

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΑΝΩ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ
ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΠΙΤΤΑ ΕΡΑΣΜΙΑ-ΕΛΕΝΗ

ΤΣΙΚΡΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους όσους μας στήριξαν και στάθηκαν δίπλα μας καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαιδευτικής μας σταδιοδρομίας, δίνοντάς μας τα εφόδια να προχωρήσουμε και να μην πτοούμαστε στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε. Ευχαριστούμε, λοιπόν, τους καθηγητές μας, που με τον τρόπο του ο καθένας, μας βοήθησε να μάθουμε και κάτι καινούριο.

Ευχαριστούμε ιδιαίτερα τον καθηγητή μας, κ. Ρόμπολα Περικλή, για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε όλους αυτούς τους μήνες και για τη συνεχή καθοδήγησή του σε όλα τα στάδια της εργασίας μας.

Τέλος, ευχαριστούμε τους γονείς μας για την ηθική στήριξη, την κατανόησή και τον ενθαρρυντικό χαρακτήρα που έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από τα πρώτα χρόνια κίόλας της εκπαιδευτικής σταδιοδρομίας των παιδιών στη πρωτοβάθμια εκπαίδευση χτίζονται τα θεμέλια του τρόπου σκέψης, παιδείας και επιβίωσης τους στη σύγχρονη κοινωνία. Το έργο αυτό έχουν αναλάβει οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι αποτελούν το εξειδικευμένο πλέον προσωπικό, στους οποίους οι γονείς εμπιστεύονται το μαθησιακό μέλλον των παιδιών τους.

Από τη στιγμή όμως που μιλάμε περί παιδείας, δεν είναι δυνατόν στην εποχή που ζούμε να παραλείπουμε το γεγονός πως αποτελεί πρόβλημα η ελλιπή παρουσία γνώσεων και παροχής πρώτων βοηθειών. Τα ποσοστά τραυματισμών στις σχολικές ώρες έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια και η αντιμετώπισή τους αποτελεί αίνιγμα για τον μέσο διδάσκαλο. Τις περισσότερες φορές, ακόμα και για κάτι σχετικά ασήμαντο, καλείται εξωτερική ιατρική βοήθεια απασχολώντας το ιατρικό προσωπικό της εκάστοτε νοσοκομειακής μονάδας, το οποίο ίσως και να είναι πιο αναγκαίο να παραστεί σε κάποιο μεγαλύτερης σημασίας περιστατικό.

Οι εκπαιδευτικοί από την άλλη, δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να αντιμετωπίσουν μόνοι τους μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης και τα παιδιά δεν γνωρίζουν από τι πρέπει να προφυλαχτούν και πώς να αντιμετωπίσουν και τα ίδια μια σοβαρή ή μη κατάσταση. Γίνονται σπάνια ενημερώσεις ανά τη χώρα από κάποιο ιατρικό επιτελείο, νοσηλεύτες και άλλο εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, όμως δεν αρκεί μόνο αυτό.

Στις διδακτικές ώρες θα μπορούσε να προστεθεί μάθημα παροχής πρώτων βοηθειών, όπως και υπάρχει σε πολλές χώρες του εξωτερικού. Με αυτό τον τρόπο, εκπαιδευτικοί και μαθητές θα έχουν γνώσεις πάνω στην αντιμετώπιση ενός περιστατικού πρώτης ανάγκης και θα είναι σε θέση να αντιμετωπιστεί αμεσότερα και αποτελεσματικότερα κάθε είδους πρόβλημα που πιθανόν να προκύψει. Σαν μάθημα επίσης η προσφορά του θα είναι τεράστια και για την μετέπειτα ζωή των παιδιών έξω από το σχολικό περιβάλλον, καθώς οι γνώσεις τους θα είναι χρήσιμες και για άλλα περιστατικά που μπορεί να συμβούν στον περίγυρό τους.

Η παροχή πρώτων βοηθειών δεν είναι αμελητέα γνώση. Πολλές φορές σώζει ζωές καθώς αποτελεί το πρώτο και πιο καίριο βήμα για τη σωστή περίθαλψη ενός ασθενούς και στη χώρα μας δυστυχώς υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης και γνώσεων. Μία αιμορραγία για παράδειγμα, από κάποιο ατύχημα, θα μπορούσε να είναι πολύ πιο εύκολη υπόθεση για τον ασθενή και τον ιατρό, αν τη στιγμή του τραυματισμού κάποιος παρείχε στον πρώτο τη βασική ιατρική περίθαλψη που οι πρώτες βοήθειες εμπεριέχουν.

Για το λόγο αυτό, θα ήταν ιδανικό να τοποθετηθεί ειδικό προσωπικό νοσηλευτών στα σχολεία το οποίο θα διδάσκει μαθήματα πρώτων βοηθειών στα παιδιά. Έτσι, το μάθημα δεν θα είναι η στυγνή μεταλαμπάδευση γνώσεων και δεν θα είναι βαρετό, αφού θα μπορεί να

γίνεται διαδραστικά μέσω βίντεο-παρουσιάσεων αλλά και με ζωντανά παραδείγματα στις σχολικές αίθουσες με πρωταγωνιστές τους ίδιους τους μαθητές. Έτσι τα παιδιά θα μπορούν να συμμετέχουν, να λύνουν τις απορίες τους και να γίνει γι' αυτά πολύ πιο ευχάριστος και οικείος ο χώρος της νοσοκομειακής υγείας.

Είναι δυνατόν λοιπόν, να φέρουμε τους μαθητές πιο κοντά στη γνώση, όχι τόσο την τυποποιημένη αλλά και την πιο γενική. Να κάνουμε τη γνώση δύναμη και μέρος της παιδείας που τη σημερινή εποχή υπονομεύονται και τα δύο από το παρόν διδακτικό μας σύστημα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ραγδαία αύξηση των ατυχημάτων καθιστά αναγκαία την ύπαρξη γνώσεων παροχής Πρώτων Βοηθειών από τους εκπαιδευτικούς.

Σκοπός: Σκοπός της ερευνητικής μας εργασίας είναι να διαπιστώσουμε τις γνώσεις των εκπαιδευτικών πάνω σε θέματα Πρώτων Βοηθειών και να αναδείξουμε την επιτακτική ανάγκη διορισμού σχολικών νοσηλευτών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης.

Μεθοδολογία: Κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο με 41 ερωτήσεις. Το πρώτο μέρος αποτελούνταν από 7 ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε 11 γενικές ερωτήσεις Πρώτων Βοηθειών και το τρίτο μέρος, το τεστ γνώσεων, αποτελούνταν από 23 ερωτήσεις. Στο τεστ γνώσεων, η κάθε ερώτηση βαθμολογούνταν με 0.4. 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 από εκπαιδευτικούς Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που εργαζόταν σε σχολεία του νομού Μεσσηνίας και Αχαΐας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης SPSS 18.

Αποτελέσματα: Το δείγμα μας αποτελούνταν από ίσο αριθμό αντρών και γυναικών, με την ηλικία τους να κυμαίνεται από 28 έως 63 έτη. Ασχολούνταν με τις ανθρωπιστικές και τις θετικές επιστήμες και εργάζονταν από 1 έως 35 έτη, με την πλειοψηφία να εργάζεται σε κάποιο λύκειο, γυμνάσιο ή ΕΠΑ.Λ. Δεν κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο και εργάζονταν σε σχολεία του Αιγίου και της Καλαμάτας. Σχετικά με το τεστ γνώσεων, το 47% των ερωτηθέντων είχε ελλιπείς γνώσεις και το 39,6%, καλές. Το 56,12% δηλώνει πως τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του διαλείμματος. Η συντριπτική πλειοψηφία (97,52%) θεωρεί αναγκαία την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών πάνω στις Πρώτες Βοήθειες. Όλο το μέρος του δείγματος υποστήριξε πως υπάρχει φαρμακείο στο σχολείο. Το 66,34% δεν έχει παρακολουθήσει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών. Οι εκπαιδευτικοί πιστεύουν πως πρέπει να γίνονται μαθήματα Πρώτων Βοηθειών στους μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (98%). Η πλειοψηφία θεωρεί πως έχει μέτριο βαθμό γνώσεων και δεν έχει ποτέ παράσχει Πρώτες Βοήθειες σε μαθητή (62,63%). Δεν έχουν ασχοληθεί με κάποιο πρόγραμμα Αγωγής της Υγείας (81%) και δηλώνουν πως η Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην οποία ανήκουν δε διοργανώνει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών (70,65%).

Επίλογος: Κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για απόκτηση και ανανέωση γνώσεων από τους εκπαιδευτικούς πάνω στις Πρώτες Βοήθειες με την παρακολούθηση σεμιναρίων, την προσωπική μελέτη και ενασχόληση.

Λέξεις Κλειδιά: Πρώτες Βοήθειες, σχολική νοσηλευτική, Αγωγή της Υγείας

ABSTRACT

Introduction: The rapid increase of accidents makes it necessary for teachers to have knowledge on First Aid issues.

Purpose: The purpose of this research project is to find out more about the knowledge of secondary school teachers on First Aid topics and highlight the urgent need to appoint school nurses at all levels of education.

Methodology: A questionnaire with 41 questions was constructed. The first part consisted of seven demographic questions. The second part consisted of 11 general questions on First Aid and the third part, the knowledge test, consisted of 23 questions. In the knowledge test, each question was graded with 0.4. 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 consisted of secondary school teachers working in schools in the prefecture of Messinia and Achaia. The data analysis was performed with the statistical analysis program SPSS 18.

Results: Our sample consisted of equal numbers of men and women, with age ranging from 28-63 years. They dealt with the humanities and science and worked from 1-35 years, with the majority of them working in a high school, junior high or EPAL. They did not hold a master's degree and worked mainly in schools at Aigio and Kalamata. As far as the knowledge test is concerned, 47% of the respondents had sufficient knowledge and 39.6%, good knowledge. 56.12% states that most accidents happen during school breaks. The vast majority (97.52%) considers it necessary to train teachers on the First Aid. All of the sample claimed that there was a pharmacy at school. 66.34% has not attended First Aid courses. Teachers believe there must be First Aid courses at secondary school pupils (98%). The majority believes that they have a moderate degree of First Aid knowledge and has never administer first aid to a student (62.63%). They have not dealt with a Health Education program (81%) and state that the Department of Secondary Education, in which they belong, does not organize First Aid seminars (70.65%).

Conclusion: It is imperative that the professors obtain and renew the knowledge on First Aid by attending seminars and through personal study and work.

Keywords: First Aid, nursing school, the Health Education

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ</u>	
1.1 Η ιστορία των Πρώτων Βοηθειών.....	15
1.1.1 Αρχαία Αίγυπτος.....	15
1.1.2 Παλαιά Διαθήκη.....	15
1.1.3 Αρχαία Ελλάδα.....	15
1.1.4 Η εμφύσηση αέρα στους πνεύμονες με φυσερό.....	16
1.1.5 Οι πρώτες οργανωμένες προσπάθειες.....	16
1.1.6 Πρωτόκολλο αναζωογόνησης από πνιγμό στα τέλη του 18 ^{ου} αιώνα.....	17
1.1.7 Η έκδοση του πρώτου επιστημονικού δοκιμίου αναζωογόνησης και η πρώτη συσκευή απινίδωσης.....	17
1.1.8 Περιγραφή αναζωογόνησης με αερισμό και χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος.....	17
1.1.9 Τα πρώτα μεταφορικά μέσα για τη διάσωση και ανάνηψη.....	18
1.1.10 Η ίδρυση του Ερυθρού Σταυρού.....	18
1.1.11 Η συμμετοχή των πολιτών στις Πρώτες Βοήθειες.....	19
1.1.12 Η πρώτη συσκευή amru.....	20
1.1.13 Οι νέες τάσεις και η σύγχρονη αναζωογόνηση.....	20
1.2 Ορισμός.....	21
1.3 Γενικά για τις Πρώτες Βοήθειες.....	22
1.4 Ο ρόλος των Πρώτων Βοηθειών.....	22
1.5 Αλγόριθμος Πρώτων Βοηθειών.....	23
1.6 Στόχοι Πρώτων Βοηθειών.....	24
1.7 Οι κυριότερες ενέργειες κατά την παροχή Πρώτων Βοηθειών.....	25
1.8 Λόγοι που επιβάλλουν την απόκτηση γνώσεων Πρώτων Βοηθειών.....	25
1.9 Προτεραιότητες στον τόπο του συμβάντος.....	26
1.10 Ασφαλής προσέγγιση του πάσχοντος.....	26
1.11 Σχέδιο δράσης.....	27
1.12 Σωστή κλήση του ΕΚΑΒ.....	27

1.13	Εκπαίδευση.....	28
1.14	Νομικά θέματα.....	29
1.15	Βασική Υποστήριξη της Ζωής.....	30
1.15.1	Βήματα στη Βασική Υποστήριξη της Ζωής.....	30
1.15.2	Προστασία του διασώστη.....	32
1.15.3	Πλάγια θέση ασφαλείας ή θέση ανάνηψης.....	32
1.16	Απόφραξη αεραγωγού (πνιγμονή).....	33
1.17	Αιμορραγία.....	33
1.17.1	Ταξινόμηση αιμορραγιών.....	33
1.17.2	Πρώτες Βοήθειες σε εξωτερική αιμορραγία.....	34
1.17.3	Ξένο σώμα.....	35
1.17.4	Ρινορραγία.....	35
1.17.5	Αιμορραγία από το στόμα.....	36
1.17.6	Αιμορραγία από το αυτί.....	37
1.18	Τραύματα.....	37
1.18.1	Τραύματα στην κοιλιά.....	37
1.18.2	Τραύματα στο κεφάλι.....	38
1.18.3	Αντιμετώπιση τραύματος.....	40
1.19	Κατάγματα.....	42
1.19.1	Πρώτες Βοήθειες.....	43
1.19.2	Κατάγματα σπονδυλικής στήλης.....	43
1.20	Δήγματα – Τσιμπήματα.....	44
1.20.1	Δήγματα από μέλισσες και σφήκες.....	44
1.20.2	Δήγμα από φίδι.....	45
1.21	Εγκαύματα.....	45
1.21.1	Εγκαύματα 1 ^{ου} βαθμού.....	46
1.21.2	Εγκαύματα 2 ^{ου} βαθμού.....	46
1.21.3	Εγκαύματα 3 ^{ου} βαθμού.....	47
1.21.4	Εκτίμηση ενός εγκαύματος.....	48
1.21.5	Χημικά εγκαύματα.....	48
1.21.6	Ηλεκτροπληξία.....	49
1.22	Διαβητικές κρίσεις.....	50
1.22.1	Διάκριση διαβήτη.....	51
1.22.2	Υπογλυκαιμία.....	51
1.22.3	Υπεργλυκαιμία.....	52
1.23	Επιληπτικές κρίσεις.....	52
1.23.1	Πρώτες Βοήθειες.....	53

1.23.2	Συχνά λάθη στην αντιμετώπιση της επιληπτικής κρίσης.....	53
1.23.3	Status Epilepticus.....	54
1.24	Λιποθυμία.....	54
1.24.1	Καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν λιποθυμία σε υγιή άτομα.....	55
1.24.2	Πρώτες Βοήθειες.....	55
1.25	Άσθμα.....	56
1.25.1	Πρώτες Βοήθειες σε ασθματική κρίση.....	56
1.26	Αλλεργικές αντιδράσεις.....	56
1.26.1	αντιμετώπιση.....	56
1.26.2	οξεία αλλεργική αντίδραση.....	57
1.27	Δηλητηριάσεις.....	58
1.27.1	αντιμετώπιση.....	58
1.27.2	Δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα.....	59
1.28	Φαρμακείο Πρώτων Βοηθειών.....	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

2.1	Ορισμός υγείας.....	62
2.2	Ορισμός δημόσιας υγείας.....	62
2.3	Δημόσια υγεία στην Ελλάδα.....	63
2.4	Οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας και το έργο τους.....	63
2.5	Νοσηλευτική βασισμένη στην κοινότητα.....	64
2.6	Νοσηλευτική με προσανατολισμό στην κοινότητα.....	65
2.7	Επιρροές που επιφέρουν αλλαγές στη ζήτηση φροντίδας υγείας.....	65
2.8	Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών.....	66
2.9	Κοινωνική νοσηλευτική σε σχέση με τις σχολικές κοινότητες.....	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΧΟΛΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3.1	Ορισμός σχολικής νοσηλευτικής.....	72
3.2	Ιστορική αναδρομή σχολικής νοσηλευτικής.....	72
3.3	Σχολική Νοσηλευτική.....	72
3.4	Η σημασία της δημόσιας υγείας για την σχολική υγεία.....	73
3.5	Η εξέλιξη των σχολικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.....	74

3.6	Ο νοσηλευτής στο σχολείο.....	77
3.7	Το σχολείο και ο σχολικός νοσηλευτής στα παιδιά σχολικής ηλικίας και στους εφήβους.....	78
3.8	Οικογενειακός Δείκτης Κινδύνου	79
3.9	Ρόλοι του Σχολικού Νοσηλευτή	79
3.10	Πρότυπα πρακτικής για το σχολικό νοσηλευτή	83
3.11	Προσόντα σχολικού νοσηλευτή.....	84
3.12	Επίπεδα πρόληψης στα σχολεία.....	84
3.13	Ομοσπονδιακά προγράμματα.....	86
3.14	Ηθική και σχολική νοσηλευτική	87
3.15	Τρόπος παροχής των Πρώτων Βοηθειών.....	87
3.16	Μέθοδοι διδασκαλίας πρώτων βοηθειών.....	89
3.17	Χρησιμότητα παροχής πρώτων βοηθειών.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1	Αγωγή υγείας.....	92
4.2	Επίπεδα πρόληψης.....	92
4.2.1	Πρωτοβάθμια πρόληψη.....	93
4.2.2	Δευτεροβάθμια πρόληψη.....	93
4.2.3	Τριτοβάθμια πρόληψη.....	93
4.3	Ασθένεια, νόσος και υγεία.....	93
4.4	Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία.....	95
4.5	Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή και στην προστασία της υγείας.....	96
4.6	Η προαγωγή της υγείας ως ηθική προσπάθεια.....	98
4.6.1	Ηθικά ζητήματα.....	99
4.7	Προαγωγή της υγείας της κοινότητας.....	101
4.8	Εκπαίδευση της υγείας.....	102
4.9	Η αγωγή υγείας στο σχολείο	103

4.10 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη σχολική Αγωγή Υγείας.....	105
--	-----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	108
5.2 Αποτελέσματα.....	110
5.3 Συζήτηση.....	135
5.4 Προτάσεις.....	137

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	139
-------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	1) Αίτηση Άδειας.....	142
	2) Ερωτηματολόγιο.....	143
	3) Πίνακες.....	149

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Γνώσεις Πρώτων Βοηθειών.....	149
Πίνακας 2: Τόπος ατυχημάτων.....	149
Πίνακας 3: Πιο συχνή μορφή ατυχημάτων στο σχολείο.....	150
Πίνακας 4: Επιμόρφωση εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες.....	150
Πίνακας 5α: Ύπαρξη φαρμακείου στο σχολείο.....	150
Πίνακας 5β: Επίπεδο εξοπλισμού φαρμακείου.....	150
Πίνακας 6α: Παρακολούθηση σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών.....	151
Πίνακας 6β: Χρόνος παρακολούθησης.....	151
Πίνακας 6γ: Φορέας εκπαίδευσης.....	151
Πίνακας 7α: Διδασκαλία Πρώτων Βοηθειών στους μαθητές.....	151
Πίνακας 7β: Πού πρέπει να διδάσκονται οι Πρώτες Βοήθειες.....	152
Πίνακας 8: Βαθμολόγηση γνώσεων από το 1 έως το 5.....	152

Πίνακας 9α: Παροχή Πρώτων Βοηθειών σε μαθητή.....	152
Πίνακας 9β: Περιγραφή περιστατικού.....	153
Πίνακας 10α: Ενασχόληση με πρόγραμμα Αγωγής της Υγείας.....	153
Πίνακας 10β: Θέμα προγράμματος.....	154
Πίνακας 11: Σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών από τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.....	154
Πίνακας 12: Εφαρμογή ΚΑΡΠΑ επί απουσίας αναπνοής και σημείων ζωής.....	154
Πίνακας 13: Αρτηρία ψηλάφησης σφυγμού πριν την έναρξη ΚΑΡΠΑ.....	155
Πίνακας 14: Άμεση ενέργεια επί απουσίας αναπνοής και καρδιακής λειτουργίας.....	155
Πίνακας 15: Έλεγχος αναπνοής μέσω κίνησης θωρακικού τοιχώματος.....	155
Πίνακας 16: Διάνοιξη αεροφόρου οδού.....	156
Πίνακας 17: Εφαρμογή ΚΑΡΠΑ στους εφήβους.....	156
Πίνακας 18: Τρόπος εμφύσησης κατά την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ.....	156
Πίνακας 19: Τρόπος παροχής ΚΑΡΠΑ.....	156
Πίνακας 20: Αντιμετώπιση πνιγμονής από ξένο σώμα.....	157
Πίνακας 21: Άμεση ενέργεια σε τραυματισμό και εξωτερική αιμορραγία.....	157
Πίνακας 22: Ενέργειες σε περίπτωση ρινορραγίας.....	157
Πίνακας 23: Αφαίρεση ξένου σώματος για έλεγχο αιμορραγίας.....	157
Πίνακας 24: Άμεσες ενέργειες σε κάταγμα.....	158
Πίνακας 25: Μέθοδος μείωσης του οιδήματος.....	158
Πίνακας 26: Δάγκωμα από φίδι.....	158
Πίνακας 27: Άμεση ενέργεια σε έγκαυμα.....	158
Πίνακας 28: Πρώτη ενέργεια σε ηλεκτροπληξία.....	159
Πίνακας 29: Αντιμετώπιση υπογλυκαιμικού επεισοδίου.....	159
Πίνακας 30: Πρώτη ενέργεια σε επιληπτική κρίση.....	159

Πίνακας 31: Ασθματική κρίση σε μαθητή.....	159
Πίνακας 32: Δηλητηρίαση από καυστική ουσία.....	160
Πίνακας 33: Κλήση του ΕΚΑΒ.....	160

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι πλέον γεγονός στην εποχή μας ότι η απόκτηση γνώσεων σχετικά με τις πρώτες βοήθειες, αποτελεί επιτακτική ανάγκη σε όλους τους τομείς της ζωής του ανθρώπου. Μπορεί η τεχνολογική πρόοδος και τα επιτεύγματά της να βρίσκονται σε όλο το φάσμα της καθημερινότητάς μας παίζοντας καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της υγείας και στη συνέχιση της ζωής, εντούτοις, δε μπορούν να αντικαταστήσουν την ανθρώπινη παρέμβαση σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Μιλάμε, λοιπόν, για την αναγκαιότητα παροχής γνώσεων των πρώτων βοηθειών.

Μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας υπάρχει αμφίδρομη σχέση, καθώς από τη μια πλευρά η κατάσταση της υγείας επηρεάζει τις μαθησιακές ικανότητες και από την άλλη η εκπαίδευση επηρεάζει το βαθμό στον οποίο κάποιος θα υιοθετήσει θετικές συνήθειες υγείας.

Ο εκπαιδευτικός βρίσκεται σε καθημερινή επαφή με τα παιδιά και είναι υπεύθυνος να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας που υπάρχουν ή που μπορεί να προκύψουν στους μαθητές. Επιπλέον, διδάσκουν τα μαθήματα υποχρεωτικού χαρακτήρα που είναι στο πρόγραμμα διδασκαλίας, αλλά λίγοι είναι αυτοί που αφιερώνουν χρόνο για να μεταλαμπαδεύσουν γνώσεις για την παροχή Πρώτων Βοηθειών ή για την Αγωγή Υγείας. Οι καθηγητές έχουν λάβει γνώσεις παροχής Πρώτων Βοηθειών από σεμινάρια τα οποία παρακολούθησαν εθελοντικά και με κίνητρο το δικό τους ενδιαφέρον.

