επιβεβλημένη η κατοχή γνώσεων και παροχή βοήθειας από ορισμένες κοινωνικές ομάδες και επαγγέλματα, όπως γιατροί, νοσηλευτές, πυροσβέστες, αστυνομικοί, στρατιωτικοί. Σε ορισμένες χώρες η παροχή πρώτων βοηθειών επιβάλλεται σε όλο τον πληθυσμό δια νόμου.
- Οικονομικοί: με τη σωστή παροχή βοήθειας έχουμε σημαντική μείωση του κόστους θεραπείας, περίθαλψης και αποκατάστασης. Αντιμετωπίζοντας έγκαιρα και σωστά, μπορούμε να σώσουμε ζωές, εξασφαλίζοντας καλύτερη ποιότητα ζωής, μειώνοντας το χρόνο ανάρρωσης στο νοσοκομείο και προσφέροντας έτσι σοβαρά οφέλη σε προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.
- Λόγοι αυτοφροντίδας και αυτοπροστασίας: όταν κάποιος βρεθεί σε δυσχερή θέση, να μπορεί, έχοντας εκπαιδευτεί σωστά, να βοηθήσει τον εαυτό του (Φίλος και άλλοι 2006).

## 1.9 Εκπαίδευση Και Πιστοποίηση Παροχής Πρώτων Βοηθειών

### Σε Προπτυχιακό Επίπεδο

Σε μία έρευνα που πραγματοποιήσαμε με βάση τους οδηγούς σπουδών των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων νοσηλευτικής της Ελλάδας, διαπιστώσαμε ότι η εκπαίδευση των πρώτων βοηθειών διδάσκεται στο προπτυχιακό επίπεδο των ΑΕΙ και ΤΕΙ Νοσηλευτικής είτε ως μάθημα υποχρεωτικό είτε ως μάθημα επιλογής.

Παρακάτω σας παραθέτουμε αναλυτικά το πρόγραμμα σπουδών των ανωτάτων ιδρυμάτων που είναι τα εξής:

Εκπαιδευτικά Ιδρύματα	Κατηγορία μαθήματος	Ώρες	Εξάμηνο
ΑΕΙ Αθήνας	Υποχρεωτικό μάθημα	2h Θεωρία 1h Εργαστήριο	3 <sup>ο</sup>
ΑΕΙ Σπάρτης	Υποχρεωτικό μάθημα	2h Θεωρία 2h Εργαστήριο	4 <sup>ο</sup>
ΤΕΙ Αθήνας	Επιλογής μάθημα	2h Θεωρία	5 <sup>ο</sup>
ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	-	-	-
ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας	Επιλογής μάθημα	2h Θεωρία	6 <sup>ο</sup> ή 7 <sup>ο</sup>
ΤΕΙ Ηπείρου	Υποχρεωτικό μάθημα	2h Θεωρία 2h Άσκηση Πράξης	5 <sup>ο</sup>
ΤΕΙ Θεσσαλίας	-	-	-
ΤΕΙ Κρήτης	Υποχρεωτικό μάθημα	2h Θεωρία 1h Εργαστήριο	4 <sup>ο</sup>
ΤΕΙ Στερεάς Ελλάδας	Υποχρεωτικό μάθημα	3h Θεωρία 4h Εργαστήριο	6 <sup>ο</sup>

\* Οι βιβλιογραφίες που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή του παραπάνω πίνακα βρίσκονται συγκεντρωμένες στο βιβλιογραφικό παράθεμα.

Στα περισσότερα εκπαιδευτικά ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το μάθημα των «Πρώτων Βοηθειών» είναι υποχρεωτικό, εκτός από τα ΤΕΙ Αθήνας και Δυτικής Ελλάδας που το μάθημα είναι επιλογής. Σε δύο ΤΕΙ το μάθημα δεν διδάσκεται καθόλου (ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης και ΤΕΙ Θεσσαλίας). Τέλος σε ένα ΤΕΙ (Στερεάς Ελλάδας) συνδύασαν το μάθημα πρώτων βοηθειών με την επείγουσα νοσηλευτική, σε ένα κοινό μάθημα με την ονομασία «Επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα - Πρώτες βοήθειες».



## Εκτός Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων Εκπαίδευση

Πολλοί γνωστοί οργανισμοί όπως η ΕΕΚΑΑ, ERC, ο Ε.Ε.Σ, ΝΑΕΜΤ και άλλοι, παρουσιάζουν προγράμματα εκπαίδευσης (σεμινάρια) τόσο σε πολίτες, όσο και σε ιατρούς, νοσηλευτές και διασώστες. Κάποια προγράμματα εκπαίδευσης έχουν κόστος συμμετοχής και εξαρτάται από το εκάστοτε πρόγραμμα - σεμινάριο.

*Η ΕΕΚΑΑ παρέχει τα ακόλουθα προγράμματα πιστοποίησης τα οποία είναι:*

- **eACLS** έχει εγκριθεί και πιστοποιηθεί από το ACEP,
- **ILS** είναι εγκεκριμένο και πιστοποιημένο από το ERC,
- **EPLS** είναι εγκεκριμένο και πιστοποιημένο από το ERC,
- **NLS** είναι εγκεκριμένο και πιστοποιημένο από το ERC,
- **Airway Management** (Εξασφάλιση του Αεραγωγού) είναι εγκεκριμένο και πιστοποιημένο από την ΑΗΑ,
- **ECG & Pharmacology** (Σεμινάριο Ηλεκτροκαρδιογραφήματος και Φαρμακολογίας) είναι εγκεκριμένο και πιστοποιημένο από την ΑΗΑ,
- **ALS - GEMs** (Εξειδικευμένη Προνοσοκομειακή Αντιμετώπιση του Γηριατρικού Ασθενή). Το σεμινάριο είναι εγκεκριμένο και πιστοποιημένο από την Αμερικανική Γηριατρική Εταιρεία (American Geriatrics Society) και το Εθνικό Συντονιστικό Συμβούλιο Κατάρτισης Πρώτων Βοηθειών (National Council of EMS Training Coordinators).
- **ALS - PEPP** (Εξειδικευμένη Εκπαίδευση στην Προνοσοκομειακή Παιδιατρική). Το σεμινάριο είναι εγκεκριμένο και πιστοποιημένο από την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία (American Academy of Pediatrics).
- **ΕΥΖΩΗ** (Εγκαιρης Υποστήριξης της Ζωής).  
([http://panossim.wix.com/eekaa\\_seminars#!\\_\\_eekaa-seminars/επαγγελματίες-υγείας](http://panossim.wix.com/eekaa_seminars#!__eekaa-seminars/επαγγελματίες-υγείας))

*Ερυθρός Σταυρός:* Ο Ε.Ε.Σ εκπαιδεύει άτομα κάθε ηλικίας, με δωρεάν μαθήματα Πρώτων Βοηθειών. Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να παρακολουθήσουν τα μαθήματα, χωρίς να απαιτούνται ειδικά προσόντα ή εξειδικευμένες γνώσεις. Η ύλη που διδάσκεται είναι συγκεκριμένη (Λίτσας, 2005).

*NAEMT:*

**TFR:** Είναι ένα μονοήμερο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, που διδάσκει τις βασικές αρχές της Προνοσοκομειακής Αντιμετώπισης Τραύματος και απευθύνεται σε όλους αυτούς που δεν είχαν προγενέστερα κατάρτιση στην Επείγουσα ή την Εξειδικευμένη Προνοσοκομειακή Ιατρική (π.χ. αστυνομικούς, πυροσβέστες, ομάδες διάσωσης, προσωπικό ασφαλείας, πολίτες ευαισθητοποιημένους κ.α.). Οι διαλέξεις και η πρακτική άσκηση στους σταθμούς είναι βασισμένες στην περίθαλψη που οι «πρώτοι ανταποκρινόμενοι» μπορούν να παρέχουν σε αναμονή της μεταφοράς του τραυματία σε υγειονομικό σχηματισμό, σαν συνδρομή βοήθειας στους διασώστες και το ιατρικό προσωπικό του ΕΚΑΒ:

- ✚ αρχική εκτίμηση πολυτραυματία
- ✚ ακινητοποίηση Σ. Σ - αφαίρεση κράνους
- ✚ αεραγωγός - αναπνοή
- ✚ έλεγχος αιμορραγίας
- ✚ επείγοντα απεγκλωβισμό

(<http://www.phtls.gr/index.php?c=9&la=1>).

**PHTLS:** Είναι ένα εντατικό σεμινάριο διάρκειας δύο ημερών και απευθύνεται σε νοσηλευτές - τριες, γιατρούς, πληρώματα ασθενοφόρων, πυροσβέστες κ.α. (<http://www.phtls.gr/index.php?c=9&la=1>). Είναι πιστοποιημένο από το NAEMT σε συνεργασία με την επιτροπή τραύματος του Αμερικάνικου Κολεγίου Χειρουργών ([http://www.ekab.gr/web/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3815&Itemid=156](http://www.ekab.gr/web/index.php?option=com_content&view=article&id=3815&Itemid=156)). Το PHTLS, ως πιστοποιημένο πρόγραμμα παροχής πρώτων βοηθειών, αποτελεί την καθιερωμένη μέθοδο προνοσοκομειακής αντιμετώπισης του τραυματία. Εφοδιάζει το διασώστη με σύγχρονες - τεκμηριωμένες γνώσεις, τον εκπαιδεύει στην άσκηση σωστών χειρισμών, δημιουργώντας έτσι κοινή γλώσσα επικοινωνίας, κοινές αρχές και φιλοσοφία με τους υπόλοιπους διασώστες. Το πρόγραμμα, εκτός από θεωρητική, προσφέρει και πρακτική κατάρτιση (PHTLS, 2009).

Οι θεωρητικές γνώσεις είναι για όλους οι ίδιες. Η πρακτική άσκηση χωρίζεται σε δύο μέρη στο προχωρημένο και στο βασικό. Η μόνη διαφορά είναι ότι οι νοσηλευτές - τριες και γιατροί εκπαιδεύονται στην τοποθέτηση του ενδοτραχειακού σωλήνα. Το πρόγραμμα παρέχει ιατρικά μόρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Η παρακολούθηση αυτών των προγραμμάτων έχει κόστος συνδρομής (<http://www.phtls.gr/index.php?c=9&la=1>).

Το PHTLS αναπτύχθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ το 1982 και με την πάροδο των χρόνων εξαπλώθηκε διεθνώς σε περισσότερο από σαράντα χώρες του κόσμου. Στην Ελλάδα ξεκίνησε το 1999 από την επιτροπή τραύματος του Ελληνικού τμήματος του Αμερικάνικου κολλεγίου χειρουργών, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Πατρών και το τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Πατρών. Η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται με την προνοσοκομειακή αντιμετώπιση του τραυματία, σε συνδυασμό με την απήχηση του προγράμματος, είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία οκτώ εκπαιδευτικών κέντρων σε Ελλάδα και Κύπρο. Τα εκπαιδευτικά κέντρα είναι: το εθνικό κέντρο PHTLS - ATLS Πάτρας, 251 ΓΝ Αεροπορίας, ΤΕΙ Πάτρας, ΓΝ Τρίπολης, κέντρο Κύπρου, ΕΚΑΒ Αθήνας, κέντρο Κρήτης και ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης (PHTLS, 2009).

### ***1.10 Οι Αρχές Της Προνοσοκομειακής Αντιμετώπισης***

Επειδή συχνά συμβαίνουν πολλά και σοβαρά ατυχήματα ο ρόλος του ατόμου που έχει εκπαιδευτεί στην παροχή πρώτων βοηθειών είναι πολύ σημαντικός (Λίτσας, 1987). Ένας Διασώστης πρέπει να είναι ικανός να αναγνωρίσει και να καθορίσει προτεραιότητες στην αντιμετώπιση των ασθενών με πολλαπλές κακώσεις ακολουθώντας τις χρυσές αρχές της προνοσοκομειακής φροντίδας του τραύματος (TFR, 2013).

#### **1. Διασφαλίστε την ασφάλεια των διασωστών και του ασθενή.**

Αρχικά, οι διασώστες απαιτείται να εξασφαλίσουν ότι η ασφάλεια σκηνής (του τόπου του συμβάντος) παραμένει η ύψιστη προτεραιότητά τους. Αυτό περιλαμβάνει πρώτα την ασφάλεια των διασωστών αλλά ταυτόχρονα και των ασθενών. Οι διασώστες πρέπει να λάβουν υπόψη τους δυνητικούς κινδύνους όπως είναι το ηλεκτρικό ρεύμα, τα εύφλεκτα υλικά, τις φωτιές, τα οχήματα, τις οικοδομές, τους δράστες κλπ.

Ο διασώστης που διακινδυνεύει άσκοπα μπορεί πιθανότατα να καταστεί θύμα και να μην είναι σε θέση να βοηθήσει το αρχικά τραυματισμένο θύμα.

Άλλη μια σημαντική αρχή για την ασφάλεια των διασωστών είναι η χρήση κατάλληλων μέτρων προφύλαξης. Ο προστατευτικός εξοπλισμός πρέπει να εφαρμόζεται,

ειδικά όταν φροντίζονται τραυματίες με παρουσία αίματος ή σωματικών υγρών (π.χ. χρήση γαντιών) (TFR 2013, PHTLS 2009).

2. Εκτιμήστε την ασφάλεια σκηνής για να καθορίσετε την ανάγκη επιπρόσθετων μέσων.

Κατά την διάρκεια της ανταπόκρισης στο τόπο του συμβάντος και κατά την άφιξη των διασωστών, εκτελείτε μια γρήγορη εκτίμηση της σκηνής προκειμένου να προσδιοριστεί η ανάγκη επιπρόσθετων ή ειδικευμένων μεσών (π.χ. ελικόπτερα μεταφοράς ασθενών, εξοπλισμός καταστολής πυρκαγιάς, κινητή μονάδα, ειδικές ομάδες διάσωσης κ.α.). Η ανάγκη γι' αυτά τα μέσα πρέπει να προβλέπεται και να ζητείται το συντομότερο δυνατόν (TFR 2013, PHTLS 2009).

3. Προσδιορίστε την κινηματική που προξένησε τις κακώσεις.

Καθώς προσεγγίζονται η σκηνή και ο ασθενής, παρατηρείται η κινηματική της κατάστασης (συλλογή πληροφοριών, πρόβλεψη των πιθανών - συγκεκριμένων κακώσεων) που οδηγεί στην καλύτερη εκτίμηση του ασθενή (Κιέκκας, 2012). Η εξέταση της κινηματικής δεν πρέπει να καθυστερεί την έναρξη της εκτίμησης και της φροντίδας του ασθενή αλλά μπορεί να εμπεριέχεται στη σφαιρική εκτίμηση της σκηνής και στις ερωτήσεις που απευθύνονται στον ασθενή και στους παριστάμενους (Παναγιωτόπουλος 2013, TFR 2013).

4. Χρησιμοποιήστε την προσέγγιση της πρωτοβάθμιας εκτίμησης για να προσδιορίσετε απειλητικές για τη ζωή κακώσεις.

Κατά την αρχική προσέγγιση και καθώς παρέχεται η φροντίδα, οι διασώστες συγκεντρώνουν δεδομένα από μερικές αισθήσεις (όραση, ακοή, όσφρηση, αφή) τα οποία πρέπει να ταξινομηθούν - τοποθετηθούν σε διάταξη προτεραιότητας και να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη ενός σχεδίου με σκοπό την ορθή διαχείριση - αντιμετώπιση. Μόλις προσδιοριστούν τα προβλήματα, ξεκινά η φροντίδα του πάσχοντα άμεσα (TFR, 2013).

Η πρωτοβάθμια εκτίμηση πρέπει να επανεκτιμάται έπειτα από τη μεσολάβηση λογικών χρονικών διαστημάτων, έτσι ώστε να μπορεί να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και ο διασώστης να είναι σε θέση να επιληφθεί νέα ζητήματα. Επίσης,

παρέχει ένα πλαίσιο για τη στοιχειοθέτηση προτεραιοτήτων διαχείρισης και αντιμετώπισης, στην περίπτωση αρκετών θυμάτων. Για παράδειγμα σε ένα περιστατικό πολλαπλών απωλειών, οι πάσχοντες που έχουν προσδιορισμένα σοβαρά προβλήματα με τον αεραγωγό, τον αερισμό ή την αιμάτωση διαχειρίζονται - αντιμετωπίζονται και διακομίζονται πριν από τους πάσχοντες που έχουν μόνο διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης (TFR, 2013).

Στα παιδιά, στις εγκύους ασθενείς και στους ηλικιωμένους, οι κακώσεις πρέπει να εκλαμβάνονται ότι:

- ❖ Είναι πιο σοβαρές από ό,τι η εξωτερική εμφάνιση τους,
- ❖ Έχουν πιο έντονη συστηματική επίδραση και
- ❖ Έχουν ένα μεγαλύτερο ενδεχόμενο να προξενήσουν γρήγορη ανεπάρκεια (TFR, 2013).

5. Παρέχετε κατάλληλη διαχείριση και αντιμετώπιση του αεραγωγού ενώ διατηρείτε τη σταθεροποίηση της Α.Μ.Σ.Σ.

Στην αντιμετώπιση των τραυματιών που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, η διαχείριση - αντιμετώπιση του αεραγωγού παραμένει η υψίστη προτεραιότητα για το διασώστη. Αυτό επιτυγχάνεται με τη διατήρηση της κεφαλής και του αυχένα σε ουδέτερη ευθεία θέση (εάν ενδείκνυται από το μηχανισμό της κάκωσης). Όλοι οι διασώστες πρέπει να είναι ικανοί να εκτελούν με άνεση τις «στοιχειώδεις δεξιότητες» διαχείρισης και αντιμετώπισης του αεραγωγού (TFR, 2013).

6. Υποστηρίξτε τον αερισμό και χορηγήστε οξυγόνο.

Η εκτίμηση, η διαχείριση και αντιμετώπιση του αερισμού αποτελεί άλλη μία καίριας σημασίας διάσταση στη διαχείριση και αντιμετώπιση του τραυματία σε κρίσιμη κατάσταση. Οι φυσιολογικές αναπνοές στους ενήλικες είναι 12 - 20 ανά λεπτό (TFR, 2013)

Οι **βραδυπνοϊκοί** ασθενείς χρήζουν υποβοηθούμενης ή ολοκληρωτικής υποστήριξης του αερισμού με μια συσκευή τύπου ασκού - μάσκας που είναι συνδεδεμένη με συμπληρωματικό οξυγόνο. Στους **ταχυπνοϊκούς** ασθενείς (συχνότητα > 30 αναπνοές/λεπτό), πρέπει να εκτιμάται ο κατά λεπτών αερισμός τους (αναπνεόμενος όγκος επί την αναπνευστική συχνότητα). Όταν αντιμετωπίζετε ένα πάσχοντα με σημαντικά μειωμένο κατά

λεπτών όγκο αερισμού {γρήγορος, ρηχές αναπνοές}, οι αερισμοί πρέπει να υποβοηθούνται με μια συσκευή τύπου ασκού - μάσκας που είναι συνδεδεμένη με συμπληρωματικό οξυγόνο (TFR 2013, PHTLS 2009).

7. Ελέγξτε οποιαδήποτε σημαντική εξωτερική αιμορραγία.

Στον τραυματία, η σημαντική εξωτερική αιμορραγία είναι ένα εύρημα το οποίο απαιτεί άμεση προσοχή. Επειδή το αίμα δεν είναι διαθέσιμο για χορήγηση σε προνοσοκομειακό περιβάλλον, ο έλεγχος της αιμορραγίας καθίσταται ζήτημα υψίστης σημασίας για τους διασώστες. Οι κακώσεις στα άκρα και τα τραύματα στο τριχωτό της κεφαλής, μπορεί να είναι δείγμα απειλητικής αιμορραγίας για τη ζωή. Οι περισσότερες εξωτερικές αιμορραγίες τίθενται εύκολα υπό έλεγχο με την εφαρμογή *Άμεσης Πίεσης* στο σημείο που αιμορραγεί ή με την εφαρμογή *Πιεστικής Επίδεσης*. Μόνο σε ακατάσχετες αιμορραγίες, μπορεί να εφαρμοστεί η *Ίσχαιμη Περίδεση*. Η εφαρμογή της ισχαιμης περιίδεσης ενέχει σοβαρούς κινδύνους (π.χ. νέκρωση του άκρου που οδηγεί σε ακρωτηριασμό) και είναι λύση ανάγκης (TFR, 2013).

Ο έλεγχος της εξωτερικής αιμορραγίας και η αναγνώριση της πιθανολογούμενης εσωτερικής αιμορραγίας, συνδυασμένα με την άμεση διακομιδή του πάσχοντα στην πλησιέστερη κατάλληλη ιατρική εγκατάσταση (TFR, 2013).

8. Παρέχετε βασική θεραπεία για το σοκ, που συμπεριλαμβάνει κατάλληλη τοποθέτηση των μυοσκελετικών κακώσεων σε νάρθηκα και αποκατάσταση - διατήρηση της φυσιολογικής θερμοκρασίας του σώματος.

Στο τέλος της πρωτοβάθμιας εκτίμησης, το σώμα του ασθενή είναι εκτεθειμένο τόσο ώστε ο διασώστης να μπορεί γρήγορα να ερευνήσει για επιπρόσθετες κακώσεις. Μόλις αυτό ολοκληρωθεί, ο ασθενής πρέπει να καλύπτεται ξανά καθώς η υποθερμία μπορεί να αποβεί μοιραία για τον ασθενή που φέρει κρίσιμες τραυματικές κακώσεις. Ο ασθενής σε σοκ βρίσκεται ήδη σε μειονεκτική θέση λόγω ανεπαρκούς ιστικής αιμάτωσης που μπορεί να έχει ως επακόλουθο βάρια υποθερμία. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να διατηρείται - αποκαθίσταται η θερμοκρασία του σώματος με τη χρήση κουβερτών ή την μεταφορά του θύματος σε ένα ζεστό περιβάλλον (TFR, 2013).

Η τοποθέτηση σε νάρθηκα συνδράμει στην ελάττωση της απώλειας επιπλέον αίματος μέσα στους περιβάλλοντες ιστούς, βοηθώντας κατ' αυτό το τρόπο στη διαφύλαξη κυκλοφορούντων ερυθρών αιμοσφαιρίων και καθ' αυτό μεταφοράς οξυγόνου. Αντίθετα, η ακινητοποίηση του ασθενή σε μακριά, σκληρή και άκαμπτη σανίδα κατ' ουσία θα «τοποθετήσει» όλα τα κατάγματα σε μια ανατομική θέση και θα επιφέρει ελάττωση στην εσωτερική αιμορραγία (TFR, 2013).

9. Διατηρήστε τη σταθεροποίηση της Σ.Σ με τα χέρια μέχρι ο ασθενής να είναι ακινητοποιημένος πάνω σε ένα φορείο τύπου σκληρής μακριάς και άκαμπτης σανίδας.

Θα πρέπει να παρέχεται σταθεροποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης με τα χέρια και να διατηρείται ως έχει μέχρι ο ασθενής να ακινητοποιηθεί πάνω σε σανίδα ακινητοποίησης ή να θεωρηθεί ότι δεν πληροί τις ενδείξεις για ακινητοποίηση της Σ.Σ. Η ικανοποιητική ακινητοποίηση της Σ.Σ εμπεριέχει την ακινητοποίηση από την κεφαλή μέχρι την πύελο. Η ακινητοποίηση δεν πρέπει να παρεμποδίζει την ικανότητα του ασθενή να ανοίγει την στοματική κοιλότητα και δεν πρέπει να προκαλεί τη διαταραχή της λειτουργίας του αερισμού του. Σε έναν ασθενή με αμβλύ τραύμα η ακινητοποίηση της Σ.Σ ενδείκνυται σε περίπτωση που έχει διαταραγμένο επίπεδο συνείδησης ή ένα παραπάνω σχετικό με νευρολογικό σύμπτωμα, ή αν κατά την φυσική εξέταση προσδιοριστούν ευαισθησία στη Σ.Σ, μια ανατομική ανωμαλία ή ένα κινητικό ή αισθητικό έλλειμμα (TFR, 2013).

10. Για τους τραυματίες σε κρίσιμη κατάσταση, ξεκινήστε τη διακομιδή στην πλησιέστερη κατάλληλη ιατρική εγκατάσταση εντός 10 λεπτών από την άφιξη στη σκηνή.

Η καθυστέρηση στην διακομιδή των τραυματιών στις κατάλληλες ιατρικές εγκαταστάσεις παραλαβής οδηγεί σε αυξήσεις των ποσοστών θνητότητας. Αν και οι διασώστες είναι καταρτισμένοι στην διαχείριση και αντιμετώπιση του αεραγωγού, στην υποστήριξη του αερισμού και της κυκλοφορίας, οι τραυματίες σε κρίσιμη κατάσταση βρίσκονται σε αιμορραγικό σοκ και έχουν ανάγκη από δυο πράγματα που δεν μπορούν να παρασχεθούν στο προνοσοκομειακό περιβάλλον: *αίμα και έλεγχο της εσωτερικής αιμορραγίας* (TFR, 2013).

Ο διασώστης πρέπει να δαπανήσει όσο το δυνατό λιγότερο χρόνο στο τόπο του ατυχήματος. Το πλησιέστερο νοσοκομείο μπορεί να μην είναι η καταλληλότερη ιατρική

εγκατάσταση παραλαβής για πολλούς τραυματίες (TFR 2013). Σε μερικές καταστάσεις, είναι κατάλληλο να παρακαμφθούν τα κέντρα που δεν είναι εξειδικευμένα στο τραύμα για να επιτευχθεί η διακομιδή σε ένα κέντρο τραύματος (Κιέκκας, 2012). Σε ένα αστικό περιβάλλον, ο τραυματίας σε κρίσιμη κατάσταση πρέπει να φτάνει σε ένα κέντρο τραύματος εντός 25 - 30 λεπτών από τη στιγμή του τραυματισμού (TFR 2013).

11. Εξακριβώστε το ιατρικό ιστορικό του ασθενή και εκτελέστε μια δευτεροβάθμια εκτίμηση όταν έχει πραγματοποιηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό η διαχείριση και αντιμετώπιση ή ο αποκλεισμός των απειλητικών για τη ζωή προβλημάτων.

Είναι σημαντικό να αποκτάται ένα ιστορικό SAMPLE (Symptoms, Allergies, Medications, Past medical history, Last meal, Event) για τους τραυματίες σε κρίσιμη κατάσταση, εκτελείται μια δευτεροβάθμια εκτίμηση μόνο αν το επιτρέπει ο χρόνος και αφότου έχει διεξαχθεί η διαχείριση και αντιμετώπιση των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων καταλλήλως (TFR, 2013).

12. Παρέχετε πλήρη και ακριβή διαβίβαση πληροφοριών αναφορικά με τον ασθενή και τις συνθήκες της κάκωσης στην ιατρική εγκατάσταση παραλαβής.

Ο διασώστης συμπληρώνει προσεκτικά και με ακρίβεια μία αναφορά φροντίδας του ασθενή. Η καταγραφή πρέπει να «δημιουργεί μια εικόνα» στον αναγνώστη σχετικά με την εμφάνιση του ασθενή και να παρέχει τη χρονολογική σειρά των παρεμβάσεων. Πρέπει να είναι ακριβής καθώς αποτελούν ένα επίσημο έγγραφο και παρέχουν κρίσιμες πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα μητρώα τραύματος. Η απευθείας επικοινωνία μεταξύ διασώστη και ιατρού κατά τη διάρκεια παράδοσης του ασθενή διασφαλίζει το συνεχές φάσμα της φροντίδας (TFR, 2013).

13. Πρωτίστως, μην επιφέρετε περαιτέρω βλάβη.

Κατά την παροχή φροντίδας σε έναν τραυματία σε κρίσιμη κατάσταση, οι διασώστες χρειάζεται να αναρωτηθούν εάν οι ενέργειες τους στη σκηνή και κατά τη διάρκεια της διακομιδής θα ωφελήσουν τον ασθενή. Η φροντίδα του τραύματος πρέπει να ακολουθεί μια



δεδομένη σειρά προτεραιοτήτων που συνιστούν ένα αποδοτικό και αποτελεσματικό σχέδιο δράσης, με βάση τα διαθέσιμα χρονικά πλαίσια και οποιοσδήποτε κινδύνους εμφανίζονται στη σκηνή (TFR, 2013).

### 1.11 Αλυσίδα επιβίωσης

Η προσπάθεια διάσωσης μια ζωής περιλαμβάνει μια συγκεκριμένη ακολουθία βημάτων. Κάθε βήμα είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση του θύματος. Η «Αλυσίδα της επιβίωσης» περιγράφει τα βήματα αυτά ως κρίκους και περιλαμβάνει τα ακόλουθα στάδια, τα οποία πρέπει να πραγματοποιηθούν, προκειμένου να αυξηθούν οι πιθανότητες επιβίωσης του ασθενούς μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή (ERC, 2010):



Εικόνα 1: Αλυσίδα επιβίωσης

#### 1. Ταχεία αναγνώριση και έγκαιρη ειδοποίηση των υπηρεσιών εκτάκτου ανάγκης

Προσεγγίστε με ασφάλεια, σιγουρευτείτε ότι εσείς, το θύμα και οι παρευρισκόμενοι είστε ασφαλείς. Λάβετε υπόψη δυνητικούς κινδύνους από ηλεκτρικό ρεύμα, καύσιμα, οχήματα, οικοδομές κλπ (ERC, 2010). Φορέστε γάντια για την προστασία σας (Lynn, 2012). Ελέγξτε την επαφή του θύματος με το περιβάλλον. Ταρακουνήστε ελαφρά τους ώμους του και το ρωτάτε δυνατά «**Είστε καλά; Είστε καλά;**» (ERC, 2010).

- Στην περίπτωση που απαντήσει το θύμα μην το μετακινείτε από το σημείο που το βρήκατε, ρωτήστε τι αισθάνεται και αν είναι απαραίτητο καλέστε βοήθεια στο 166.
- Στην περίπτωση που δεν ανταποκρίνεται φωνάξτε δυνατά «**Βοήθεια! Βοήθεια!**». Κάντε έκταση της κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου (με αυτό τον τρόπο απελευθερώνεται ο αεραγωγός) ώστε να μπορείτε να ελέγξετε την αναπνοή (ERC,

2010). Ελέγχουμε για πιθανή απόφραξη του αεραγωγού. Παράλληλα, ελέγχουμε το σφυγμό του (Lynn, 2012).

- Τοποθετείστε το κεφάλι σας σε τέτοια θέση ώστε να μπορείτε να **βλέπετε** την κίνηση του θώρακα, να **ακούτε** την αναπνοή ή την προσπάθεια αναπνοής και να **αισθάνεστε** την εκπνοή στο πρόσωπό σας σε χρονικό διάστημα 10 δευτερολέπτων.
- Αν το θύμα αναπνέει κανονικά τοποθετήστε το σε θέση ανάντησης και τηλεφωνήστε στο 166. Μείνετε κοντά του και επανελέγχετε (βλέπω, ακούω, αισθάνομαι) κάθε ένα λεπτό.
- Αν το θύμα δεν αναπνέει κανονικά ή δεν αναπνέει καθόλου τηλεφωνήστε άμεσα στο 166 και ξεκινήστε ΚΑΡΠΑ (ERC, 2010).

## 2. Ταχεία έναρξη ΚΑΡΠΑ

Τοποθετήστε το θύμα σε ύπτια θέση, σε μια στερεή και σκληρή επιφάνεια. Ο ανανήπτης πρέπει να βρίσκεται δεξιά ή αριστερά του θώρακα του θύματος γονατιστός. Τοποθετήστε τη βάση της παλάμης του ενός σας χεριού στο κέντρο του θώρακα και ύστερα τοποθετήστε τη βάση της παλάμης του άλλου χεριού πάνω από το πρώτο και πλέξτε τα δάχτυλα μεταξύ τους. Με τους αγκώνες σας τεντωμένους, φέρτε τους ώμους σας κάθετα πάνω από το θώρακα του θύματος. Πιέστε ρυθμικά 30 φορές με ρυθμό τουλάχιστον **100/min**, αλλά χωρίς να ξεπεράσετε τις 120 συμπίεσεις ανά λεπτό, με **βάθος τουλάχιστον 5 cm**. Μην ξεπερνάτε τα 6 cm βάθους συμπίεσεων! Συνεχίστε με δύο εμφυσήσεις.

*Οι εμφυσήσεις γίνονται με τον ακόλουθο τρόπο:*

Κάνουμε έκταση της κεφαλής και ανύψωση της κάτω γνάθου. Κλείστε τη μύτη με το ένα σας χέρι και εφαρμόστε τα χείλη σας σφραγίζοντας το στόμα του θύματος, δίνοντας την εκπνοή σας για ένα δευτερόλεπτο και μέχρι να ανασηκωθεί ο θώρακας του θύματος. Περιμένετε για την εκπνοή επιτρέποντας στο θώρακα να κατέβει και επαναλαμβάνετε τη δεύτερη εμφύσηση.

Συνεχίστε με συνδυασμό θωρακικών συμπίεσεων κι εμφυσήσεων διάσωσης σε αναλογία **30:2** διακόπτοντας την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μόνο αν:

- Κάνει κάποια κίνηση το θύμα
- Έρθει η εξειδικευμένη ιατρική βοήθεια

- Εξαντληθούμε ή σκηνή του ατυχήματος γίνει επικίνδυνη για εμάς και το θύμα

Αν οι εμφυσέςεις σας δεν κάνουν το στήθος να ανασηκώνεται, τότε πριν την επόμενη σας προσπάθεια κοιτάζετε μέσα στο στόμα του θύματος και αφαιρέστε τυχόν ξένα σώματα που φαίνονται ολόκληρα. Επανελέγξτε τη βατότητα του αεραγωγού. Μην προσπαθείτε περισσότερες από δύο εμφυσέςεις τη φορά.

Αν ενεργείτε σε ζευγάρι ή υπάρχουν και άλλοι εκπαιδευμένοι, τότε μπορεί να γίνεται αλλαγή χειριστών κάθε 2 λεπτά.

Αν δεν επιθυμείτε να χορηγήσετε εμφυσέςεις, τότε μπορείτε να κάνετε μόνο τις θωρακικές συμπίεσεις χωρίς διακοπή με τον ίδιο σταθερό ρυθμό (100/min), χωρίς να ξεπερνάτε τους 120/min (ERC, 2010).

### **3. Ταχεία απινίδωση**

Στις περισσότερες περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής, η καρδιά σταματά να λειτουργεί αποτελεσματικά, λόγω μιας ηλεκτρικής διαταραχής που ονομάζεται κοιλιακή μαρμαρυγή. Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία είναι η χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος (απινίδωση). Η πιθανότητα επιτυχούς απινίδωσης μειώνεται περίπου κατά 10% για κάθε λεπτό μετά την ανακοπή του θύματος, εκτός και αν εφαρμοστεί αποτελεσματική ΚΑΡΠΑ (ERC, 2010).

Η χρήση των αυτόματων εξωτερικών απινιδωτών (ΑΕΑ) καθιστά δυνατή τη χορήγηση απινίδωσης από το γενικό πληθυσμό. Η έγκαιρη απινίδωση εντός 3 - 5 λεπτών από την έναρξη της ανακοπής μπορεί να έχει προσδόκιμο επιβίωσης του θύματος 49 - 75% (ERC 2010, Τζιμίκου 2010).

### **4. Φροντίδα μετά την αναζωογόνηση**

Μετά από την επιτυχή αναζωογόνηση μπορούν ν' αυξηθούν οι πιθανότητες ανάνηψης του θύματος. Για τη βέλτιστη ανάνηψη του πάσχοντα οι επαγγελματίες υγείας έχουν τη δυνατότητα χρήσης εξειδικευμένων τεχνικών (ERC 2010, Τζιμίκου 2010).

#### **1.12 Αρχική Εκτίμηση Και Αντιμετώπιση Περιστατικού (Προνοσοκομειακά)**

Η πρωτογενής εκτίμηση αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης στον τόπο του ατυχήματος. Αποτελεί το ουσιαστικότερο εργαλείο στην αξιολόγηση των ζωτικών λειτουργιών, εκτελείται άμεσα και έχει στόχο την αναγνώριση των επικίνδυνων κακώσεων,

ώστε να αναταχθούν το συντομότερο δυνατό. Η προνοσοκομειακή εκτίμηση πρέπει να γίνει μέσα σε 15 - 30 δευτερόλεπτα και επαρκώς, να καθορίσει την κατάσταση του τραυματία, να οδηγήσει στην άμεση αντιμετώπισή του στον τόπο του συμβάντος (Μπαλτόπουλος, 2009).

Στην πρωτογενή εκτίμηση και αντιμετώπιση του τραυματία πρέπει να εφαρμόζεται μια λογική ακολουθία προτεραιοτήτων βασισμένη σε μια ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάστασής του και ιδιαίτερα των ζωτικών του λειτουργιών. Ένας ολοκληρωμένος τρόπος αντιμετώπισης περιλαμβάνει τη σωστή προετοιμασία και εκπαίδευση, τη διαλογή και εκτίμηση των ζωτικών λειτουργιών με τη μέθοδο ABCDE, την ανάνηψη, την μετέπειτα εκτίμηση, συνεχή παρακολούθηση και οριστική θεραπεία.

Η σωστή προετοιμασία και εκπαίδευση αναφέρεται στην καλή εκπαίδευση του διασώστη για τη φροντίδα και εξασφάλιση των ζωτικών λειτουργιών του θύματος, αλλά και στη συνεννόηση του με το νοσοκομείο κατά τη διακομιδή του θύματος στο νοσοκομείο παραλαβής (Κουφουδάκης, 2011).

### **1.13 Ενδονοσοκομειακή Εκτίμηση Και Αντιμετώπιση**

Η Ενδονοσοκομειακή υποστήριξη ξεκινά από τη στιγμή που θα συνεννοηθεί το κέντρο του ΕΚΑΒ με το ΤΕΠ του νοσοκομείου. Η έγκαιρη ειδοποίηση είναι ζωτικής σημασίας διότι μας επιτρέπει να ξέρουμε την τοποθεσία του συμβάντος, το χρόνο από τη στιγμή του συμβάντος, τις συνθήκες, το μηχανισμό - χαρακτηρισμό του τραύματος, τον ακριβή αριθμό των πασχόντων και τη βαρύτητα της κατάστασης.

Ο εξειδικευμένος σχεδιασμός της υποδοχής του νοσοκομείου έχει μεγάλη σημασία για το τραυματία. Το προσωπικό των ΤΕΠ πρέπει να είναι σε ετοιμότητα και ικανό να ανταποκριθεί σε βαριές καταστάσεις, στο οποίο πρέπει να υπάρχει οργανωμένος εξοπλισμός του αεραγωγού (π.χ. λαρυγγοσκόπια, τραχειοσωλήνες, ambu, παροχές του οξυγόνου), να ελέγχεται συχνά και να είναι τοποθετημένος σε μέρος που να υπάρχει άμεση πρόσβαση, έτοιμα σετ καθετηριασμού κύστεως, trocars και συσκευές παροχέτευσης θώρακος (bullau), κρυσταλλοειδή διαλύματα (έτοιμα ώστε να χορηγηθούν μόλις φτάσει ο τραυματίας) και όργανα συνεχούς παρακολούθησης των ζωτικών σημείων (monitors) τα οποία πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα. Επίσης χρειάζονται μεγάλου εύρους φλεβοκαθετήρες, σύριγγες, επιδεσμικό υλικό και διάφορα εργαλεία σε σετ έτοιμα για συρραφές τραυμάτων ή μικροχειρουργικές επεμβάσεις. Το ιδανικό είναι να υπάρχει διαθέσιμος χώρος αναζωογόνησης ([http://www.iatrikionline.gr/Ortho\\_26/domi.htm](http://www.iatrikionline.gr/Ortho_26/domi.htm), Hamilton 2010).

## 1.14 Διαλογή (Triage)

Η λέξη Διαλογή (Triage) προέρχεται από το γαλλικό ρήμα Trier που σημαίνει διαλέγω - ταξινομώ. Η διαλογή έχει την έννοια της διαδικασίας καθορισμού της προτεραιότητας - αντιμετώπισης - θεραπείας πολλών ασθενών, οι οποίοι ζητούν φροντίδα ταυτόχρονα (π.χ. κατά τη διάρκεια φυσικών καταστροφών).

Το Triage διακρίνεται σε:

➤ Προνοσοκομειακό Triage

➤ Νοσοκομειακό Triage

Αρχικά, η διαλογή εφαρμόστηκε στα πεδία της μάχης, με σκοπό οι τραυματισμένοι στρατιώτες που είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες επιβίωσης να λάβουν πρώτοι την απαραίτητη φροντίδα. Στο ΤΕΠ η διαλογή εισήχθη επίσημα στα τέλη της δεκαετίας του 1950 και στις αρχές του 1960, όταν η αύξηση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονταν στα ΤΕΠ υπερέβη τις δυνατότητές τους, ως προς τους διατεθειμένους χώρους - εξοπλισμό και προσωπικό. Έτσι η διαδικασία της διαλογής αναπτύχθηκε και εξελίχθηκε ως μία αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες επείγουσας φροντίδας, διαχωρίζοντας τους ασθενείς με πραγματικά επείγοντα προβλήματα από εκείνους που με ασφάλεια θα μπορούσαν να περιμένουν ή να παραπεμφθούν σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στόχος πάντοτε είναι να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας και να καταμεριστούν καλύτερα οι διαθέσιμοι πόροι και υπηρεσίες ([http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/399.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/399.pdf)).

Η διαδικασία του Triage ξεκίνα από τη στιγμή που θα εντοπιστεί το θύμα από την ομάδα διάσωσης. Συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της προνοσοκομειακής φάσης, απεγκλωβισμού, παροχής πρώτων βοηθειών και μεταφοράς του και καταλήγει στα ΤΕΠ, όπου εκεί πραγματοποιείται και η οριστική - τελική διαλογή των θυμάτων ([http://www.ethelontismos.gr/attachments/073\\_%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%CF%83%CF%89%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D.pdf](http://www.ethelontismos.gr/attachments/073_%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%CF%83%CF%89%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D.pdf)).

Σε μαζικές καταστροφές, όταν ο αριθμός των τραυματιών και η βαρύτητα των κακώσεων του ξεπερνούν τις δυνατότητες των διαθέσιμων μεσών και των διασωστών,

αντιμετωπίζονται πρώτα οι τραυματίες με τις περισσότερες πιθανότητες επιβίωσης, δηλ. αυτοί απαιτούν τον λιγότερο διαθέσιμο χρόνο, εξοπλισμό, πόρους και διασώστες. Οι τραυματίες κατατάσσονται σε κατηγορίες με βάση έγκυρα, αξιόπιστα και εφαρμόσιμα κριτήρια (Hamilton, 2010). Αυτό είναι το εξής:

#### Σύστημα διαλογής θυμάτων με χρωματισμό

- Κόκκινο: Δεν μπορεί να περιμένει  
α) Κατάσταση επικίνδυνη για τη ζωή, β) Το θύμα θα πεθάνει χωρίς άμεση παροχή βοήθειας, γ) Κρίσιμη επιδείνωση.
- Κίτρινο: Μπορεί να περιμένει  
Θύμα προσωρινά σε σταθερή κατάσταση, το οποίο δεν κινδυνεύει άμεσα, αλλά δεν μπορεί να περπατήσει.
- Πράσινο: Πρέπει να περιμένει.  
α)Ελαφρές κακώσεις και β) τραυματίες σε βαριά κατάσταση με ελάχιστες πιθανότητες επιβίωσης, έστω και αν τους παρασχεθούν οι πρώτες βοήθειες.
- Μαύρο ή Μπλε: Νεκρός  
([http://www.ethelontismos.gr/attachments/073\\_%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%CF%83%CF%89%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D.pdf](http://www.ethelontismos.gr/attachments/073_%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%CF%83%CF%89%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D.pdf)).