Η θεματολογία των Πρώτων Βοηθειών είναι εξαιρετικής σημασίας, καθώς ανά πάσα στιγμή μπορεί να τραυματιστεί κάποιο παιδί ή μέλος του προσωπικού του σχολείου και να καταστεί απαραίτητη η παροχή αυτών. Το σχολείο αποτελεί το πιο λειτουργικό και το πιο αποτελεσματικό εργαλείο για τη δημιουργία στάσεων ζωής, αξιών και βιωμάτων, γενικά και ειδικά, για ζητήματα που αφορούν την υγεία του πληθυσμού.

Επίσης, να τονίσουμε ότι η ατομική υγεία βρίσκεται σε στενή και αμφίδρομη σχέση με την υγεία της κοινότητας, μικρών και μεγάλων κοινωνικών ομάδων. Έτσι λοιπόν, αντιλαμβανόμαστε ότι η μετάδοση γνώσεων για την υγεία και για τις Πρώτες Βοήθειες, δεν είναι έργο μόνο του εκπαιδευτικού, αλλά είναι κυρίαρχο μέλημα και της προέκτασης του κοινοτικού νοσηλευτή, δηλαδή του σχολικού νοσηλευτή τον οποίο οφείλει να διορίζει το κράτος. Ο σχολικός νοσηλευτής εξειδικεύεται σε θέματα που αφορούν την υγεία και έτσι θα μπορεί να ελέγχει και να παρέχει γνώσεις Αγωγής της Υγείας και παροχής Πρώτων Βοηθειών, επιλύοντας κάθε απορία είτε των μαθητών, είτε των εκπαιδευτικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

1.1. Η ιστορία των Πρώτων Βοηθειών

1.1.1 Αρχαία Αίγυπτος

Η πρώτη λεπτομερής περιγραφή παροχής Πρώτων Βοηθειών για καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση, αφορά στην Αρχαία Αίγυπτο. Σε πάπυρο του Ebers αναφέρεται ότι στις πυραμίδες υπήρχαν ομάδες Πρώτων Βοηθειών που είχαν ειδικές γνώσεις σε περιπτώσεις θανατηφόρων δηλητηριάσεων από δήγματα ζώων. Σε πάπυρο σχετικά με την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση αναφέρονται τα ακόλουθα:

“ Αυτός ο γιατρός είναι..... ο οποίος ετοιμάζει τον δρόμο για να επαναφέρει το νεκρό στη ζωή και ο οποίος δίνει αέρα από τη μύτη στον ασθενή, που είναι χωρίς αναπνοή, για να τον αναζωογονήσει με κινήσεις των άνω άκρων και ο οποίος χρησιμοποιεί όλες τις μεθόδους.”

Στον πάπυρο του Hunefer απεικονίζονται σωλήνες που πιθανότατα χρησιμοποιήθηκαν για ενδοτραχειακή διασωλήνωση.

Επίσης, για την ανάνηψη του παθόντος χρησιμοποιήθηκε η ανάρτησή του από τα πόδια, η άσκηση δύναμης στο στήθος του κατά την εκπνοή και η απελευθέρωση της πίεσης κατά την εισπνοή.

1.1.2 Παλαιά Διαθήκη

Η καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡ.Π.Α) ήταν θεωρητικά, εάν όχι πρακτικά, γνωστή για πολλές εκατοντάδες, ίσως και χιλιάδες χρόνια. Μερικοί ισχυρίζονται ότι περιγράφεται μια επιφανειακή ομοιότητα της ΚΑΡ.Π.Α ακόμα και στην Παλαιά Διαθήκη, σε ένα απόσπασμα στο βιβλίο Βασιλέων Β' (κεφ. δ', εδ. 34, 35), όπου ο προφήτης Ελισσαιέ θερμαίνει και αναζωογονεί το σώμα ενός νεκρού αγοριού.

“ Και ανέβη, και επλαγίασεν επί το παιδίον, και επέθεσε το στόμα αυτού επί το στόμα εκείνου, και τους οφθαλμούς αυτού επί τους οφθαλμούς εκείνου, και τας χείρας αυτού επί τας χείρας εκείνου και εξαπλώθη επ' αυτό και εθερμάνθη η σαρξ του παιδιού. Έπειτα εσύρθη, και περιεπάτει εν τω οικήματι πότε εδώ, και πότε εκεί και ανέβη πάλιν και εξηπλώθη επ' αυτό και το παιδίον εππαρτίσθη έως επτάκις και ήνοιξε το παιδίον τους οφθαλμούς αυτού”.

1.1.3 Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Ελλάδα, τόσο στην Οδύσσεια όσο και στην Ιλιάδα, υπάρχουν αναφορές παροχής Πρώτων Βοηθειών. Ο Αχιλλέας παρέχει Πρώτες Βοήθειες, που διδάχτηκε από τον Κένταυρο Χείρωνα στο Πήλιο, στον λαβωμένο φίλο του Πάτροκλο. Στην Οδύσσεια βρίσκουμε

μεταξύ άλλων και τους γιους του Αυτόλυκου, που περιθάλλουν τον τραυματισμένο από αγριόχοιρο Οδυσσέα, με επιδέξια περιδέρηση αλλά και μαγικές επικλήσεις.

Στην Ιλιάδα γίνονται αναφορές για πάνω από 150 κακώσεις από βέλη και σπαθιά, με εντυπωσιακή ακρίβεια για τα “καίρια” σημεία, που δείχνει γνώσεις ανατομίας του ανθρώπινου σώματος.

Ο Όμηρος περιγράφει το κάθε χτύπημα και προλέγει αν θα αποβεί μοιραίο ή τις επιπτώσεις αυτού. Αναφέρονται όμως και κάποιοι ειδικευμένοι θεραπευτές όπως ο Μαχάων, γιος του Ασκληπιού, που ειδικεύονταν στην επίδεση και στα βότανα. Ο Μαχάωνας, σύμφωνα με την προφορική παράδοση του Ομήρου, έδωσε τις Πρώτες Βοήθειες στο Μενέλαο, όταν ο τελευταίος είχε τραυματιστεί σε μάχη κατά τον Τρωικό Πόλεμο από το βέλος ενός Τρώα πολεμιστή: “Κι ως είδες τη λαβωματιάν απ’τη πικρή σαΐτα, το αίμα πρωτοβύζαξεν, κατόπιν απιθώνει, βοτάνια που ‘ξερε, μ’ αυτά το τραύμα μαλακώνει”.

Αν κάποιος έχει υπ’ όψη του το σύνολο του ιατρικού έργου του Ιπποκράτη, τότε γνωρίζει ότι ο μεγάλος Έλληνας γιατρός είναι και θεμελιωτής της τραυματολογίας και παροχής Πρώτων Βοηθειών. Από την ιδιαίτερη όμως μελέτη των απόψεών του για τις επιπλεγμένες κακώσεις, προκύπτει ότι σαφώς εφάρμοζε τους θεραπευτικούς χρόνους, που και σήμερα χρησιμοποιούμε: καθαρισμός, αντισηψία, ακινητοποίηση, διατήρηση του τραύματος ανοικτού για παροχέτευση. Ο Ιπποκράτης υποστηρίζει την “ξηρά” θεραπεία των τραυμάτων, με την εφαρμογή του κρασιού σε επιθέματα, ακριβώς επάνω στην πληγή. Περιγράφει στα έργα του την αναλυτική διαδικασία για τα ράμματα, αλλά και τις κακώσεις της κεφαλής, στο έργο του “Περί των εν κεφαλή τραυμάτων”.

1.1.4 Η εμφύσηση αέρα στους πνεύμονες με φυσερό

Το 1530 ο Παράκελσος επαναφέρει στη ζωή άρρωστο, εμφυσώντας αέρα στους πνεύμονες με την χρήση φυσητήρων σωλήνων που εφάρμοσε στο στόμα του θύματος. Λίγα χρόνια αργότερα το 1555 ο Vesalius στην Πάντοβα, μετά από πειραματικές μελέτες σε χοίρους με τραχειοστομία, αναφέρει ότι η εμφύσηση αέρα θα πρέπει να γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και περιέγραψε τις επιδράσεις του αερισμού στην ποιότητα του σφυγμού.

1.1.5 Οι πρώτες οργανωμένες προσπάθειες

Οι πρώτες οργανωμένες προσπάθειες για την παροχή Πρώτων Βοηθειών και την αναζωογόνηση φαινομενικά νεκρών, καταγράφονται στα μέσα του 18^{ου} αιώνα. Ιδρύονται το 1767 η Ολλανδική Εταιρεία Διάσωσης και το 1774 η Αγγλική Βασιλική Εταιρεία Διάσωσης. Στα τέλη του 18^{ου} αιώνα τα συνήθη αίτια θανάτου ήταν τα ατυχήματα και οι λοιμώξεις. Οι καρδιαγγειακές βλάβες δεν ήταν πλήρως κατανοητές και αποδεκτές. Οι περισσότερες εταιρείες διάσωσης ασχολούνταν αποκλειστικά με αυτό το θέμα. Σκοπός τους ήταν να

υποδείξουν τεχνικές ανάνηψης ενώ εξέδιδαν ετήσια αναφορά για τις προσπάθειες αναζωογόνησης και τα αποτελέσματά τους.

1.1.6 Πρωτόκολλο αναζωογόνησης από πνιγμό στα τέλη του 18^{ου} αιώνα (αναρτημένο σε λιμάνι της Ολλανδίας)

- Ζέσταμα του θύματος. Η ενέργεια αυτή είχε σαν προϋπόθεση συχνά τη μεταφορά του θύματος κοντά σε φωτιά, την κάλυψή του με ζεστή άμμο ή την τοποθέτηση του θύματος σε κρεβάτι με δύο εθελοντές.
- Αφαίρεση του νερού που εισροφήθηκε ή καταπόθηκε με την τοποθέτηση του θύματος με το κεφάλι πιο κάτω από το σώμα.
- Πρόκληση βήχα κι εμέτου με ερεθισμό του φάρυγγα με φτερό ή με οσμές.
- Αποκατάσταση της αναπνοής με αερισμό με φουσερό.
- Ενεργοποίηση του γαστρεντερικού με εμφύσηση καπνού στο ορθό.
- Ξύπνημα του θύματος με σκούνημα, φωνές ή μαστίγωμα.

1.1.7 Η έκδοση του πρώτου επιστημονικού δοκιμίου αναζωογόνησης και η πρώτη συσκευή απινίδωσης

Το 1788 ο γιατρός Charles Kite από το Λονδίνο δημοσίευσε στα τότε υπάρχοντα επιστημονικά περιοδικά ένα άρθρο με τίτλο “ Προσέγγιση στην ανάνηψη από ξαφνικό θάνατο”. Στο δοκίμιο αυτό σχολιάζονται τα δεδομένα από 125 επιτυχείς και 317 ανεπιτυχείς ανανήψεις, κυρίως μετά από πνιγμό. Τα στοιχεία που χρησιμοποίησε προέρχονται από αρχεία της Βασιλικής Εταιρείας Διάσωσης. Στη δημοσίευση αυτή ο Kite αναφέρει ότι το πιο σημαντικό στην προσπάθεια ανάνηψης είναι ο χρόνος που μεσολαβεί από τον θάνατο και την αρχή της εφαρμογής της ανάνηψης. Γι’ αυτή του τη δημοσίευση τιμήθηκε απ’ την παραπάνω εταιρεία με τον ασημένιο σταυρό. Ο Kite στη δημοσίευσή του περιέγραψε και μια συσκευή χορήγησης ηλεκτρικού ρεύματος. Η συσκευή αυτή είχε πολλές ομοιότητες με μια σύγχρονη συσκευή απινίδωσης. Διέθετε δύο ηλεκτρόδια και αποθήκη ηλεκτρικής ενέργειας. Όπως έχει αποδειχθεί και σήμερα, ο Kite πίστευε στην ανάγκη της άμεσης εφαρμογής απινίδωσης.

1.1.8 Περιγραφή αναζωογόνησης με αερισμό και χορήγηση ηλεκτρικού ρεύματος

Το 1792 τα μέλη μιας εταιρείας διάσωσης στο Λονδίνο κλήθηκαν να βοηθήσουν ένα κοριτσάκι ηλικίας 3 ετών που είχε πέσει στον δρόμο από το παράθυρο του δευτέρου ορόφου φαινομενικά νεκρό. Στο παιδί εφαρμόσθηκε αρχικά για 20 λεπτά αερισμός. Ένας ιατρός που σκεφτόταν αισιόδοξα προσπάθησε να ανανήψει το παιδί χρησιμοποιώντας ηλεκτρικό ρεύμα. Είχαν περάσει 20 λεπτά από την πτώση του παιδιού ως την εφαρμογή της απινίδωσης.

Αρχικά η απινίδωση ήταν αναποτελεσματική, αλλά μετά από μερικές απινιδώσεις άρχισε να υπάρχει σφυγμός και το παιδί να αναπνέει. Μετά από τέσσερις ημέρες σε κώμα, το παιδί ανέκτησε τις αισθήσεις του.

Αυτή η περιγραφή του 18^{ου} αιώνα, δείχνει αφενός μεν τις προσπάθειες της εποχής εκείνης για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών, αφετέρου ότι από την εποχή εκείνη κατανοήθηκε η αναγκαιότητα βοηθητικών μέσων για την καλύτερη αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

1.1.9 Τα πρώτα μεταφορικά μέσα για τη διάσωση και ανάνηψη

Η ιδέα των απλών ανθρώπων να προσφέρουν Πρώτες Βοήθειες χωρίς την παρουσία ιατρού, προήλθε από τους πολέμους του 18^{ου} και 19^{ου} αιώνα. Το 1800 τεράστια ώθηση στην αντιμετώπιση τραυματιών ήρθε να δώσει ο γάλλος προσωπικός ιατρός του Ναπολέοντα, Dominique Jean Larrey.

Με αφορμή τον πόλεμο που είχε ξεσπάσει, ο Larrey δημιούργησε τα πρώτα μεταφορικά μέσα για τη διάσωση και ανάνηψη στρατιωτών που τραυματίζονταν στα πεδία των μαχών. Αυτά θα αποτελέσουν και τους προπομπούς των σημερινών ασθενοφόρων.

Ο Larrey και ο Percy εφάρμοσαν για πρώτη φορά στην ιστορία την επιλογή τραυματιών με καλή πρόγνωση προς μεταφορά για αντιμετώπιση, ανεξάρτητα από το βαθμό ή την κοινωνική προέλευση του τραυματία. Διατιπράινοντα τραύματα της κεφαλής, κοιλίας και θώρακα θεωρούνταν θανατηφόρα και οι ασθενείς δε μεταφέρονταν.

1.1.10 Η ίδρυση του Ερυθρού Σταυρού

Το 1859 ο Ελβετός τραπεζίτης Jean Henri Dunant (1828-1910), βλέποντας τους νεκρούς και τους αβοήθητους τραυματίες να κείτονται στο πεδίο της μάχης του Solferino, συλλαμβάνει την ιδέα της ίδρυσης του “Ερυθρού Σταυρού”, ενός οργανισμού που χωρίς να παρεμβαίνει στις εθνικές, πολιτικές, θρησκευτικές ή άλλες διαφορές, θα βοηθούσε στη μείωση του πόνου, της δυστυχίας και των θανάτων.

Το 1863 έγινε η Πρώτη Διεθνής Συνέλευση της Γενεύης, όπου αντιπροσωπεύτηκαν οργανώσεις εθελοντικής προσφοράς Πρώτων Βοηθειών με σκοπό τη δημιουργία του Ερυθρού Σταυρού, ο σκοπός του οποίου ήταν να προσφέρει “βοήθεια στους αρρώστους και τους τραυματίες στρατιώτες στο πεδίο της μάχης”. Αργότερα, αυτή η σύμβαση αναθεωρήθηκε και οι νέες συμβάσεις υιοθετήθηκαν για να προστατεύσουν τα θύματα της εχθροπραξίας εν πλω (1907), τους αιχμαλώτους πολέμου (1929) και τους πολίτες σε περίοδο πολέμου (1949).

Ο αμερικανικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύθηκε το 1881 από την Clara Barton μετά το ξέσπασμα του αμερικανικού εμφυλίου πολέμου. Τέσσερα χρόνια νωρίτερα, τον Ιούνιο του 1877 ιδρύθηκε ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, χάρη σε πρωτοβουλία της Βασίλισσας Όλγας και

αναγνωρίστηκε από τη Διεθνή Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού στις 6 Οκτωβρίου 1877. Η Σχολή Εθελοντριών Αδελφών ιδρύθηκε το 1911. Η Διεύθυνση Σώματος Σαμαρειτών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ιδρύθηκε το 1932 και αριθμεί περίπου 2.500 ενεργά μέλη.

1.1.11 Η συμμετοχή των πολιτών στις Πρώτες Βοήθειες

Το 1872 καθιερώθηκε η ιδέα της παροχής Πρώτων Βοηθειών από τους πολίτες από το χειρουργό P. Shepherd, ο οποίος εκπαίδευε πολίτες στην περιφέρεια Pottery στην Αγγλία.

Ωστόσο, η αδελφότητα των ιπποτών Hospitaller ήταν πιθανώς οι πρώτοι που ειδικεύτηκαν στην φροντίδα πληγωμένων σε πεδίο μάχης αλλά και στα μεγάλα κέντρα σιδηροδρόμων και σε περιοχές ορυχείων. Η αδελφότητα “το Τάγμα του Αγ. Ιωάννη” και το έργο της άρχισε να διαδίδεται σε όλη τη βρετανική αυτοκρατορία και την Ευρώπη. Το 1877 σχεδίασε ένα ειδικό φορείο για να μεταφέρει τους τραυματίες, που ονομάστηκε “Το ασθενοφόρο του St. John Αγ. Ιωάννη”. Εκείνη την εποχή οτιδήποτε μπορούσε να μεταφέρει έναν άνθρωπο ονομαζόταν “ασθενοφόρο”.

Το 1877 ιδρύθηκε το Σωματείο του Ασθενοφόρου του St. John “για να εκπαιδεύει άντρες και γυναίκες προς το όφελος των αρρώστων και των τραυματιών”. Μαθήματα γίνονταν με την χρήση του τριγωνικού επιδέσμου που ανακαλύφθηκε από τον Dr. Mayor στην Ελβετία το 1831. Στην αρχή οι γυναίκες μαθήτριες υπερείχαν αριθμητικά των αντρών μαθητών με αναλογία 4:1.

Το εγχειρίδιο “Πρώτες Βοήθειες στους τραυματίες” το έγραψε το 1878 ο Dr. P. Shepherd. Το εγχειρίδιο μεταφράστηκε σε 20 επιπλέον γλώσσες ως το 1928. Η δουλειά του συνεχίστηκε από τον Dr. James Cantlie, πραγματοποίησε μια δημόσια επίδειξη των Πρώτων Βοηθειών για να αποδείξει ότι η ιατρική βοήθεια, που δίνεται πριν να δοθεί εκείνη του νοσοκομείου, μπορούσε να δοθεί με ασφάλεια και από απλούς ανθρώπους. Ένας θεατής μέσα στο πλήθος, ο Dr. Johannes Frederich August Von Esmarch, ενθουσιάστηκε τόσο πολύ από την ιδέα της εκπαίδευσης πολιτών για να βοηθούν τους γείτονές τους, τα μέλη της οικογένειάς τους και τους συνεργάτες τους, ώστε όταν επέστρεψε στη Γερμανία ξεκίνησε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης πολιτών για τα ασθενοφόρα ιδρύοντας την Σχολή των Σαμαρειτών το 1881, δημοσιεύοντας αρκετά βιβλία πάνω στις Πρώτες Βοήθειες.

Το πρώτο πολιτικό ασθενοφόρο, το οποίο έσερναν άλογα, εφηύρε ο Dr. John Furley το 1883 βασιζόμενος σε στρατιωτικά σχέδια του Dominique Lerrey, ενός χειρουργού στους πολέμους του Ναπολέοντα.

Ο Dr. Howard, συντάκτης της εφημερίδας “Πρώτες Βοήθειες”, το Σεπτέμβριο του 1894 καθόρισε ότι “οποιοδήποτε άτομο που έχει πάρει πιστοποιητικό από ένα εξουσιοδοτημένο σωματείο θα διαθέτει τα προσόντα για να δώσει Πρώτες Βοήθειες”. Στην αρχή, μόνο οι γιατροί μπορούσαν να διδάξουν Πρώτες Βοήθειες και ένας άλλος γιατρός εξέταζε τους μαθητές.

Ο Α' Παγκόσμιος Πόλεμος ανέδειξε μια έκρηξη συμμετοχής πολιτών στις Πρώτες Βοήθειες στις ανεπτυγμένες χώρες (Αγγλία, Καναδά, Αυστραλία), που διδάχτηκαν ακόμα και στα περισσότερα παιδιά σχολικής ηλικίας. Όταν μεγάλωσαν αυτά τα παιδιά, ήταν εκείνη η γενιά που προανήγγειλε την εποχή της υποχρεωτικής εκπαίδευσης στις Πρώτες Βοήθειες σε χώρους εργασίας. Ήταν επίσης εκείνη η εποχή που επετράπη και στους μη γιατρούς να διδάξουν τις Πρώτες Βοήθειες, αλλά ο εξεταστής στο τέλος έπρεπε να ήταν και πάλι γιατρός. Στην Αμερική, ήταν τα εθελοντικά πυροσβεστικά σώματα που ενστερνίστηκαν την ιδέα του ασθενοφόρου και των Πρώτων Βοηθειών και κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, ο Αμερικανικός Ερυθρός Σταυρός άρχισε να εκπαιδεύει Αμερικανούς πολίτες.

1.1.12 Η πρώτη συσκευή amru

Η πρώτη αυτοεκπνυσόμενη συσκευή για τον αερισμό των ασθενών, κατασκευάστηκε 60 χρόνια αργότερα, το έτος 1957 στη Δανία. Η ιδέα κατασκευής της προέρχεται από τον αναισθησιολόγο Henning Ruben και ένα μηχανικό ποδηλάτων. Η ιδέα κατασκευής μιας αυτοεκπνυσόμενης συσκευής ξεκίνησε μετά από μια απεργία οδηγών φορτηγών το 1954, που είχε ως αποτέλεσμα την έλλειψη οξυγόνου στα νοσοκομεία της Δανίας, την εποχή μετά τη μεγάλη επιδημία πολιομυελίτιδας το 1952. Για την κατασκευή της πρώτης συσκευής χρησιμοποιήθηκαν 4 λάστιχα ποδηλάτου.

1.1.13 Οι νέες τάσεις και η σύγχρονη αναζωογόνηση

Πρωτοπόρος της σύγχρονης καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης θεωρείται ο Peter Safar (1923-2003), αυστριακός ιατρός τσέχικης καταγωγής που ζούσε, μετά την ολοκλήρωση των σπουδών του στη Βιέννη, μόνιμα στις ΗΠΑ. Άρχισε να ασχολείται επιστημονικά με την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (CPR) το 1956. Συνεργάστηκε με εθελοντές πυροσβέστες για να σχεδιάσει το πρώτο ασθενοφόρο έκτακτης ανάγκης και έγραψε το βιβλίο "ABC της αναζωογόνησης" το 1957. Ίδρυσε την πρώτη μονάδα εντατικής θεραπείας στη Βαλτιμόρη το 1958. Έπειτα πήγε στο πανεπιστήμιο του Πίτσμπουργκ όπου καθιέρωσε το ξεχωριστό ακαδημαϊκό τμήμα της Αναισθησιολογίας. Το 1967, έναν χρόνο μετά το θάνατο της κόρης του σε ηλικία 11 ετών από οξεία ασθματική κρίση, ίδρυσε την Freedom House Enterprise Ambulance Service, την πρώτη παραϊατρική υπηρεσία έκτακτης ανάγκης. Συνεργάστηκε με τον J. Elam και μαζί με την εταιρεία Laerdal σχεδίασαν τη Resusci Anne, μία ειδική εκπαιδευτική κούκλα στην καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Μέχρι σήμερα προτάθηκε τρεις φορές για το βραβείο Νόμπελ ιατρικής.

Σταθμούς στη σύγχρονη καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση αποτέλεσαν:

1. Η ανακοίνωση του Safar το 1958 που αφορούσε την αποτελεσματικότητα της εμφύσησης του εκπνεόμενου αέρα του διασώστη στο αναπνευστικό σύστημα του θύματος,

2. Η πρωτοποριακή εργασία των Jude και Kouwenhoven για την αποτελεσματικότητα των εξωτερικών μαλάξεων της καρδιάς και της απινίδωσης το 1960.