Στα νοσοκομεία και ειδικότερα στα ΤΕΠ, η διαλογή είναι η διαδικασία που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση των πασχόντων που προσέρχονται στα ΤΕΠ σε κατηγορίες, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Γίνεται από έμπειρο ή ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο (Triage), βάσει πρωτοκόλλων διαλογής (Triage protocols) και η διαδικασία περιλαμβάνει:

την λήψη ιστορικού από τον ίδιο τον ασθενή ή τον συνοδό του (ατομικά στοιχεία του ασθενή, κύριο σύμπτωμα, παρούσα νόσος, φάρμακα κ.ά.), την λήψη - εκτίμηση των ζωτικών σημείων. Τα στοιχεία αυτά καταγράφονται σε ένα ειδικό έντυπο του ασθενούς (Triage Record) και ο ασθενής κατατάσσεται ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασής του σε επίπεδα προτεραιότητας (priority levels) ([http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/399.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/399.pdf)).

### **1.15 Καρδιοαναπνευστική Ανακοπή**

Καρδιοαναπνευστική ανακοπή είναι η αιφνίδια και απρόβλεπτη διακοπή της λειτουργίας της αναπνοής ή της κυκλοφορίας ή και των δύο, με αποτέλεσμα την ανεπαρκή παροχή οξυγονωμένου αίματος στα ζωτικά όργανα (Φίλος και άλλοι, 2006).

Αν σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 5 λεπτών μετά την εμφάνιση της δεν εφαρμοστούν μέτρα υποστήριξης της αναπνοής και της κυκλοφορίας επέρχεται μη αναστρέψιμη βλάβη ζωτικών λειτουργιών και βιολογικός θάνατος. Η επιβίωση από το νοσοκομείο μετά την ανακοπή ανέρχεται σε 5 - 10%, ενώ μετά την άμεση εφαρμογή της βασικής ΚΑΡΠΑ από οποιοδήποτε παρευρισκόμενο ανέρχεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60% (ERC 2010, Τζιμίκου 2010).

#### Αίτια καρδιοαναπνευστικής ανακοπής

Τα αίτια καρδιοαναπνευστικής ανακοπής μπορεί να είναι καρδιακά ή αναπνευστικά.

Στα *καρδιακά* ανήκουν η ισχαιμία, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι βαλβιδοπάθειες, οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές, η αρρυθμίες, η μυοκαρδίτιδα, η ενδοκαρδίτιδα, η ηλεκτροπληξία, η υποογκαιμία και η σήψη.

Στα *αναπνευστικά* αίτια ανήκουν η απόφραξη του ανώτερου και κατώτερου αεραγωγού, η κρίση άσθματος, ο πνιγμός, οι κακώσεις της σπονδυλικής στήλης και του θώρακα και διάφορες παθολογικές καταστάσεις του ΚΝΣ (Φίλος και άλλοι 2006, Σαχίνη - Καρδάση και Πάνου 1997).

### **1.16 Βασική Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (B. ΚΑΡΠΑ - BLS)**

Βασική ΚΑΡΠΑ είναι η υποστήριξη της αναπνοής και της κυκλοφορίας με απλά μέσα (δηλ. χωρίς εξειδικευμένο εξοπλισμό), που αποσκοπεί στην προσφορά οξυγόνου κυρίως στην καρδιά και τον εγκέφαλο μέχρι να αρχίσει η προχωρημένη ΚΑΡΠΑ και εφαρμόζεται σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις αιφνίδιου θανάτου (Μπαλτόπουλος 2009, Ρούσσος 2009). Η μεγαλύτερη επιβίωση επιτυγχάνεται όταν η β. ΚΑΡΠΑ αρχίζει σε λιγότερο από 5 λεπτά από την εμφάνιση της ανακοπής. Η σειρά ενεργειών κατά την αρχική εκτίμηση ενός φαινομενικά νεκρού θα πρέπει να βασίζεται στην εξασφάλιση της ασφάλειας του θύματος και του διασώστη και έπειτα ελέγχοντας αν το θύμα αντιδρά. Αν αντιδρά το αφήνουμε στο σημείο

που το βρήκαμε, με την προϋπόθεση ότι θα είναι ασφαλής και ελέγχουμε για κακώσεις πριν καλέσουμε βοήθεια. Αν δεν αντιδρά, αρχίζουμε τη β. ΚΑΡΠΑ. Στην περίπτωση που το θύμα αναπνέει, το βάζουμε σε θέση ανάνηψης, ενώ σε αντίθετη περίπτωση, αρχίζουμε β. ΚΑΡΠΑ, με 30 θωρακικές συμπίεσεις προς 2 εμφυσήσεις, εξασφαλίζοντας πρώτα τη διάνοιξη των αεραγωγών βλέποντας το θώρακα, ακούγοντας και νιώθοντας την αναπνοή, σύμφωνα με το σύστημα ABCDE (Φίλος και άλλοι 2006, Μπαλτόπουλος, 2009).

Κάποια βασικά λάθη που γίνονται κατά τη διεξαγωγή της β. ΚΑΡΠΑ είναι η ακατάλληλη θέση του θύματος, ανεπαρκής εκτίμηση της αναζωογόνησης, κακές θωρακικές συμπίεσεις, καθυστέρηση έναρξης και κούραση ανανήπτη. Εκτός όμως απ' τα λάθη, μπορούν να υπάρξουν και επιπλοκές κατά την εφαρμογή της β. ΚΑΡΠΑ. Αυτές οι επιπλοκές είναι η γαστρική διάταση, ο πνευμοθώρακας από λάθος χειρισμό του ανανήπτη, ο αιμοθώρακας, η θλάση πνεύμονα, κάποιο σκελετικό κάταγμα ή άλλες κακώσεις (Μπαλτόπουλος, 2009).

### **1.17 Προχωρημένη Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση (Π. ΚΑΡΠΑ - ACLS)**

Προχωρημένη ΚΑΡΠΑ είναι η υποστήριξη του κυκλοφορικού και της αναπνοής με τη χρήση τεχνητών αεραγωγών, μηχανημάτων ηλεκτροκαρδιογραφικής παρακολούθησης, απινίδωσης και χορήγησης φαρμάκων κατά τη διάρκεια της ανακοπής (Μπαλτόπουλος 2009, Marino 2009). Η π. ΚΑΡΠΑ γίνεται μόνο από εκπαιδευμένο και έμπειρο προσωπικό των νοσοκομείων ή των ασθενοφόρων (Μπαλτόπουλος, 2009).

Φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά την Π. ΚΑΡΠΑ:

*Χορηγούνται i.v ή από τον ενδοτραχειακό σωλήνα:* Adrenaline, Atropine, Lidocaine, Vasopressine, Nalaxone.

*Δεν χορηγούνται από τον ενδοτραχειακό σωλήνα:* Amiodarone, Sodium bicarbonate, Calcium (Στεφανόπουλος 2006, Μπονάτσος και άλλοι 2006, Doherty και άλλοι 2006).

### **1.18 Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση Στα Παιδιά**

Η ΚΑΡΠΑ είναι ίδια για όλους. Όμως όταν έχουμε ν' αντιμετωπίσουμε παιδιά ως ασθενείς, τότε παρατηρούμε πως υπάρχουν κάποιες αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές έγκειται στο μέγεθος και την ανατομία του παιδιού, αλλά και στο χρονικό περιθώριο δράσης για την ανάταξη των ζωτικών τους λειτουργιών. Η μεγαλύτερη επιβίωση επιτυγχάνεται όταν η β.



ΚΑΡΠΑ στα παιδιά αρχίζει σε λιγότερο από 2 λεπτά από την εμφάνιση της ανακοπής (Μπαλτόπουλος 2009, Κουφουδάκης 2011, Φίλος και άλλοι 2006).

Στα παιδιά παρατηρείται σχεδόν πάντα αναπνευστική ανακοπή λόγω αναπνευστικού προβλήματος.

Οι κύριες αίτιες που μπορεί να απαιτήσουν ΚΑΡΠΑ στα παιδιά είναι:

- Εισρόφηση ξένου σώματος
- Εισρόφηση υγρού
- Εισπνοή καπνών (π.χ φωτιάς)
- Δηλητηρίαση από φάρμακα ή άλλες ουσίες
- Λοιμώξεις των ανώτερων οδών (π.χ. Λαρυγγίτιδα)
- Αιφνίδιος θάνατος αγνώστου αιτιολογίας στα νεογνά
- Τροχαίο ατύχημα (Νικολοπούλου 2001, Ρούσσοι 2009).

Η συχνότητα των θωρακικών συμπίεσεων προς των εμφυσησεων είναι 15 προς 2.

Παρόλα αυτά υπάρχουν και τεχνικές διαφορές που έγκειται στο μέγεθος του παιδιού. Στα βρέφη (0 - 1 έτους) δεν χρειάζεται να εκτείνουμε την κεφαλή και ψηλαφούμε το σφυγμό στη βραχιόνιο αρτηρία. Για την εμφύσηση, κλείνουμε τη μύτη και το στόμα του βρέφους με το στόμα μας και οι θωρακικές συμπίεσεις γίνονται με τη χρήση των αντιχειρών μας ή των δύο μεσαίων δακτύλων του ενός χεριού. Στα παιδιά από την ηλικία του ενός έτους μέχρι την ηλικία των οκτώ εκτείνουμε την κεφαλή και ενεργούμε όπως στα βρέφη. Αν το παιδί είναι μεγάλωσωμο, αντί για τα δάχτυλα, χρησιμοποιούμε την παλάμη του ενός μας χεριού μόνο για την ανάνηψη. Απ' την ηλικία των οκτώ και έπειτα, σε περίπτωση ανάνηψης, ενεργούμε ακριβώς όπως και σε ένα ενήλικα (Μπαλτόπουλος 2009, Κουφουδάκης 2011, Φίλος και άλλοι 2006).

### ***1.19 Χρήση Αυτόματου Εξωτερικού Απινιδωτή (AED)***

Η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι η πιο συχνή αιτία καρδιακής ανακοπής και για να πραγματοποιηθεί ανάταξη της καρδιακής λειτουργίας γίνεται χρήση του απινιδωτή. Οι απινιδωτές που χρησιμοποιούμε σήμερα είναι διφασικοί, καθώς οι διφασικές εκκενώσεις απαιτούν ενέργεια λιγότερη από 200J και έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα ανάταξης σε σχέση με τους μονοφασικούς που χρειάζονται 360J ηλεκτρικής ενέργειας. Όπως έχει αποδειχθεί, η άμεση χρήση του απινιδωτή μπορεί να διασφαλίσει μεγαλύτερα ποσοστά

βιωσιμότητας σε σχέση με την έναρξη της β. ΚΑΡΠΑ, γι' αυτό πλέον οι απινιδωτές δεν χρησιμοποιούνται μόνο από εξειδικευμένο προσωπικό, αλλά και από ανειδίκευτους, καθώς οι συσκευές των απινιδωτών διαθέτουν οδηγίες χρήσεις και φωνητικές εντολές (Μπαλτόπουλος 2009, Φίλος και άλλοι 2006).

### ***1.20 Έρευνες Σε Ελλάδα Και Εξωτερικό Σχετικά Με Τις Γνώσεις Παροχής Πρώτων Βοηθειών Από Επαγγελματίες Υγείας***

Σύμφωνα με μια έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2012 στη διαδικτυακή σελίδα του νοσοκομείου St John Ambulance της Αγγλίας, φαίνεται ότι 140.000 άτομα το χρόνο πεθαίνουν από τη μη έγκαιρη παροχή πρώτων βοηθειών. Ο αριθμός αυτός είναι περίπου ίσος με τον αριθμό των ατόμων που πεθαίνουν από καρκίνο. Παρόλο που πρέπει και τα δύο να ληφθούν σοβαρά υπόψη, οι άνθρωποι θεωρούν ότι ο καρκίνος είναι πιο σοβαρός από την έλλειψη γνώσης παροχής πρώτων βοηθειών.

Όταν ερωτήθηκαν για τον τρόπο με τον οποίο θα προλάμβαναν τον καρκίνο, το 39,2% θα άλλαζε διατροφικές συνήθειες, το 49,9% θα σταματούσε το κάπνισμα και το 34,9% θα γυμναζόταν περισσότερο. Όταν όμως ερωτήθηκαν για τις πρώτες βοήθειες, παρατηρήθηκε ότι ένα στα πέντε άτομα (16,7%) γνωρίζει πώς να παρέχει τις βασικές πρώτες βοήθειες και να κάνει τη διαφορά μεταξύ μιας χαμένης ζωής και μιας ζωής που σώθηκε.

Για να τονιστεί αυτή η διαφορά, η Sue Killen, γενική διευθύντρια του νοσοκομείου St John Ambulance, επισημαίνει ότι: «Ο καρκίνος είναι μια σοβαρή ασθένεια που σκοτώνει δεκάδες χιλιάδες άτομα κάθε χρόνο. Όταν ένα αγαπημένο μας πρόσωπο πάσχει από καρκίνο, κάνουμε τα πάντα για να το στηρίξουμε, όμως το 79,6% καταβάλλεται από ένα αίσθημα ανικανότητας. Σε περιπτώσεις που οι πρώτες βοήθειες μπορούν να σώσουν μια ζωή, δεν πρέπει να αισθανόμαστε αβοήθητοι, επειδή η εκμάθηση πρώτων βοηθειών είναι απλή. Γι' αυτό είναι τόσο ανησυχητικό το γεγονός ότι λιγότεροι από 1 στους 5 (16,7%) από εμάς δεν γνωρίζει ακόμη και τις βασικές πρώτες βοήθειες. Αυτό πρέπει να αλλάξει αν θέλουμε να σταματήσουμε να χάνονται άσκοπα έως 140.000 ζωές κάθε χρόνο»

Απ' την έρευνα αυτή επίσης, προκύπτει ότι παρόλο που υπάρχουν δωρεάν εφαρμογές για κινητά με την παροχή πρώτων βοηθειών, μόνο ένας στους σαράντα (2,5%) τις χρησιμοποιεί, καθώς επίσης, βίντεο που κατευθύνουν οποιονδήποτε με οδηγίες για το πώς να διαχειριστεί και να σώσει μια ζωή, χρησιμοποιούνται μόνο από έναν στους τριάντα (3,5%).

Επίσης προκύπτει ότι οι άνθρωποι δεν έχουν την τάση να μάθουν να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες, επειδή νομίζουν ότι είναι πάρα πολύ χρονοβόρα διαδικασία ή ότι δεν είναι απλά προτεραιότητα γι' αυτούς, ενώ σχεδόν τα δύο πέμπτα (38,4%) παραδέχονται ότι θα έπαιρναν ως κίνητρο το θάνατο κάποιου αγαπημένου τους προσώπου για να μάθουν πρώτες βοήθειες.

Κλείνοντας αυτή την έρευνα, η Sue Killen προσθέτει ότι η απόκτηση γνώσεων παροχής πρώτων βοηθειών είναι πολύ απλή για να κάνει κάποιος τη διαφορά και να σώσει μια ζωή.

Αντίστοιχα οι Καδδά και άλλοι (2011) διερεύνησαν τις βασικές γνώσεις των πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες, όπως: επαγγελματίες υγείας, αστυνομικούς, πυροσβέστες και διασώστες. Ο αριθμός των συμμετεχόντων έφτασε τα 1387 άτομα, εκ των οποίων το 23,1% ήταν νοσηλευτές. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη διανομή έντυπων ερωτηματολογίων που περιελάμβανε το πρώτο μέρος με τα δημογραφικά στοιχεία και το δεύτερο μέρος με ερωτήσεις κλειστού τύπου - σεναρίων για την αξιολόγηση των γνώσεων του πληθυσμού.

Τ' αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και η ηλικία έχουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων παροχής πρώτων βοηθειών σε επείγουσες καταστάσεις εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Επίσης, προκύπτει πως οι κάτοχοι πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να διαχειριστούν μια επείγουσα κατάσταση, καθώς οι διπλωματούχοι ερωτηθέντες απάντησαν σωστά σε περισσότερα σενάρια επείγουσας κατάστασης σε σχέση με τους υπόλοιπους. Όμως, μικρό ποσοστό των ειδικών πληθυσμιακών ομάδων γνώριζε πρώτες βοήθειες, καθώς όπως προκύπτει από την έρευνα, το 44,9% είχε παρακολουθήσει σεμινάρια πρώτων βοηθειών. Όπως επισημαίνουν οι ερευνητές κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση σε θεωρητικό και πρακτικό επίπεδο, καθώς και η επανάληψη των προγραμμάτων - σεμιναρίων πρώτων βοηθειών σε τακτά χρονικά διαστήματα με σκοπό τη διατήρηση και τη συνέχιση της γνώσης (Καδδά και άλλοι, 2011).

Επίσης, οι Μαργιολάκη, Ξημεράκη και Τσιμπουκά πραγματοποίησαν το 2006, έρευνα στα πλαίσια της πτυχιακής τους εργασίας με σκοπό να διερευνηθεί η ετοιμότητα των επαγγελματιών υγείας στην παροχή πρώτων βοηθειών στον τόπο του ατυχήματος, χωρίς τις

υλικοτεχνικές υποδομές μιας νοσοκομειακής μονάδας. Οι ερωτηθέντες της έρευνας ήταν επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται κατά κύριο λόγο με την Π.Φ.Υ. σε μονάδες του Ν. Ηρακλείου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των μηνών Απρίλιο - Μάιο του 2006.

Για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης συντάχθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε τεστ γνώσεων με πρακτικά θέματα σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, ερωτήσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις και τη στάση των επαγγελματιών υγείας για την παροχή πρώτων βοηθειών και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τα δημογραφικά στοιχεία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι υπάρχει σοβαρή έλλειψη - ανεπάρκεια γνώσεων, όσον αφορά την παροχή πρώτων βοηθειών στον τόπο του ατυχήματος από φορείς της Π.Φ.Υ, όσο και δεξιοτήτων, που σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τις σύγχρονες απαιτήσεις σε πρώτες βοήθειες. Παρόλο που το 60% των ερωτηθέντων έχει ένα πολύ καλό επίπεδο γνώσεων, οι ερευνητές θεωρούν ότι δεν επαρκεί για μια καλού επιπέδου παροχή πρώτων βοηθειών. Το 72% δήλωσε πως έχει παρακολουθήσει σεμινάρια πρώτων βοηθειών, όμως μόνο το 27% έχει παρακολουθήσει σεμινάρια - συνέδρια μετά την αποφοίτησή του. Οι ερωτηθέντες δήλωσαν πως είναι επιλήψιμη η πραγματοποίηση μαθημάτων πρώτων βοηθειών και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Αντίθετα όμως με τον τρόπο αυτοαξιολόγησης, παρατηρήθηκε ότι το 48% βαθμολόγησε τον εαυτό του με 4 και 5, όπου σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης που έθεσαν οι ερευνητές, είναι πολύ καλά και άριστα αντίστοιχα. Απ' την άλλη όμως πλευρά, παρατηρείται και ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 26% που αυτοαξιολογήθηκε με 3 (καλά), που δηλώνει ότι έχει διαπιστωθεί το έλλειμμα γνώσεων που υπάρχει σχετικά με τις πρώτες βοήθειες (Μαργιολάκη και άλλοι 2006).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### *2.1 Μέθοδος Έρευνας*

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009) η έννοια «μέθοδος» αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ένας ερευνητής οδηγείται στη γνώση αναφορικά με το υπαρκτό και προχωρά στη σύνδεση θεωριών με την εμπειρία (Δαρβίρη, 2009). Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο 2013 έως Ιανουάριο του 2014. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε τη διερεύνηση των γνώσεων και απόψεων των νοσηλευτών σχετικά με τις πρώτες βοήθειες στα Δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας (Δαρβίρη, 2009).

### *2.2 Σχεδιασμός Έρευνας*

Η έρευνα υγείας αποτελεί τη διαδικασία που επιτρέπει την απόκτηση συστηματικής γνώσης και τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση της ατομικής και συλλογικής υγείας (Δαρβίρη, 2009).

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκευάστηκε από τους ερευνητές. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, όσον αφορά το πρώτο μέρος, αποτελεί τεστ γνώσεων και περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις, οι οποίες προήλθαν από βιβλία πρώτων βοηθειών. Τα βιβλία που χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή των ερωτήσεων του τεστ γνώσεων είναι: «Επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα, πρώτες βοήθειες» του Λάζαρου Τσούσκα (2007), «Πρώτες βοήθειες» του Λάζαρου Τσούσκα (2000) και «Πρώτες βοήθειες και πρακτική θεραπευτική συνήθων καταστάσεων» του Γεωργίου Μπαλτόπουλου (2009). Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, που αφορά στις απόψεις του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τις πρώτες βοήθειες των δημοσίων νοσοκομείων της Ελλάδας, αποτελείται από ερωτήσεις σχετικά με την παροχή των πρώτων βοηθειών, τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές απέκτησαν τις γνώσεις τους πάνω στο αντικείμενο, πως φροντίζουν ν' ανανεώνουν τις γνώσεις τους, αλλά και κατά πόσο μεριμνά η διοίκηση του νοσοκομείου για την ανανέωση των γνώσεων τους. Οι ερωτήσεις αυτές κατασκευάστηκαν με τη βοήθεια του επόπτη καθηγητή μας Δρ. Μπακάλη Νικολάου.

Το τεστ γνώσεων αποτελείται από δέκα ερωτήσεις, όπου η κάθε σωστή απάντηση βαθμολογούνται με ένα βαθμό. Το ελάχιστο όριο βαθμών που θα μπορούσε να συγκεντρώσει κάποιος, είναι το μηδέν και ανώτατο όριο το δέκα. Για την εκτίμηση της βαθμολογίας, κατασκευάστηκε κλίμακα που ορίστηκε με τον ακόλουθο τρόπο: 0 - 4,9 ελλιπείς, 5 - 6,9 καλές, 7 - 8,4 πολύ καλές, 8,5 - 10 άριστες.