Έτσι καταρτίζονται, μετά την εμπειρία των πρώτων καρδιοπνευμονικών αναζωογονήσεων, οι αρχές της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης, της επείγουσας ιατρικής φροντίδας και του τρόπου εκπαίδευσης του ιατρικού και μη ιατρικού προσωπικού.

Πριν από τη δεκαετία του 1960 και τη δεκαετία του 1970, οι χώροι επείγουσας αναζωογόνησης των νοσοκομείων επανδρώθηκαν γενικά από τους γιατρούς που εκπαιδεύτηκαν σε άλλες ειδικότητες, όπως στη Γενική Παθολογία και στη Γενική Ιατρική. Ωστόσο, με αργούς ρυθμούς αρχίζει να αναγνωρίζεται η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής τόσο στην Κεντρική Ευρώπη όσο και στις ΗΠΑ ως αυτόνομη ειδικότητα. Παράλληλα, αρχίζουν να εισάγονται στη δεκαετία του 1980, εκτός από τα ασθενοφόρα, τα ελικόπτερα επείγουσας ιατρικής. Ο σκοπός είναι να φτάνει έγκαιρα βοήθεια στα θύματα και να γίνεται η μεταφορά τους χωρίς καθυστερήσεις. Κι ενώ στις ΗΠΑ η πρώτη αντιμετώπιση γίνεται με σκοπό την γρήγορη μεταφορά στο νοσοκομείο από ειδικά εκπαιδευμένους διασώστες, στην Ευρώπη η οργάνωση προβλέπει την έγκαιρη αντιμετώπιση του θύματος από γιατρό.⁽¹⁾

1.2 Ορισμός

Οι Πρώτες Βοήθειες είναι η αποδεκτή μέθοδος επείγουσας αντιμετώπισης των αιφνιδίως πασχόντων ατόμων, η οποία εφαρμόζεται με τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων εκείνη τη στιγμή μέσων και υλικών και αποσκοπεί στη διατήρηση της ζωής του πάσχοντος, τη μη επιδείνωση της κατάστασής του και τη διακομιδή του, ώστε να τεθεί κάτω από ιατρική φροντίδα το συντομότερο δυνατό.

Στην εποχή μας η ανάγκη παροχής Πρώτων Βοηθειών είναι μεγαλύτερη παρά ποτέ, επειδή αυξήθηκε σημαντικά η χρησιμοποίηση των τεχνολογικών δυνατοτήτων και στο άμεσο περιβάλλον του ατόμου, στην κατοικία και στους χώρους εργασίας ή διακοπών, με αποτέλεσμα να έχουν αυξηθεί και οι κίνδυνοι πρόκλησης ατυχήματος και κακώσεων. Ακόμη, τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα μας πληροφορούν ότι θα μπορούσε να είχε διασωθεί το 45% περίπου των ατόμων που πεθαίνουν από ατυχήματα και το 25% των αναπήρων, εάν τους είχαν παρασχεθεί σωστά και έγκαιρα οι Πρώτες Βοήθειες. Και εάν ληφθεί υπόψη ότι τα ατυχήματα αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες θανάτου των νέων ατόμων, γίνονται αμέσως κατανοητές οι ηθικές, νομικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις των πασχόντων και τα σημαντικά ατομικά και κοινωνικά οφέλη της εφαρμογής των Πρώτων Βοηθειών. Η συμβολή του κάθε ατόμου που παρέχει τις Πρώτες Βοήθειες, του διασώστη, είναι πολύ σημαντική και εξαρτάται από τη σωστή γνώση και την έγκαιρη εφαρμογή των μεθόδων των Πρώτων Βοηθειών.⁽²⁾

1.3 Γενικά για τις Πρώτες Βοήθειες

Οι στατιστικές λένε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι γίνονται αυτόπτες μάρτυρες καταστάσεων όπου κινδυνεύει άμεσα μία ανθρώπινη ζωή, μία με δύο φορές κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Στις περιπτώσεις αυτές η άμεση παρέμβαση κάποιου παρευρισκόμενου που γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες είναι καθοριστική και μπορεί να σημαίνει ακόμη και τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου. Το να παρέμβει π.χ. κάποιος άμεσα μόλις ένα άτομο καταρρεύσει και η καρδιά του έχει σταματήσει να χτυπά, χορηγώντας εμφυσήσεις και εφαρμόζοντας συμπίεσεις, διπλασιάζει τις πιθανότητες επιβίωσης του ατόμου αυτού. Καθένας από μας λοιπόν οφείλει να γνωρίζει Πρώτες Βοήθειες για να μπορέσει να βοηθήσει όχι μόνο κάποιο συνάνθρωπό του αλλά ακόμη και τον ίδιο του τον εαυτό. Στα περισσότερα ατυχήματα βέβαια δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ανθρώπινη ζωή και αυτό που απλά χρειάζεται είναι ψυχραιμία, σωστή εκτίμηση της κατάστασης και παροχή Πρώτων Βοηθειών.⁽³⁾

1.4 Ο ρόλος των Πρώτων Βοηθειών

- Να διατηρηθεί ο ασθενής στη ζωή.
- Να αποφευχθεί η επιδείνωση της κλινικής κατάστασης του ασθενούς και η πρόληψη της επέκτασης της βλάβης. Αυτό αποδίδεται κυρίως στην άμεση απειλή, που οφείλεται σε παύση της αναπνοής ή της κυκλοφορίας.
- **Συμβολή στη θεραπεία** και την **ανάρρωση** (όπως άμεση καταπολέμηση αιμορραγιών με απλά μέσα πρόληψης της υποθερμίας ή της υπερθερμίας).
- Φροντίδα για την **έγκαιρη και ασφαλή μεταφορά** του πάσχοντος.
- **Ενημέρωση των μετέπειτα θεραπόντων ιατρών** για τις συνθήκες του ατυχήματος, την κατάσταση του ασθενή πριν δοθούν οι Πρώτες Βοήθειες, καθώς και την περιγραφή του είδους των βοηθειών που προσφέρθηκαν.

Εάν βρεθούμε στον τόπο ενός συμβάντος πρέπει:

- ∅ Να ενεργήσουμε ταχέως, όχι όμως βιαστικά και με άγχος.
- ∅ Να καθησυχάσουμε τον ασθενή.
- ∅ Να καλέσουμε ιατρική βοήθεια.

Είναι επίσης σημαντικό να γνωρίζουμε τον τρόπο που έγινε το ατύχημα και να το μεταφέρουμε έτσι ώστε οι ειδικοί να είναι σε θέση να διαπιστώσουν τις πιθανές επιπτώσεις.⁽¹⁾

1.5 Αλγόριθμος Πρώτων Βοηθειών

Οι Πρώτες Βοήθειες εφαρμόζονται σε όλες τις επείγουσες καταστάσεις, ανεξάρτητα από τη βαρύτητά τους και είναι πιο αποτελεσματικές, όταν παρέχονται αλγοριθμικά, δηλαδή με καθορισμένη σειρά ενεργειών. Ο ακόλουθος βασικός αλγόριθμος των Πρώτων Βοηθειών είναι συχνά πολύτιμος και μπορεί να σώζει ζωές, ιδιαίτερα όταν εφαρμόζεται κατά το δύσκολο διάστημα των πρώτων ωρών της επείγουσας κατάστασης και περιλαμβάνει τα εξής τρία βήματα:

ΒΗΜΑ 1^ο : Ασφαλής προσέγγιση του πάσχοντος

Κατά την παροχή των Πρώτων Βοηθειών αρχικά πρέπει να διασφαλίζεται η ασφαλής προσέγγιση του πάσχοντος, η οποία περιλαμβάνει την απομάκρυνση της αιτίας που προκάλεσε τη βλάβη και την αναζήτηση βοήθειας από άλλα παρευρισκόμενα άτομα.

ΒΗΜΑ 2^ο : Διασφάλιση της ζωής του πάσχοντος.

Η διασφάλιση της ζωής του πάσχοντος είναι πρωταρχικής σημασίας κατά την παροχή των Πρώτων Βοηθειών και επιτυγχάνεται με τον έλεγχο και την αποκατάσταση των ζωτικών λειτουργιών του ατόμου, που γίνεται με την εφαρμογή του αλγόριθμου του “κανόνα ABC”.

Στον κανόνα 1ABC περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

1. Επίπεδο συνείδησης

Ο βαθμός της ενόχλησης του πάσχοντος και η απάντησή του στην ερώτηση «πώς αισθάνεται» διευκρινίζουν το επίπεδο της συνείδησής του. Εάν το άτομο έχει τις αισθήσεις του, τότε εφαρμόζεται ο κανόνας 2DEF.

A: (airway) αεροφόροι οδοί

Ελέγχεται η βατότητα των αεροφόρων οδών του πάσχοντος και ανάλογα διατηρούνται ανοικτές, αποκαθίστανται ή και παρακάμπτονται.

B: (breathing) αναπνοή

Ελέγχεται η πνευμονική αναπνοή του πάσχοντος και ανάλογα αποκαθίσταται με την εφαρμογή των μεθόδων της τεχνητής αναπνοής.

C: (circulation) κυκλοφορία του αίματος

Ελέγχεται ο αρτηριακός σφυγμός και ανάλογα αποκαθίσταται η καρδιακή λειτουργία, με την εφαρμογή εξωτερικών μαλάξεων της καρδιάς, ή και λαμβάνονται μέτρα για να σταματήσει η μεγάλη εξωτερική αιμορραγία.

ΒΗΜΑ 3^ο: Βελτίωση της κατάστασης του πάσχοντος.

Μετά τη διασφάλιση της ζωής του πάσχοντος ακολουθεί η εκτίμηση και η βελτίωση της γενικής και της τοπικής κατάστασής του με την εφαρμογή του αλγοριθμικού κανόνα 2DEF.

2. Κλήση για βοήθεια:

Αναζητείται και καλείται αμέσως η πλησιέστερη υπηρεσία ιατρικής βοήθειας και σωμάτων ασφαλείας, συνήθως με το τηλεφώνημα στους αριθμούς 166 (εκαβ), 100 (αστυνομία) ή 199 (πυροσβεστική).

D: diagnosis: διάγνωση

Καταβάλλεται προσπάθεια για την πληρέστερη διάγνωση της κατάστασης του πάσχοντος με την αναζήτηση ακόμα και αφανών βλαβών, αφού ληφθούν υπόψη το ιστορικό, τα συμπτώματα, τα σημεία και η ανταπόκρισή του στις διαγνωστικές δοκιμασίες.

E: emergencies: επείγουσες θεραπευτικές ενέργειες:

Οι ενέργειες αυτές, όπως είναι η αντιμετώπιση της οξείας κυκλοφορικής ανεπάρκειας (shock), των τραυμάτων και των καταγμάτων, παρεμποδίζουν την επιδείνωση της κατάστασης του πάσχοντος και διευκολύνουν την ταχύτερη αποκατάστασή του.

F: ferry: διακομιδή

Επιλέγεται η καλύτερη, ασφαλέστερη και ταχύτερη διακομιδή του πάσχοντος στην πλησιέστερη νοσηλευτική μονάδα, για να τεθεί κάτω από οργανωμένη ιατρική φροντίδα.⁽²⁾

1.6 Στόχοι Πρώτων Βοηθειών

Το αντικείμενο των Πρώτων Βοηθειών, ορίζεται μέσα από αυστηρά προδιαγεγραμμένους στόχους, οι οποίοι είναι:

- 1) *Η διάσωση της ζωής του θύματος*, που επιτυγχάνεται με τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της αναπνευστικής και της καρδιακής λειτουργίας και την αντιμετώπιση της αιμορραγίας.
- 2) *Η πρόληψη της επέκτασης της βλάβης του οργανισμού* μέσα από τον έλεγχο της επίδρασης του βλαπτικού παράγοντα, που προκάλεσε την αρχική βλάβη.

3) *Η σχετική βελτίωση της κατάστασης του θύματος*, που μπορεί να προκύψει τόσο με τις προσπάθειες ανακούφισής του, όσο και με τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και προστασίας.

4) *Η προετοιμασία του αρρώστου για τη μετέπειτα ειδική ιατρική του αντιμετώπιση*. Όσο πιο περιορισμένη είναι η δυνητική αναίρεση των πράξεων του αρωγού από το γιατρό, που στη συνέχεια θα παραλάβει τον άρρωστο, τόσο πιο επιτυχημένη θεωρείται η παροχή των Πρώτων Βοηθειών.

5) *Η ενημέρωση του γιατρού για τις συνθήκες του ατυχήματος*, την κατάσταση του αρρώστου πριν δοθούν οι Πρώτες Βοήθειες και τις μεταβολές της κατά τη μεταφορά καθώς και για το είδος των Πρώτων Βοηθειών που χορηγήθηκαν.

Μέσα από την ανάλυση αυτών των στόχων, φαίνεται καθαρά ο προσωρινός χαρακτήρας των Πρώτων Βοηθειών και η ανάγκη της θεραπευτικής παρέμβασης που θα ακολουθήσει, αφού αναζητηθεί με την ευθύνη πάντοτε του αρωγού.⁽⁴⁾

1.7 Οι κυριότερες ενέργειες κατά την παροχή Πρώτων Βοηθειών

- ∅ Αν το θύμα είναι αναισθητό, ελέγχουμε την αναπνοή και τον σφυγμό και το τοποθετούμε σε θέση ανάνηψης.
- ∅ Διατηρούμε και αποκαθιστούμε τη βατότητα των αεροφόρων οδών.
- ∅ Εφαρμόζουμε τεχνητή αναπνοή όταν παρατηρούμε αναπνευστική ανακοπή.
- ∅ Διατηρούμε την κυκλοφορία με θωρακικές συμπίεσεις σε περιπτώσεις καρδιακής ανακοπής.
- ∅ Εφαρμόζουμε αιμόσταση όπου αυτό είναι αναγκαίο και αντιμετωπίζουμε shock σε περίπτωση αιμορραγίας.
- ∅ Ακινητοποιούμε τον πολυτραυματία και τα κατάγματά του.
- ∅ Προλαμβάνουμε την υποθερμία και την υπερθερμία.
- ∅ Φροντίζουμε για την ασφαλή μεταφορά του θύματος στο νοσοκομείο.

1.8 Λόγοι που επιβάλλουν την απόκτηση γνώσεων Πρώτων Βοηθειών

- **Ηθικοί λόγοι:** “η αρχή του καλού Σαμαρείτη”. Ο ανθρώπινος πόνος αποτελεί μία, όχι μόνο υποκειμενικά ανθρώπινη, αλλά πρωτίστως μία ηθική διάσταση ζωής.
- **Κοινωνικοί:** σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης, πρέπει να βοηθήσεις το συνάνθρωπό σου, κάτι που και ο ίδιος θα επιθυμούσε 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, περιθάλψης και αποκατάστασης. Η έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση σώζει ζωές, εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής, μειώνει τον χρόνο ανάρρωσης στο νοσοκομείο και προσφέρει έτσι σοβαρά οφέλη προσωπικά, οικογενειακά, κοινωνικά και οικονομικά.
- **Λόγοι αυτοφροντίδας και αυτοπροστασίας:** όταν κάποιος βρεθεί σε δυσχερή θέση να μπορεί, έχοντας εκπαιδευτεί σωστά, να βοηθήσει τον εαυτό του.⁽¹⁾

1.9 Προτεραιότητες στον τόπο του συμβάντος

Όταν εμπλακούμε σε μια επείγουσα κατάσταση, πρέπει να έχουμε στραμμένη την προσοχή μας σε πολλά πράγματα ταυτόχρονα. Εάν επιχειρήσουμε να τα κάνουμε όλα μαζί, το πιθανότερο είναι ότι, όχι μόνο δε θα προσφέρουμε ουσιαστική βοήθεια, αλλά μπορεί να κινδυνεύσουμε κιόλας. Προτεραιότητά μας αποτελεί η προσωπική μας ασφάλεια αν κληθούμε να προσφέρουμε σε κάποιον τις Πρώτες Βοήθειες και δεν πρέπει να διακινδυνεύσουμε να θέσουμε τον εαυτό μας σε μεγαλύτερο κίνδυνο από αυτόν που βρίσκεται ο τραυματίας.⁽³⁾

1.10 Ασφαλής προσέγγιση του πάσχοντος

Η προσέγγιση του θύματος πρέπει να είναι ταχύτατη, ελεγχόμενη και ασφαλής. Ο διασώστης, έχοντας επίγνωση των δυνατοτήτων του, πρέπει να παρατηρήσει γρήγορα και ήρεμα τι συνέβη και να εξασφαλίσει:

- Την προσωπική του ασφάλεια
- Την ασφάλεια του θύματος
- Την ασφάλεια των παρευρισκομένων

Πολλές είναι οι περιπτώσεις όπου ο διασώστης κατέληξε, ενώ το θύμα επιβίωσε.⁽¹⁾

Σε κάθε περίπτωση ορισμένα από τα παρευρισκόμενα ψύχραιμα άτομα είναι δυνατό να φανούν εξαιρετικά χρήσιμα κατά την εφαρμογή των Πρώτων Βοηθειών με ενέργειες όπως π.χ. οι ακόλουθες: ο έλεγχος ενδεχόμενης σοβαρής αιμορραγίας. Η αντιμετώπιση πολλαπλών τραυμάτων. Η ακινητοποίηση άκρου με βαριά κάκωση. Διάφορα άτομα τα οποία δυσχεραίνουν άθελά τους τη διάσωση ή είναι πανικοβλημένα πρέπει να μην παρεμβαίνουν στο κύριο έργο του διασώστη και να απασχολούνται με άλλες βοηθητικές εργασίες, όπως π.χ. είναι οι ακόλουθες: η απομάκρυνση του περιέργου κόσμου- ο έλεγχος της κυκλοφορίας των οχημάτων- η κλήση για βοήθεια.⁽⁵⁾

Οι κίνδυνοι που υπάρχουν στον τόπο του ατυχήματος, σχετίζονται κυρίως με:

- Την αιτία και το είδος του ατυχήματος (ηλεκτροπληξία, φωτιά, αναθυμιάσεις κ.α.)
- Τις συνθήκες που επικρατούν στον περιβάλλοντα χώρο (όπως τροχαία ατυχήματα, παγιδεύσεις, καταρρεύσεις, πνιγμός)⁽¹⁾

1.11 Σχέδιο δράσης

Όταν έρθουμε αντιμέτωποι με μια επείγουσα κατάσταση, θα πρέπει να έχουμε στο νου μας ένα σχέδιο δράσης με τα βασικά βήματα που θα ακολουθήσουμε, προκειμένου να προσφέρουμε τη βοήθειά μας. Σ' αυτά περιλαμβάνονται τα εξής:

- 1) Εκτιμούμε την κατάσταση, προσπαθώντας να καταλάβουμε τι έχει συμβεί.
- 2) Ελέγχουμε για την ασφάλειά μας. Είμαστε ασφαλείς πλησιάζοντας τον τραυματία; Τι κίνδυνοι μπορεί να υπάρξουν;
- 3) Παρέχουμε τις Πρώτες Βοήθειες.
- 4) Καλούμε το ΕΚΑΒ ή/και άλλες υπηρεσίες αν χρειάζεται (π.χ. Πυροσβεστική, Αστυνομία κτλ.). Δεν πρέπει να επιχειρήσουμε κάτι το οποίο είναι πάνω από τις δυνάμεις μας ή κάτι το οποίο δεν είμαστε εκπαιδευμένοι να κάνουμε. Σε αυτή την περίπτωση, περιμένουμε να καταφτάσουν οι ειδικοί, οι οποίοι έχουν και την απαραίτητη εκπαίδευση, αλλά και τον απαραίτητο εξοπλισμό.

1.12 Σωστή κλήση του ΕΚΑΒ

Το να αναγνωρίσουμε μια επείγουσα κατάσταση και να καλέσουμε άμεσα και σωστά το ΕΚΑΒ, είναι εξίσου σημαντικό με το να προσφέρουμε τις Πρώτες Βοήθειες.

Καλούμε λοιπόν το 166 ή το 112 όταν εμείς οι ίδιοι ή κάποιος άλλος αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα υγείας και πρέπει να μεταφερθεί επειγόντως στο νοσοκομείο. Αν υπάρχει άλλος τρόπος μεταφοράς και οι συνθήκες το επιτρέπουν, είναι συνετό να μην καλέσουμε το ασθενοφόρο ώστε να μην το στερήσουμε από έναν συνάνθρωπό μας που το έχει πραγματικά ανάγκη.

Μπορούμε να καλέσουμε το ΕΚΑΒ χωρίς τηλεκάρτα από ένα καρτοτηλέφωνο, χωρίς χρέωση από το κινητό μας τηλέφωνο, αλλά και από σταθερό ακόμα κι αν έχει διακοπεί η σύνδεση (π.χ. λόγω μη πληρωμής του λογαριασμού).

Ένας άλλος αριθμός, τον οποίο μπορούμε να καλέσουμε αν χρειαστούμε βοήθεια, είναι το 112. Δημιουργήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση σε μια προσπάθεια ενοποίησης των εθνικών αριθμών άμεσης ανάγκης. Ισχύει για όλη την Ευρώπη και για όλες τις υπηρεσίες

άμεσης ανάγκης (ΕΚΑΒ, Αστυνομία, κτλ.). Μπορούμε να καλέσουμε το 112 ακόμα και από κινητά που δεν έχουν κάρτα sim ή και σε περιοχές που δεν υπάρχει σήμα. Η κλήση σ' αυτόν τον αριθμό, γίνεται κι αυτή χωρίς χρέωση.

Καλώντας λοιπόν το ΕΚΑΒ, θα πρέπει:

- Να περιγράψουμε την κατάσταση του ασθενούς ή του τραυματία. Δίνοντας τις πληροφορίες που διαθέτουμε και μέχρι να φτάσει το ασθενοφόρο, το ΕΚΑΒ μπορεί να μας δώσει πολύτιμες οδηγίες για το τι πρέπει να κάνουμε.
- Να δώσουμε την ακριβή διεύθυνση και περιοχή, καθώς κι ένα χαρακτηριστικό σημείο, όπως μια διασταύρωση, μια εκκλησία ή ένα σχολείο.
- Να ενημερώσουμε για τον αριθμό των πασχόντων. Για παράδειγμα, μπορεί σ' ένα τροχαίο, ο αριθμός των πασχόντων να είναι παραπάνω από ένας. Είναι σημαντικό να το γνωρίζει αυτό ο συντονιστής του ΕΚΑΒ για να στείλει και τον ανάλογο αριθμό ασθενοφόρων.
- Να μην κλείσουμε το τηλέφωνο πριν από το συντονιστή του ΕΚΑΒ καθώς μπορεί να χρειάζεται παραπάνω στοιχεία από αυτά που του δώσαμε.⁽³⁾

1.13 Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες, εκτός από την παροχή των απαραίτητων θεωρητικών γνώσεων, είναι ανάγκη να προετοιμάσει τον αρωγό κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ξέρει κάθε στιγμή τι πρέπει και τι δεν πρέπει, όπως και τι μπορεί και τι δεν μπορεί να κάνει, αν βρεθεί αντιμέτωπος μ' ένα οξύ περιστατικό.

Οι Πρώτες Βοήθειες έχουν ένα αρκετά μεγάλο γνωστικό εύρος, ενώ ταυτόχρονα αποσκοπούν στην ανάπτυξη κάποιων ικανοτήτων ιατρικής συμπεριφοράς. Κατά συνέπεια και η διδακτική τους έχει τα δικά της χαρακτηριστικά. Ο Διεθνής Σύνδεσμος Ερυθρών Σταυρών, έχει προχωρήσει στην κατάρτιση ενιαίου προγράμματος διδασκαλίας των Πρώτων Βοηθειών, που περιλαμβάνει:

- 1) Τη θεωρητική διδασκαλία του μαθήματος, που πρέπει να χαρακτηρίζεται από πληρότητα, σαφήνεια, ακρίβεια και ιεράρχηση των γνώσεων.
- 2) Την υποστήριξη αυτής της θεωρητικής διδασκαλίας με στατικές εικόνες, που εστιάζουν την προσοχή των ειδικευόμενων στη συγκεκριμένη, κάθε φορά, ενέργεια.
- 3) Την ολοκληρωμένη παρουσίαση των θεμάτων με κινηματογραφικές ταινίες ή μαγνητοταινίες.
- 4) Την ομαδοποίηση των εκπαιδευόμενων και την πρακτική τους εξάσκηση πάνω σε προπλάσματα.

Τέλος, μια εκπαιδευτική ιδιομορφία των Πρώτων Βοηθειών, είναι το γεγονός ότι πολλές φορές οι γνώσεις είναι καταδικασμένες να μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα, αχρησιμοποίητες. Γι' αυτό όλα τα ολοκληρωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα προβλέπουν συστηματική επανεξάσκηση των αρωγών. Με αυτό τον τρόπο, εκτός από την ανανέωση των γνώσεων, διευκολύνεται και η γενικότερη σκοπιμότητα της ανάπτυξης του εθελοντισμού και, κατά συνέπεια, η κοινωνικοποίηση των εκπαιδευόμενων.⁽⁴⁾

1.14 Νομικά θέματα

Ο φόβος των μηνύσεων έχει κάνει μερικούς ανθρώπους διστακτικούς στην επέμβασή τους σε ένα επείγον περιστατικό. Οι διασώστες, όμως, μηνύονται σπάνια. Ακόμη κι εκείνοι που μηνύονται, αντιμετωπίζονται ευνοϊκά από τα δικαστήρια.

Συγκατάθεση:

Πριν προβεί σε οποιαδήποτε ενέργεια, το άτομο που παρέχει Πρώτες Βοήθειες, πρέπει να πάρει τη συγκατάθεση του θύματος. Γενικά, το άγγιγμα ενός ατόμου χωρίς τη θέληση ή την άδειά του, είναι παράνομο και μπορεί να αποτελέσει αιτία αγωγής. Κατά τον ίδιο τρόπο, η παροχή Πρώτων Βοηθειών χωρίς τη συγκατάθεση του θύματος, μπορεί να είναι επίσης παράνομη.

Εγκατάλειψη:

Εγκατάλειψη είναι η διακοπή της παρεχόμενης, προς το θύμα, φροντίδας, χωρίς να έχει εξασφαλιστεί προηγουμένως η περαιτέρω φροντίδα του στο ίδιο ή υψηλότερο επίπεδο. Από την στιγμή που αρχίσατε να παρέχετε βοήθεια σε ένα επείγον περιστατικό, δεν πρέπει να εγκαταλείψετε το θύμα που χρειάζεται βοήθεια, έως ότου κάποιο άλλο κατάλληλα εκπαιδευμένο άτομο αναλάβει την ευθύνη.

Αμέλεια:

Αμέλεια είναι η παρέκκλιση από τα αποδεκτά επίπεδα παροχής βοήθειας και ο περαιτέρω τραυματισμός του θύματος. Η αμέλεια αναφέρεται στα παρακάτω:

- 1)η αγνόηση της υποχρέωσης για βοήθεια
- 2)η παραμέληση καθήκοντος (ατελής φροντίδα)
- 3)η πρόκληση τραυματισμών και βλαβών ⁽⁶⁾

1.15 Βασική Υποστήριξη της Ζωής

Ο όρος Βασική Υποστήριξη της Ζωής αναφέρεται στη διατήρηση ανοικτού αεραγωγού και την υποστήριξη της αναπνευστικής και της κυκλοφορικής λειτουργίας χωρίς την χρησιμοποίηση άλλου εξοπλισμού εκτός από μια απλή συσκευή αεραγωγού ή ένα προστατευτικό κάλυμμα. Τα παρακάτω πλαίσια οδηγιών έχουν εγκριθεί ως η βάση για την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) ενηλίκων.

1.15.1 Βήματα στη Βασική Υποστήριξη της Ζωής

1) Εξασφαλίζουμε την ασφάλεια τη δική μας και του θύματος. Δε μετακινούμε το θύμα, παρά μόνο αν βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή του ή η δική μας.

2) Ελέγχουμε αν το θύμα αντιδρά. Κουνάμε ελαφρά τους ώμους και λέμε δυνατά “Είστε καλά;”. Δεν πρέπει να αποπειραθούμε να κουνήσουμε ή να χτυπήσουμε πολύ δυνατά το θύμα διότι υπάρχει πιθανότητα μεγαλύτερου τραυματισμού εάν υπάρχει κάκωση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

3) Αν το θύμα ανταποκριθεί με απάντηση ή κίνηση, το αφήνουμε στη θέση που το βρήκαμε, αν δε διατρέχει κάποιο κίνδυνο, κι ελέγχουμε για περαιτέρω τραυματισμό. Επανεκτιμούμε κατά διαστήματα και καλούμε βοήθεια αν χρειάζεται.

4) Αν το θύμα δεν αντιδρά, καλούμε αμέσως βοήθεια και προβαίνουμε στις εξής ενέργειες:

- Ελευθερώνουμε τον αεραγωγό και χαλαρώνουμε το σφιχτό ρουχισμό γύρω από το λαιμό.
- Απομακρύνουμε τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες από το στόμα του θύματος.
- Τοποθετώντας το χέρι μας στη μετωπιαία γραμμή των μαλλιών του θύματος κι εφαρμόζοντας ελαφρά πίεση, πετυχαίνουμε έκταση της κεφαλής. Με τις άκρες των δύο δακτύλων, του αντίχειρα και του δείκτη, ανασηκώνουμε το πηγούνι.
- Κοιτάμε, ακούμε κι αισθανόμαστε την αναπνοή του τραυματία. Παρατηρούμε αν κινείται ο θώρακας, πλησιάζουμε το αυτί μας στο στόμα για τους αναπνευστικούς ήχους και προσπαθούμε να αισθανθούμε τον αέρα στο μάγουλό μας. Η διαδικασία αυτή δεν πρέπει να διαρκέσει για πάνω από 10 δευτερόλεπτα.
- Σε περίπτωση απουσίας της αναπνοής, πρέπει να αναζητήσουμε σημεία κυκλοφορίας. Ελέγχουμε το σφυγμό, ψηλαφώντας την καρωτίδα για 10 δευτερόλεπτα, πριν αποφανθούμε ότι δεν υπάρχει.

5) Αν το θύμα αναπνέει, το γυρίζουμε σε θέση ανάνηψης, εκτός κι αν αυτό επιβαρύνει κάποιο τραύμα. Έχουμε τον τραυματία κάτω από συνεχή παρακολούθηση, ελέγχοντας αν αναπνέει ελεύθερα.

6) Αν το θύμα δεν αναπνέει, καλούμε το 166 και εφαρμόζουμε αμέσως τη Βασική Υποστήριξη της Ζωής.

- Αφού βεβαιωθούμε πως το θύμα βρίσκεται τοποθετημένο σε σκληρή επιφάνεια, εφαρμόζουμε τις θωρακικές συμπίεσεις.
- Τοποθετούμε το πίσω μέρος της παλάμης του ενός χεριού στο μέσο του στέρνου και το πίσω μέρος της παλάμης του άλλου χεριού επάνω στο πρώτο, πλέκοντας τα δάχτυλα μεταξύ τους.
- Σκύβουμε πάνω από το θύμα και, με τα χέρια μας τελείως τεντωμένα, πιέζουμε το στήρνο κατακόρυφα προς τα κάτω, έτσι ώστε να το συμπιέσουμε 4-5 cm, αλλά όχι περισσότερο από 6 cm.
- Μετά από 30 συμπίεσεις, εφαρμόζουμε στο θύμα δύο αποτελεσματικές εμφυσήσεις.
 - Ø Κάνουμε έκταση της κεφαλής, ανάσπαση της κάτω γνάθου.
 - Ø Πιέζουμε και κλείνουμε το μαλακό μέρος της μύτης με τον αντίχειρα και τον δείκτη.
 - Ø Αφήνουμε να ανοίξει λίγο το στόμα του θύματος, διατηρούμε, όμως, το σαγόني ανυψωμένο.
 - Ø Παίρνουμε βαθιά ανάσα και τοποθετούμε τα χείλη μας γύρω από το στόμα του θύματος, φροντίζοντας να έχει καλή στεγανότητα.
 - Ø Φυσάμε σταθερά μέσα στο στόμα του, προσέχοντας αν ανυψώνεται ο θώρακας. Η διαδικασία εμφύσησης, θα πρέπει να διαρκεί δύο περίπου δευτερόλεπτα.
 - Ø Διατηρώντας το κεφάλι σε έκταση και το πηγούνι ανυψωμένο, απομακρύνουμε το στόμα μας από το θύμα και αφήνουμε το θώρακα να πέσει τελείως καθώς ο αέρας εξέρχεται.
- Ο ρυθμός των θωρακικών συμπίεσεων πρέπει να είναι περίπου 100 το λεπτό.

Συνεχίζουμε τον κύκλο των συμπίεσεων-εμφυσήσεων με αναλογία 30:2 μέχρι να καταφτάσει εξειδικευμένη βοήθεια (ΕΚΑΒ), το θύμα να αρχίσει να αναπνέει ή να εξαντληθούμε.⁽⁷⁾

1.15.2 Προστασία του διασώστη

Στην τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα, ο κίνδυνος μετάδοσης κάποιας ασθένειας είναι σχεδόν ανύπαρκτος και δε θα πρέπει να διστάσουμε να την εφαρμόσουμε σε μια επείγουσα κατάσταση. Ο κίνδυνος μετάδοσης κάποιας ασθένειας αυξάνεται όταν μολυσμένο αίμα έρχεται σε επαφή με κάποιο σχίσσιμο του δέρματος.

Για λόγους υγιεινής κι εφόσον έχουμε εκπαιδευτεί σχετικά, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ένα ειδικό προστατευτικό μαντηλάκι προσώπου ή μάσκα τσέπης.

Το μαντηλάκι τσέπης είναι μια διαφανής μεμβράνη από πλαστικό ή σιλικόνη που δεν επιτρέπει στο στόμα του διασώστη να έρθει σε επαφή με αυτό του θύματος. Η μάσκα τσέπης είναι μια διαφανής συσκευή που χρησιμοποιείται για τη χορήγηση εμφυσήσεων στόμα με προσωπίδα.

1.15.3 Πλάγια θέση ασφαλείας ή θέση ανάνηψης

Ένα αναίσθητο άτομο που αναπνέει θα πρέπει να τοποθετείται σε πλάγια θέση ασφαλείας ή θέση ανάνηψης. Αυτό επιτρέπει στην γλώσσα να πέσει προς τα εμπρός διατηρώντας τον αεραγωγό ανοιχτό ενώ παράλληλα αποφεύγεται ο κίνδυνος εισρόφησης σε περίπτωση που το άτομο κάνει εμετό. Γονατίζουμε δίπλα του και εάν φοράει γυαλιά, τα αφαιρούμε, καθώς επίσης και άλλα ογκώδη αντικείμενα που μπορεί να υπάρχουν στις τσέπες του. Βεβαιωνόμαστε ότι τα άκρα του είναι ευθειασμένα και ανοίγουμε τον αεραγωγό του κάνοντας έκταση της κεφαλής και ανύψωση του πηγουνιού.

1) Τοποθετούμε το χέρι που είναι από τη μεριά μας σε ορθή γωνία προς το σώμα, ενώ ο αγκώνας λυγίζει με την παλάμη προς τα πάνω.

2) Φέρνουμε το απέναντι από εμάς χέρι του θύματος πάνω στο θώρακά του και κρατάμε τη ραχιαία επιφάνεια της παλάμης του πάνω στο πλησιέστερο προς εμάς μάγουλό του.

3) Με το άλλο μας χέρι, πιάνουμε το απέναντι πόδι και τραβάμε προς τα πάνω μέχρι το πέλμα να βρίσκεται ολόκληρο σε επαφή με το έδαφος. Κρατώντας το χέρι πιεσμένο στο μάγουλο, τραβάμε το πόδι του προς εμάς.

4) Τοποθετούμε το επάνω πόδι έτσι ώστε το ισχίο και το γόνατο να είναι λυγισμένα σε ορθές γωνίες, μη επιτρέποντας στο θύμα να γυρίσει μπρούμυτα. Διατηρούμε ανοιχτό τον αεραγωγό, κάνοντας έκταση της κεφαλής και τακτοποιώντας το χέρι κάτω από το μάγουλο, εάν χρειάζεται. Επανελέγχουμε για σημεία αναπνοής κάθε λεπτό.

1.16 Απόφραξη αεραγωγού (πνιγμονή)

Πνιγμονή συμβαίνει όταν ένα ξένο σώμα σφηνώνεται στο πίσω μέρος του λαιμού, φράζοντας την είσοδο της τραχείας. Το θύμα, προσπαθώντας να δείξει ότι πνίγεται, αρπάζει το λαιμό του με τα δύο του χέρια (διεθνές σημείο πνιγμονής).

Αν το θύμα βήχει, το ενθαρρύνουμε να βήξει και δεν προσπαθούμε να δώσουμε χτυπήματα στην πλάτη, όπως συνήθως γίνεται σ' αυτές τις περιπτώσεις. Το γεγονός ότι το άτομο βήχει, σημαίνει ότι περνάει αέρας και με την πίεση του αέρα που ασκείται στο ξένο σώμα, αυτό θα βγει απελευθερώνοντας τον αεραγωγό. Υπάρχει δηλαδή μια μερική απόφραξη του αεραγωγού κι εάν επέμβουμε με χτυπήματα στην πλάτη εκείνη την στιγμή, υπάρχει ο κίνδυνος μετακίνησης του ξένου σώματος και πλήρους απόφραξης.

Εάν το άτομο σταματήσει να βήχει ή δε βήχει καθόλου, στεκόμαστε δίπλα του και λίγο πίσω και τοποθετούμε τον πήχη του ενός χεριού μας στην κοιλιά του, λίγο πιο πάνω από τον ομφαλό. Βάζουμε το θύμα να σκύψει μπροστά, στηρίζοντάς το με το χέρι μας. Δίνουμε μέχρι 5 απότομα χτυπήματα με την κόψη της παλάμης του άλλου μας χεριού, ανάμεσα στις ωμοπλάτες και με φορά προς το κεφάλι.

Εάν αυτό δε φέρει αποτέλεσμα, εφαρμόζουμε κοιλιακές ωθήσεις (χειρισμοί Heimlich). Στεκόμαστε πίσω από το θύμα και περνάμε τα χέρια μας κάτω από τις μασχάλες του. Κάνουμε το ένα μας χέρι γροθιά, κλείνουμε το άλλο επάνω του και τα τοποθετούμε στην κοιλιά λίγο πιο πάνω από τον ομφαλό. Τραβάμε απότομα προς τα μέσα και πάνω. Εφαρμόζουμε μέχρι 5 κοιλιακές ωθήσεις και μετά 5 χτυπήματα στην πλάτη, εάν χρειαστεί. Εναλλάσσουμε 5 χτυπήματα με 5 κοιλιακές ωθήσεις μέχρι να απομακρυνθεί το ξένο σώμα.

Εάν οι ενέργειες αυτές αποτύχουν και το άτομο καταρρεύσει, χάνοντας τις αισθήσεις του, εφαρμόζουμε τη Βασική Υποστήριξη της Ζωής.⁽³⁾

1.17 Αιμορραγία

1.17.1 Ταξινόμηση αιμορραγιών

Εσωτερική αιμορραγία:

Η αιμορραγία μέσα στις κοιλότητες του σώματος μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραυματισμού, όπως σε κάταγμα ή διαιπιτραίνον τραύμα, μπορεί όμως και να εμφανιστεί αυτόματα. Η εσωτερική αιμορραγία είναι σοβαρή γιατί, ακόμα κι αν το αίμα δεν βγαίνει έξω από το σώμα, χάνεται από την κυκλοφορία και μπορεί να αναπτυχθεί σοκ. Το συγκεντρωμένο αίμα μπορεί

επίσης να προκαλεί βλάβη από πίεση σε άλλα όργανα, όπως στους πνεύμονες ή στον εγκέφαλο.

Υποψιαζόμαστε εσωτερική αιμορραγία αν μετά από τραυματισμό εμφανιστούν σημεία σοκ, χωρίς εμφανή απώλεια αίματος. Στη θέση του βίαιου τραυματισμού μπορεί να υπάρχει “μώλωπας σε σχήμα”- αλλαγή χρώματος με το σχήμα των ρούχων ή των αντικειμένων της σύνθλιψης. Μπορεί να υπάρχει αίμα στα στόμια του σώματος, είτε καθαρό, είτε ανακατεμένο με περιεχόμενο του τραυματισμένου οργάνου.

Οι ενέργειές μας όσον αφορά την παροχή Πρώτων Βοηθειών, περιλαμβάνουν:

- 1) Βοηθάμε τον πάσχοντα να ξαπλώσει. Ανασηκώνουμε και υποστηρίζουμε τα κάτω άκρα. Χαλαρώνουμε τα ρούχα στο λαιμό, στο θώρακα και στη μέση.
- 2) Καλούμε για ασθενοφόρο στο 166. Προστατεύουμε τον πάσχοντα από το κρύο και καταγράφουμε την αναπνοή, τον σφυγμό και το επίπεδο της συνείδησης κάθε δέκα λεπτά.
- 3) Σημειώνουμε τον τύπο, την ποσότητα και την πηγή κάθε απώλειας αίματος από στόμια του σώματος και, αν είναι δυνατόν, στέλνουμε μαζί με τον πάσχοντα και δείγμα από το αίμα στο νοσοκομείο.⁽⁸⁾

Εξωτερική αιμορραγία:

Οι εξωτερικές αιμορραγίες χωρίζονται σε αρτηριακές, φλεβικές και τριχοειδικές, ανάλογα με τον τύπο του αγγείου που αιμορραγεί. Σε αιμορραγία από αρτηρία, το χρώμα του αίματος είναι έντονα κόκκινο, πετάγεται ρυθμικά σύμφωνα με τους χτύπους της καρδιάς και ο τραυματίας μπορεί σε μικρό χρονικό διάστημα να χάσει μεγάλη ποσότητα αίματος. Είναι η πιο σοβαρή μορφή αιμορραγίας και αν δεν αντιμετωπιστεί άμεσα, μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο. Στη φλεβική αιμορραγία το αίμα είναι σχετικά σκούρο και έχει συνεχή ροή, ενώ στην τριχοειδική, που είναι και η λιγότερο επικίνδυνη, υπάρχει μικρή ροή αίματος που μπορεί γρήγορα να σταματήσει. Ο πρωταρχικός μας στόχος όταν έχουμε να αντιμετωπίσουμε μια εξωτερική αιμορραγία, είναι η διακοπή της. Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνάμε την αντισηψία του τραύματος για την πρόληψη μολύνσεων.

1.17.2 Πρώτες Βοήθειες σε εξωτερική αιμορραγία

- 1) Αν έχουμε στη διάθεσή μας γάντια μιας χρήσεως, καλό θα είναι να τα φορέσουμε για να προφυλάξουμε τόσο τον εαυτό μας όσο και τον τραυματία από τον κίνδυνο μόλυνσης.

2) Κατόπιν, χρησιμοποιώντας μια αποστειρωμένη γάζα ή ένα καθαρό πανί, εφαρμόζουμε άμεση πίεση με τα δάκτυλα ή με την παλάμη πάνω στο σημείο που αιμορραγεί. Είναι η πιο αποτελεσματική μέθοδος για τον έλεγχο μιας εξωτερικής αιμορραγίας.

3) Αν η αιμορραγία συνεχίζεται και τα αρχικά επιθέματα διαποτιστούν με αίμα, εφαρμόζουμε κι άλλα επιθέματα. Δεν αφαιρούμε τα παλιά διότι έτσι ο αρχικός θρόμβος που έχει σχηματιστεί, θα καταστραφεί και το τραύμα θα αιμορραγεί και πάλι όπως αιμορραγούσε αρχικά.

4) Μπορούμε επίσης να ξαπλώσουμε τον τραυματία και αν το τραύμα είναι σε κάποιο άκρο, τότε ανυψώνουμε το μέλος αυτό πάνω από το επίπεδο της καρδιάς για να επιβραδύνουμε τη ροή του αίματος προς την περιοχή που αιμορραγεί.

5) Αν η αιμορραγία συνεχίζεται και περιλαμβάνει αρτηρία, μπορούμε να πιέσουμε την υπεύθυνη αρτηρία κεντρικότερα.

6) Αφού η αιμορραγία ελεγχθεί, σταθεροποιούμε τα επιθέματα με έναν ελαστικό επίδεσμο προσέχοντας η επίδεση που θα κάνουμε να μην είναι πολύ σφιχτή. Θα ρωτήσουμε λοιπόν τον τραυματία αν το άκρο μουδιάζει ή "μυρμηγκιάζει" και, εάν χρειάζεται, χαλαρώνουμε λίγο την επίδεση.

1.17.3 Ξένο Σώμα

Σε περίπτωση που κάποιο αιχμηρό αντικείμενο έχει ενσφηνωθεί στο σώμα του θύματος, δεν πρέπει να το αφαιρέσουμε. Το ξένο αυτό σώμα πιθανόν να κρατάει την πληγή "κλειστή" και η απομάκρυνσή του θα έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη αιμορραγία ή ακόμα και τον τραυματισμό των γύρω ιστών. Στην περίπτωση αυτή, τοποθετούμε γάζες γύρω απ' αυτό και τις στερεώνουμε προσεκτικά διαγώνια με έναν ελαστικό επίδεσμο, ακινητοποιώντας το ξένο σώμα στη θέση που βρίσκεται.

1.17.4 Ρινορραγία

ΑΙΤΙΑ:

- 1) αλλεργίες, λοιμώξεις ή ξηρότητα του βλεννογόνου της μύτης
- 2) πολύ δυνατό φύσημα της μύτης
- 3) διαταραχές της πήξης του αίματος, κληρονομικές ή από φάρμακα
- 4) τραυματισμοί στο κεφάλι ή το πρόσωπο
- 5) όγκοι στη μύτη

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ:

- 1) Βάζουμε το άτομο να καθίσει και το καθησυχάζουμε. Τυχόν πανικός θα προκαλέσει αύξηση της αρτηριακής πίεσης και συνεπώς επιδείνωση της αιμορραγίας.
- 2) Κρατάμε το κεφάλι του γερμένο ελαφρά προς τα εμπρός έτσι ώστε το αίμα να ρέει προς το μπροστινό μέρος της μύτης και όχι προς τα πίσω, στο φάρυγγα, διότι αυτό μπορεί να προκαλέσει ναυτία και έμετο.
- 3) Του δίνουμε ένα δοχείο για να αποβάλλει το αίμα που συγκεντρώνεται στο στόμα του.
- 4) Του ζητάμε να αναπνέει από το στόμα και με τον αντίχειρα και τον δείκτη πιέζουμε τα μαλακά τμήματα της μύτης για περίπου 10 λεπτά ή του λέμε να το κάνει μόνος του. Αν μετά το δεκάλεπτο, η ρινορραγία δεν σταματήσει, πιέζουμε για άλλα 10 λεπτά. Αν δεν σταματήσει και τότε, θα πρέπει να αναζητήσουμε ιατρική βοήθεια.
- 5) Αν η πίεση με τα δάχτυλα δε φέρει αποτέλεσμα, μπορούμε να βουλώσουμε το ρουθούνι που αιμορραγεί με μια αποστειρωμένη γάζα ή ένα καθαρό κομμάτι πανί, προσέχοντας να αφήσουμε την άκρη του να προεξέχει από το ρουθούνι ώστε να μπορούμε να το αφαιρέσουμε μετά με ευκολία.
- 6) Μπορούμε επίσης να τοποθετήσουμε πάγο, τυλιγμένο σε μια πετσέτα ή ένα κομμάτι πανί, επάνω στο σκληρό μέρος της μύτης για να βοηθήσουμε στον έλεγχο της αιμορραγίας.

Θα πρέπει να αναζητήσουμε ιατρική βοήθεια σε περίπτωση που:

- Δεν μπορούμε να σταματήσουμε την αιμορραγία
- Το άτομο έχει μεγάλη αρτηριακή πίεση
- Παίρνει αντιπηκτικά φάρμακα ή μεγάλες δόσεις ηπαρίνης
- Έχουμε συχνές ρινορραγίες σε μικρό χρονικό διάστημα
- Η αιμορραγία προήλθε από χτύπημα στη μύτη και πιθανόν να υπάρχει κάταγμα⁽³⁾

1.17.5 Αιμορραγία από το στόμα

Τα κοψίματα στη γλώσσα, στα χείλη ή στην επιφάνεια της στοματικής κοιλότητας μπορεί να είναι από ασήμαντα έως σοβαρά. Το σύνηθες αίτιο είναι τα δόντια του ίδιου του πάσχοντα ή η εξαγωγή κάποιου δοντιού. Μπορεί, όμως, η αιμορραγία να είναι έντονη και να προκαλέσει ανησυχία και σ' αυτή την περίπτωση είναι κι επικίνδυνη καθώς υπάρχει ο κίνδυνος εισρόφησης του αίματος.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ:

1) Βάζουμε τον πάσχοντα να καθίσει με το κεφάλι προς τα εμπρός και με κλίση προς την τραυματισμένη πλευρά, ώστε το αίμα να φεύγει προς τα έξω.