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Οι ποσοτικές προσεγγίσεις έρευνας επεξεργάζονται ένα πλήθος από ποσότητες/αριθμούς που θα πρέπει να συγκεντρωθούν, να περιγραφούν και να αναλυθούν. Τα χαρακτηριστικά των ποσοτικών δεδομένων περιγράφονται και αναλύονται με ποσοτικά μεγέθη (Χολιασμένου και Λαγού, 2012).

Η ποσοτική έρευνα περιλαμβάνει τη συστηματική συλλογή αριθμητικών πληροφοριών, συνήθως κάτω από συνθήκες αξιοσημείωτου ελέγχου, και την ανάλυση αυτών των πληροφοριών με τη χρήση στατιστικών διαδικασιών (Σαχίνη - Καρδάση, 2004). Η τυποποίηση των στοιχείων που συλλέγονται, η δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους πληθυσμού και η επιδεκτικότητα των στοιχείων σε στατιστικές μεθόδους ανάλυσης καθιστούν την ποσοτική ως την πιο διαδεδομένη μορφή εμπειρικής έρευνας για τη μελέτη πολλών κοινωνικών φαινομένων (Κυριαζή, 2002). Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή με συνολικά τριάντα (30) ερωτήσεις.

### ***2.3 Διαδικασία Έρευνας***

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, αφού πρώτα στάλθηκαν επιστολές στους προϊστάμενους των χειρουργικών, παθολογικών, παιδιατρικών και ψυχιατρικών τμημάτων καθώς και στις μονάδες, επεξηγώντας τον σκοπό της έρευνας, τον τρόπο συλλογής των πληροφοριών και ζητώντας άδεια προσέγγισης του νοσηλευτικού προσωπικού των τμημάτων που προαναφέρθηκαν. Στη συνέχεια, αφού εγκρίθηκε το αίτημά μας για την πραγματοποίηση της έρευνας, πληροφορηθήκαμε για τον αριθμό των νοσηλευτών σε κάθε τμήμα και επιλέχθηκαν τα τμήματα με το περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να έχουμε ένα ικανοποιητικό δείγμα.

Το δείγμα συλλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία, μας επιτρέπει να χρησιμοποιήσουμε οποιαδήποτε διαθέσιμη ομάδα, μέλη ή στοιχεία αυτής για την έρευνα. Αφού μας δόθηκε άδεια διανομής των ερωτηματολογίων στα τμήματα, ύστερα από συνεννόηση με την προϊσταμένη - προϊστάμενο του τμήματος, γινόταν η διανομή τους στο τμήμα. Εξηγήσαμε με σαφήνεια στους νοσηλευτές το σκοπό της ερευνητικής μας εργασίας και τονίσαμε την διατήρηση της ανωνυμίας καθώς και ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10 λεπτά.

Για να αυξήσουμε τον αριθμό του δείγματος μας, αποφασίσαμε να αναρτήσουμε το ερωτηματολόγιο μας σε ηλεκτρονικές, επίσημες νοσηλευτικές ομάδες του Facebook (Νοσηλευτές ΤΕ, Φίλοι του ΕΣΝΕ, Ε.Ν.Ε. Ελεύθερη - νοσηλευτική - έκφραση, Πρωτοβουλία Νοσηλευτών, Ενότητα νοσηλευτών Ελλάδος, Ένωση νοσηλευτών - τριών, ΠΑΣΥΝΟ - ΕΣΥ) όπου δόθηκαν οι ίδιες σαφείς οδηγίες και πληροφορίες για το σκοπό της έρευνας, την ανωνυμία των ερωτηματολογίων, την εθελοντική συμμετοχή αλλά και τη συμπλήρωσή τους. Τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια αναρτήθηκαν από τις 5 Νοεμβρίου - 11 Ιανουαρίου. Καταφέραμε και συλλέξαμε 121 ηλεκτρ. ερωτηματολόγια. Δεχτήκαμε σχόλια όπως «ενδιαφέρον θέμα κ.α». Τους αναφέραμε ότι ήταν ανώνυμα και εθελοντικά. Οι απαντήσεις των νοσηλευτών περνούσαν αυτόματα στο excel της ηλεκτρονικής μορφής και εμείς τα κωδικοποιήσαμε στο SPSS. Τα ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια, όπως και τα έντυπα, ελέγχθηκαν για την εγκυρότητά τους με προσεκτική ανάγνωση των απαντήσεων και συσχέτιση των δεδομένων που μας δόθηκαν από τον κάθε ερωτηθέντα.

#### ***2.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων***

Το πιο γνωστό μέσο συλλογής πληροφοριών της ποσοτικής έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα έντυπο που αποτελείται από δομημένες, με συγκεκριμένη σειρά ερωτήσεις, στις οποίες καλείται ν' απαντήσει ο ερωτώμενος (Ζαφειρίου, 2003). Με βάση τα δεδομένα που θα μπορέσει ν' αντλήσει ο ερευνητής από το δείγμα που επιθυμεί, θα μπορέσει μετέπειτα να προχωρήσει στην εξαγωγή αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων (Δαρβίρη, 2009). Επιπλέον, μπορεί να διανεμηθεί σε μεγάλο πληθυσμό και ν' αναλυθεί εύκολα (Cormack, 2000).

*Τα πλεονεκτήματα του ερωτηματολογίου είναι:*

- Στοιχίζουν πολύ λιγότερο από τις συνεντεύξεις
- Μπορούν να διανεμηθούν σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων
- Είναι εύκολη η κατασκευή και η χρήση τους
- Οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα (λόγω ανωνυμίας και μη άμεσης επικοινωνίας με τον ερευνητή)
- Το υλικό αναλύεται τυποποιημένα
- Ο ερευνητής δε μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις
- Η μέθοδος αυτή απαιτεί λιγότερο χρόνο (Ζαφειρίου, 2003).

Παρόλα αυτά όμως, τα ερωτηματολόγια παρουσιάζουν και σημαντικά μειονεκτήματα, τα οποία είναι:

- Οι συμμετέχοντες μπορεί να μην απαντήσουν σε κάποιες ερωτήσεις παρά την ανωνυμία
- Μπορεί να υπάρξουν παρερμηνεύσεις σε ερωτήσεις
- Δεν μπορεί να διαπιστωθεί η ειλικρίνεια των απαντήσεων που δόθηκαν (Milne, 1999).

Το ερωτηματολόγιο θεωρείται από τη βιβλιογραφία η καταλληλότερη μέθοδος συλλογής δεδομένων, όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα ως οργάνου μέτρησης. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε το τεστ γνώσεων, το οποίο αποτελείται από δέκα ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το δεύτερο μέρος περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών, το οποίο αποτελείται από δώδεκα συνολικά ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το τρίτο μέρος περιλάμβανε τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων και αποτελείται από οκτώ ερωτήσεις. Για την ακρίβεια, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τριάντα διχοτομικές ερωτήσεις. Διχοτομικές ερωτήσεις είναι οι ερωτήσεις εκείνες που επιτρέπουν στον ερωτώμενο να επιλέξει μόνο μία απάντηση από αυτές που του δίνονται. Οι ερωτήσεις είναι αρκετά ξεκάθαρες και μη διφορούμενες, με αποτέλεσμα η επεξεργασία των αποτελεσμάτων να γίνεται πολύ πιο εύκολα.

Για την ύπαρξη ερευνητικών μελετών με έγκυρα και ορθά αποτελέσματα, είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούνται για τη διεξαγωγή τους εργαλεία ελεγμένα για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Κάθε ερευνητής όταν μελετά ένα αντικείμενο με μέσο την έρευνα, πρέπει να εστιάζει στην αξιοπιστία και την εγκυρότητα του οργάνου μέτρησης της μελέτης. Η αξιοπιστία σε μια έρευνα αναφέρεται στην ισχύ του μεθοδολογικού σχεδιασμού, στην



ποιότητα των δεδομένων τα οποία συλλέχτηκαν κατά τη διάρκειά της και στο πώς αυτός ο σχεδιασμός και τα συγκεκριμένα δεδομένα οδηγούν σε αληθινά και αξια εμπιστοσύνης ευρήματα, υπό την έννοια ότι αναπαριστούν την πραγματικότητα (Συμεού, 2006). Η αξιοπιστία αναφέρεται στη συνέπεια μέσω της επαναληπτικότητας και της αναπαραγωγισιμότητας μιας σειράς μετρήσεων που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα, στη συνοχή και στην ομοιογένεια ενός εργαλείου μέτρησης, καθώς επίσης και στο βαθμό που είναι απαλλαγμένο από ένα τυχαίο σφάλμα. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας γίνεται με τον επανέλεγχο, την αξιοπιστία εναλλακτικών τύπων, την αξιοπιστία των ημίκλαστων ή ημίσεων, την εσωτερική συνοχή, τις μετρήσεις του ίδιου παρατηρητή και τις μετρήσεις των μεταξύ τους παρατηρητών (Ουζούνη και Νακάκης, 2011). Το ερωτηματολόγιο της έρευνας είχε δείκτη αξιοπιστίας Chrobanch alpha ( $\alpha$ )= 0,714.

Με τον όρο εγκυρότητα εννοούμε την αλήθεια, μέσα στα πλαίσια της επιστημονικής συμβατικής διάστασης, το βαθμό στον οποίο μια άποψη ή θέση παρουσιάζει με ακρίβεια τα φαινόμενα στα οποία αναφέρεται, αποτυπώνοντας πιστά τις συνθήκες αληθείας τους. Οι ερωτήσεις και απαντήσεις του τεστ γνώσεων, όπως και του υπόλοιπου ερωτηματολογίου έγινε από την βιβλιογραφία ενώ το περιεχόμενο και η δομή ελέγχτηκε από τον καθηγητή μας κ. Μπακάλη Νικόλαο.

## **2.5 Δείγμα**

Το δείγμα αποτελείται από έναν αριθμό περιπτώσεων που έχουν επιλεγεί από τον ερευνητή προκειμένου να καταλήξει σε συμπεράσματα και γενικεύσεις για όλο τον υπό μελέτη πληθυσμό. Η δειγματοληψία αναφέρεται σε όλες τις ενέργειες, τεχνικές και διαδικασίες που θα πραγματοποιήσει ο ερευνητής προκειμένου να συλλέξει δείγμα, το οποίο θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού - στόχου, έτσι ώστε να μπορούν να καθοριστούν παράμετροι ή χαρακτηριστικά του συνόλου του πληθυσμού (Δαρβίρη, 2009).

Οι μέθοδοι δειγματοληψίας ομαδοποιούνται σε δύο κατηγορίες: τη δειγματοληψία πιθανότητας και τη δειγματοληψία μη πιθανότητας (Σαχίνη - Καρδάση, 2004). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας κι πιο συγκεκριμένα δειγματοληψία ευκολίας λόγω ευκολίας, έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Επιλέχτηκαν νοσοκομεία στη Πάτρα, Αθήνα, Πειραιά, Καλαμάτα, Ηράκλειο Κρήτης, Ιωάννινα και Αλεξανδρούπολη, όπου προσπαθήσαμε να πάρουμε δείγμα από τις περισσότερες κλινικές. Παρόλο που το

νοσηλευτικό προσωπικό δεν ήταν ιδιαίτερο θετικό στην πρόταση για συμπλήρωση ερωτηματολογίου, σκεφτήκαμε τη λύση του διαδικτύου (όπως περιγράψαμε παραπάνω).

Η επικρατούσα επιστημονική θέση υποστηρίζει ότι όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες τα αποτελέσματα να είναι αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού και κατά συνέπεια να μειώνεται η πιθανότητα σφάλματος (Δαρβίρη, 2009). Στην παρούσα έρευνα συμπεριλήφθηκαν νοσηλευτές από διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας, που εργάζονταν σε παθολογικές, χειρουργικές, παιδιατρικές, ψυχιατρικές κλινικές και μονάδες (n= 211). Τα έντυπα ερωτηματολόγια ήταν n = 90 και του διαδικτύου ήταν n = 121.

## **2.6 Στατιστική Ανάλυση**

Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 18. Επιλέχθηκε στάθμη αξιοπιστίας  $p < 0.05$ , για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση για την περιγραφή και την παρουσίαση των δεδομένων.

Στατιστική είναι ένα σύνολο αρχών και μεθοδολογιών για το σχεδιασμό της διαδικασίας συλλογής δεδομένων, τη συνοπτική και αποτελεσματική παρουσίασή τους, την ανάλυση και την εξαγωγή αντίστοιχων συμπερασμάτων (Αδαμόπουλος και άλλοι, 1999). Ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει την κατάλληλη στατιστική μέθοδο και να τη χρησιμοποιήσει σωστά έτσι ώστε να λάβει τα αποτελέσματα (Σαχίνη - Καρδάση, 2004).

Η στατιστική αποτελείται από δύο κύρια αλληλοσυμπληρούμενα μέρη, την περιγραφική και την επαγωγική στατιστική (Σαχίνη - Καρδάση, 2004).

Η **Περιγραφική στατιστική** ασχολείται με τη συλλογή, την ανάλυση και την ερμηνεία δεδομένων ενός συγκεκριμένου συνόλου. Τα στατιστικά στοιχεία παρουσιάζονται υπό μορφή ανάλυσης σε πίνακες, διαγράμματα με χαρακτηριστικές τιμές, ή ιδιότητες (Σταυρινός και Παναγιωτάκος, 2007). Οι περιγραφικές τεχνικές, εκτός από την παροχή της εικόνας μιας σειράς δεδομένων, κάνουν και συγκρίσεις μεταξύ αυτών (Σαχίνη - Καρδάση, 2004).

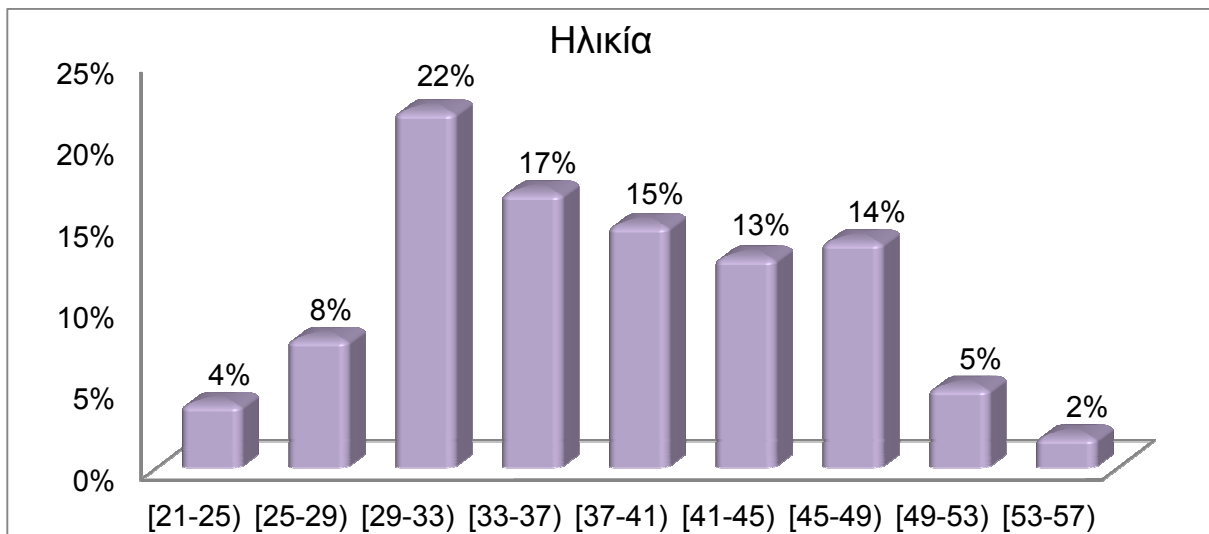
Η **Επαγωγική στατιστική** χρησιμοποιείται για τη εξαγωγή συμπερασμάτων για έναν πληθυσμό από την ανάλυση ενός δείγματος από αυτόν το πληθυσμό (Σταυρινός και Παναγιωτάκος, 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Δημογραφικά Στοιχεία

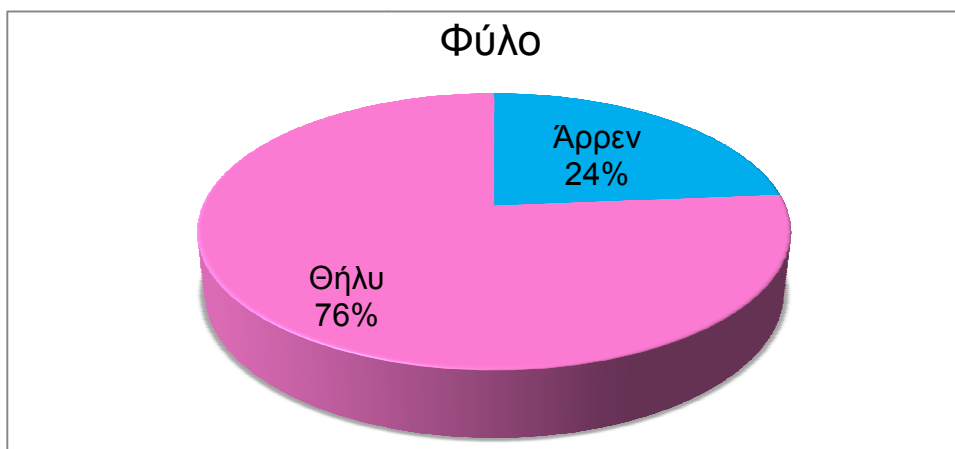
Η πρώτη ενότητα των αποτελεσμάτων, περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων.

Γράφημα 1: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την ηλικία.



Η μέση ηλικία των νοσηλευτών ήταν 36,89. Ο/Η μικρότερος/η ηλικιακά νοσηλευτής - τρια ήταν 21 ετών και ο/η μεγαλύτερος/η 54. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίστηκε στα 32 έτη.

Γράφημα 2: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το φύλο.



Το 76% των απαντήσεων δόθηκαν από γυναίκες, ενώ μόνο το 24% από άντρες

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με τις κλινικές εργασίας

Σε ποια κλινική εργάζεστε;	Νοσηλευτές	fi %
Παθολογικός Τομέας	58	27%
Παιδιατρικός Τομέας	16	8%
Χειρουργικός Τομέας	66	31%
Ψυχιατρικός Τομέας	9	4%
Μ.Ε.Θ.	17	8%
Μονάδα Εμφραγμάτων	1	1%
Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας	1	1%
Μονάδα Νεογνών	1	1%
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού	8	4%
Εξωτερικά Ιατρεία	3	1%
Τ.Ε.Π.	31	15%
<b>Σύνολο</b>	<b>211</b>	<b>100%</b>

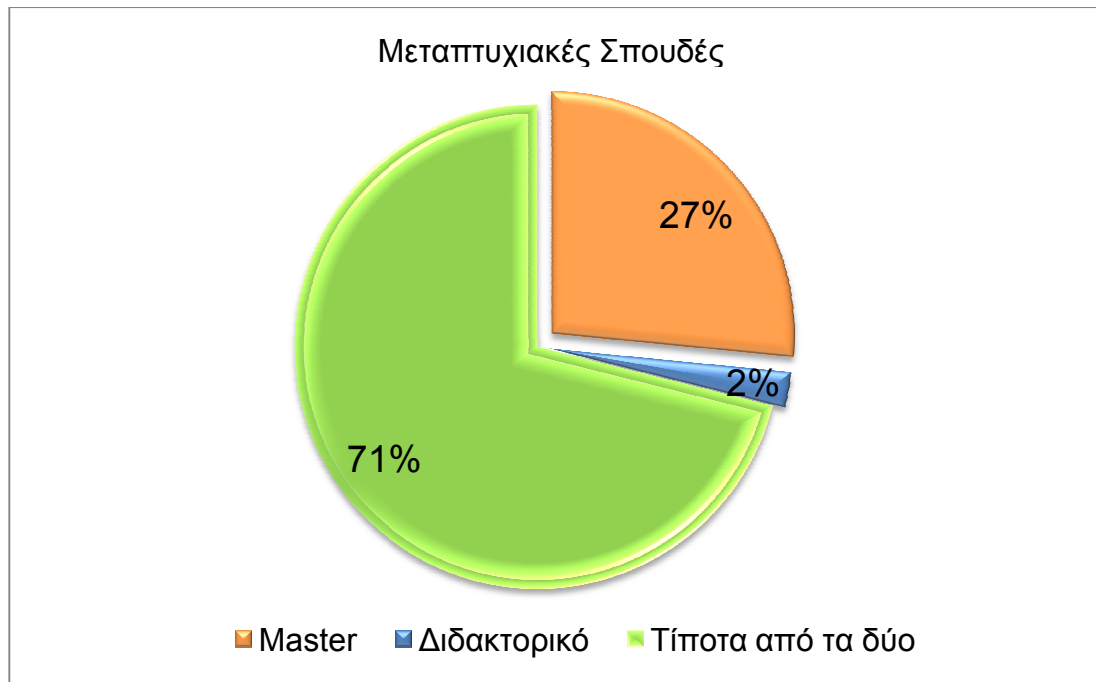
Κατά κύριο λόγο, οι νοσηλευτές που απάντησαν στο ερωτηματολόγιό μας, εργάζονταν στον παθολογικό (27%) και χειρουργικό τομέα (31%) καθώς ο αριθμός των εργαζομένων ήταν μεγαλύτερος συγκριτικά με τις μονάδες και τα υπόλοιπα τμήματα των νοσοκομείων.