2) Τοποθετούμε επίθεμα γάζας πάνω στο τραύμα και ζητάμε από τον πάσχοντα να το κρατήσει πατημένο για 10 λεπτά.

Αν αιμορραγεί το φατνίο του δοντιού, τοποθετούμε πάνω του μια γάζα και ζητάμε από τον πάσχοντα να την δαγκώσει.

3) Αν η αιμορραγία επιμένει, αντικαθιστούμε το επίθεμα με άλλο. Ζητάμε από τον πάσχοντα να φτύνει όσο περισσότερο αίμα μπορεί για την αποφυγή πρόκλησης εμέτου.

4) Συμβουλεύουμε τον πάσχοντα να αποφεύγει τα ζεστά ποτά ή φαγητά για 12 ώρες.

Ζητάμε ιατρική ή οδοντιατρική συμβουλή αν το τραύμα είναι μεγάλο ή αν επιμένει η αιμορραγία για πάνω από 30 λεπτά.

1.17.6 Αιμορραγία από το αυτί

Η αιμορραγία από το εσωτερικό του αυτιού, συνήθως προέρχεται από διάτρηση του τυμπάνου. Μπορεί να οφείλεται στην εμφάνιση ξένου σώματος μέσα στο αυτί, σε αμβλύ χτύπημα στο πλάγιο του κεφαλιού ή ακόμα και σε έκρηξη. Αν η αιμορραγία είναι επακόλουθο τραυματισμού στο κεφάλι, το αίμα μπορεί να είναι αραιό και υδαρές. Η κατάσταση αυτή είναι σοβαρή καθώς υποδηλώνει ότι υπάρχει κάταγμα στο κρανίο και διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΙ:

1) Τοποθετούμε τον πάσχοντα σε ημικαθιστή θέση, με το κεφάλι γερμένο προς την τραυματισμένη πλευρά για να αποβάλλεται το αίμα.

2) Καλύπτουμε το αυτί με μια αποστειρωμένη γάζα ή ένα καθαρό επίθεμα και το στερεώνουμε ελαφρά.

3) Στέλνουμε τον πάσχοντα στο νοσοκομείο στη στάση της αγωγής.

1.18 Τραύματα

1.18.1 Τραύματα στην κοιλιά

Η βαρύτητα ενός τραύματος στην κοιλιά μπορεί να είναι εμφανής από την εξωτερική αιμορραγία και την προβολή κοιλιακού περιεχομένου. Τις περισσότερες φορές υπάρχει

αφανής εσωτερικός τραυματισμός κι αιμορραγία. Τραύμα από μαχαιριά, πυροβολισμό ή συνθλιπτικό τραυματισμό στην κοιλιά μπορεί να διαπεράσει, να συνθλίψει ή να προκαλέσει ρήξη σε όργανα και αγγεία βαθιά μέσα στο σώμα. Επειδή η πιθανότητα μόλυνσης και σοκ είναι μεγάλη, θα πρέπει να μεριμνήσουμε ώστε να μειώσουμε αυτούς τους κινδύνους, καθώς επίσης και για την επείγουσα μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΤΡΑΥΜΑ ΚΟΙΛΙΑΣ:

1) Ξαπλώνουμε τον πάσχοντα πάνω σε στέρεη επιφάνεια, χαλαρώνοντας τα ρούχα του. Αν το τραύμα διαπερνά εγκάρσια την κοιλιά, σηκώνουμε και υποστηρίζουμε τα γόνατα του τραυματία, ώστε να ασκήσουμε πίεση πάνω στην τραυματισμένη περιοχή. Σε αντίθετη περίπτωση, που το τραύμα είναι επίμηκες, δεν ανασηκώνουμε τα γόνατα.

2) Τοποθετούμε μια φαρδιά γάζα πάνω στο τραύμα, στερεώνοντάς τη ελαφρά με επίδεση ή λίγη αυτοκόλλητη ταινία. Αν διαφεύγει αίμα από τη γάζα, τοποθετούμε κι άλλη από πάνω.

3) Σε περίπτωση που ο τραυματίας κάνει εμετό ή βήχει, πιέζουμε δυνατά τη γάζα, ώστε να εμποδίσουμε το περιεχόμενο της κοιλιάς να εξέλθει διαμέσου του τραύματος. Αν προβάλλει μέρος του εντέρου, δεν το αγγίζουμε, αλλά το σκεπάζουμε με μία πλαστική σακούλα ή σελοφάν κουζίνας, ώστε να διατηρείται υγρό.

4) Τηλεφωνούμε στο 166 για ασθενοφόρο κι εφαρμόζουμε στον πάσχοντα αγωγή για σοκ. Ελέγχουμε την κατάστασή του κάθε λίγα λεπτά μέχρι να καταφτάσει βοήθεια. Αν ο πάσχων χάσει τις αισθήσεις του, ανοίγουμε τις αναπνευστικές οδούς, ελέγχουμε τον σφυγμό και την αναπνοή του και είμαστε σε ετοιμότητα για την περίπτωση που χρειαστεί καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση. Τον τοποθετούμε σε θέση αναζωογόνησης, υποστηρίζοντας πάντα την κοιλιά.⁽⁸⁾

1.18.2 Τραύματα στο κεφάλι

Οι τραυματισμοί στο κεφάλι χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: σε εξωτερικούς τραυματισμούς που αφορούν το δέρμα του κρανίου και σε εσωτερικούς που αφορούν το κρανίο και τον εγκέφαλο.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ:

Είναι ο πιο συνηθισμένος μα ο λιγότερο σοβαρός τραυματισμός του κεφαλιού. Πολλές φορές βέβαια συνοδεύεται από μεγάλη αιμορραγία λόγω της πλούσιας αιμάτωσης του τριχωτού του κεφαλιού, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει ότι ο εγκέφαλος στερείται το αίμα που χάνεται, διότι αυτός αιματώνεται από αρτηρίες του αυχένα. Μπορεί βέβαια στο σημείο να μην υπάρχει

αιμορραγία, αλλά μόνο κάποιο καρούμπαλο που οφείλεται σε αιμορραγία αγγείων που βρίσκονται κάτω από το δέρμα.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ:

- 1) Χρησιμοποιούμε γάντια μιας χρήσεως αν έχουμε στη διάθεσή μας.
- 2) Χρησιμοποιώντας αποστειρωμένες γάζες, εφαρμόζουμε ελαφρά πίεση στο σημείο που αιμορραγεί. Αν η πρώτη γάζα διαποτιστεί με αίμα, δεν την αφαιρούμε, αλλά τοποθετούμε κι άλλη από πάνω.
- 3) Αν το χτύπημα ήταν δυνατό και υποπτευόμαστε κάταγμα κρανίου, ασκούμε πίεση γύρω από το τραύμα και όχι πάνω σ' αυτό. Δεν επιχειρούμε να καθαρίσουμε το τραύμα για την αποφυγή μεταφοράς μικροβίων μέσα στην κοιλότητα του εγκεφάλου.
- 4) Αν δεν υποπτευόμαστε κάκωση στην σπονδυλική στήλη, μπορούμε να ανασηκώσουμε ελαφρά το κεφάλι και τους ώμους.
- 5) Σε περίπτωση που υπάρχει ενσφηνωμένο αντικείμενο, δεν το αφαιρούμε, αλλά το ακινητοποιούμε τοποθετώντας γύρω του πολλές γάζες.
- 6) Αφού η αιμορραγία σταματήσει, σταθεροποιούμε τις γάζες με έναν ελαστικό επίδεσμο.
- 7) Σε περίπτωση που το τραύμα είναι βαθύ, ο τραυματίας θα πρέπει να μεταφερθεί στο νοσοκομείο για συρραφή.
- 8) Αν στο τραύμα υπάρχει μόνο κάποιο καρούμπαλο (οίδημα), μπορούμε να βάλουμε επάνω πάγο τυλιγμένο μέσα σε μια πετσέτα και να τον κρατήσουμε εκεί για 20 λεπτά.

Επειδή όμως ορισμένοι σοβαροί τραυματισμοί στο κεφάλι μπορεί να εκδηλωθούν και ώρες μετά το χτύπημα, θα πρέπει να παρακολουθούμε συνεχώς τον τραυματία και να καλέσουμε ασθενοφόρο ή να αναζητήσουμε αμέσως ιατρική βοήθεια, σε περίπτωση που εμφανίσει κάποιο από τα παρακάτω σημεία.

- **Απώλεια αισθήσεων**
- **Πονοκέφαλος**
- **Ναυτία και έμετος**
- **Υπνηλία**
- **Πόνος στον αυχένα**
- **Αιμορραγία ή εκροή διαφανούς υγρού**
- **Προβλήματα όρασης**
- **Προβλήματα κινητικότητας**

- Προβλήματα στην ομιλία
- Σπασμούς

ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ:

Αν διαπιστώσουμε κάτι από τα παραπάνω, ο τραυματισμός είναι σοβαρός και αφορά το κρανίο ή τον εγκέφαλο. Το άτομο θα πρέπει να μεταφερθεί άμεσα στο νοσοκομείο και μέχρι να καταφτάσει το ασθενοφόρο, μπορούμε να βοηθήσουμε τον τραυματία προβαίνοντας στις παρακάτω ενέργειες.

1) Σε ισχυρά χτυπήματα στο κεφάλι, θεωρούμε πάντα ότι ο τραυματίας έχει κάκωση και στον αυχένα. Δεν τον μετακινούμε, εκτός κι αν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του, και ακινητοποιούμε τον αυχένα με πρόχειρα μέσα, όπως ρούχα ή κουβέρτες. Σε περίπτωση που κάνει εμετό, τον γυρίζουμε ολόκληρο στο πλάι, υποστηρίζοντας πάντα τον αυχένα.

2) Αν υπάρχει αιμορραγία ή εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού από τα αυτιά ή τη μύτη, δε θα πρέπει να επιχειρήσουμε να την σταματήσουμε, διότι αυτό μπορεί να αυξήσει την πίεση στο εσωτερικό του κρανίου. Μπορούμε, όμως, να τοποθετήσουμε χαλαρά στο σημείο μια αποστειρωμένη γάζα.

3) Το σώμα του τραυματία θα πρέπει να είναι ευθειασμένο και δε θα πρέπει να επιχειρήσουμε την ανύψωση των ποδιών, διότι αυτό μπορεί να αυξήσει την πίεση μέσα στον εγκέφαλο.

4) Εάν ο τραυματίας κάνει σπασμούς, θα πρέπει να προστατέψουμε το κεφάλι και τον αυχένα μέχρι να περάσει η κρίση.

5) Πρέπει να ελέγχουμε συνεχώς την αναπνοή του και σε περίπτωση που διαπιστώσουμε πως δεν αναπνέει, να εφαρμόζουμε τη βασική υποστήριξη της ζωής. Το βασικό που πρέπει να κάνουμε σε μια περίπτωση σαν κι αυτή είναι να αξιολογήσουμε σωστά τον τραυματισμό, να παράσχουμε τις πρώτες βοήθειες και να καλέσουμε ασθενοφόρο ή γιατρό αν επιβάλλεται.⁽³⁾

1.18.3 Αντιμετώπιση τραύματος

Τα βασικά ιδεώδη στην φροντίδα του τραύματος είναι η πρόληψη της λοίμωξης και η προαγωγή του βασικού σκοπού της επούλωσης. Η άμεση τοπική αντιμετώπιση του τραύματος περιλαμβάνει τον καθαρισμό, την αντισηψία, τη χειρουργική αντιμετώπιση, την εφαρμογή επιθεμάτων και την επίδεσή του, ενώ λαμβάνονται μέτρα και για την αντιτετανική προφύλαξη.

ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ:

Ο καθαρισμός του τραύματος αποσκοπεί στην αναστολή της δράσης και την απομάκρυνση του αιτίου που προκάλεσε την κάκωση κι επιτυγχάνεται με τον μηχανικό και το χημικό καθαρισμό.

Ο **μηχανικός καθαρισμός** γίνεται με την χρήση αποστειρωμένης λαβίδας ή γάζας ή και με τη ροή του ύδατος κι εφαρμόζεται για την απομάκρυνση των μικρών ξένων σωμάτων του τραύματος και αυτών που δεν είναι σφηνωμένα.

Ο **χημικός καθαρισμός** γίνεται με την χρήση του κατάλληλου υγρού κι εφαρμόζεται για την απομάκρυνση των διαφόρων υδατοδιαλυτών και λιποδιαλυτών ουσιών, οι οποίες έχουν τοξική δράση ή υποβοηθούν την ανάπτυξη των μικροοργανισμών στην περιοχή της κάκωσης.

ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ:

Η αντισηψία του τραύματος αποσκοπεί στην παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού των μικροβίων, που υπάρχουν στην περιοχή του τραύματος, ή ακόμα και στην καταστροφή τους. Η αντισηψία επιτυγχάνεται με την εφαρμογή αντισηπτικών ουσιών, με κυριότερες το υπεροξείδιο του υδρογόνου, το ιώδιο, την αιθυλική αλκοόλη και την μερβρωμίνη. Ένα αποστειρωμένο τολύπιο εμποτίζεται με αντισηπτικό διάλυμα και με αυτό επαλείφεται η περιοχή της βλάβης κυκλικά και με φορά από το κέντρο του τραύματος προς την περιφέρεια. Επαναλαμβάνεται κάθε φορά με καθαρό τολύπιο ή γάζα ώστε να αποφεύγεται η επιμόλυνση του τραύματος.

ΕΠΙΔΕΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ:

Οι επίδεσμοι χρησιμοποιούνται για τη συγκράτηση των επιθεμάτων στη θέση τους, τη στερέωση των ναρθήκων, την ανάρτηση και την ακινητοποίηση των μελών του σώματος και τη δημιουργία ικανής πίεσης ώστε να ελέγχεται η αιμορραγία ή το οίδημα του μέλους.

Για να κάνουμε κατάλληλη εφαρμογή των επιδέσμων, καλό είναι να ακολουθούμε τις παρακάτω συστάσεις:

- 1) Οι επίδεσμοι δεν πρέπει να τοποθετούνται κατευθείαν πάνω στην τραυματική επιφάνεια επειδή δεν είναι αποστειρωμένοι.
- 2) Θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να μην είναι υγροί κατά την εφαρμογή τους, επειδή η επίδεση γίνεται πιο σφικτή όταν ο επίδεσμος αρχίζει να στεγνώνει.

3) Ολόκληρη η επιφάνεια του επιδέσμου θα πρέπει να εφάπτεται καλά στο μέλος, ώστε η επίδεση να είναι σταθερή.

4) Η επίδεση θα πρέπει να είναι τόσο σφικτή ώστε να μην επηρεάζονται τα μεγάλα αγγεία και τα νεύρα του μέλους.

5) Η καλή εφαρμογή του επιδέσμου θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά, κάθε δέκα λεπτά περίπου, προκειμένου να διορθώνεται έγκαιρα ή ακόμα και να αφαιρείται αν ενδείκνυται. Και αυτό γιατί η παρατεταμένη σφικτή περιδέση μπορεί να προκαλέσει ισχαιμικές βλάβες και παραλύσεις των νεύρων στο μέλος που φέρει την επίδεση.

6) Κατά την επίδεση των άνω ή κάτω άκρων, πρέπει να παραμένουν ακάλυπτα τα νύχια των δακτύλων, ώστε να ελέγχεται η αιμάτωση στο μέλος περιφερικότερα της επίδεσης.

Κατά την παροχή των πρώτων βοηθειών, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διάφορα είδη επιδέσμων, όπως ο τριγωνικός, ο κυλινδρικός, ο επίδεσμος με λωρίδες, ο σωληνοειδής, ο γύψινος και η αυτοκόλλητη επιδεσμική ταινία.⁽²⁾

1.19 Κατάγματα

Κάταγμα ονομάζουμε την πλήρη ή μερική λύση της δομικής συνέχειας ενός οστού. Για να σπάσει ένα κόκαλο, πρέπει να ασκηθεί μια αρκετά μεγάλη εξωτερική δύναμη, άμεση πλήξη ή περιστροφή. Το κάταγμα μπορεί να προκαλέσει ελάχιστο μέχρι έντονο πόνο ανάλογα με τον τύπο του, το οστό ή τα οστά που εμπλέκονται στον βαθμό της μετατόπισης. Εμφανίζεται συνήθως οίδημα και μπορεί να υπάρχει και αιμορραγία στους ιστούς. Μπορεί να εμφανιστεί έντονος πόνος, ευαισθησία, παραμόρφωση του οστού, εκχύμωση, κριγμός με κάθε κίνηση και απώλεια της λειτουργικότητας. Τα κατάγματα ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

- *Πλήρες κάταγμα*, όταν το οστό διαχωρίζεται σε δύο εντελώς ξεχωριστά τμήματα
- *Ρωγμώδες κάταγμα*, όταν το οστό σπάει σε δύο τμήματα που δεν είναι πλήρως διαχωρισμένα
- *Συντριπτικό κάταγμα*, όταν το οστό σπάει σε περισσότερα από δύο τμήματα
- *Κλειστό κάταγμα*, όταν δεν υπάρχει λύση του δέρματος
- *Ανοικτό κάταγμα (επιπλεγμένο)*, όταν υπάρχει λύση της συνέχειας του δέρματος μέσω της οποίας προβάλλουν τα τεμάχια του σπασμένου οστού.
- *Κάταγμα τύπου χλωρού ξύλου*, συχνό στα παιδιά, είναι εκείνο όπου το οστό είναι σε μερική κλίση και μερικώς σπασμένο^{(7),(9)}

1.19.1 Πρώτες Βοήθειες

Στον τόπο του ατυχήματος, είναι σχεδόν αδύνατον να αποφανθεί κάποιος με βεβαιότητα για την ύπαρξη ή όχι κατάγματος σε έναν τραυματία. Όταν είναι δυνατόν, πρέπει να συγκρίνεται το σχήμα του τραυματισμένου μέλους με το σύστοιχο υγιές. Τυχόν μεγάλη αιμορραγία ή δυσκολία στην αναπνοή, αντιμετωπίζεται κατά προτεραιότητα. Τα κατάγματα αντιμετωπίζονται με τον πάσχοντα στη θέση που βρέθηκε, εκτός αν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του και χρειάζεται να τον μετακινήσουμε.

- 1) Σταθεροποιούμε το πιθανό κάταγμα, ακινητοποιώντας τις δύο εκατέρωθεν αρθρώσεις.
- 2) Τακτοποιούμε τον πάσχοντα ώστε να νιώθει όσο το δυνατόν πιο άνετα.
- 3) Φροντίζουμε να καλύψουμε τυχόν συνοδό τραύμα, χωρίς να κάνουμε καμία προσπάθεια καθαρισμού, για να μην μετακινήσουμε παρασχίδες από τα κατεαγώτα άκρα.
- 4) Χορηγούμε παυσίπονα για τη μείωση του πόνου. Επίσης, η ψύξη της περιοχής βοηθά στην αντιμετώπιση του πόνου και του οιδήματος.
- 5) Πρέπει να φροντίσουμε ώστε οι επίδεσμοι που θα χρησιμοποιήσουμε για την ακινητοποίηση, να είναι αρκετά σταθεροί για να εμποδίζουν την κίνηση, αλλά όχι τόσο σφιχτοί που να εμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος.
- 6) Σε ανοιχτό κάταγμα, δε δίνουμε στον τραυματία να πει γιατί πιθανώς θα χρειαστεί να χειρουργηθεί επειγόντως, συνεπώς αποτελεί αντένδειξη για την αναισθησία.
- 7) Φροντίζουμε για την άμεση μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο.⁽⁷⁾

1.19.2 Κατάγματα σπονδυλικής στήλης

Οι τραυματισμοί της σπονδυλικής στήλης συνοδεύονται από έντονο πόνο και είναι ιδιαίτερα σοβαροί καθώς υπάρχει κίνδυνος βλάβης του νωτιαίου μυελού. Από το σημείο του σώματος που υπέστη την κάκωση και κάτω, μπορεί να εμφανιστεί παράλυση. Συνήθως πλήττονται η αυχενική και η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Τέτοιες κακώσεις συνήθως παρατηρούνται σε πτώσεις από ύψος, βουτιές σε ρηχά νερά και σε τροχαία ατυχήματα.

Τα πρώτα λεπτά μετά τον τραυματισμό παίζουν καθοριστικό ρόλο. Μεγάλη σημασία έχει ο τρόπος που θα μετακινήσουμε και θα μεταφέρουμε τον τραυματία με κάκωση σπονδυλικής στήλης. Αν διατηρεί τις αισθήσεις του και δεν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του, τότε δεν πρέπει να τον μετακινήσουμε άσκοπα. Θα πρέπει να ειδοποιήσουμε για ασθενοφόρο και να παραμείνουμε κοντά του. Η απρόσεκτη ή κακή μεταφορά του, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση μεγαλύτερης βλάβης, ακόμα και μόνιμης αναπηρίας.

Εάν ο τραυματίας χρειάζεται να μετακινηθεί, θα πρέπει αυτό να γίνει με μεγάλη προσοχή. Θα χρειαστούν αρκετά άτομα ώστε το σώμα του να μετακινηθεί ολόκληρο και να μη λυγίσει και θα πρέπει να τοποθετηθεί ανάσκελα σε μια σκληρή επιφάνεια. Καθ' όλη αυτή τη διάρκεια, πρέπει κάποιος να υποστηρίξει τον αυχένα ακινητοποιώντας τον καθώς δεν πρέπει να μείνει απροστάτευτος ούτε για ένα δευτερόλεπτο.

Μετά την τοποθέτηση του τραυματία στην επιφάνεια μεταφοράς, καλούμαστε να σταθεροποιήσουμε το σώμα του με πρόχειρα μέσα, όπως ζώνες ή σχοινιά. Εκατέρωθεν του κεφαλιού τοποθετούμε ρούχα, πετσέτες ή άλλα μαλακά υλικά για να επιτύχουμε τη σταθεροποίησή του. Ακόμα, τοποθετούμε ρούχα ή κουβέρτες και ανάμεσα στα πόδια του και μετά τα δένουμε μεταξύ τους. Τέλος, ο τραυματίας πρέπει να σκεπαστεί με ρούχα ή κουβέρτες μέχρι να καταφθάσει το ασθενοφόρο.⁽³⁾

1.20 Δήγματα - Τσιμπήματα

1.20.1 Δήγματα από μέλισσες και σφήκες

Σε δήγμα μέλισσας ή σφήκας, αναγνωρίζουμε κάποια τοπικά, αλλά και γενικά συμπτώματα, τα οποία είναι:

Τοπικά συμπτώματα: ισχυρός πόνος, τοπικό οίδημα κι ερυθρότητα, κνησμός, αιμωδία κι αίσθημα καύσου.

Γενικά συμπτώματα: αδυναμία, ζάλη, επιγαστραλγία, ναυτία, βήχας, κεφαλαλγία, πυρετός και μυϊκές κράμπες, απώλεια των αισθήσεων. Σε αλλεργικά άτομα, μπορεί να παρουσιαστεί αλλεργικό shock με οίδημα και σε άλλα μέρη του σώματος, κυκλοφορική καταπληξία και απώλεια αισθήσεων.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΤΣΙΜΠΗΜΑ ΜΕΛΙΣΣΑΣ Ή ΣΦΗΚΑΣ:

- 1) Ηρεμούμε το θύμα και παρατηρούμε για τυχόν εμφάνιση ανησυχητικών συμπτωμάτων αλλεργικής αντίδρασης ή κυκλοφορικής καταπληξίας.
- 2) Εξετάζουμε την περίπτωση ύπαρξης ιστορικού αλλεργίας σε παλαιότερο τσίμπημα, αν έχει πολλαπλά τσιμπήματα, που εντοπίζονται. Σε περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης, το θύμα χρειάζεται επείγοντως ιατρική βοήθεια.
- 3) Καθησυχάζουμε και ξαπλώνουμε τον πάσχοντα, ενώ τοποθετούμε το πάσχον μέλος σε επίπεδο χαμηλότερο της καρδιάς.
- 4) Πλένουμε καλά με νερό και σαπούνι την περιοχή του τσιμπήματος.