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την προϋπηρεσία

Χρόνια εργασίας	Νοσηλευτές (vi)	fi %
[0-4)	33	16%
[4-8)	41	19%
[8-12)	46	22%
[12-16)	27	13%
[16-24)	36	17%
[24-28)	20	9%
[28-32)	7	3%
[32-36)	1	0%
<b>Σύνολο</b>	<b>211</b>	<b>99%</b>

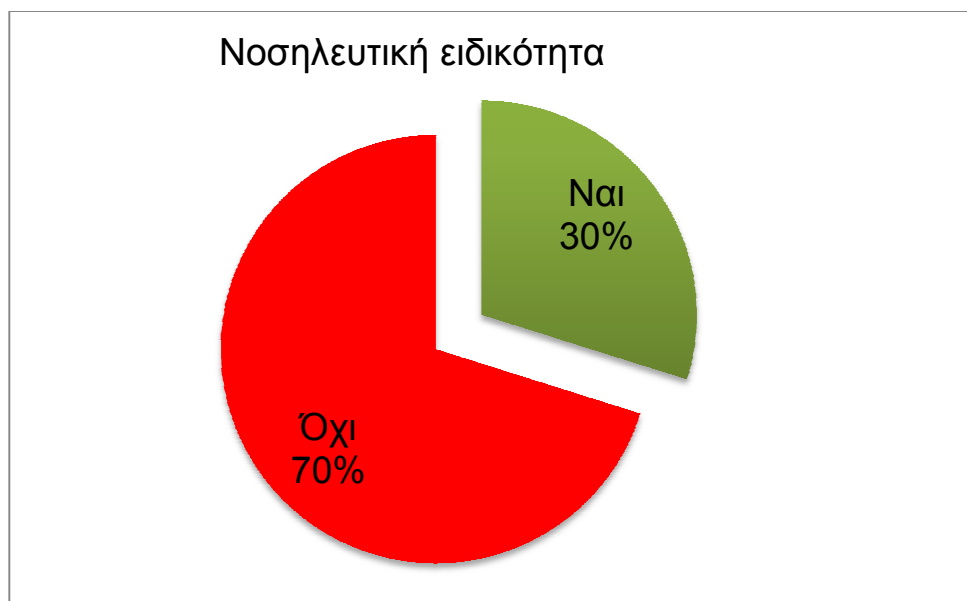
Ο μέσος όρος χρόνων εργασίας είναι 12,05. Τα λιγότερα έτη είναι 0,6 και τα μεγαλύτερα έτη τα 32.

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με τις μεταπτυχιακές σπουδές.



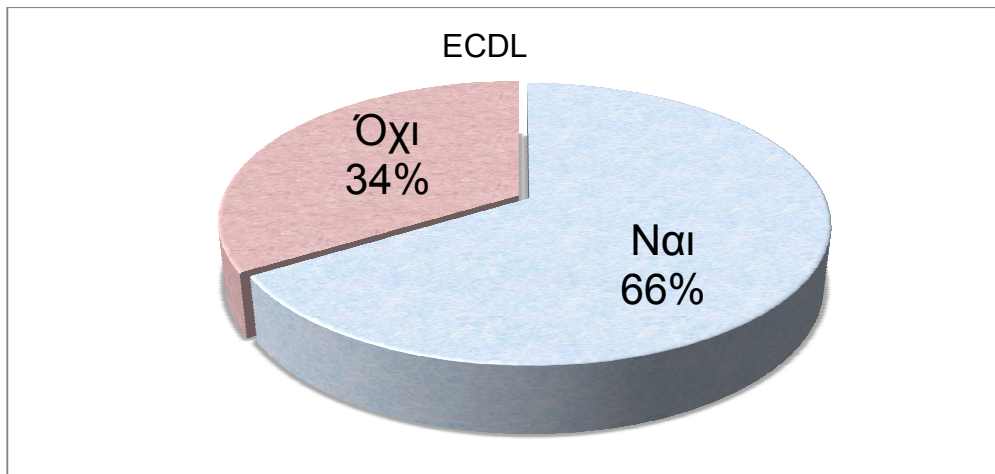
Σύμφωνα με τις απαντήσεις που μας δόθηκαν, το 71% δεν κατέχει κάποιο μεταπτυχιακό, ενώ το 27% έχει master.

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την ειδικότητα.



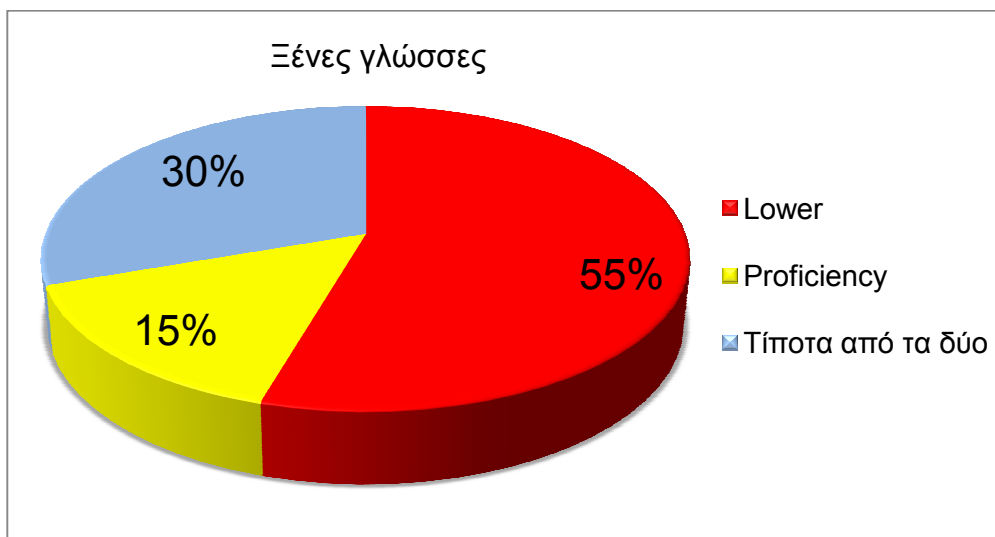
Στην ερώτηση, αν έχουν νοσηλευτική ειδικότητα, οι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 70% και θετικά σε ποσοστό 30%.

Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το πιστοποιητικό ECDL.



Αν λάβουμε υπ' όψη τα σημερινά δεδομένα της τεχνολογίας και τις ηλικιακές ομάδες των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, μπορούμε να πούμε ότι το 66% είναι ένα ικανοποιητικό ποσοστό χρήσης των υπολογιστών έναντι του 34% που δεν κατέχει την πιστοποίηση.

Γράφημα 6: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με τις ξένες γλώσσες.



Περισσότεροι από τους μισούς (55%) έχουν στην κατοχή τους το lower, το 30% δεν είναι κάτοχος κάποιου εκ των δύο επιπέδων και το 15% αυτών έχει proficiency.

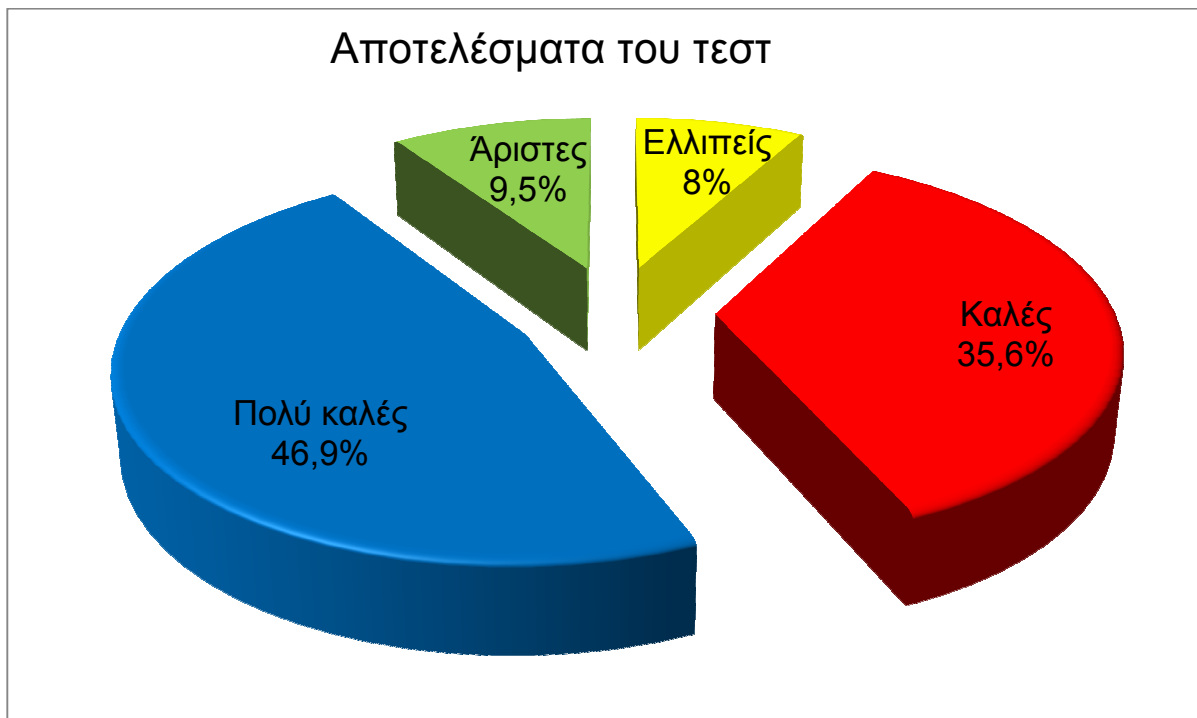
Το 84% του συνόλου (177 άτομα) δεν γνωρίζουν κάποια άλλη γλώσσα, ενώ το 16% μας απάντησε πως γνωρίζει τουλάχιστον άλλη μία γλώσσα (34 άτομα).

### 3.2 Αποτελέσματα Ερωτηματολογίου

Η δεύτερη ενότητα των αποτελεσμάτων περιλαμβάνει τις βαθμολογίες του τεστ γνώσεων (μέρος 1<sup>ο</sup>) και τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις 12 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (μέρος 2<sup>ο</sup>) σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών στις πρώτες βοήθειες.

#### ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup> : Τεστ γνώσεων

Γράφημα 8: Τεστ γνώσεων.



Το 46,9% έχει πολύ καλές γνώσεις, το 35,6% έχει καλές γνώσεις, το 9,5% διαθέτει άριστες γνώσεις και το 8% έχει ελλιπείς γνώσεις.

Πίνακας 4: Τεστ γνώσεων και ηλικία (Συσχέτιση).

Τεστ	[21-25)	[25-29)	[29-33)	[33-37)	[37-41)	[41-45)	[45-49)	[49-53)	[53-57)	Σύνολο	
2		1				1				2	
3		2				1		1		4	
4		1	3	2	1		1	2	1	11	
5		5	8	3	1	7	4			28	
6		3	3	9	10	5	6	9		2	47
7		3	7	13	7	12	3	5	3		53
8		1		8	9	6	8	9	4	1	46
9				4	1	4	1	1	1		12
10				2	4	2					8
<b>Σύνολο</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>47</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>211</b>	

Στο παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι βαθμό 10 συγκέντρωσαν οι ηλικιακές ομάδες [29 - 41), αντίστοιχα με βαθμό 9 οι ομάδες [29 - 53). Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν καλύτερο σκορ (πιθανόν λόγω κλινικής εμπειρίας).

Πίνακας 5: Τεστ γνώσεων και φύλο (Συσχέτιση).

Τεστ γνώσεων	Άρρεν	Θήλυ	Σύνολο
2	1	1	2
3	1	3	4
4	1	10	11
5	5	23	28
6	10	37	47
7	17	36	53
8	10	36	46
9	3	9	12
10	2	6	8
<b>Σύνολο</b>	<b>50</b>	<b>161</b>	<b>211</b>

Οι άνδρες και οι γυναίκες φαίνεται ότι έχουν το ίδιο σκορ (η πλειοψηφία έχει σκορ 6 - 8).



Πίνακας 6α: Τεστ γνώσεων και τομείς (Συσχέτιση).

Τεστ Γνώσεων	Παθολογικός Τομέας	Παιδιατρικός Τομέας	Χειρουργικός Τομέας	Ψυχιατρικός Τομέας
2	1			
3	2		1	
4	2		7	
5	7	4	7	
6	10	6	14	1
7	15	1	15	5
8	13	5	15	2
9	4		5	1
10	4		2	
<b>Σύνολο</b>	<b>58</b>	<b>16</b>	<b>66</b>	<b>9</b>

Φαίνεται ότι η πλειοψηφία του Παθολογικού, του Παιδιατρικού και του Χειρουργικού τομέα έχουν σκορ 6 - 8, ενώ ο Ψυχιατρικός τομέας έχει σκορ 7 - 8.

Πίνακας 6β: Τεστ γνώσεων και μονάδες (Συσχέτιση).

Τεστ Γνώσεων	Μ.Ε.Θ.	Μονάδα Εμφραγμάτων	Μονάδα Μεσ. Αναιμίας	Μονάδα Νεογνών	Μονάδα Τεχν. Νεφρού
2	1				
3					
4					
5	2				2
6	4				3
7	4	1	1	1	2
8	4				1
9	1				
10	1				
<b>Σύνολο</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Φαίνεται ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών της ΜΕΘ κυμαίνεται με σκορ 6 - 8. Η Μονάδα τεχνητού νεφρού με σκορ 5 - 7 και στις αντίστοιχες Μονάδες με σκορ 7.

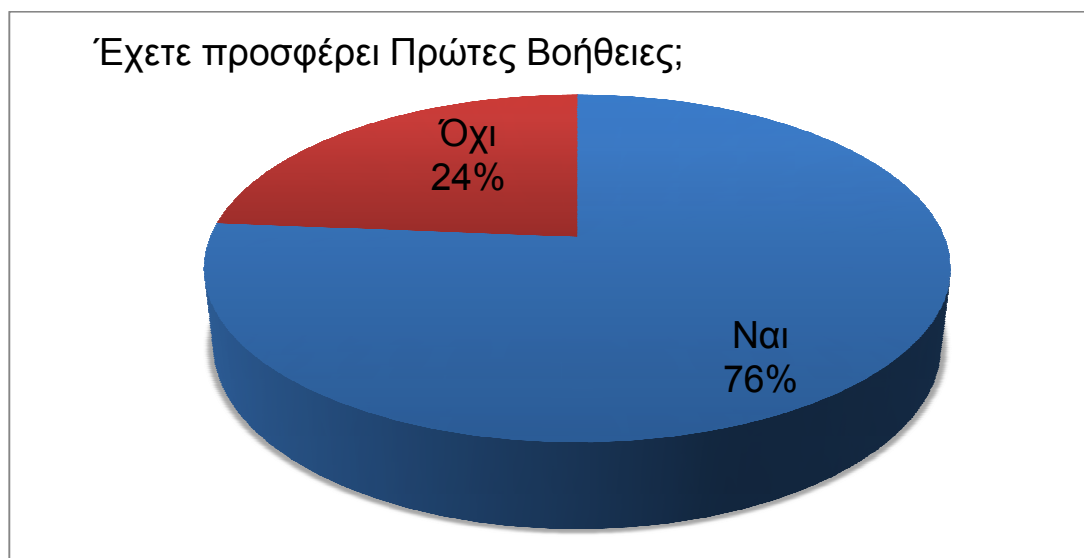
Πίνακας 6γ: Τεστ γνώσεων και κλινικές (Συσχέτιση).

Τεστ Γνώσεων	Εξωτερικά Ιατρεία	Τ.Ε.Π.
2		
3	1	
4		2
5		6
6	1	8
7		8
8	1	5
9		1
10		1
<b>Σύνολο</b>	<b>3</b>	<b>31</b>

Εδώ βλέπουμε ότι τα εξωτερικά ιατρεία έχουν σκορ 3 - 8 αν και το δείγμα μας είναι πολύ μικρό. Αντίστοιχα στα ΤΕΠ η πλειοψηφία των νοσηλευτών έχει απαντήσει με σκορ 5 - 8.

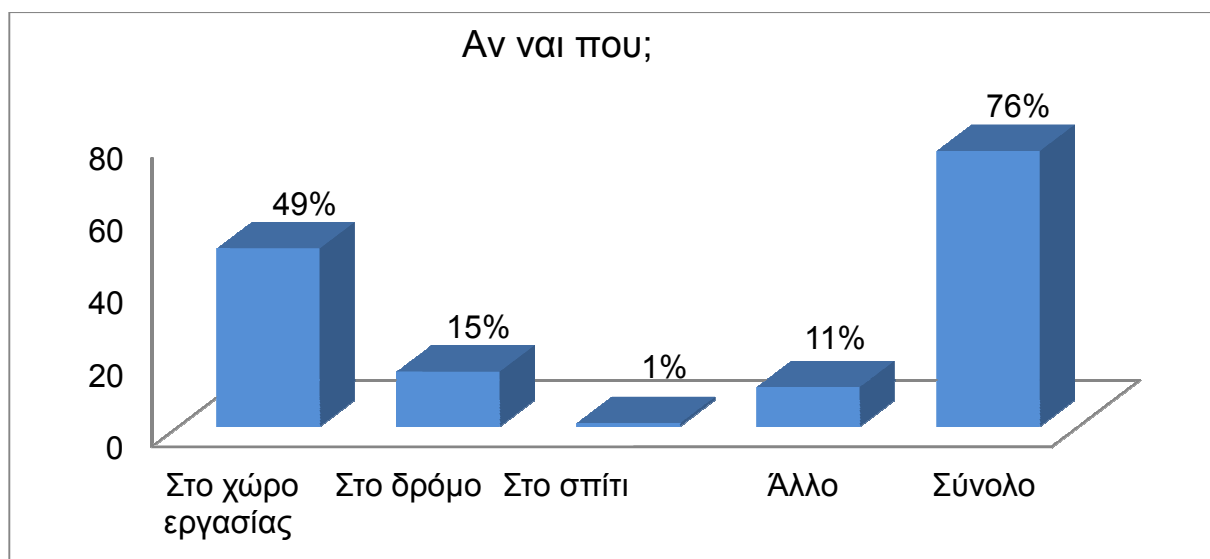
#### ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup> : Απόψεις των νοσηλευτών

Γράφημα 9: 1. Έχετε προσφέρει Πρώτες Βοήθειες;



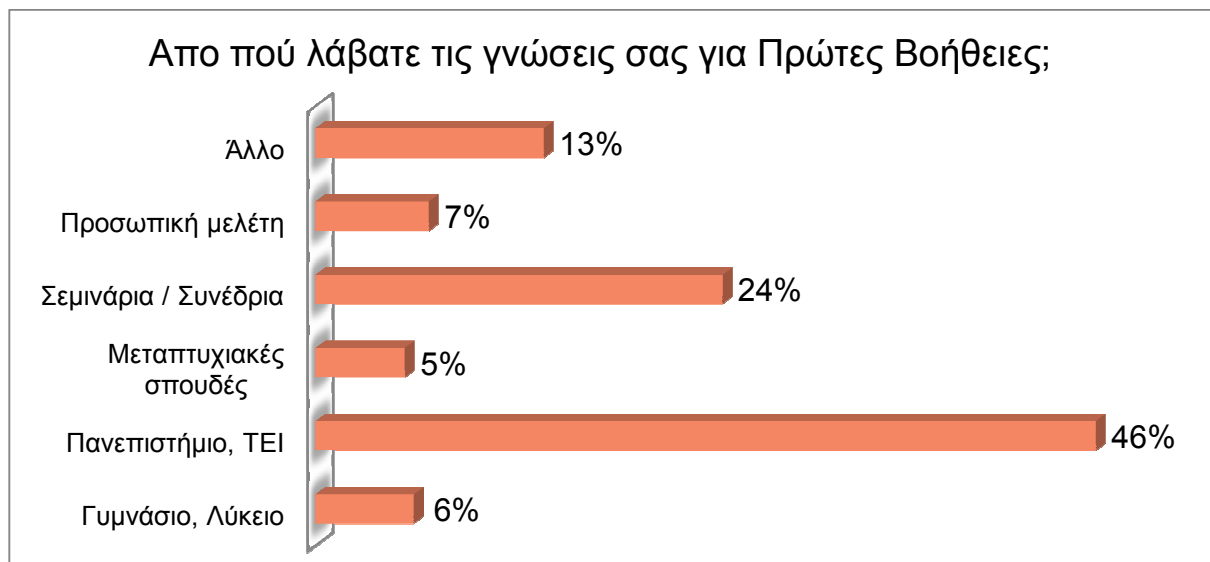
Σ' αυτή την ερώτηση το 76% απάντησε πως είχε προσφέρει πρώτες βοήθειες στο παρελθόν, ενώ το 24% απάντησε αρνητικά.

Γράφημα 10: 2. Αν ναι, πού;



Το 49% απάντησε ότι είχε δώσει πρώτες βοήθειες στο χώρο εργασίας, το 15% στο δρόμο και το 11% σε άλλο χώρο.

Γράφημα 11: 3. Από πού λάβατε τις γνώσεις σας για Πρώτες βοήθειες;



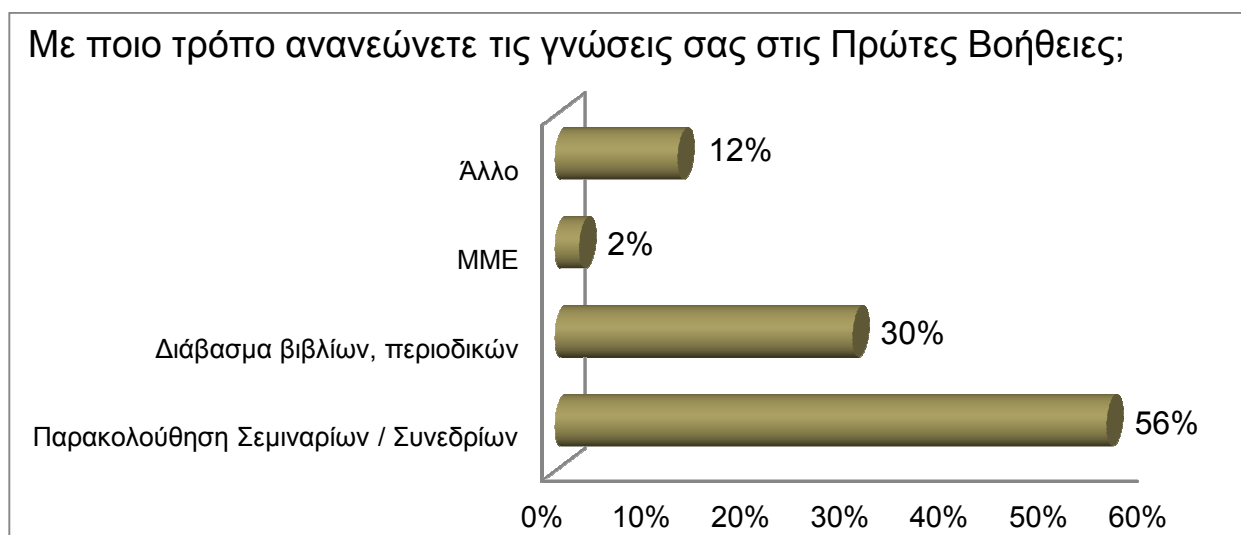
Το 46% από τη βασική ακαδημαϊκή εκπαίδευση (Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ), το 24% με την παρακολούθηση σεμιναρίων - συνεδρίων και το 13% απάντησε άλλο.