- 5) Τοποθετούμε πάγο ή κρύες κομπρέσες τοπικά, κυρίως στα αλλεργικά άτομα.
- 6) Μπορούμε, επίσης, να τοποθετήσουμε πάνω στην περιοχή διάλυμα υγρής αμμωνίας, διάλυμα σόδας ή καθαρό οινόπνευμα για την καταπολέμηση του πόνου και του οιδήματος.
- 7) Επειδή οι μέλισσες αφήνουν το κεντρί τους μέσα στο δέρμα, πρέπει να το αφαιρέσουμε προσεκτικά.

1.20.2 Δήγμα από φίδι

Το δηλητήριο των φιδιών περιέχει, ανάλογα με το είδος τους, την εποχή του έτους και τη γεωγραφική περιοχή, διαφορετικές ποσότητες αιμολυτικής και νευροτοξικής τοξίνης. Στα συμπτώματα, περιλαμβάνονται:

Τοπικά: καυστικός πόνος, οίδημα και μεταβολή της χροιάς του δέρματος στην περιοχή του δήγματος.

Συστηματικά: μυρμηγκιάσεις, αίσθημα νυγμού, παράλυση βλεφάρων, αναπνευστική δυσχέρεια έως αναπνευστική ανακοπή.

Ναυτία, έμετος, διάρροια, ζάλη, λιποθυμική τάση, ταχυκαρδία, ψυχρό και υγρό δέρμα.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΔΑΓΚΩΜΑ ΑΠΟ ΦΙΔΙ:

- 1) Πρέπει να φροντίσουμε ώστε το άτομο να διατηρήσει την ψυχραιμία του, να το καθησυχάζουμε συνεχώς και να το ενθαρρύνουμε.
- 2) Δεν πρέπει να επιχειρούμε την αναζήτηση και τη θανάτωση του φιδιού.
- 3) Φροντίζουμε για τον επιμελή καθαρισμό του δέρματος στην περιοχή του δήγματος με αραιό διάλυμα αντισηπτικού.
- 4) Τοποθετούμε χαλαρό ελαστικό επίδεσμο πάνω από το σημείο του δήγματος ή πολύ κοντά στην πλησιέστερη άρθρωση, ώστε να αποκλείεται μόνο η λεμφική κυκλοφορία. Πρέπει να ψηλαφούμε κατά διαστήματα τις σφύξεις κάτω από το δήγμα και αν διαπιστώσουμε πρόβλημα, θα πρέπει να χαλαρώσουμε τον επίδεσμο αλλά όχι να τον αφαιρέσουμε.
- 5) Φροντίζουμε για την άμεση μεταφορά του πάσχοντος στο νοσοκομείο ή στο πλησιέστερο Κέντρο Υγείας, καθώς οι απειλητικές για τη ζωή συστηματικές αντιδράσεις, καθυστερούν.⁽¹⁾

1.21 Εγκαύματα

Τα εγκαύματα, ανάλογα με την βαρύτητά τους, ταξινομούνται σε *εγκαύματα 1^{ου} βαθμού*, *εγκαύματα 2^{ου} βαθμού* και *εγκαύματα 3^{ου} βαθμού*.

1.21.1 Εγκαύματα 1^{ου} βαθμού

Αφορούν την επιδερμίδα. Χαρακτηρίζονται από κοκκίνισμα, ήπιο οίδημα, ευαισθησία και πόνο. Αν πιέσουμε το δέρμα, γίνεται άσπρο. Σ' αυτή την κατηγορία συνήθως ανήκουν τα ηλιακά εγκαύματα.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ:

- 1) Ξεπλένουμε το έγκαυμα με τρεχούμενο νερό για περίπου 10 λεπτά ή μέχρι να ελαττωθεί ο πόνος. Σε περίπτωση που δεν υπάρχει τρεχούμενο νερό, τοποθετούμε το μέρος του σώματος που έχει υποστεί το έγκαυμα σε ένα δοχείο με κρύο νερό ή εφαρμόζουμε πάνω του βρεγμένα επιθέματα.
- 2) Για τη μείωση του πόνου, μπορεί να γίνει λήψη ασπιρίνης από τους ενήλικες και Deron ή Panadol από τα παιδιά.
- 3) Η επάλειψη της περιοχής με γέλη αλόης θα ανακουφίσει από τον πόνο και θα καταπραΰνει το ερεθισμένο δέρμα. Μπορούμε ακόμα να τοποθετήσουμε μια ενυδατική κρέμα ή κρέμα με 1% υδροκορτιζόνη.
- 4) Τις επόμενες ημέρες θα πρέπει να φοράμε βαμβακερά και χαλαρά ρούχα για να μην ερεθίζεται η περιοχή του εγκαύματος.

1.21.2 Εγκαύματα 2^{ου} βαθμού

Σ' αυτά τα εγκαύματα πλήττονται και οι εσωτερικές στοιβάδες του δέρματος πέραν της επιδερμίδας. Χαρακτηρίζονται από φουσκάλες (φλύκταινες), οίδημα, έκκριση υγρών καθώς κι από έντονο πόνο. Οι φλύκταινες που σχηματίζονται αποτελούν ένα αποστειρωμένο αδιάβροχο κάλυμμα της πληγής που υπάρχει από κάτω. Γι' αυτό το λόγο, αν τις σπάσουμε, εκθέτουμε την πληγή στον ατμοσφαιρικό αέρα και κατ επέκταση αυξάνουμε τον κίνδυνο της μόλυνσης. Τα εγκαύματα αυτά συνήθως προκαλούνται από επαφή με καυτά υγρά.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ:

- 1) Ξεπλένουμε το έγκαυμα με μεγάλες ποσότητες τρεχούμενου νερού για περίπου 10 λεπτά. Αν δεν υπάρχει τρεχούμενο νερό, τοποθετούμε το μέρος του σώματος που έχει υποστεί το έγκαυμα σε ένα δοχείο με κρύο νερό ή εφαρμόζουμε πάνω του βρεγμένα επιθέματα. Αν όμως το έγκαυμα καταλαμβάνει πάνω από το 20% της σωματικής επιφάνειας του ενήλικα και πάνω από το 10% ενός παιδιού, πρέπει να αποφύγουμε τις παραπάνω ενέργειες διότι ελλοχεύει ο κίνδυνος υποθερμίας δεδομένου ότι οι εγκαυματίες χάνουν πολύ γρήγορα θερμότητα και υγρά από το σώμα τους.

- 2) Δεν ασκούμε πίεση στις φλύκταινες προκειμένου να τις σπάσουμε.
- 3) Δεν τοποθετούμε πάνω στο έγκαυμα βούτυρο, οδοντόκρεμα ή αλοιφές γιατί πρώτον, οι ουσίες αυτές δεν είναι αποστειρωμένες και δεύτερον, θα δημιουργηθεί επάνω στο δέρμα μια “κρούστα”, η οποία θα παγιδεύσει την θερμότητα εμποδίζοντάς τη να διαφύγει.
- 4) Δεν εφαρμόζουμε πάγο πάνω στο έγκαυμα.
- 5) Το στεγνώνουμε με αποστειρωμένες γάζες ή ένα καθαρό κομμάτι πανί και το καλύπτουμε για να αποφύγουμε πιθανή μόλυνση, γιατί τα εγκαύματα είναι πολύ εύκολο να μολυνθούν.

1.21.3 Εγκαύματα 3^{ου} βαθμού

Αποτελούν την πιο βαριά κατηγορία εγκαυμάτων καθώς πλήττονται όλες οι στοιβάδες του δέρματος και οι βλάβες φθάνουν έως το υποκείμενο λίπος και τους μύες. Το δέρμα παίρνει όψη επεξεργασμένου δέρματος ή κεριού και φαίνεται γκρίζο ή απανθρακωμένο. Έχει ξηρή υφή και αν πιέσουμε το δέρμα στην περιοχή του εγκαύματος, δεν ασπρίζει επειδή έχει υποστεί πλήρη νέκρωση. Το παράδοξο στα εγκαύματα αυτού του βαθμού είναι ότι ίσως ο τραυματίας δεν αισθάνεται πόνο και αυτό επειδή οι νευρικές απολήξεις έχουν υποστεί βλάβες ή έχουν νεκρωθεί τελείως. Αυτά τα εγκαύματα προκαλούνται συνήθως από φωτιά ή ηλεκτρικό ρεύμα.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ:

- 1) Αν υπάρχουν εγκαύματα στο πρόσωπο ή ο τραυματίας είναι αναίσθητος, το πρώτο πράγμα που κάνουμε είναι να ελέγξουμε την αναπνοή του. Αν το άτομο έχει εισπνεύσει καπνό, καυτό αέρα ή ατμούς, υπάρχει ο κίνδυνος να έχει υποστεί εισπνευστικό έγκαυμα και οίδημα στην τραχεία του, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε πλήρη απόφραξη του αεραγωγού. Αν δεν αναπνέει, καλούμε αμέσως ασθενοφόρο κι εφαρμόζουμε αμέσως τη βασική υποστήριξη της ζωής και δεν προχωρούμε στα βήματα που περιγράφονται παρακάτω.
- 2) Αφαιρούμε προσεκτικά τα καμένα ρούχα, εκτός από τα κομμάτια υφάσματος που είναι κολλημένα πάνω στο δέρμα.
- 3) Αφαιρούμε δαχτυλίδια, ζώνες, ρολόγια, παπούτσια πριν αρχίσει η καμένη περιοχή να πρήζεται.
- 4) Τα μικρής έκτασης εγκαύματα (διαμέτρου μέχρι 5 εκατοστά) μπορούμε να τα ξεπλένουμε με κρύο νερό για περίπου 10 λεπτά, ενώ δεν εφαρμόζουμε πάγο πάνω στο έγκαυμα.

5) Αν καίγονται τα ρούχα του ατόμου, τον υποχρεώνουμε να κυλιστεί στο έδαφος και ρίχνουμε πάνω του κάποια κουβέρτα ή ρούχο. Δεν τον αφήνουμε να τρέξει καθώς με το τρέξιμο δυναμώνει η φωτιά κι επιπλέον αυξάνεται η πιθανότητα εισπνοής της φλόγας.

6) Αν υπάρχουν εγκαύματα στα άκρα, φροντίζουμε να παραμείνουν πάνω από το ύψος της καρδιάς.

7) Δεν τοποθετούμε βούτυρο, οδοντόκρεμα ή αλοιφές πάνω στο έγκαυμα.

8) Το σκεπάζουμε με αποστειρωμένες γάζες ή ένα φρεσκοσιδερωμένο σεντόνι και φροντίζουμε για τη μεταφορά του εγκαυματία στο νοσοκομείο.

1.21.4 Εκτίμηση ενός εγκαύματος

Η βαρύτητα ενός εγκαύματος είναι δύσκολο να εκτιμηθεί από κάποιον μη ειδικό. Παράγοντες που παίζουν ρόλο είναι το βάθος του εγκαύματος, η έκτασή του, η ηλικία του τραυματία καθώς και τυχόν προϋπάρχουσες παθήσεις. Αυτό που θα πρέπει να γνωρίζουμε είναι ότι στα εγκαύματα 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού, των οποίων η έκταση υπερβαίνει το 10% της επιφάνειας του σώματος, ο εγκαυματίας θα πρέπει να λάβει άμεσα ιατρική βοήθεια. Επίσης, θα πρέπει να εκτιμούμε τον τραυματία για εισπνευστικό έγκαυμα. Αν παρουσιάζει εγκαύματα στο πρόσωπο, καμένες τρίχες στη μύτη, βραχνάδα στη φωνή ή αποβάλλει μαύρα πτύελα, θα πρέπει να ανησυχήσουμε καθώς μπορεί να έχει προκληθεί εισπνευστικό έγκαυμα με επακόλουθο τη διακοπή της αναπνοής του. Θα πρέπει να είμαστε σε επαγρύπνηση με διαρκή έλεγχο της αναπνοής του και να είμαστε έτοιμη να επέμβουμε με τη βασική υποστήριξη της ζωής.

1.21.5 Χημικά Εγκαύματα

Μια μεγάλη ποικιλία χημικών ουσιών, όταν έρθουν σε επαφή με το δέρμα, μπορούν να προκαλέσουν, εκτεταμένες ακόμα και μοιραίες βλάβες. Σ' αυτές τις ουσίες περιλαμβάνονται τα οξέα, τα αλκάλια και οι διαβρωτικές ουσίες. Προτεραιότητά μας, σε μια τέτοια περίπτωση, είναι να απομακρύνουμε την ουσία όσο το δυνατόν πιο γρήγορα.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ:

1) Αν έχουμε στη διάθεσή μας προστατευτικά γάντια, θα πρέπει να τα χρησιμοποιήσουμε για να μην έρθουμε κι εμείς σε επαφή με τις επικίνδυνες ουσίες.

2) Αφαιρούμε με προσοχή τυχόν ρούχα που έχουν διαποτιστεί με τη χημική ουσία γιατί αυτά θα συνεχίσουν να προκαλούν βλάβη για όσο θα βρίσκονται σε επαφή με το δέρμα. Αν

δυσκολευόμαστε να τα αφαιρέσουμε, δεν τα απομακρύνουμε βίαια, αλλά χρησιμοποιούμε ένα ψαλίδι για να τα κόψουμε.

3) Αν βρισκόμαστε σε κλειστό χώρο, ανοίγουμε αμέσως τα παράθυρα ή τις πόρτες για να αποφύγουμε την εισπνοή της χημικής ουσίας.

4) Ξεπλένουμε την περιοχή του εγκαύματος με άφθονο νερό για περίπου 20 λεπτά. Αν υπάρχουν πάνω στο δέρμα στερεές χημικές ουσίες, τις απομακρύνουμε με το βούρτσισμα καθώς το νερό μπορεί να τις ενεργοποιήσει και να προκαλέσει μεγαλύτερες βλάβες.

5) Καλύπτουμε την περιοχή με στεγνές αποστειρωμένες γάζες ή αν το έγκαυμα είναι εκτεταμένο, με ένα φρεσκοσιδερωμένο σεντόνι.

6) Ελέγχουμε συνεχώς την αναπνοή του τραυματία και φροντίζουμε για τη μεταφορά του στο νοσοκομείο.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΧΗΜΙΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ ΣΤΟ ΜΑΤΙ:

1) Δεν επιτρέπουμε στο άτομο να τρίψει τα μάτια του.

2) Αφαιρούμε τυχόν φακούς επαφής.

3) Κρατάμε με τα δάχτυλά μας το μάτι διάπλατα ανοιχτό και το ξεπλένουμε με νερό. Αν υπάρχει τρεχούμενο νερό, τοποθετούμε το κεφάλι του πάσχοντα κάτω από την βρύση ή ρίχνουμε νερό με ένα καθαρό σκεύος για τουλάχιστον 20 λεπτά.

4) Προσέχουμε ώστε το νερό να τρέχει προς την έξω πλευρά του ματιού ώστε να αποφευχθεί η βλάβη και στο άλλο μάτι και του λέμε να κινεί το βολβό του ματιού για να ξεπλυθεί καλά όλη η επιφάνειά του.

5) Καλύπτουμε και τα δύο μάτια με αποστειρωμένες γάζες και τα επιδένουμε με έναν ελαστικό επίδεσμο.

6) Φροντίζουμε για τη μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο.

1.21.6 Ηλεκτροπληξία

Η ηλεκτροπληξία προκαλείται όταν το ηλεκτρικό ρεύμα διαπερνά το σώμα. Αυτό μπορεί να προκαλέσει από ένα μούδιασμα στ' ακροδάχτυλα μέχρι και τη διακοπή της αναπνευστικής και καρδιακής λειτουργίας.

Οι παράγοντες που καθορίζουν τις επιπτώσεις του ηλεκτρικού ρεύματος στον ανθρώπινο οργανισμό είναι:

- Η τάση του ηλεκτρικού ρεύματος
- Ο τύπος του ηλεκτρικού ρεύματος
- Η αγωγιμότητα των ιστών και ο δρόμος που ακολούθησε το ρεύμα
- Η διάρκεια της επαφής

ΑΜΕΣΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑΣ:

- 1) Διακόπτουμε την παροχή του ηλεκτρικού ρεύματος. Σε οικιακά ατυχήματα, κατεβάζουμε το γενικό διακόπτη, ενώ σε ατυχήματα υψηλής τάσης (π.χ. πτώση πυλώνα της ΔΕΗ) περιμένουμε τους ειδικούς τεχνικούς να διακόψουν το ρεύμα. Σ' αυτές όμως τις περιπτώσεις χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή καθώς το ρεύμα μπορεί να σχηματίζει τόξο σε ακτίνα έως 20 μέτρα από το σημείο διαρροής.
- 2) Απομακρύνουμε το θύμα, χρησιμοποιώντας κάποιο μονωτικό υλικό (ξύλο, γυαλί, λάστιχο).
- 3) Προσέχουμε ώστε το υλικό που θα χρησιμοποιήσουμε να είναι στεγνό καθώς το νερό επιτρέπει τη δίοδο του ηλεκτρικού ρεύματος και κινδυνεύουμε από ηλεκτροπληξία.
- 4) Δεν πρέπει να ακουμπήσουμε με γυμνά χέρια το θύμα και είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί ώστε να μην πατήσουμε σε νερά που τυχόν υπάρχουν.
- 5) Συνίσταται να πατήσουμε σε κάποιο μονωτικό υλικό.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ:

Αφού βεβαιωθούμε ότι έχει διακοπεί το ρεύμα στη συσκευή ή το καλώδιο που βρίσκεται σε επαφή με το θύμα, του παρέχουμε τις πρώτες βοήθειες. Φροντίζουμε για την άμεση διακομιδή του στο νοσοκομείο, καλώντας το 166 για ασθενοφόρο. Τα ηλεκτρικά εγκαύματα αντιμετωπίζονται όπως τα θερμικά, ενώ αν το άτομο δεν αναπνέει, πρέπει να προχωρήσουμε άμεσα σε βασική υποστήριξη της ζωής. Αν υπάρχουν κατάγματα από πτώση του θύματος, θα πρέπει να ακινητοποιηθούν, ενώ θα πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί με τις κακώσεις της σπονδυλικής στήλης.

1.22 Διαβητικές Κρίσεις

Το σώμα μας για να λειτουργήσει σωστά χρειάζεται ενέργεια, την οποία προσλαμβάνει μέσα από τις τροφές. Οι τροφές όμως πρώτα επεξεργάζονται μέσα στο στομάχι και το αποτέλεσμα αυτής της επεξεργασίας θα μας δώσει την γλυκόζη, η οποία είναι η κυριότερη πηγή ενέργειας του οργανισμού μας. Η γλυκόζη, λοιπόν, αποσπάται από τις τροφές, εισέρχεται στο αίμα και μέσω της κυκλοφορίας του μεταφέρεται σε όλο το σώμα. Για να εισέλθει, όμως, η γλυκόζη στα κύτταρα του σώματος, χρειάζεται τη βοήθεια της ινσουλίνης, η οποία παράγεται στο πάγκρεας.

1.22.1 Διάκριση Διαβήτη

Εάν το πάγκρεας δεν παράγει καθόλου ινσουλίνη ή παράγει πολύ μικρές ποσότητες, έχουμε το διαβήτη τύπου I, ή αλλιώς εφηβικό ή ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Αν το πάγκρεας παράγει κανονικά την ινσουλίνη, η οποία όμως δεν μπορεί να βοηθήσει την γλυκόζη να εισέλθει στα κύτταρα του οργανισμού, έχουμε το διαβήτη τύπου II, ή αλλιώς ενηλίκων ή μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη.

Ο διαβήτης τύπου I αντιμετωπίζεται μόνο με ενέσεις ινσουλίνης, ενώ ο διαβήτης τύπου II αντιμετωπίζεται κυρίως με φάρμακα, τα οποία συμβάλλουν στη μείωση της γλυκόζης στο αίμα.

Σε περίπτωση, όμως, που υπάρχει μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης κι έλλειψη γλυκόζης, έχουμε την εμφάνιση της υπογλυκαιμίας, ενώ αν υπάρχει έλλειψη ινσουλίνης και μεγάλες ποσότητες γλυκόζης, τότε έχουμε την εμφάνιση της υπεργλυκαιμίας, που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε διαβητικό κώμα.

1.22.2 Υπογλυκαιμία

Η υπογλυκαιμία εμφανίζεται όταν η τιμή του σακχάρου του αίματος είναι κάτω από 70 mg/dl. Μπορεί να εμφανιστεί είτε λόγω υπερβολικής ποσότητας ινσουλίνης, είτε μικρής ή καθυστερημένης λήψης τροφής, είτε λόγω άσκησης ή αλκοόλ ή σε συνδυασμό των παραπάνω.

Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας εμφανίζονται ξαφνικά και περιλαμβάνουν: ωχρότητα και αδυναμία, ξαφνικό αίσθημα πείνας, υπερβολική εφίδρωση, αδυναμία συντονισμού κι έλλειψη ισορροπίας, δυσκολία συγκέντρωσης και ευερεθιστότητα, τρεμούλιασμα και πιθανή λιποθυμία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Εάν γνωρίζουμε ότι το άτομο είναι διαβητικό, διατηρεί τις αισθήσεις του και μπορεί να καταπιεί, μπορούμε να του δώσουμε κάτι από τα παρακάτω με σκοπό να ανεβάσουμε τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα.

- Μισό ποτήρι αναψυκτικό με ζάχαρη
- Ένα ποτήρι φυσικό χυμό
- 2 μεγάλες κουταλιές του γλυκού ζάχαρη
- 2 μεγάλες καραμέλες ή 4 μικρές

Αν δεν υπάρχει βελτίωση μετά από 15 λεπτά, χορηγούμε ξανά κάτι από τα παραπάνω. Αν η κατάσταση δε βελτιωθεί και πάλι, αναζητούμε ιατρική βοήθεια.

Εάν το άτομο είναι αναίσθητο ή δεν μπορεί να καταπιεί, θα πρέπει να γίνει ενδομυϊκά ένεση γλυκαγόνης. Απαραίτητη είναι η εκπαίδευση των ατόμων που έχουν στο σπίτι τους πάσχοντα από διαβήτη.

Δε θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ένα άτομο που αναπνέει θα πρέπει να το τοποθετούμε σε πλάγια θέση ασφαλείας.

1.22.3 Υπεργλυκαιμία

Η εμφάνιση της υπεργλυκαιμίας γίνεται όταν η τιμή της γλυκόζης στο αίμα ξεπεράσει τα φυσιολογικά όρια, δηλαδή ανέλθει πάνω από 100 mg/dl. Προκαλείται από την αναποτελεσματική δράση της ινσουλίνης, μετά από ένα πλούσιο γεύμα, την έλλειψη άσκησης, το στρες ή από συνδυασμό όλων των παραπάνω.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται σταδιακά και περιλαμβάνουν: κούραση και υπνηλία, ξαφνικό αίσθημα δίψας, συχνουρία, έμετο, εκπνοή που έχει την οσμή ώριμου φρούτου, βαριά αναπνοή, πιθανή λιποθυμία.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

Αν δεν είμαστε σίγουροι αν το άτομο έχει υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία, το αντιμετωπίζουμε σαν υπογλυκαιμία. Αν η κατάσταση δε βελτιωθεί μέσα σε 15 λεπτά, θα πρέπει να αναζητήσουμε ιατρική βοήθεια.