Γράφημα 12: 4. Πώς κρίνετε τις γνώσεις που λάβατε σχετικά με τις πρώτες βοήθειες στο προπτυχιακό σας επίπεδο;

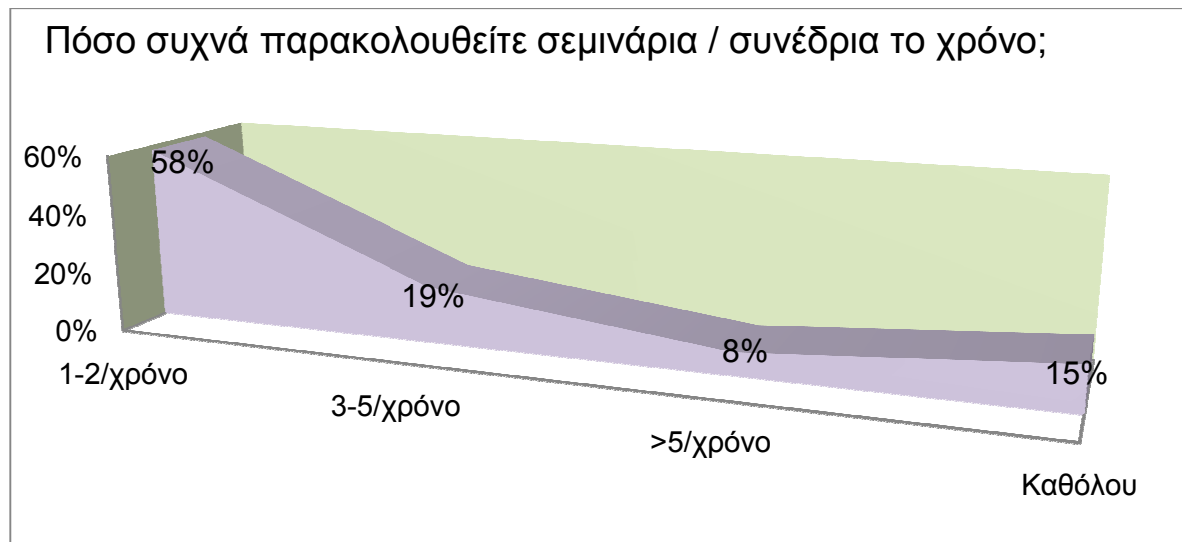


Το 34% δήλωσε καλές και μέτριες γνώσεις αντίστοιχα.

Γράφημα 13: 5. Με ποιο τρόπο ανανεώνετε τις γνώσεις σας στις Πρώτες Βοήθειες;

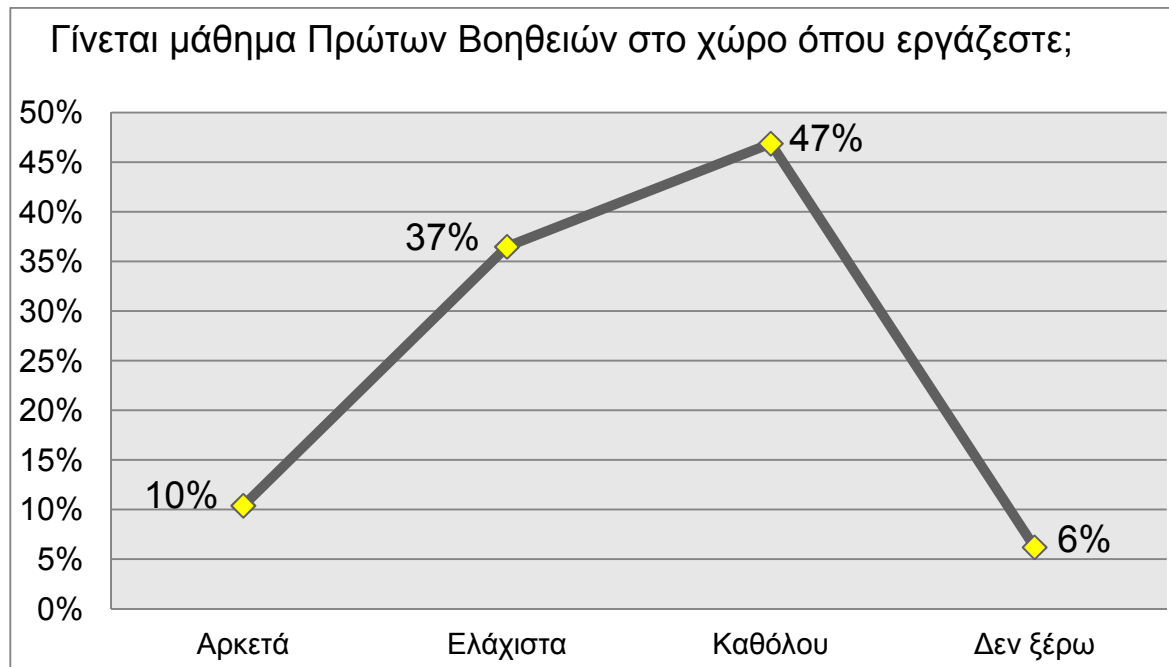


Το 56%, δηλαδή λίγοι περισσότεροι από τους μισούς, προτιμά ν' ανανεώνει τις γνώσεις του με την παρακολούθηση σεμιναρίων - συνεδρίων, ενώ το 30% διαβάζοντας βιβλία - περιοδικά.



Το 58% των ερωτηθέντων απάντησε ότι παρακολουθεί 1 - 2 συνέδρια το χρόνο, το 19% παρακολουθεί 3 - 5 συνέδρια και το 15% δεν παρακολουθεί καθόλου συνέδρια κατά τη διάρκεια του χρόνου.

Γράφημα 15: 7. Γίνεται μάθημα Πρώτων Βοηθειών στο χώρο όπου εργάζεστε;



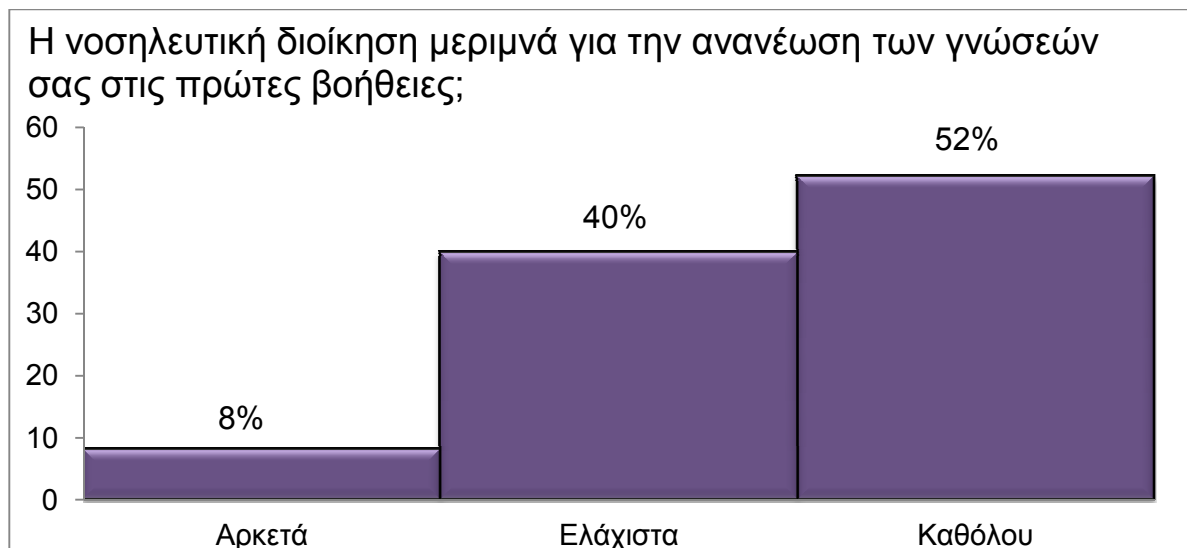
Σχεδόν οι μισοί (47%) απάντησαν πως δε γίνονται καθόλου μαθήματα στο χώρο που εργάζονται, το 37% ελάχιστα, το 10% απάντησε ότι γίνονται αρκετά μαθήματα πρώτων βοηθειών στο χώρο εργασίας τους και το 6% δήλωσε άγνοια.

Γράφημα 16: 8. Υπάρχει νοσηλευτής εκπαίδευσης στο χώρο όπου εργάζεστε;



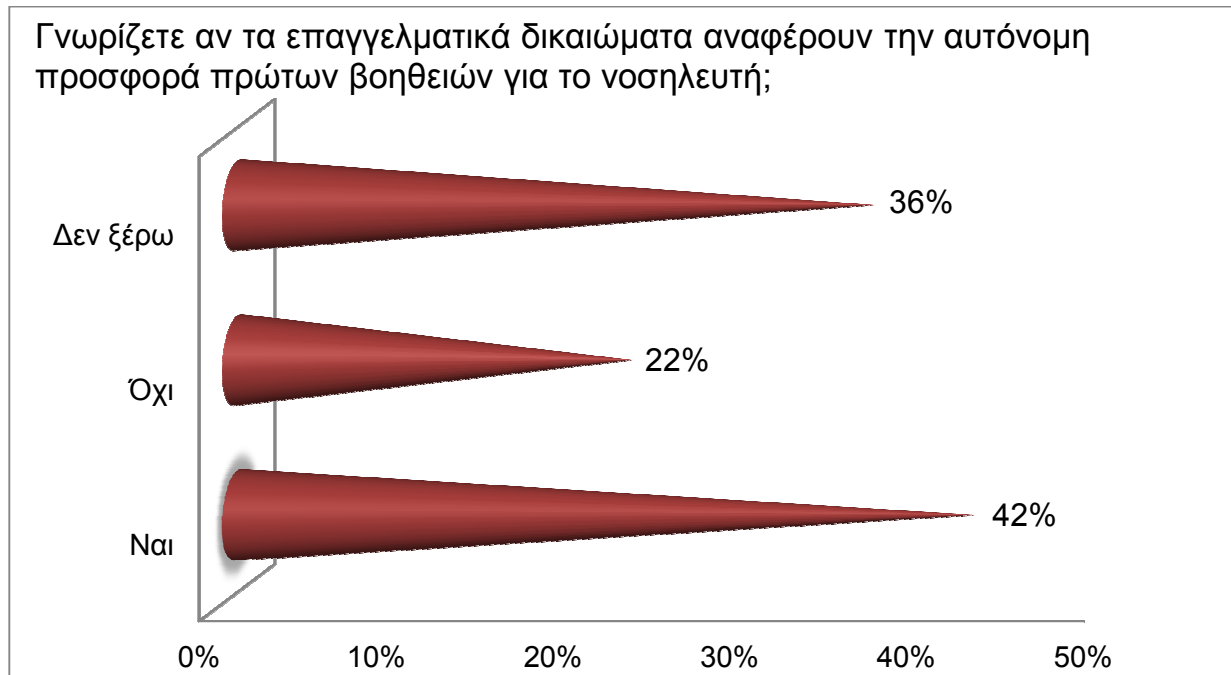
Στην ερώτηση αυτή το 54% απαντά πως δεν υπάρχει νοσηλευτής εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας, αντίθετα το 34% απάντησε πως υπάρχει.

Γράφημα 17: 9. Η νοσηλευτική διοίκηση μεριμνά για την ανανέωση των γνώσεών σας στις πρώτες βοήθειες;



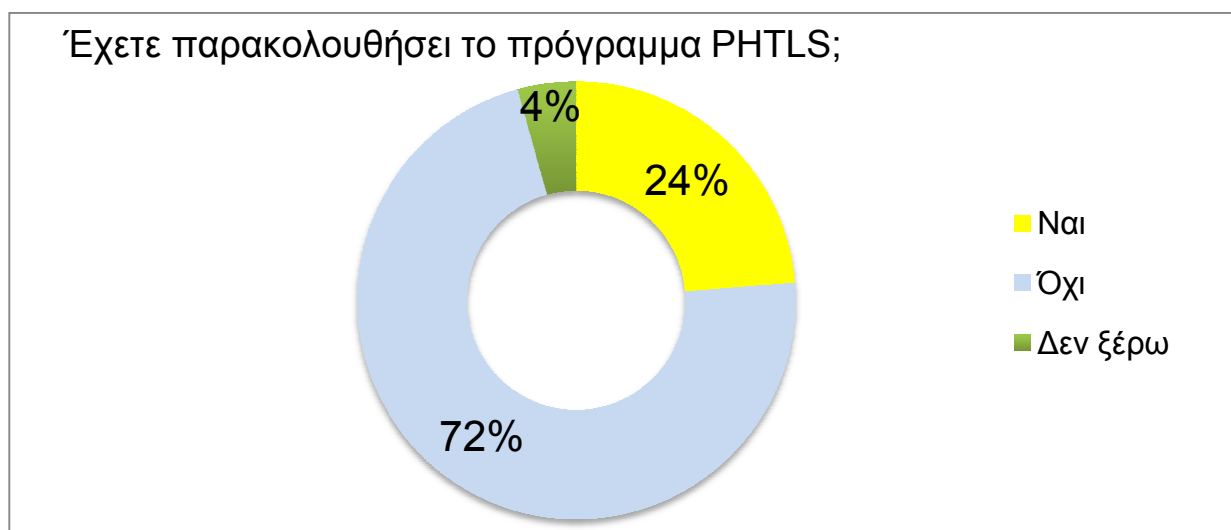
Στην ερώτηση αυτή, είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι λίγο περισσότεροι από τους μισούς, το 52% μας απάντησε ότι η νοσηλευτική διοίκηση δε μεριμνά για την ανανέωση των γνώσεων, ενώ το 40% απαντά ελάχιστα.

Γράφημα 18: 10. Γνωρίζετε αν τα επαγγελματικά δικαιώματα αναφέρουν την αυτόνομη προσφορά πρώτων βοηθειών για το νοσηλευτή;



Το 58% δεν γνώριζε ότι στα επαγγελματικά δικαιώματα ανήκει η αυτόνομη δράση παροχής πρώτων βοηθειών (απάντησαν όχι 22% και δεν γνωρίζω 36%), σε αντίθεση με το υπόλοιπο 42% που απαντά θετικά.

Γράφημα 19: 11. Έχετε παρακολουθήσει το πρόγραμμα PHTLS;



Σε αυτή την ερώτηση το 72% μας απάντησε πως δεν είχε παρακολουθήσει το πρόγραμμα PHTLS, ενώ το 24% πως το είχε παρακολουθήσει.

Γράφημα 20: 12. Γνωρίζετε αν υπάρχουν μεταπτυχιακά με εξειδίκευση στις πρώτες βοήθειες;



Το 44% ήξερε ότι υπάρχουν μεταπτυχιακά προγράμματα με εξειδίκευση στις πρώτες βοήθειες, ενώ το 37% δε γνώριζε αν υπάρχουν. Το 19% απάντησε πως δεν υπάρχουν μεταπτυχιακά με το αντικείμενο των πρώτων βοηθειών.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 Συζήτηση

Οι πρώτες βοήθειες και τα επαγγέλματα υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους. Οι πρώτες βοήθειες αποτελούν βασικό κομμάτι της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, αλλά και κομμάτι της καθημερινότητάς τους, όχι μόνο στον εργασιακό τους χώρο, αλλά και εκτός νοσοκομείου. Ο σκοπός της έρευνάς μας λοιπόν, είναι να καταγράψει τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, σχετικά με την παροχή των πρώτων βοηθειών.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση μας έδειξε ότι στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, οι οποίες όμως εξετάζουν συγκεκριμένα κομμάτια των πρώτων βοηθειών όπως για παράδειγμα την ΚΑΡΠΑ, την πνιγμονή και παροχή πρώτων βοηθειών κ.α. Κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δε βρέθηκε έρευνα με το ίδιο θέμα στην Ελλάδα, αλλά βρέθηκαν έρευνες με παρόμοια θεματολογία.

Η γνώση των πρώτων βοηθειών όμως, δεν είναι μόνο απαραίτητη για τους επαγγελματίες υγείας, τους διασώστες και τους πυροσβέστες. Κρίνεται αναγκαία για όλους τους ανθρώπους καθώς ατυχήματα συμβαίνουν παντού, σε ανύποπτο χρόνο και χώρο, χωρίς πάντα να υπάρχει εκεί κοντά ένας επαγγελματίας υγείας ή διασώστης που θα μπορούσε να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες.

Μερικά παραδείγματα αποτελούν οι χώροι όπου είναι συγκεντρωμένα πολλά παιδιά, π.χ. παιδικές χαρές, σχολεία, φροντιστήρια κλπ, χώροι διασκέδασης και αναψυχής, π.χ. παραλίες, κέντρα διασκέδασης, καφετέριες. Άλλα μέρη όπως, τα μαγαζιά, ατυχήματα στο δρόμο, αλλά και όποιο άλλο μέρος μπορεί να σκεφτεί ο ανθρώπινος νους. Αντίστοιχα, παραδείγματα ατυχημάτων μπορεί να είναι μια απλή ρινορραγία, ένα έγκαυμα, δήγμα από φίδι, τσίμπημα από έντομο, ένα λιποθυμικό επεισόδιο, κάποιο κάταγμα, η ηλεκτροπληξία, μια αλλεργική αντίδραση, η ανακοπή κλπ.

Παρόλα αυτά, υπάρχουν άνθρωποι που ενδιαφέρονται και δείχνουν θετικοί στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων παροχής πρώτων βοηθειών, αλλά υπάρχουν και κάποιοι

που κρατούν αρνητική - ουδέτερη στάση απέναντι στο θέμα αυτό. Τα άτομα που κυρίως δείχνουν θετικά στην εκπαίδευση για την παροχή πρώτων βοηθειών, είναι κυρίως άτομα που έχουν βιώσει κάποια απώλεια αγαπημένου προσώπου, οι γονείς, οι οποίοι μετά τη γέννηση των παιδιών τους αποκτούν ανησυχίες και φοβίες για τα διάφορα ατυχήματα που μπορεί να τους συμβούν, άτομα που έρχονται καθημερινά σε επαφή με πολύ κόσμο και έχουν στο πίσω μέρος του μυαλού τους την πιθανότητα ατυχήματος.

Λέγοντας αρνητική - ουδέτερη τη στάση κάποιων ατόμων στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων των πρώτων βοηθειών, εννοούμε άτομα τα οποία πιστεύουν ή δε θέλουν να πιστέψουν, πως μπορεί να συμβεί σε αυτούς οποιοδήποτε ατύχημα, αλλά και άτομα που θα ήθελαν να εκπαιδευτούν στις πρώτες βοήθειες, αλλά δεν τους το επιτρέπει το πρόγραμμά τους ή επειδή ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα, θεωρούν ότι ανά πάσα στιγμή θα παραχθεί σε αυτούς βοήθεια αν χρειαστεί.

Οι πρώτες βοήθειες, όπως έχουμε αναφέρει ξανά, αποτελούν βασικό κομμάτι της δουλειάς των νοσηλευτών αλλά και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας. Όπως είδαμε από τις πιο πάνω έρευνες, που αποτελούν ένα μικρό δείγμα αυτών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, οι νοσηλευτές και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν πώς να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες, όμως οι γνώσεις τους δεν επαρκούν καθώς κυμαίνονται στο μέτριο επίπεδο.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 211 νοσηλευτές, εκ των οποίων οι 161 ήταν γυναίκες και οι 50 ήταν άνδρες. Δε μας προξενεί έκπληξη το γεγονός αυτό, καθώς ακόμα και σήμερα, η νοσηλευτική θεωρείται κυρίως γυναικείο επάγγελμα, παρόλο που το επιλέγουν αρκετοί άντρες πλέον.

Οι γνώσεις των ανδρών και των γυναικών κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο και κατά μέσο όρο έχουν πολύ καλές γνώσεις παροχής των πρώτων βοηθειών. Συσχετίζοντας όμως τις γνώσεις με την ηλικία των ερωτηθέντων, διαπιστώσαμε ότι οι νοσηλευτές μετά το εικοστό όγδοο έτος της ηλικίας τους, συγκέντρωναν υψηλότερες βαθμολογίες. Αυτό θεωρούμε ότι συμβαίνει λόγω μεγαλύτερης κλινικής και μη εμπειρίας. Επίσης, στο χώρο εργασίας των ερωτηθέντων, το 54% μας είπε πως δεν υπάρχει νοσηλευτής εκπαίδευσης και το 47% μας απάντησε πως δε γίνονται μαθήματα πρώτων βοηθειών.

Ως νοσηλευτές, είμαστε συνήγοροι και υπεύθυνοι για τα δικαιώματα και τη ζωή του ασθενή μας. Οφείλουμε να εκπαιδευόμαστε τακτικά και να ανανεώνουμε τις γνώσεις μας για

να διασφαλίσουμε ότι θα του παρέχουμε την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα. Εκτός όμως από την προσωπική μας προσπάθεια, μια πιο οργανωμένη προσπάθεια εκπαίδευσης από τη νοσηλευτική υπηρεσία κάθε νοσοκομείου θα ήταν πιο ωφέλιμη. Αν όλοι οι νοσηλευτές ενός νοσοκομείου εκπαιδεύονταν από κοινού και ακολουθούσαν τα ίδια πρωτόκολλα αντιμετώπισης, θα αποφεύγονταν η σύγχυση και οι αντιπαραθέσεις σε καταστάσεις όπου απαιτείται άμεση παρέμβαση και αντιμετώπιση.