Τόσο η υπογλυκαιμία, όσο και η υπεργλυκαιμία είναι καταστάσεις σοβαρές και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση, με την πρώτη να είναι πιο επικίνδυνη λόγω του ότι ο εγκέφαλος; Δεν μπορεί να στερηθεί τη γλυκόζη για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην πραγματικότητα, είναι τόσο σημαντική για τον εγκέφαλο, όσο και το οξυγόνο.⁽³⁾

1.23 Επιληπτικές Κρίσεις

Η επιληπτική κρίση μπορεί να περιγραφεί σαν μια προσωρινή διαταραχή της λειτουργίας ενός τμήματος του εγκεφάλου, σαν μια ξαφνική καταιγίδα που διακόπτει την επικοινωνία μεταξύ του εγκεφάλου και των νευρικών κυττάρων. Ο εγκέφαλος όμως είναι σε θέση να επανέλθει στην κανονική του λειτουργία.⁽³⁾

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση κατά της Επιληψίας, οι επιληπτικές κρίσεις διακρίνονται σε:

A. Γενικευμένες: Σ' αυτή την κατηγορία υπάγονται οι κρίσεις που οφείλονται σε ταυτόχρονη αμφοτερόπλευρη εκφόρτιση νευρώνων και χαρακτηρίζονται από απώλεια συνείδησης, αμφοτερόπλευρες κινητικές εκδηλώσεις και νευροφυτικές διαταραχές.

B. Εστιακές: Σ' αυτή την κατηγορία υπάγονται οι κρίσεις που οφείλονται σε ετερόπλευρη, εντοπισμένη νευρωνική εκφόρτιση. Διακρίνονται σε: εστιακές κρίσεις με στοιχειώδη συμπτωματολογία, που δε συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης και σε εστιακές κρίσεις με σύμπλοκη συμπτωματολογία, που συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης.⁽¹⁰⁾

1.23.1 Πρώτες Βοήθειες

- 1) Διατηρούμε την ψυχραιμία μας και καθησυχάζουμε όσους βρίσκονται τριγύρω.
- 2) Απομακρύνουμε τυχόν έπιπλα ή επικίνδυνα αντικείμενα που μπορεί να προκαλέσουν τραυματισμό.
- 3) Προστατεύουμε το κεφάλι του ατόμου για να μην χτυπάει στο έδαφος για όση ώρα διαρκούν οι σπασμοί. Μπορούμε να τοποθετήσουμε κάτι μαλακό από κάτω, όπως μια πετσέτα ή ένα μαξιλάρι.
- 4) Χαλαρώνουμε τυχόν σφιχτά ρούχα, ιδιαίτερα αυτά που βρίσκονται γύρω από το λαιμό και αν φοράει γυαλιά, τα αφαιρούμε.
- 5) Χρονομετρούμε τη διάρκεια της κρίσης.
- 6) Όταν περάσει η κρίση, τοποθετούμε το άτομο σε πλάγια θέση ασφαλείας για την αποφυγή εισρόφησης σε περίπτωση που το άτομο κάνει εμετό.
- 7) Παραμένουμε κοντά του, ελέγχοντας συνεχώς την αναπνοή του.

1.23.2 Συχνά λάθη στην αντιμετώπιση επιληπτικής κρίσης

Στη διάρκεια της επιληπτικής κρίσης, τα σαγόνια του ατόμου κλείνουν αρκετά σφιχτά δίνοντας την εντύπωση ασφυξίας. Αυτό συμβαίνει λόγω της σύσπασης της κάτω γνάθου και των θωρακικών μυών, παρόλα αυτά το άτομο αναπνέει και έχει αποθέματα οξυγόνου για όσο αυτή διαρκέσει. Το λάθος που γίνεται σ' αυτή την περίπτωση είναι η προσπάθεια να ανοιχτεί το στόμα με διάφορα αντικείμενα προκειμένου το άτομο να αναπνεύσει. Τοποθετώντας κάποιο αντικείμενο μέσα στο στόμα, υπάρχει ο κίνδυνος να σπάσουν δόντια, να τραυματιστούν τα ούλα ή το στόμα ή ακόμα το αντικείμενο να προχωρήσει και να σφηνωθεί στο λαιμό του ατόμου, προκαλώντας απόφραξη του αεραγωγού και πιθανή ασφυξία. Επίσης, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να ρίξουμε νερό πάνω στο άτομο που παθαίνει την κρίση ή, ακόμα χειρότερα, να του δώσουμε κάτι να πει, καθώς είναι πιθανό να προκληθεί εισρόφηση.

Το άτομο πρέπει να μεταφερθεί οπωσδήποτε στο νοσοκομείο αν:

- Η κρίση διαρκεί πάνω από 5 λεπτά
- Είναι η πρώτη φορά που παθαίνει κρίση
- Έχει τραυματιστεί από την πτώση στο έδαφος
- Ξαναπάθει κρίση μέσα σε λίγα λεπτά
- Πρόκειται για έγκυο ή διαβητικό
- Δεν αναπνέει κανονικά μετά το πέρας της κρίσης⁽³⁾

1.23.3 Status Epilepticus

Πρόκειται για βαριά κατάσταση, η οποία μπορεί να απειλήσει τη ζωή του αρρώστου. Συμβαίνει όταν αλληπάληλες επιληπτικές κρίσεις εμφανίζονται σε συχνά χρονικά διαστήματα, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην ανανήπτει μετά από κάθε κρίση ή όταν μια κρίση διαρκέσει για πάνω από 10 λεπτά. Η παράταση, αυτή, των κρίσεων οδηγεί σε διαταραχές της αναπνοής και του αυτόνομου νευρικού συστήματος, υπερπυρεξία, οξέωση και μη αναστρέψιμες βλάβες του νευρικού συστήματος. Γι' αυτό το λόγο, επιβάλλεται η άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση.

1) Ελέγχουμε τον σφυγμό και την αρτηριακή πίεση του ατόμου.

2) Διασφαλίζουμε τη βατότητα των αεραγωγών και της επαρκούς αναπνοής, τοποθετούμε το άτομο σε ημιπρηνή θέση και τοποθετούμε πλαστικό αεραγωγό ή ακόμα και ενδοτραχειακό σωλήνα, αν χρειάζεται.

3) Είμαστε έτοιμοι να επέμβουμε με τη βασική υποστήριξη της ζωής, αν κριθεί απαραίτητο.

4) Τοποθετούμε περιφερικό φλεβοκαθετήρα, ενυδατώνουμε τον ασθενή και κάνουμε ενδοφλέβια χορήγηση αντιεπιληπτικών φαρμάκων.⁽¹⁰⁾

1.24 Λιποθυμία

Λιποθυμία είναι η ξαφνική και προσωρινή απώλεια των αισθήσεων, που οφείλεται στην απότομη μείωση της ροής του αίματος προς τον εγκέφαλο. Ένα λιποθυμικό επεισόδιο σε ένα υγιές άτομο, θα περάσει γρήγορα, ενώ σε ένα άτομο με βεβαρημένο ιστορικό υγείας, όπως καρδιακές ή εγκεφαλικές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση ή άλλα, μπορεί να υποδηλώνει ότι κάτι σοβαρότερο συμβαίνει. Θα πρέπει να αναζητήσουμε ιατρική βοήθεια αν το άτομο:

- Έχει λιποθυμήσει επανειλημμένως
- Δε συνέρχεται γρήγορα

- Λιποθυμήσει ενώ κάθεται ή ξαπλώνει
- Λιποθυμήσει χωρίς κάποια προφανή αιτία

1.24.1 Καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν λιποθυμία σε υγιή άτομα

- 1) Μια απότομη πτώση της πίεσης του αίματος.
- 2) Η παραμονή σε όρθια ή καθιστική θέση, για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς το άτομο να κινείται.
- 3) Η επίπονη εργασία ή το έντονο παιχνίδι, ιδιαίτερα όταν επικρατεί πολλή ζέστη.
- 4) Η ψυχολογική αναστάτωση, που μπορεί να προκαλέσει έντονο θυμό ή συγκίνηση.
- 5) Αντιυπερτασικά φάρμακα, επί μη σωστής λήψης.
- 6) Η απότομη στροφή του κεφαλιού.

Τα σημεία και τα συμπτώματα της λιποθυμίας περιλαμβάνουν: αδυναμία, ωχρότητα, ζάλη, αίσθημα μείωσης της ακοής, μείωση της όρασης, ναυτία, εφίδρωση, ταχυκαρδία ή αρρυθμία.

1.24.2 Πρώτες Βοήθειες

- 1) Αν ένα άτομο καταρρεύσει μπροστά μας, θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να το προστατέψουμε κατά την πτώση για να μην χτυπήσει και όχι να προσπαθήσουμε να το κρατήσουμε σε όρθια θέση.
- 2) Στη συνέχεια, ελέγχουμε αν το άτομο αναπνέει. Αν αναπνέει και δεν έχει κάποια άλλη κάκωση, μπορούμε να ανασηκώσουμε λίγο τα πόδια ώστε να βελτιώσουμε τη ροή του αίματος προς τον εγκέφαλο.
- 3) Ανοίγουμε τα ρούχα του, τη ζώνη του κι ό, τι άλλο ρούχο το σφίγγει και φροντίζουμε ώστε να μπορεί να αναπνέει ελεύθερα.
- 4) Εάν το άτομο βρίσκεται σε κλειστό χώρο, φροντίζουμε να εισέλθει στο δωμάτιο καθαρός αέρας, ανοίγοντας τις πόρτες ή τα παράθυρα.
- 5) Αν χρειαστεί να αφήσουμε το άτομο μόνο του, θα πρέπει να το τοποθετήσουμε σε πλάγια θέση ασφαλείας.
- 6) Φροντίζουμε να παραμείνει ξαπλωμένο μέχρι να συνέλθει πλήρως από την στιγμή που θα ανακτήσει τις αισθήσεις του και δεν του δίνουμε τίποτα να πει πριν επανέλθει.⁽³⁾

1.25 Άσθμα

Το άσθμα είναι μία νόσος που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή και από αυξημένη τραχειακή και βρογχική αντίδραση απέναντι σε διάφορα ερεθίσματα κι εκδηλώνεται με εκτεταμένη, αλλά αναστρέψιμη στένωση των αεραγωγών.

1.25.1 Πρώτες Βοήθειες σε ασθματική κρίση

- 1) Το πρώτο πράγμα που χρειάζεται να κάνουμε είναι να προσπαθήσουμε να ηρεμήσουμε τον ασθενή.
- 2) Στη συνέχεια του προτείνουμε να καθίσει σκύβοντας ελαφρώς προς τα μπροστά, πράγμα που κάνουν συνήθως από μόνοι τους οι περισσότεροι ασθενείς, ώστε να εξασφαλίσουμε καλύτερες συνθήκες λειτουργίας του θωρακικού τοιχώματος.
- 3) Βοηθάμε τον πάσχοντα να εισπνεύσει τα φάρμακά του, που συνήθως έχει μαζί του. Τα φάρμακα αυτά ανήκουν στην κατηγορία των βρογχοδιασταλτικών.
- 4) Αν η κρίση παραταθεί, φροντίζουμε για την άμεση μεταφορά του ασθενούς στο νοσοκομείο.
- 5) Δε δίνουμε στον ασθενή να φάει ή να πιει.
- 6) Αν ο ασθενής παρουσιάσει συμπτώματα καταπληξίας, φροντίζουμε για την αντιμετώπισή της.⁽¹⁰⁾

1.26 Αλλεργικές Αντιδράσεις

Οι αλλεργικές αντιδράσεις προκαλούνται εξαιτίας μιας υπερευαισθησίας του ανοσοποιητικού μας συστήματος σε ουσίες οι οποίες, υπό φυσιολογικές συνθήκες, είναι αβλαβείς. Αυτές οι ουσίες μπορούν να εισέλθουν στο σώμα δια της εισπνοής, της κατάποσης ή της επαφής με το δέρμα. Οι πιο κοινές αλλεργικές αντιδράσεις προέρχονται από τροφές (ξηροί καρποί, όσπρια, αυγό κτλ.), φάρμακα (πενικιλίνη, ασπιρίνη, αντιβιοτικά κτλ.), φυτά και ζώα.

Τα σημεία και τα συμπτώματα μιας ήπιας αλλεργικής αντίδρασης περιλαμβάνουν: φαγούρα και εμφάνιση εξανθημάτων, κοκκίνισμα του δέρματος, βήχα ή φτέρνισμα, πονοκέφαλο, συμπτώματα άσθματος, κοκκίνισμα των ματιών.

1.26.1 Αντιμετώπιση

- 1) Η καλύτερη αντιμετώπιση είναι η πρόληψη, γι' αυτό αν γνωρίζουμε τις ουσίες στις οποίες είμαστε αλλεργικοί, θα πρέπει να τις αποφεύγουμε.

2) Τα αντιισταμινικά θα βοηθήσουν στην υποχώρηση των συμπτωμάτων.

3) Αν η αλλεργική αντίδραση οφείλεται σε επαφή του δέρματος με αλλεργιογόνες ουσίες, μπορούμε να τοποθετήσουμε πάγο πάνω στη περιοχή που εμφανίζει κοκκινίλες για τη μείωση του οιδήματος και να κάνουμε μία επάλειψη με υδροκορτιζόνη.

4) Τα συμπτώματα φτάνουν στην κορύφωσή τους 15-30 λεπτά από την εμφάνισή τους. Αν επιμείνουν, αναζητούμε ιατρική βοήθεια.

1.26.2 Οξεία αλλεργική αντίδραση

Σημεία και συμπτώματα:

- Έντονη φαγούρα και εμφάνιση εξανθημάτων
- Οίδημα στο πρόσωπο, τα μάτια και το λαιμό
- Δυσκολία στην κατάποση ή βράχνιασμα
- Πτώση της αρτηριακής πίεσης
- Ναυτία, έμετος, διάρροια
- Ταχυκαρδία
- Ωχρότητα κι εφίδρωση
- Πόνος και κράμπες στην κοιλιά
- Ζάλη και τάσεις λιποθυμίας
- Απώλεια των αισθήσεων

ANTIMETΩΠΙΣΗ:

1) Τα συμπτώματα της οξείας αλλεργικής αντίδρασης εκδηλώνονται πολύ γρήγορα, γι' αυτό σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει χρόνος για αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ή μετάβασης στο νοσοκομείο.

2) Ο μόνος τρόπος για να βοηθήσουμε τον πάσχοντα είναι η χορήγηση αδρεναλίνης, η οποία έχει άμεση δράση, ανεβάζοντας την πίεση του αίματος και διευκολύνοντας την αναπνοή. Τα άτομα που έχουν γνωστή αλλεργία, πρέπει να έχουν πάντα μαζί τους προγεμισμένες ενέσεις αδρεναλίνης. Γίνονται στο έξω μέρος του μηρού, ακόμα και πάνω από τα ρούχα.

3) Εάν το άτομο χάσει τις αισθήσεις του, ελέγχουμε την αναπνοή του και αν αναπνέει, ανασηκώνουμε λίγο τα πόδια του και το σκεπάζουμε με μια κουβέρτα. Σε περίπτωση που χρειαστεί να απομακρυνθούμε, το τοποθετούμε σε πλάγια θέση ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος εισρόφησης.

4) Αναζητούμε ιατρική φροντίδα και αν τυχόν πάψει να αναπνέει, εφαρμόζουμε τη βασική υποστήριξη της ζωής.

1.27 Δηλητηριάσεις

Η δηλητηρίαση προκαλείται όταν ο ανθρώπινος οργανισμός εκτεθεί σε κάποια τοξίνη. Το δηλητήριο είναι δυνατό να εισέλθει στον οργανισμό με απορρόφησή του από το δέρμα, τον γαστρεντερικό σωλήνα, τους πνεύμονες, άλλους βλεννογόνους και την παρεντερική οδό.

Οι ουσίες που ευθύνονται για τις περισσότερες δηλητηριάσεις είναι: φάρμακα, εντομοκτόνα, καλλυντικά, γεωργικά φάρμακα, είδη καθαρισμού, ναφθαλίνη, μονοξειδίο του άνθρακα, χαλασμένες τροφές κ.α.

Τα συμπτώματα μιας δηλητηρίασης είναι: πόνος και σπασμοί στην κοιλιά, ναυτία, έμετος, διάρροια, εγκαύματα στην περιοχή γύρω από το στόμα με ασυνήθιστη οσμή (αν το άτομο έχει καταπιεί κάποια εισπνευστική ουσία) και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις υπνηλία ή απώλεια των αισθήσεων.

1.27.1 Αντιμετώπιση

1) Σε περίπτωση δηλητηρίασης, θα πρέπει να διατηρήσουμε την ψυχραιμία μας και να δράσουμε άμεσα. Αν το άτομο διατηρεί τις αισθήσεις του, θα πρέπει να καλέσουμε το Κέντρο Δηλητηριάσεων και να δώσουμε τις εξής πληροφορίες:

- Το είδος του δηλητηρίου
- Την ποσότητά του
- Τον χρόνο κατάποσης
- Την ηλικία και το βάρος του ασθενούς
- Τα συμπτώματά του και αν έκανε εμετό
- Αν ήπια κάτι άλλο μετά
- Πόσο χρόνο θα απαιτήσει η μετάβαση στο νοσοκομείο

Το Κέντρο Δηλητηριάσεων κατόπιν θα μας δώσει σαφείς οδηγίες για το τι πρέπει να κάνουμε.

2) Αν το δηλητήριο έχει ληφθεί από το στόμα, ο ταχύτερος τρόπος για να το απομακρύνουμε από το στομάχι πριν απορροφηθεί, είναι η πρόκληση εμέτου. Αυτό επιτυγχάνεται με το σιρόπι ιπεκακουάνας, το οποίο θα πρέπει να περιλαμβάνεται στο φαρμακείο του σπιτιού. Βέβαια η χρήση του γίνεται μόνο κατόπιν υποδείξεως του Κέντρου Δηλητηριάσεων.

3) Προσοχή, όμως, χρειάζεται στις περιπτώσεις που η δηλητηρίαση έχει προκληθεί από κάποιο οξύ, αλκάλιο ή πετρελαιοειδές, καθώς σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν προκαλούμε στο άτομο έμετο. Τα οξέα και τα αλκάλια καίνε το στόμα και το λαιμό και θα προκαλέσουν μεγαλύτερα εγκαύματα αν επιχειρήσουμε να τα αποβάλλουμε δια του εμέτου, ενώ τα πετρελαιοειδή αναδίδουν καπνούς, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή πνευμονία. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, το πιο πιθανό είναι να μας συμβουλευθούν να δώσουμε στο άτομο να πει ένα ποτήρι νερό ή γάλα.

4) Έμετο, επίσης, δε θα προκαλέσουμε σε κάποιον που δε διατηρεί τις αισθήσεις του γιατί υπάρχει ο κίνδυνος εισρόφησης. Εφόσον αναπνέει, θα πρέπει να γυρίσουμε το άτομο στο αριστερό του πλευρό. Με αυτόν τον τρόπο, καθυστερεί το δηλητήριο να προχωρήσει προς το λεπτό έντερο, απ' όπου είναι πιο γρήγορη η απορρόφηση του στο κυκλοφορικό σύστημα.

5) Ο ενεργός άνθρακας είναι επίσης ένα φάρμακο το οποίο δεν πρέπει να λείπει από το φαρμακείο κανενός σπιτιού, καθώς είναι το αποτελεσματικότερο αντίδοτο για τα περισσότερα δηλητήρια. Τα συγκρατεί στο πεπτικό σύστημα, εμποδίζοντας την απορρόφηση τους στο κυκλοφορικό. Μάλιστα η αποτελεσματικότητά του αυξάνεται κατά πολύ αν ληφθεί μέσα στην πρώτη ώρα, ενώ η χρήση του θα πρέπει πρώτα να έχει υποδειχθεί από το Κέντρο Δηλητηριάσεων.

1.27.2 Δηλητηρίαση με μονοξειδίο του άνθρακα

Το μονοξειδίο του άνθρακα παράγεται από την ατελή καύση οποιουδήποτε υλικού περιέχει άνθρακα και είναι ένα ισχυρό και ύπουλο δηλητήριο, καθώς είναι άχρωμο, άοσμο, αόρατο και μη ερεθιστικό, αλλά παράλληλα πολύ τοξικό. Ακόμα κι ελάχιστες ποσότητες του αερίου στο αίμα, μπορούν να επιφέρουν μεγάλες τοξικές συγκεντρώσεις στο αίμα.

Στα σημεία και τα συμπτώματα της δηλητηρίασης από μονοξειδίο του άνθρακα περιλαμβάνονται: πονοκέφαλος, ζάλη, σφίξιμο στο στήθος, αίσθημα κόπωσης, ναυτία κι έμετος, διαταραχές της όρασης, υπνηλία, λιποθυμία, αναπνευστική και καρδιακή ανακοπή.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ:

1) Προτεραιότητά μας είναι η άμεση απομάκρυνση του θύματος από το τοξικό περιβάλλον και η μεταφορά του στον καθαρό αέρα, διαφυλάσσοντας παράλληλα και τον εαυτό μας.

2) Θα πρέπει να καλέσουμε ασθενοφόρο αμέσως και αν υπάρχει δυνατότητα να χορηγήσουμε οξυγόνο σε συγκέντρωση 100%, ώστε να ανεβάσουμε το ποσοστό του στο αίμα.

3) Αν το άτομο είναι αναίσθητο, τοποθετείται σε πλάγια θέση ασφαλείας.⁽³⁾

1.28 Φαρμακείο Πρώτων Βοηθειών

Το κιβώτιο των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να είναι πλαστικό ώστε να μην σπάει, καλά κλεισμένο και εύκολο να ανοίξει. Χρήσιμο είναι να αναγράφεται στην εξωτερική του πλευρά ότι είναι φαρμακείο και να τοποθετείται πάντα σε ευκρινές σημείο, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από κάποιον ξένο. Απαραίτητη είναι η φύλαξή του σε σκοτεινό και δροσερό μέρος, μακριά από τον ήλιο και την υγρασία και φυσικά σε μέρος που δεν προσεγγίζουν τα παιδιά. Θα πρέπει να γίνεται τακτικός έλεγχος για τυχόν αντικατάσταση των ληγμένων φαρμάκων.

ΕΠΙΔΕΣΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ:

- 1) βαμβάκι
- 2) αποστειρωμένες γάζες
- 3) λευκοπλαστ και ελαστικοί επίδεσμοι
- 4) ψαλιδάκι και μαχαιρίδιο
- 5) βαζελινούχες γάζες
- 6) απλοί επίδεσμοι
- 7) βελόνες
- 8) στοματοφαρυγγικός σωλήνας
- 9) σύριγγες
- 10) γάντια μιας χρήσεως

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ:

- 1) ιωδιούχος ποβιδόνη 10%
- 2) φυσιολογικός ορός
- 3) αντιβιοτικό σπρέι
- 4) ενέσιμη κορτιζόνη
- 5) δισκία παρακεταμόλης
- 6) αντιόξινα δισκία

- 7) αντιισταμινική αλοιφή
- 8) αντιδιαρροϊκά δισκία
- 9) αντιεμετικά δισκία
- 10) κολλύριο γενικής χρήσης
- 11) σιρόπι ιπεκακουάνας
- 12) ενεργός άνθρακας ⁽¹¹⁾

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

2.1 Ορισμός υγείας

Υγεία, είναι μία κατάσταση φυσικής, νοητικής και κοινωνικής λειτουργικότητας η οποία συμβάλλει στη διεκπεραίωση των ικανοτήτων ενός ατόμου. Η υγεία είναι ευθύνη του ατόμου αλλά απαιτεί συλλογική δράση για να εξασφαλιστεί μία κοινωνία και ένα περιβάλλον εντός των οποίων τα άτομα θα μπορούν να δρουν υπεύθυνα. Η κουλτούρα και οι πεποιθήσεις των ανθρώπων μπορεί επίσης να επηρεάσουν την υγεία. Αυτός ο ορισμός επιβεβαιώνεται και από τον ορισμό που έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος ορίζει την Υγεία ως την κατάσταση της πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας.^{(12),(13),(14)}

2.2 Ορισμός δημόσιας υγείας

Δημόσια υγεία είναι η επιστήμη η οποία περιλαμβάνει τόσο τη μελέτη της επιδημιολογίας, της στατιστικής και της αξιολόγησης -δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή σε συμπεριφορικούς, πολιτισμικούς και οικονομικούς παράγοντες- όσο και το σχεδιασμό προγραμμάτων και την ανάπτυξη πολιτικής. Η δημόσια υγεία εστιάζει στους πληθυσμούς και προσανατολίζεται στην κοινότητα- δηλαδή στο χώρο που ζουν και λειτουργούν οι άνθρωποι- και δεν είναι τυχαίο αυτό που κάποτε αναφέρθηκε ότι «η φροντίδα της υγείας είναι ζωτικής σημασίας για όλους μας μερικές φορές, ενώ η δημόσια υγεία είναι ζωτικής σημασίας για όλους μας συνεχώς. Ως δημόσια υγεία περιγράφεται το σύνολο των ενεργειών της κοινωνίας, σε συλλογικό επίπεδο, ώστε να εξασφαλίσει συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να είναι υγιείς. Επίσης, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, δημόσια υγεία ορίζεται «η επιστήμη και η τέχνη προαγωγής της υγείας, πρόληψης των ασθενειών και παράτασης της ζωής μέσα από οργανωμένες προσπάθειες της κοινωνίας». Επομένως, η αποστολή της δημόσιας υγείας είναι να οργανώσει κοινοτικές δράσεις οι οποίες, χρησιμοποιώντας επιστημονική και τεχνική γνώση, θα προλαμβάνουν τη νόσο και θα προάγουν την Υγεία.