Επιπλέον, το 76% των ερωτηθέντων έχει προσφέρει πρώτες βοήθειες, είτε στο χώρο εργασίας (49%), είτε στο δρόμο ή σε κάποια άλλη περίπτωση (26%). Οι περισσότεροι (46%), έχουν λάβει τις γνώσεις τους από το προπτυχιακό επίπεδο σπουδών τους, αλλά και από συνέδρια - σεμινάρια που παρακολούθησαν (24%). Παρόλα αυτά, παρατηρήσαμε ότι υπήρχε μια ποσοστιαία ισοβαθμία στις γνώσεις που έλαβαν οι νοσηλευτές στο προπτυχιακό του επίπεδο, καθώς 34% των ερωτηθέντων θεωρεί πως έχει λάβει καλές γνώσεις και 34% επίσης θεωρεί ότι είναι μέτριες. Μπορούμε να συμπεράνουμε έτσι πως οι ίδιοι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν το επίπεδο γνώσεων που κατέχουν, καθώς και το επίπεδο γνώσεων που έλαβαν στο προπτυχιακό τους επίπεδο.

Αξιοσημείωτο είναι ότι λίγο περισσότεροι από τους μισούς (56%), μας είπαν πως ανανεώνουν τις γνώσεις τους με την παρακολούθηση συνεδρίων - σεμιναρίων, καθώς τα ιδρύματα στα οποία εργάζονται δε μεριμνούν καθόλου για την ανανέωση των γνώσεων τους, όπως μας δήλωσε το 52%. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι ο μέγιστος αριθμός συνεδρίων που παρακολουθούνται ανά έτος, είναι τα δύο συνέδρια, όπως μας απάντησε το 58%.

Γιατί όμως οι νοσηλευτές δεν έχουν άριστες γνώσεις πρώτων βοηθειών; Που μπορεί να οφείλεται αυτό; Η μη μέριμνα ανανέωσης των γνώσεων του προσωπικού, τόσο από το ίδρυμα εργασίας όσο και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, θα μπορούσε να είναι ένας προφανής λόγος, όπως επίσης η έλλειψη χρόνου και η σωματική καταβολή από το κυκλικό ωράριο εργασίας.

Στις μέρες μας, πολλοί νοσηλευτές παραμελούν την ανανέωση των γνώσεών τους, γενικότερα, επειδή θεωρούν ότι έχουν ένα καλό θεωρητικό υπόβαθρο από το προπτυχιακό πρόγραμμα εκπαίδευσής τους, όπου το 46% της έρευνας αυτής δήλωσε ότι έλαβε τις γνώσεις του για τις πρώτες βοήθειες, καθώς επίσης, βασίζονται στις γνώσεις και την εμπειρία που θ' αποκτήσουν από την κλινική τους άσκηση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους.

Η έλλειψη προσωπικού από τις κλινικές, το κυκλικό ωράριο, η στέρηση χρωστούμενων αδειών, οικονομικοί λόγοι, οι οικογενειακές και προσωπικές υποχρεώσεις κάθε νοσηλεύτη, τον δυσκολεύουν να συνδυάσει την καθημερινότητα του με τη μετεκπαίδευση. Επίσης, η μη μέριμνα της διοίκησης του κάθε ιδρύματος για την ανανέωση των γνώσεων του προσωπικού τους είναι αδιανόητη. Πιο συγκεκριμένα, το 47% των ερωτηθέντων μας είπε ότι δε γίνονται μαθήματα πρώτων βοηθειών στο χώρο εργασίας τους και η διοίκηση του ιδρύματος δε μεριμνά καθόλου, όπως μας είπαν λίγο περισσότεροι από τους μισούς (52%), για την ανανέωση των γνώσεών τους. Το 54% που μας δήλωσε πως δεν υπάρχει νοσηλευτής εκπαίδευσης στο χώρο εργασίας τους μας φανερώνει την παράλειψη της διοίκησης για τη σωστή μετεκπαίδευση του προσωπικού.

Η λύση αυτού του προβλήματος, όπως φαίνεται και από την παρούσα έρευνα, είναι η προσωπική προσπάθεια κάθε νοσηλεύτη ν' ανανεώσει τις γνώσεις του σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, με την παρακολούθηση σεμιναρίων - συνεδρίων (56%) και προσωπική μελέτη επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών (30%).

Αξίζει όμως ν' αναφέρουμε ότι υπάρχουν μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών σε σχολές νοσηλευτικής της Ελλάδας, ευκαιρίες απόκτησης νοσηλευτικής ειδικότητας, όπως επίσης και εκπαιδευτικά προγράμματα σχεδιασμένα για επαγγελματίες υγείας που βασίζονται στην παροχή πρώτων βοηθειών. Ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι το PHTLS. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η εξειδίκευση στον τομέα των πρώτων βοηθειών για καλύτερη, ασφαλέστερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών.

Όπως όμως διαπιστώσαμε, μόνο το 44% των ερωτηθέντων γνωρίζει την ύπαρξη τους, όπως επίσης το 27% έχει κάποιο τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών και μόνο 2% διδακτορικό τίτλο. Το 30% κατέχει κάποια απ' τις τέσσερις νοσηλευτικές ειδικότητες και το 24% των ερωτηθέντων έχει παρακολουθήσει το πρόγραμμα PHTLS.

Σ' αυτό το σημείο όμως μας γεννήθηκε ένα μεγάλο ερώτημα: «Έχει ουσιαστική σημασία η εκπαίδευση των νοσηλευτών στην παροχή πρώτων βοηθειών;». Οι περισσότεροι θ' απαντούσαν «ναι», καθώς είμαστε επαγγελματίες υγείας. Όμως σύμφωνα με την έρευνα αυτή, οι νοσηλευτές φαίνεται να μη γνωρίζουν ότι έχουν δικαίωμα παροχής πρώτων βοηθειών αυτόνομα, χωρίς την παρουσία γιατρού, καθώς λιγότεροι από τους μισούς (42%)

μας είπαν πως γνωρίζουν ότι αναφέρεται στα επαγγελματικά τους δικαιώματα η εφαρμογή πρώτων βοηθειών ως μια πράξη απουσία γιατρού.

Τι θα γινόταν άραγε αν το δείγμα μας ήταν μεγαλύτερο; Ίσως αυτό το ερώτημα θα μπορούσε να είναι μια αρχή για τους ερευνητές, ώστε να διερευνηθεί σε βάθος αυτό το θέμα και να βρεθούν λύσεις.

#### ***4.2 Περιορισμοί της Έρευνας***

Οι περιορισμοί που αντιμετωπίσαμε κατά τη διεξαγωγή της έρευνας ήταν ο μικρός αριθμός δείγματος από το νοσηλευτικό προσωπικό των δημόσιων νοσοκομείων. Παρόλο που ο πληθυσμός των νοσηλευτών είναι μεγάλος, το δείγμα ήταν αρκετά μικρό λόγω του περιορισμένου χρόνου του προσωπικού. Αν και τα στοιχεία που μας προσέφερε η παρούσα έρευνα για τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τις πρώτες βοήθειες είναι πολύ σημαντικά, κρίνεται αναγκαίο να χρησιμοποιηθεί μελλοντικά μεγαλύτερο δείγμα για την απόδοση καλύτερων στατιστικά αποτελεσμάτων. Επίσης, η έλλειψη χρόνου και οικονομικών πόρων, περιόρισε ακόμα περισσότερο την έρευνα, καθώς το δείγμα της έρευνάς μας περιλάμβανε νοσηλευτές από όλη την Ελλάδα αλλά κυρίως από νοσοκομεία του Ν. Αχαΐας, χάριν ευκολίας.

#### ***4.3 Προτάσεις***

Ατυχήματα συμβαίνουν σε όλους μας, σε κάθε ηλικία, σε κάθε χώρα, κάθε μέρος, κάθε εποχή, κάθε μέρα, κάθε λεπτό, κάθε δευτερόλεπτο. Τα ατυχήματα αποτελούν ένα δυσάρεστο, αλλά και αναπόφευκτο κάποιες φορές, κομμάτι της ζωής μας. Αν κοιτάξουμε όλοι μας λίγο στο παρελθόν, θα θυμηθούμε στιγμές που χρειαστήκαμε βοήθεια ύστερα από κάποιο ατύχημα ή στιγμές που χρειάστηκε να δώσουμε βοήθεια σε κάποιον άλλο. Πλέον, σαν επαγγελματίες υγείας, θεωρούμαστε απ' τους καταλληλότερους για την παροχή πρώτων βοηθειών σε οποιαδήποτε μορφή ατύχημα, από το πιο απλό έως το πιο πολύπλοκο. Γνωρίζουμε όμως αρκετά καλά πώς να παρέχουμε τις πρώτες βοήθειες; Είμαστε κατάλληλα εκπαιδευμένοι;

Οι γνώσεις που παίρνουμε για τις πρώτες βοήθειες στο προπτυχιακό επίπεδο των σπουδών μας, δεν επαρκούν για να πούμε εγγυημένα ότι γνωρίζουμε πώς να τις παρέχουμε. Αυτό συμβαίνει επειδή το μάθημα των πρώτων βοηθειών δεν είναι υποχρεωτικό σε όλες τις

σχολές νοσηλευτικής της Ελλάδας, καθώς επίσης δεν έχουν όλες οι σχολές την ευχέρεια πρακτικής εφαρμογής των θεωρητικών γνώσεων. Πρέπει επίσης ν' αναφέρουμε, πως αυτό το τόσο σημαντικό μάθημα, σε κάποιες σχολές είναι απλώς ένα μάθημα επιλογής.

Ως μελλοντικές νοσηλεύτριες, θεωρούμε, πως το μάθημα των πρώτων βοηθειών πρέπει να γίνει υποχρεωτικό και να υπάρχει οπωσδήποτε πρακτικό κομμάτι των θεωρητικών γνώσεων. Με τη θεωρία μαθαίνουν πως πρέπει να σκεφτούν και να δράσουν - αντιδράσουν σε μια επείγουσα κατάσταση. Χωρίς όμως την πράξη, σε μια πραγματική κατάσταση κλήσης για βοήθεια, οι περισσότεροι θα διστάσουν και ξαφνικά θα ξεχάσουν τι πρέπει να κάνουν ως επαγγελματίες από φόβο και ανασφάλεια για τις γνώσεις τους. Για το λόγο αυτό η πρακτική εξάσκηση των θεωρητικών γνώσεων που αποκτώνται, χαρίζουν στους μελλοντικούς νοσηλευτές ένα καλύτερο υπόβαθρο θεωρητικών και πρακτικών γνώσεων των πρώτων βοηθειών, δίνουν τη δυνατότητα καλύτερης απομνημόνευσης, απόκτησης σωστής και καλής τεχνικής, αλλά και αυτοπεποίθηση. Όπως άλλωστε λέει και ο σοφός λαός: «Η θεωρία απέχει πολύ από την πράξη».

Απ' την άλλη πλευρά, οι απόφοιτοι νοσηλευτές, δε φαίνεται ν' ανανεώνουν τις γνώσεις τους για τις πρώτες βοήθειες τόσο πρακτικά όσο θεωρητικά. Αυτό διαπιστώνεται από τον τρόπο με τον οποίο μας απάντησαν ότι τις ανανεώνουν. Δηλαδή, το 56% παρακολουθεί σεμινάρια - συνέδρια και το 30% διαβάζει βιβλία και περιοδικά.

Ικανοποιητικό είναι το γεγονός ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων προσπαθεί από προσωπική μελέτη και παρακολούθηση συνεδρίων - σεμιναρίων ν' ανανεώσει τις γνώσεις του, καθώς αυτό μας δείχνει πως ενημερώνονται θεωρητικά, αλλά και σε κάποιες περιπτώσεις πρακτικά, για τις εξελίξεις σχετικά με θέματα πρώτων βοηθειών αλλά και με πιθανές νέες κατευθυντήριες οδηγίες. Αυτό όμως και πάλι δε μας εξασφαλίζει τη σωστή εκπαίδευση, καθώς είναι γνωστό ότι στα συνέδρια που παρέχεται και πρακτική εκπαίδευση, είναι για περιορισμένο αριθμό ατόμων.

Πόσο καλύτερη θα ήταν η γνώση που παίρνουν διαβάζοντας αν συνδυάζοταν με πρακτική άσκηση; Η απάντηση είναι σίγουρα «πολύ», καθώς είναι γνωστό ότι η νοσηλευτική εκτός από επιστήμη είναι και τέχνη. Σ' αυτό το σημείο όμως πρέπει ν' αναρωτηθούμε για το ρόλο της διοίκησης και την εξασφάλιση της εκπαίδευσης των νοσηλευτών για την ποιοτικότερη και ασφαλέστερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Όπως έχουμε αναφέρει ξανά, ατυχήματα συμβαίνουν ανά πάσα στιγμή. Στα νοσοκομεία, υπάρχουν κλινικές που αντιμετωπίζουν καθημερινά καταστάσεις που χρήζουν άμεσης επέμβασης και παροχής πρώτων βοηθειών, αλλά και κλινικές που σπάνια θα έρθουν σε επαφή με περιστατικά επείγουσας παρέμβασης. Καλό θα ήταν να υπάρχει νοσηλευτής εκπαίδευσης και να οργανώνονται εκπαιδευτικά προγράμματα για την ανανέωση των γνώσεων των νοσηλευτών εντός νοσοκομείου. Τα προγράμματα αυτά θα μπορούσαν να είναι μονοήμερα ή πολυήμερα, χωρισμένα σε ομάδες και να πραγματοποιούνται σε λογικά πλαίσια ώρες, έτσι ώστε να μπορέσουν όλοι οι νοσηλευτές του νοσοκομείου να παρακολουθήσουν τα μαθήματα του προγράμματος.

Επίσης, ο νοσηλευτής εκπαίδευσης θα έπρεπε να ενημερώνεται και να ενημερώνει τους νοσηλευτές για τα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών, αλλά και για άλλα προγράμματα που να εξειδικεύουν τους νοσηλευτές στις πρώτες βοήθειες και άλλα νοσηλευτικά θέματα. Αυτό μπορεί να γίνει με την ανάρτηση αφισών ή ενημερωτικών εντύπων στους πίνακες ανακοινώσεων κάθε τμήματος, με αποστολή προσωπικών μηνυμάτων στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο κάθε νοσηλευτή και με μαζική συγκέντρωση και ενημέρωση του προσωπικού ανά ομάδες.

Οι νοσηλευτές, είναι επαγγελματίες υγείας που μπορούν να δράσουν με εντολές γιατρών αλλά και αυτόνομα. Σύμφωνα με τα νοσηλευτικά επαγγελματικά δικαιώματα, οι νοσηλευτές έχουν το δικαίωμα αυτόνομης παροχής πρώτων βοηθειών. Για την καλύτερη εκπαίδευση και ενημέρωση τους σχετικά με τις νέες κατευθυντήριες οδηγίες, καλό θα ήταν, εκτός από την παρακολούθηση σεμιναρίων και συνεδρίων, να παρακολουθούνται και προγράμματα υποστήριξης της ζωής όπως είναι το BLS, το PHTLS, το ACLS κλπ. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν πιστοποιημένες θεωρητικές γνώσεις και τεχνικές ικανότητες που βελτιώνουν τις επαγγελματικές δεξιότητες των νοσηλευτών στην παροχή πρώτων βοηθειών.

Αναφερόμενοι όμως στα πιο πάνω εκπαιδευτικά προγράμματα υποστήριξης της ζωής και τα σημερινά οικονομικά δεδομένα, πολλοί μπορεί να προσπεράσουν το καλό που θα κάνει στη δουλειά τους, επειδή δε μπορούν να το αντέξουν οικονομικά. Κάποιες λύσεις που θα μπορούσαν να δοθούν σε αυτό το πρόβλημα, είναι η παρακολούθηση δωρεάν μαθημάτων πρώτων βοηθειών στη σχολή του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, αλλά και η προσωπική

μελέτη. Ένας τρόπος προσωπικής μελέτης, εκτός απ' την ανάγνωση βιβλίων, είναι και η χρήση του διαδικτύου. Ένας χρήσιμος ιστότοπος είναι η σελίδα του Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού (<http://www.redcross.org.uk/What-we-do/First-aid>), που περιέχει βίντεο με καταστάσεις που χρήζουν άμεσης παροχής πρώτων βοηθειών. Με αυτό τον τρόπο κάθε ένας από εμάς μπορεί να μάθει πώς να αντιδρά θεωρητικά σε μια παρόμοια κατάσταση. Το μειονέκτημα αυτού του τρόπου ανανέωσης γνώσεων είναι η έλλειψη πρακτικής άσκησης αλλά και η σχεδόν αδύνατη χρήση του από άτομα που δεν γνωρίζουν αγγλικά.

Ωστόσο, αν και γνωρίζουμε πως έχουμε δύναμη στα χέρια μας, δεν την εκμεταλλευόμαστε πάντοτε και σωστά. Λόγιο θα ήταν να φροντίζαμε ο καθένας για την ανανέωση των γνώσεων μας προσωπικά, όμως ο κοινός στόχος όλων των επαγγελματιών υγείας είναι ο ασθενής. Για το λόγο αυτό θα έπρεπε να κινητοποιηθούμε μαζικά και να ζητήσουμε την εντός νοσοκομείου μετεκπαίδευση, που δικαιωματικά μας ανήκει.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε πως οι Έλληνες νοσηλευτές έχουν ένα πολύ καλό γνωστικό επίπεδο παροχής πρώτων βοηθειών, όμως η μη ανανέωση των ήδη υπάρχουσών γνώσεων, είτε από αμέλεια κάποιων είτε από προσωπική, δεν τους αφήνει να εξελιχθούν σαν επαγγελματίες, ούτε να εξελίξουν τη νοσηλευτική επιστήμη.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμόπουλος Λ και άλλοι (1999) Μαθηματικά και στοιχεία στατιστικής Γ' ενιαίου λυκείου. Εκδόσεις ΟΕΔΒ, Αθήνα

Αθανάτου Ε (2000) Παθολογική και Χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Στ' έκδοση. Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα

Αθανάτου Ε (2010) Κλινική νοσηλευτική, βασικές και ειδικές νοσηλείες. 18<sup>η</sup> επανέκδοση. Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα

Βελονάκη Β (2006) Ιστορική εξέλιξη υγειονομικού συστήματος και νοσηλευτική στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στο: [http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=136](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=136)

Γερογιάννη Γ και Πλεξίδα Ε (2008) Κουλτούρα και Νοσηλευτική Εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην Ελληνική Νοσηλευτική πραγματικότητα. Το βήμα του Ασκληπιού, 7(2):115 - 117.

Cormack I (2000) The research process in nursing. 4th edition, Blackwell science, London

Δαρβίρη Χ (2009) Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Δαρβίρη Χ (2010) Προαγωγή υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα

Dewit S (2005) Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Επιμέλεια: Σακοράφας και άλλοι. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα

Dewit S (2009) Παθολογική - Χειρουργική νοσηλευτική, έννοιες και πρακτική. Επιμέλεια: Λαμπρινού και Λεμονίδου. Τόμος 1. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Δια βίου εκπαίδευση. Διαθέσιμο στο: <http://www.uoa.gr/ekpaideysh/dia-bioy-ekpaideysh.html>

Doherty G και άλλοι (2006) Washington εγχειρίδιο χειρουργικής. Επιμέλεια: Παπαλάμπρος. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Δομή και Λειτουργία Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Διαθέσιμο στο: [http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/399.pdf](http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/399.pdf)

Δομή και οργάνωση των ΤΕΠ. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.iatrikionline.gr/Ortho\\_26/domi.htm](http://www.iatrikionline.gr/Ortho_26/domi.htm)

Edelman M και Mandle C (2009) Προαγωγή της Υγείας σε όλο το εύρος της ζωής. Επιμέλεια: Μπαμπάτσικου και άλλοι. 6<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα

ΕΚΠΑ Π.Μ.Σ, 2013. Διαθέσιμο στο: <http://www.nurs.uoa.gr/metapyxiakes-spydes.html>

ΕΚΠΑ, 2013 Γενικές πληροφορίες. Διαθέσιμο στο:  
<http://www.uoa.gr/ekpaideysh/spoydes/metapyxiakes-spydes.html>

ERC (2010) Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση με Αυτόματο Εξωτερικό Απινιδωτή, Εγχειρίδιο σεμιναρίου ανανηπτών, κατευθυντήριες οδηγίες ERC 2010. 3<sup>η</sup> έκδοση. 2<sup>η</sup> μεταφρασμένη ελληνική έκδοση.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Νόμος 3528/2007. Προσόντα υπαλλήλου - Μόρια Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Διαθέσιμο στο: <http://4grde-ath.att.sch.gr/arxeiapdf/N3528.pdf>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1ο, Αρ. Φύλλου 217, 29 Δεκεμβρίου 1985, Νόμος 1579. Νοσηλευτικό προσωπικό - ειδικότητες. Διαθέσιμο στο: [http://www.elinyae.gr/el/lib\\_file\\_upload/217a\\_85.1151476541822.pdf](http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/217a_85.1151476541822.pdf)

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1ο, Αρ. Φύλλου 159, 1992, Νόμος 2083. Μεταπτυχιακές σπουδές. Διαθέσιμο στο: [http://mph.med.uoc.gr/files/N2083.92\\_graduate\\_studies.pdf](http://mph.med.uoc.gr/files/N2083.92_graduate_studies.pdf)

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1ο, Αρ. Φύλλου 159, 14 Ιουνίου 1989, Νόμος 351. Επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών. Διαθέσιμο στα: [http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia\\_Nosilefton/Proedrika\\_Diatagmata/ProedrikoDiatagma\\_351\\_FEK\\_1591989.pdf](http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Proedrika_Diatagmata/ProedrikoDiatagma_351_FEK_1591989.pdf)

και <http://www.esne.gr/index.php/organosi/ainmenu-38/mainmenu-42>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 1ο, Αρ. Φύλλου 148, 16 Ιουλίου 2008, Νόμος 3685. Θεσμικό πλαίσιο για τις μεταπτυχιακές σπουδές. Διαθέσιμο στο: <http://www.duth.gr/education/academic/N.3685-2008.pdf>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 2, Αρ. Φύλλου 1200, 26/8/2003. Διατμηματικό Π.Μ.Σ. Διαθέσιμο στο: <http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Metaptixiaka/Diatmimatika/Entipa/FEK1200.pdf>

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος 2ο, Αρ. Φύλλου 738, 1 Απριλίου 2013. Π.Μ.Σ του τμήματος Νοσηλευτικής. Διαθέσιμο στο: [http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Metaptixiaka/Symbatika/Entipa/2013/FEK\\_B\\_738.pdf](http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Metaptixiaka/Symbatika/Entipa/2013/FEK_B_738.pdf)

Flores P και Castillo A (2006) Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education, 14(3):309

Ζαφειρίου Γ (2003) Μέθοδοι της έρευνας στη βιβλιοθηκονομία Διδακτικές σημειώσεις, Σίνδος, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.

Ζυγά Σ (2010) Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Hamilton B (2010) Χειρουργική σημειολογία αντικειμενικά σημεία στην κλινική χειρουργική. Επιμέλεια: Μπονάτσος και Μπίρμπας. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Hockenberry M και Wilson D (2011) Wong' s Παιδιατρική νοσηλευτική - Θεμελιώδεις γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης. Επιμέλεια: Κυρίτση. 8<sup>η</sup> Έκδοση. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Θεοφανίδης Δ και Φουντούκη Α (2006) Η διά βίου εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη και πράξη. Περιοδικό Νοσηλευτική, 45(4): 476 - 482.

Ignatavicius D και Workman M (2008) Παθολογική - Χειρουργική. Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα. Επιμέλεια: Βασιλειάδου. 5<sup>η</sup> Έκδοση. Τόμος 1. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Καδδά Ο (2013) Αναγκαιότητα για Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. Το βήμα του Ασκληπιού, 12(2):105 - 107.

Καδδά Ο και άλλοι (2011). Βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών από ειδικές πληθυσμιακές ομάδες. Διαθέσιμο στο: [http://www.vima-asklpiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2002\\_11/VA\\_OP\\_4\\_10\\_02\\_11.pdf](http://www.vima-asklpiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2002_11/VA_OP_4_10_02_11.pdf)

Καυγά Α και άλλοι (2012) Διερεύνηση των Παραγόντων που επηρεάζουν τη Συμμετοχή των Νοσηλευτών σε Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Νοσηλευτική, 51(3):288 - 296.

Κιέκκας Π (2012) Σημειώσεις μαθήματος «Πρώτες βοήθειες». ΤΕΙ Πάτρας, τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα

Κορρέ Μ και Καρλής Γ (2013) Ιστορική αναδρομή στην εξέλιξη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Το βήμα του Ασκληπιού, 12(2):108 - 123.

Κουρκουτά Α (2010) Ιστορία της Νοσηλευτικής. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα

Κουφουδάκης Δ (2011) Πρώτες βοήθειες και επείγοντα στο αγροτικό ιατρείο. 3<sup>η</sup> έκδοση . Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Κυριαζή Ν (2012) Η κοινωνιολογική έρευνα, Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα

Λίτσας Κ (1987) Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, Πρώτες βοήθειες, οδηγός αντιμετώπισης ατυχημάτων στο σπίτι, την εργασία και τις διακοπές. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Λίτσας Κ (2005) Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, Πρώτες Βοήθειες - Οδηγός αντιμετώπισης ατυχημάτων στο σπίτι, την εργασία και τις διακοπές. Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα

Lynn P (2012) Κλινικές νοσηλευτικές δεξιότητες και νοσηλευτική διεργασία, έγχρωμος άτλας. Επιμέλεια: Λεμονίδου. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Μαργιολάκη Α και άλλοι (2006) Διερεύνηση της ετοιμότητας παροχής πρώτων βοηθειών στον τόπο του ατυχήματος, από επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο Νομό Ηρακλείου. Πτυχιακή εργασία ΤΕΙ Κρήτης. Διαθέσιμο στο: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/nos/2006/MargiolakiAnna/attached-document/Margiolaki2006.pdf>

Marino P (2009) Μονάδα εντατικής θεραπείας. Επιμέλεια: Μπαλτόπουλος. 3<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα

Μεταπτυχιακές σπουδές στην Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση. Διαθέσιμο στο: [http://www.proslipsis.gr/cmCat\\_treePrd.php?&cm\\_catid=56&cm\\_prdid=3951](http://www.proslipsis.gr/cmCat_treePrd.php?&cm_catid=56&cm_prdid=3951)

Milne J (1999) Learning Technology Dissemination Initiative. Διαθέσιμο στο: [http://www.icbl.hw.ac.uk/ltidi/cookbook/info\\_questionnaires/](http://www.icbl.hw.ac.uk/ltidi/cookbook/info_questionnaires/)

Μπακάλης Ν (2010) Σημειώσεις μαθήματος «Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη». ΤΕΙ Πάτρας, τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα

Μπαλτόπουλος Γ (2009) Πρώτες βοήθειες και πρακτική θεραπευτική συνήθων καταστάσεων. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Μπίζας Λ (2011) Πιστοποίηση και αναγνώριση της συνεχιζόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 4 (1):3

Μπονάτσος Γ και άλλοι (2006) Χειρουργική παθολογία. 4<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Νικολοπούλου Β (2001) Στοιχεία αναισθησίας - ανάνηψης. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθήνας, Γ' εξαμήνου. Διαθέσιμο στο: [http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/tmimatos/Odigos\\_Spoudon/2013-2014/G\\_Examino.pdf](http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/tmimatos/Odigos_Spoudon/2013-2014/G_Examino.pdf)

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθήνας. Διαθέσιμο στο: [http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/tmimatos/Odigos\\_Spoudon/2013-2014/Ta\\_Mathimata.pdf](http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/tmimatos/Odigos_Spoudon/2013-2014/Ta_Mathimata.pdf)

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Διαθέσιμο στο: [http://sparti.uop.gr/~nosil/odhgos\\_spoudon/2013-2014%20%20%CE%9F%CE%94%CE%97%CE%93%CE%9F%CE%A3%20%CE%A3%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%94%CE%A9%CE%9D%20%CE%9C%CE%91%CE%98%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91.pdf](http://sparti.uop.gr/~nosil/odhgos_spoudon/2013-2014%20%20%CE%9F%CE%94%CE%97%CE%93%CE%9F%CE%A3%20%CE%A3%CE%A0%CE%9F%CE%A5%CE%94%CE%A9%CE%9D%20%CE%9C%CE%91%CE%98%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91.pdf)

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθήνας. Διαθέσιμο στο: [http://www.teiath.gr/seyp/nursing\\_a/categories.php?id=5601&lang=el](http://www.teiath.gr/seyp/nursing_a/categories.php?id=5601&lang=el)

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Διαθέσιμο στο: <http://nurs.teiwest.gr/index.php/el/spoudes/programma-soydown/mathimata-epilogis>

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου. Διαθέσιμο στο: <http://nursing.ioa.teiep.gr/index.php/en/2013-06-06-16-49-32>

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής ΤΕΙ Καβάλας. Διαθέσιμο στο: [http://nursing.teikav.edu.gr/prog\\_sp.html](http://nursing.teikav.edu.gr/prog_sp.html)

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής TEI Κρήτης. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.teicrete.gr/nosil/index.php?option=com\\_content&task=view&id=79&Itemid=95](http://www.teicrete.gr/nosil/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=95)

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής TEI Λαμίας. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.nos.teilam.gr/docs/documents/anath\\_programma\\_spoudwn\\_26102012.pdf](http://www.nos.teilam.gr/docs/documents/anath_programma_spoudwn_26102012.pdf)

Οδηγός σπουδών Νοσηλευτικής TEI Λάρισας. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.teilar.gr/odigoι/odigoι\\_epaggelmaton/nosileyt.pdf](http://www.teilar.gr/odigoι/odigoι_epaggelmaton/nosileyt.pdf)

Ουζούνη Χ και Νακάκης Κ (2011) Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. Νοσηλευτική, 50 (2):231 - 239

Παναγιωτόπουλος Π (2013) Κινηματική τραύματος. Σημειώσεις μαθήματος «Αντιμετώπιση πολυτραυματία», Πάτρα

Παπαδόπουλος Γ (1999) Η εξέλιξη της αναισθησιολογίας. Εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη

Πολεμική Αεροπορία, Κινητή Ομάδα Αντιμετώπισης Καταστροφών «Ερευνα και διάσωση προσωπικού». Διαθέσιμο στο:  
[http://www.ethelontismos.gr/attachments/073\\_%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%CF%83%CF%89%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D.pdf](http://www.ethelontismos.gr/attachments/073_%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%94%CE%B9%CE%AC%CF%83%CF%89%CF%83%CE%B7%20%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%89%CF%80%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D.pdf)

Πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για το ΠΜΣ «Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση», προκήρυξη 2013 - 2014. Διαθέσιμο στο:  
<http://www.grammateia.med.uoa.gr/old/viewtopic.php?t=13148>

Ραγιά Α (2005) Βασική Νοσηλευτική - Θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές. 6<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Παρισιανός, Αθήνα

Ραγιά Α (2011) Επιστήμη, Τέχνη και Αξιολογικός Προσανατολισμός. Νοσηλευτική, 50(2):121

Ρηγάτος Γ (2006) Ιστορία της Νοσηλευτικής από τη φιλάνθρωπη τέχνη στη σύγχρονη επιστήμη. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

PHTLS (2009) Prehospital Trauma Life Support. Επιμέλεια: Βασιλοπούλου. 3<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Γκιούρδας, Αθήνα

PHTLS - πληροφορίες από το ΕΚΑΒ. Διαθέσιμο στο: [http://www.ekab.gr/web/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3815&Itemid=156](http://www.ekab.gr/web/index.php?option=com_content&view=article&id=3815&Itemid=156)

PHTLS. Διαθέσιμο στο: <http://www.phtls.gr/index.php?c=9&la=1>

Ρούσσος Χ (2009) Εντατική θεραπεία. 3<sup>η</sup> έκδοση. Τόμος 1. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

ΣΑΝ. Διαθέσιμο στο: <http://san.army.gr/>

Σαχίνη - Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία Έρευνας - Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας. 3η έκδοση. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Σαχίνη - Καρδάση Α και Πάνου Μ (1997) Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, νοσηλευτικές διαδικασίες. 2<sup>η</sup> έκδοση. Τόμος 2. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Σεμινάρια Αναζωογόνησης, ΕΕΚΑΑ. Διαθέσιμο στο: [http://panossim.wix.com/eekaa\\_seminars#!\\_eekaa-seminars/επαγγελματίες-υγείας](http://panossim.wix.com/eekaa_seminars#!_eekaa-seminars/επαγγελματίες-υγείας)

Σταυρινός Β και Παναγιωτάκος Δ (2007) Βιοστατιστική. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Στεφανόπουλος Ν (2006) Σημειώσεις «Λήψη κι αδρή ερμηνεία του ΗΚΓματος - Βασική υποστήριξη της ζωής και απινίδωση». ΤΕΙ Πάτρας, τμήμα Νοσηλευτικής, Πάτρα

Συμεού Λ (2006) Εγκυρότητα και αξιοπιστία στην ποιοτική έρευνα. Διαθέσιμο στο: [http://www.pek.org.cy/Proceedings\\_2006/10.%20Kefalaio%2010%20Ekpaideftiki%20erevna/10.4.%20L.%20Symeou.pdf](http://www.pek.org.cy/Proceedings_2006/10.%20Kefalaio%2010%20Ekpaideftiki%20erevna/10.4.%20L.%20Symeou.pdf)

Σχέδιο έρευνας. Διαθέσιμο στο [http://vprassas.blogspot.gr/2011/04/blog-post\\_4443.html](http://vprassas.blogspot.gr/2011/04/blog-post_4443.html)

Taylor C, Lillis C, Le Mone P (2010) Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής - Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Επιμέλεια: Λεμονίδου και Πατηράκη - Κουρμπάνη. Τόμος 1. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, τμήμα Νοσηλευτικής, διδακτορικές σπουδές. Διαθέσιμο στο: [http://www.cut.ac.cy/digitalAssets/116/116436\\_nos.pdf](http://www.cut.ac.cy/digitalAssets/116/116436_nos.pdf)

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου. Διαθέσιμο στο:  
<http://www.cut.ac.cy/studies/postgraduate/>

TFR - PHTLS (2013) PHTLS, Πρώτη ανταπόκριση στο τραύμα. Επιμέλεια Βουρβαχάκης.  
Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα

Τζιμίκου Ι (2010) Προνοσοκομειακή εκτίμηση και αντιμετώπιση της καρδιοαναπνευστικής  
λειτουργίας του αρρώστου, Πτυχιακή εργασία, τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα

Τσούσκας Λ (2000) Πρώτες βοήθειες. Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη

Τσούσκας Λ (2007) Επείγουσα νοσηλευτική φροντίδα, πρώτες βοήθειες. Εκδόσεις University  
Studio Press, Θεσσαλονίκη

Φίλος Κ και άλλοι (2006) Πρώτες βοήθειες - επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική. Εκδόσεις  
Εφύρα, Ιωάννινα

Χολιασμένου Κ και Λαγού Α (2012) Κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στη  
Δανία. Πτυχιακή εργασία, τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Πάτρας, Πάτρα



## Παράρτημα 1 (Ερωτηματολόγιο)

### ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

30/10/2013

*ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ!*

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας, η οποία είναι ερευνητική και έχει σκοπό να διαπιστώσουμε τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών που δουλεύουν σε δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας, σχετικά με τις πρώτες βοήθειες.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 30 ερωτήσεις, εκ των οποίων μερικές είναι δημογραφικές. Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις διαλέγοντας μία μόνο επιλογή.

Όλες οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες.

Αν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία μη διστάσετε να επικοινωνήστε μαζί μας.

Ζούζουλα Ελένη 6980806673

Καυγάλη Παταπία - Ελευθερία 6980344854

*ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!!!*

## ΜΕΡΟΣ 1<sup>ο</sup> : Τεστ γνώσεων

1. Τη σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση του πάσχοντος χαρακτηρίζει η παρουσία:
  - α. Ανισοκορίας*
  - β. θόλωση της συνείδησης*
  - γ. Αμφοτερόπλευρης αντίδρασης στον πόνο*
2. Κατά την εφαρμογή της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας, οι πρώτες βοήθειες στα ανοιχτά κατάγματα περιλαμβάνουν:
  - α. Τον έλεγχο της αιμορραγίας και την ακινητοποίηση του μέλους*
  - β. Επίδεση του μέλους και χορήγηση αναλγητικών*
  - γ. Ανύψωση του μέλους που αιμορραγεί πάνω από το επίπεδο της καρδιάς*
3. Κατά την εφαρμογή επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας στη δηλητηρίαση από μονοξείδιο του άνθρακα:
  - α. Προκαλείται κένωση του στομάχου*
  - β. Οι πρώτες βοήθειες παρέχονται στον ίδιο χώρο*
  - γ. Προέχουν οι βλάβες από το νευρικό σύστημα*
4. Το χαρακτηριστικό σημάδι απόφραξης των αεραγωγών από τροφή σε άρρωστο με συνείδηση είναι:
  - α. Η απότομη εγκατάσταση βαριάς αναπνοής*
  - β. Το χέρι του αρρώστου στο λαιμό*
  - γ. Οι βίαιες ασύντακτες κινήσεις των χεριών*
5. Κατά την παροχή των πρώτων βοηθειών στα εγκαύματα:
  - α. Αφαιρούνται τα κολλημένα ενδύματα*
  - β. Εφαρμόζονται αντισηπτικές αλοιφές*
  - γ. Οι πομφόλυγες διατηρούνται ακέραιες*
6. Κατά την απόφραξη αεροφόρων οδών:
  - α. Πρώτα εμφανίζεται η κυάνωση*
  - β. Πρώτα εμφανίζονται οι εγκεφαλικές βλάβες*
  - γ. Ο θάνατος επέρχεται αμέσως*
7. Στην εκτίμηση του επίπεδου της συνείδησης η εξέταση της κόρης των οφθαλμών περιλαμβάνει την εκτίμηση:
  - α. Της αντιδραστικότητας και της αγγείωσης*
  - β. Του εύρους και της αντιδραστικότητας*
  - γ. Του χρώματος και του μεγέθους*

8. Κατά την παροχή βασικής αναζωογόνησης σε βρέφος η έκταση της κεφαλής προς τα πίσω δεν πρέπει να γίνεται:

- α. Όταν υπάρχει κάκωση της κεφαλής*
- β. Όταν υπάρχει υποψία τραυματισμού της ΑΜΣΣ*
- γ. Όταν υπάρχει υποψία τραυματισμού της ΘΜΣΣ*

9. Κατά την εφαρμογή της επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας στη δηλητηρίαση από οινόπνευμα:

- α. Προέχουν οι βλάβες από το αναπνευστικό σύστημα*
- β. Προέχουν οι βλάβες από το νευρικό σύστημα*
- γ. Εφαρμόζεται αρχικά τεχνητή αναπνοή*

10. Σε ποιες περιπτώσεις οι κακώσεις του μυοσκελετικού είναι απειλητικές για τη ζωή του τραυματία:

- α. Σε εξεσημασμένη αιμορραγία*
- β. Σε κακώσεις της κεφαλής*
- γ. Σε κακώσεις του θώρακα*

### **ΜΕΡΟΣ 2<sup>ο</sup> : Απόψεις των νοσηλευτών**

1. Έχετε προσφέρει Πρώτες Βοήθειες;  
 Ναι       Όχι (Αν ΟΧΙ, πηγαίνετε στην ερώτηση 3)
2. Αν ναι που;  
 Στο χώρο εργασίας     Στο δρόμο     Στο σπίτι  
 Άλλο \_\_\_\_\_
3. Από πού λάβατε τις γνώσεις σας για Πρώτες Βοήθειες;  
 Γυμνάσιο, Λύκειο       Πανεπιστήμιο, ΤΕΙ  
 Μεταπτυχιακές σπουδές     Σεμινάρια / Συνέδρια  
 Προσωπική μελέτη       Άλλο \_\_\_\_\_
4. Πώς κρίνετε τις γνώσεις που λάβατε σχετικά με τις πρώτες βοήθειες στο προπτυχιακό σας επίπεδο;  
 Πολύ καλές     Καλές     Μέτριες     Ελλιπής
5. Με ποιο τρόπο ανανεώνετε τις γνώσεις σας στις Πρώτες Βοήθειες;  
 Παρακολούθηση Σεμιναρίων / Συνεδρίων  
 Διάβασμα βιβλίων, περιοδικών  
 ΜΜΕ       Άλλο \_\_\_\_\_

6. Πόσο συχνά παρακολουθείτε σεμινάρια/συνέδρια το χρόνο;
- 1-2/χρόνο  3-5/χρόνο  >5/χρόνο  Καθόλου
7. Γίνεται μάθημα Πρώτων Βοηθειών στο χώρο όπου εργάζεστε;
- Αρκετά  Ελάχιστα  Καθόλου  Δεν ξέρω
8. Υπάρχει νοσηλευτής εκπαίδευσης στο χώρο όπου εργάζεστε;
- Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
9. Η νοσηλευτική διοίκηση μεριμνά για την ανανέωση των γνώσεών σας στις πρώτες βοήθειες;
- Αρκετά  Ελάχιστα  Καθόλου
10. Γνωρίζετε αν τα επαγγελματικά δικαιώματα αναφέρουν την αυτόνομη προσφορά πρώτων βοηθειών για το νοσηλευτή;
- Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
11. Έχετε παρακολουθήσει το πρόγραμμα PHTLS;
- Ναι  Όχι  Δεν ξέρω
12. Γνωρίζετε αν υπάρχουν μεταπτυχιακά με εξειδίκευση στις πρώτες βοήθειες;
- Ναι  Όχι  Δεν ξέρω

### **ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

Σε ποια κλινική εργάζεστε; \_\_\_\_\_

Πόσα χρόνια εργάζεστε; \_\_\_\_\_

Μεταπτυχιακές σπουδές:  Master  Διδακτορικό  Τίποτα από τα δύο

Έχετε νοσηλευτική ειδικότητα;  Ναι  Όχι

Έχετε πιστοποιητικό ECDL;  Ναι  Όχι

Ξένες γλώσσες:  Lower  Proficiency  Τίποτα από τα δύο

Άλλες γλώσσες \_\_\_\_\_

## Παράρτημα 2 (Γράμμα προς τους Προϊστάμενους των τμημάτων των νοσοκομείων)

Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας

Τμήμα: Νοσηλευτικής

30 Οκτωβρίου 2013

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ. 26334

Πάτρα

Αγαπητή Κα Προϊσταμένη

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Η πτυχιακή μας, υπο την επίβλεψη του Δρ. Νικόλαου Μπακάλη, ερευνά τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τις πρώτες βοήθειες στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε κατά πόσο οι νοσηλευτές γνωρίζουν πρώτες βοήθειες.

Το ερωτηματολόγιο που έχει κατασκευαστεί περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις.

Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των νοσηλευτών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**. Η συμμετοχή των νοσηλευτών είναι εθελοντική και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της έρευνας θα μπορούν να αποσύρουν την συμμετοχή τους.

Θα σας είμαστε ευγνώμων να μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε τους νοσηλευτές του τμήματός σας.

Με εκτίμηση

Ζούζουλα Ελένη

Καψάλη Παταπία - Ελευθερία