Η νοσηλευτική δημόσιας υγείας έχει τις ρίζες της στον τομέα των επισκεπτών υγείας. Ο ρόλος προέκυψε ως απάντηση σε κοινωνικά και πολιτικά καθημερινά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένων του υπερπληθυσμού, της φτώχειας και της υψηλής παιδικής θνησιμότητας, ζητήματα τα οποία παραμένουν ακόμη και σήμερα μία πρόκληση για τους νοσηλευτές δημόσιας υγείας. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία μπορεί να επιτευχθεί δίνοντας έμφαση σε εκείνα τα άτομα που είναι δυσκολότερο να προσεγγιστούν, αλλά και μέσω της αναγνώρισης των μειονεκτικών ομάδων. Αυτό απαιτεί από τους συναδέλφους μας στη δημόσια υγεία να λάβουν γνώση των επιπτώσεων που ενδέχεται να

έχουν τόσο οι εξατομικευμένες όσο και οι συλλογικές παρεμβάσεις, για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. ^{(13),(15),(16)}

2.3 Δημόσια υγεία στην Ελλάδα

Σύμφωνα με μελέτες και έρευνες σχετικά με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα προκύπτει ότι, το προσδόκιμο όριο ζωής είναι τα 77 έτη για τους άνδρες και τα 82 για τις γυναίκες. Η γεννητικότητα είναι εξαιρετικά χαμηλή και μόλις που αγγίζει τις 10,1 γεννήσεις/1.000 κατοίκους ή 1,39 παιδιά ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας, ενώ η βρεφική θνησιμότητα έχει περιοριστεί στο 4%. Η Ελλάδα είναι μία από τις πιο γηρασμένες χώρες στον κόσμο, με τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών να φτάνουν το 18,6%, ενώ τα παιδιά 0-14 μόλις το 14,3% (ΕΣΥΕ, 2007).

Τα καρδιαγγειακά προβλήματα αποτελούν τη πρώτη αιτία θανάτου ενώ ακολουθούν οι καρκίνοι και τα ατυχήματα (ΕΣΥΕ, 2007). Επίσης ο τρόπος ζωής δημιουργεί σοβαρά προβλήματα, με το κάπνισμα να αποτελεί το μεγαλύτερο, ενώ η διατροφή κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει δυτικοποιηθεί, δηλαδή δεν ακολουθείται πλέον η μεσογειακή δίαιτα και η άσκηση έχει μειωθεί σημαντικά. ⁽²⁹⁾

2.4 Οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας και το έργο τους

Η πρακτική των νοσηλευτών δημόσιας υγείας βασίζεται στη συνεργασία του πληθυσμού και πολυάριθμων άλλων ομάδων, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τις παρακάτω:

- μέλη της ομάδας δημόσιας υγείας όπως οι επιδημιολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι διαιτολόγοι, οι εργαζόμενοι στον τομέα της περιβαλλοντικής υγιεινής και οι εκπαιδευτικοί υγείας.
- Τοπικές, κρατικές και ομοσπονδιακές οργανώσεις δημόσιας υγείας.
- Φορείς παροχών και υπηρεσιών υγείας.
- Κοινοτικές οργανώσεις και συνασπισμοί.
- Αντιπροσωπείες κοινωνικής υπηρεσίας, όπως τα σχολεία, οι υπηρεσίες επιβολής νόμου π.χ. (η αστυνομία) και οι εθελοντικές υπηρεσίες αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης π.χ. (πυροσβεστική).
- Οργανώσεις θρησκευτικές.
- Επιχειρήσεις και βιομηχανίες.
- Ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα.

Οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας εργάζονται για να βελτιώσουν την υγεία του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας και των πληθυσμών γενικότερα μέσω των βασικών λειτουργιών της αξιολόγησης, της αξιοπιστίας και της διαμόρφωσης πολιτικής. Οι βασικές αυτές λειτουργίες εφαρμόζονται με συστηματικό και κατανοητό τρόπο.

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει μια προσεκτική εξέταση των αναγκών, των πλεονεκτημάτων και των προσδοκιών του πληθυσμού υπό μελέτη και καθοδηγείται με τις επιδημιολογικές μεθόδους και τη νοσηλευτική διαδικασία.

Η αξιοπιστία επιτυγχάνεται μέσω κανονισμών ή ελέγχων, με τη συνεργασία άλλων επαγγελματιών υγείας, ούτως ώστε να παρέχονται οι αναγκαίες υπηρεσίες, με τον συντονισμό των κοινωνικών υπηρεσιών.

Οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας εστιάζουν σε δραστηριότητες και αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας, για την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και για τη διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Επίσης, δραστηριοποιούνται όσον αφορά τις μεταβαλλόμενες κοινωνικές και υγειονομικές τάσεις περίθαλψης, τις υπάρχουσες ανάγκες και τις ισχύουσες νομοθετικές και πολιτικές ρυθμίσεις σε θέματα υγείας. Λειτουργούν πάντα σαν συνήγοροι για τους πληθυσμούς που εξυπηρετούν. Ως εκ τούτου η προάσπιση της δημόσιας υγείας και των κοινωνικών πολιτικών προωθεί ένα υγιές περιβάλλον, δημιουργεί τις συνθήκες που βελτιώνουν και ενισχύουν την υγεία των πληθυσμών και αποτελεί βασικό τομέα της εργασίας των νοσηλευτών Δημόσιας Υγείας.

Τέλος, οι νοσηλευτές δημόσιας υγείας συμμετέχουν σε έρευνες που ενισχύουν τη Νοσηλευτική Πρακτική Δημόσιας Υγείας και καταγράφουν τα τεκμηριωμένα αποτελέσματα συγκεκριμένων δραστηριοτήτων και στρατηγικών παρεμβάσεων. Έχουν την υποχρέωση να εστιαστούν στην ενεργή προώθηση της επιστήμης και σε ερευνητικά πορίσματα κατά την εφαρμογή της επαγγελματικής πρακτικής. Η νοσηλευτική πρακτική δημόσιας υγείας βασίζεται στη χρήση των αποδοτικότερων, αποτελεσματικότερων και οικονομικότερων στρατηγικών για την προώθηση της δημόσιας υγείας.^{(17),(18)}

2.5 Νοσηλευτική βασισμένη στην κοινότητα

Η αύξηση του κόστους οδήγησε τους νοσηλευτές να ασχοληθούν με αυτό που ονομάζουμε <<Νοσηλευτική βασισμένη στην κοινότητα>>. Στη νοσηλευτική βασισμένη στην κοινότητα ο νοσηλευτής εστιάζει στη φροντίδα της νόσου των ατόμων και των οικογενειών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Σκοπός είναι η διαχείριση οξέων και χρόνιων καταστάσεων σχετικών με την υγεία εντός της κοινότητας και το έργο του εστιάζεται στη φροντίδα της νόσου με επίκεντρο την οικογένεια, έχοντας ως στόχο να τις καταστήσει ικανές να φροντίζουν καλύτερα τον εαυτό τους.

2.6 Νοσηλευτική με προσανατολισμό την κοινότητα

Η νοσηλευτική με προσανατολισμό στην κοινότητα εστιάζει πρωτίστως στη φροντίδα υγείας είτε της κοινότητας, είτε των ατόμων, των οικογενειών και των ομάδων εντός μίας κοινότητας. Χρησιμοποιώντας μία ολιστική προσέγγιση, αυτό το είδος φροντίδας στοχεύει στην παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες προάγουν και συντηρούν την υγεία της κοινότητας.

Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ της βασισμένης στην κοινότητα νοσηλευτικής και της νοσηλευτικής με προσανατολισμό την κοινότητα είναι ότι οι νοσηλευτές που ασκούν την πρώτη ασχολούνται κατά κύριο λόγο με τη φροντίδα του αρρώστου, ενώ εκείνοι που ασκούν τη δεύτερη παρέχουν φροντίδα υγείας με σκοπό να προάγουν την ποιότητα ζωής. Αντικείμενο και των δύο είναι τα άτομα και οι οικογένειες, ενώ οι δεύτεροι ασχολούνται, επιπλέον, και με ομάδες εντός της κοινότητας.

2.7 Επιρροές που επιφέρουν αλλαγές στη ζήτηση φροντίδας υγείας

Οι επιρροές που επιφέρουν αλλαγές στη ζήτηση φροντίδας υγείας περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Δημογραφικές επιρροές**

Ο πληθυσμός της υφηλίου αυξάνεται συνεχώς, ως αποτέλεσμα της αύξησης στα ποσοστά των γεννήσεων και της παράλληλης μείωσης των ποσοστών θνησιμότητας. Η θνησιμότητα και των δύο φύλων όλων των ηλικιακών ομάδων μειώθηκε. Οι κύριες αιτίες θανάτου έχουν αλλάξει και ενώ στο παρελθόν ήταν οι μολυσματικές ασθένειες, σήμερα είναι τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα, όπως η οστεοπόρωση. Νέες θεραπείες λοιμωδών νοσημάτων επίσης, έχουν επιφέρει σταθερή μείωση στη θνησιμότητα μεταξύ των παιδιών.

- **Κοινωνικές και οικονομικές επιρροές**

Εκτός του μεγέθους και της αλλαγής στην ηλικιακή κατανομή του πληθυσμού και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν το σύστημα φροντίδας υγείας. Μερικές από τις κοινωνικές τάσεις που επηρεάζουν τη φροντίδα υγείας είναι ο διαφορετικός τρόπος ζωής, το αυξημένο ενδιαφέρον για ποιότητα ζωής, η αλλαγή στη σύνθεση των οικογενειών και του μοντέλου ζωής, η αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος και η αναθεώρηση του ορισμού της ποιοτικής φροντίδας υγείας. Επιπλέον, όσο τα ποσοστά ανεργίας είναι υψηλά, όσο και περισσότερα άτομα στερούνται μίας πλήρους ασφαλιστικής κάλυψης.

- **Επιρροές επαγγελματιών υγείας**

Οι απαιτήσεις για τη δημιουργία ενός εργατικού δυναμικού που θα κρατούσε τις τιμές σχετικά χαμηλές, ενώ παράλληλα θα διατηρούσε την ποιότητα και θα διευκόλυνε την πρόσβαση, αυξήθηκαν. Υπηρεσίες αλλά και ιδιώτες αποσκοπούσαν στην αύξηση του προσωπικού πρωτοβάθμιας φροντίδας. Κατά το πέρασμα των χρόνων, η νοσηλευτική φροντίδα έχει

παρασχεθεί εντός μίας ποικιλίας δομών, με προεξάρχουσα αυτή του νοσοκομείου. Ωστόσο, με την προσπάθεια μείωσης του κόστους και την ακόμα μεγαλύτερη προσπάθεια η παρεχόμενη φροντίδα να βασίζεται στην κοινότητα, τα νοσοκομεία μειώνουν συνεχώς τις εγκαταστάσεις παροχής άμεσης φροντίδας που διαθέτουν. Αυτό θα απαιτήσει μία μετατόπιση από τις νοσοκομειακές δομές σε θεραπευτήρια, σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας και σε εγκαταστάσεις με καταρτισμένους νοσηλευτές. Ωστόσο, η έλλειψη νοσηλευτών που χαρακτηρίζει την εποχή μας, καθιστά την ανάγκη να βρεθούν νοσηλευτές για όλους τους τομείς ακόμα πιο επιτακτική.

- Τεχνολογικές επιρροές

Η προηγμένη τεχνολογία μεταβάλλει ταχέως το σύστημα φροντίδας υγείας, τόσο προς το καλύτερο όσο και προς το χειρότερο. Όσον αφορά τη θετική πλευρά, η πρόοδος της τεχνολογίας υπόσχεται βελτιωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, μειωμένο κόστος και περισσότερη άνεση στο χρόνο και στις μετακινήσεις για τους καταναλωτές. Το μειωμένο κόστος εξασφαλίζεται με τη χρήση πιο αποδοτικών μέσων παροχής φροντίδας και με την αντικατάσταση των ανθρώπων από μηχανήματα. Ο υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμός κοστίζει ακριβά, καθίσταται γρήγορα παρωχημένος όταν νεότερες εφευρέσεις κάνουν την εμφάνισή τους και συχνά προϋποθέτει υψηλά εξειδικευμένο προσωπικό.⁽¹³⁾

2.8 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών

Η μεταδοτική ασθένεια μπορεί να προληφθεί και να ελεγχθεί. Ο στόχος των προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου είναι να μειωθεί η επίπτωση μιας ασθένειας σε επίπεδο στο οποίο δε θα είναι πλέον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Σε μερικές περιπτώσεις οι ασθένειες μπορεί ακόμα να εξαλειφθούν ή και να εκριζωθούν. Ο στόχος της εξάλειψης είναι η απομάκρυνση μιας ασθένειας από μία μεγάλη γεωγραφική περιοχή ή χώρα. Η εκρίζωση είναι ο μη αντιστρεπτός τερματισμός όλων των μεταδόσεων της ασθένειας με εξόντωση όλων των μολυσματικών παραγόντων σε όλο τον κόσμο.

Τα τρία επίπεδα πρόληψης στη δημόσια υγεία είναι η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια. Στην πρόληψη και τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών η πρωτοβάθμια πρόληψη προσπαθεί να μειώσει την επίπτωση της ασθένειας προλαμβάνοντάς την πριν συμβεί. Οι νοσηλευτές χορηγούν πολλές από αυτές τις ανοσοποιήσεις σε δημόσια και κοινοτικά κέντρα υγείας, ελέγχουν τα δεδομένα ανοσοποίησης στις εγκαταστάσεις ημερήσιας φροντίδας και παρακολουθούν τα δεδομένα ανοσοποίησης στα σχολεία. Ο στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης είναι να προληφθεί η εξάπλωση της ασθένειας αφότου έχει εκδηλωθεί. Οι νόμοι ελέγχουν για ασθένειες επικίνδυνες για τη δημόσια υγεία, επίσης βοηθούν στη δευτεροβάθμια πρόληψη διότι απαιτούν έρευνα και λήψη μέτρων για τα άτομα

που έχουν επηρεαστεί από μια αναφορά μιας μεταδοτικής ασθένειας ή ένα ξέσπασμα. Ενώ πολλές λοιμώξεις είναι οξείες, με την ίαση ή το θάνατο να συμβαίνει σε σύντομο χρονικό διάστημα, μερικές παρουσιάζουν χρόνιες πορείες (AIDS) ή αποτελέσματα αναπηρίας (λέπτρα). Η τριτοβάθμια πρόληψη εργάζεται για τη μείωση των επιπλοκών και των αναπηριών μέσω της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Η πρόληψη είναι στο κέντρο της δημόσιας και κοινοτικής υγείας, την οποία συχνά διαχειρίζονται οι νοσηλευτές. Παραδείγματα τέτοιας εμπλοκής περιλαμβάνουν τη διανομή ανοσοποίησης για ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβόλια, ειδικά την παιδική ανοσοποίηση, την παρακολούθηση της κατάστασης ανοσοποίησης σε κλινικές, σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, σε σχολεία και σε σπίτια. Οι νοσηλευτές που δουλεύουν στην εποπτεία και στον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, διδάσκουν και παρακολουθούν τον παθογονικό έλεγχο των λοιμώξεων που μεταδίδονται μέσω του αίματος, καθώς επίσης και συμβουλεύουν για την πρόληψη των ασθενειών που μεταδίδονται μέσω ενδιάμεσων ξενιστών. Διδάσκουν μεθόδους για υπεύθυνη σεξουαλική συμπεριφορά, κάνουν εξετάσεις διαλογής για τα STDs και παρέχουν συμβουλευτική και εξετάσεις για HIV. Κάνουν εξετάσεις διαλογής για φυματίωση, ανιχνεύουν τις επαφές του ατόμου που έχει φυματίωση και άμεσα επιτηρούμενη θεραπεία για φυματίωση στην κοινότητα. ⁽¹⁹⁾

2.9 Κοινοτική νοσηλευτική σε σχέση με τις σχολικές κοινότητες

Από παλιά, ο όρος νοσηλευτής κοινοτικής υγείας αναφερόταν σε όλους τους νοσηλευτές που ασκούσαν εντός της κοινότητας, όπως σχολεία, κατ' οίκον νοσηλεία, οικογενειακή νοσηλευτική, σε εργασιακούς χώρους. Ο κοινοτικός νοσηλευτής προσεγγίζει την κοινότητα και προωθεί διαδικασίες αξιολόγησής της για να προσδιορίσει με ακρίβεια τις ανάγκες των ανθρώπων.

Έτσι λοιπόν, ο κοινοτικός νοσηλευτής που επισκέπτεται το σχολείο, έχει ως καθήκον να προάγει την υγεία μέσα στη σχολική κοινότητα με τους εξής τρόπους:

- επισκέψεις στην κοινότητα,
- οι συζητήσεις,
- το θεατρικό παιχνίδι, ρόλοι κλπ.

Οι μέθοδοι αυτές έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικότερες από τις παραδοσιακές μεθόδους μάθησης (π.χ. μάθημα από έδρας). Χαρακτηριστικό είναι ότι τα θέματα πρόληψης (διατροφή, κάπνισμα, ναρκωτικά κ.λπ.) δεν απομονώνονται, αλλά γίνεται προσπάθεια να ενσωματωθούν και να παρουσιασθούν στους μαθητές μέσα από μαθήματα όπως φυσική αγωγή, οικιακή οικονομία και σπουδή περιβάλλοντος. Η διαδικασία μάθησης από μέρους του νοσηλευτή πρέπει να γίνει προσαρμοσμένη στην ηλικία του μαθητή. Μέσα από συζητήσεις

μεταξύ νοσηλευτή και μαθητών, δίνεται έμφαση στην αυτοεκτίμηση του μαθητή, στις κοινωνικές δεξιότητες και τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής στα προγράμματα προαγωγής και αγωγής υγείας, βοηθά τους μαθητές να γνωρίσουν το σώμα τους, τις ικανότητες τους. Γίνεται προσπάθεια να έρθουν αντιμέτωποι οι μαθητές με καταστάσεις που θα τους δώσουν την ευκαιρία να πάρουν αποφάσεις και να μάθουν να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες των αποφάσεων. Δεδομένου ότι η κατάκτηση της υγείας στηρίζεται στην ατομική ευθύνη και στη συνειδητή επιλογή του τρόπου ζωής του καθενός, η ενδυνάμωση του μαθητή τελευταία αποκτά ενδιαφέρον. Ο μαθητής δύναται να ελέγχει τη ζωή του και να νιώθει ικανός. Παραδείγματα, θα μπορούσε να ήταν το ορθό πλύσιμο των δοντιών, η καταγραφή της κατανομής του ελεύθερου χρόνου κ.λπ. έτσι ο μαθητής διευρύνει της αξίες του σχετικά με την παραδοχή του εαυτού του (αυτοεκτίμηση) σε θέματα που αφορούν την υγεία του.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει, σε συνεργασία με τον σχολικό νοσηλευτή, να παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη στα σχολεία.

- Πρόληψη παιδικών τραυματισμών

Οι τραυματισμοί αποτελούν τη κύρια αιτία θανάτου στα παιδιά και στους εφήβους. Ο κοινοτικός ή ο σχολικός νοσηλευτής εκπαιδεύει τα παιδιά, τους δασκάλους και τους γονείς με στόχο την πρόληψη των τραυματισμών. Πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα υπενθυμίζοντας στα παιδιά να χρησιμοποιούν ζώνες ασφαλείας ή ποδηλατικά κράνη. Έρευνες έχουν δείξει ότι όταν διδάσκονται οι ορθές συμπεριφορές στα παιδιά σχετικά με την ασφάλεια, τα αποτελέσματα διευρύνονται γρήγορα σε όλη την κοινότητα, με αποτέλεσμα μία ασφαλέστερη κοινότητα στο σύνολό της.

- Πρόληψη κατάχρησης ουσιών

Οι παρεμβάσεις πρωτογενούς πρόληψης από τον κοινοτικό νοσηλευτή στα σχολεία περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των παιδιών και των εφήβων αναφορικά με τις επιπτώσεις στον οργανισμό από την κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να επεξηγήσει τις σοβαρές παρενέργειες των ναρκωτικών, να ενημερώσει τους γονείς και τα άλλα μέλη της κοινότητας για τις νεοεμφανιζόμενες ναρκωτικές ουσίες, με στόχο τη συνειδητοποίηση αυτών των επικίνδυνων τάσεων από όλους.

- Εκπαίδευση πρόληψης ασθενειών

Ο νοσηλευτής έχει την ευκαιρία να διδάξει στα παιδιά τους υγιείς τρόπους ζωής για να μειώσουν τον κίνδυνο ασθένειάς τους αργότερα στη ζωή. Με αυτό το τρόπο ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι σε θέση να προάγει την υγεία όχι μόνο των μαθητών, αλλά και ολόκληρης της κοινότητας.

- Έλεγχος των απαραίτητων εμβολιασμών για τους μαθητές

Όλα τα κράτη έχουν θεσπίσει νομοθεσία σύμφωνα με την οποία τα παιδιά πρέπει να εμβολιάζονται κατά των λοιμωδών νοσημάτων πριν την εγγραφή τους στα σχολεία. Ο

κοινοτικός νοσηλευτής σε συνεργασία με τον σχολικό νοσηλευτή (εάν υπάρχει), οφείλει να διατηρεί πλήρες αρχείο των εμβολιασμών όλων των παιδιών του σχολείου που επισκέπτεται. Αυτό το αρχείο θα διευκολύνει τον κοινοτικό νοσηλευτή να εντοπίσει τα παιδιά στα οποία πρέπει να διενεργηθούν εμβολιασμοί. Επιπλέον, θα πρέπει να γνωρίζει τα ειδικά ομοσπονδιακά προγράμματα που προσφέρουν δωρεάν εμβολιασμούς στα παιδιά, έτσι ώστε να κατευθύνει τις οικογένειες που λόγω χαμηλού εισοδήματος αδυνατούν να παρέχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα παιδιά τους.

- Παροχή φροντίδας υγείας σε έκτακτες ανάγκες στο σχολείο

Το σχέδιο πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής: πότε πρέπει να γίνει κλήση στο 166, πώς θα ρυθμιστεί η μεταφορά ενός παιδιού στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο σε περίπτωση ανάγκης. Από τον κοινοτικό νοσηλευτή θα πρέπει να εκπαιδευτούν όλα τα μέλη του προσωπικού του σχολείου, ώστε να αναγνωρίζουν τις περιπτώσεις που επείγει η μεταφορά ενός παιδιού στο νοσοκομείο.

- Έλεγχος των παιδιών για προσβολή από ψείρες

Κατά τη διάρκεια του ελέγχου ο νοσηλευτής πρέπει να ελέγχει το τριχωτό της κεφαλής των παιδιών για ψείρες. Επίσης, έχει ευθύνες όπως:

1. Διδασκαλία παιδιών, γονέων και δασκάλων για το πώς θα αποτρέψουν την προσβολή από ψείρες και πώς θα την αντιμετωπίσουν σε περίπτωση εκδήλωσης.
2. Διδασκαλία των παιδιών προκειμένου να μη μοιράζονται χτένες και καπέλα με τα άλλα παιδιά.

- Αναγνώριση παιδικής κακοποίησης ή παραμέλησης

Όταν ο νοσηλευτής εντοπίσει κάποιο παιδί που ίσως κακοποιείται, πρέπει να έρθει σε επαφή με τις αρμόδιες αρχές, το διευθυντή του σχολείου και το γεγονός να καταγραφεί σε ειδικό εμπιστευτικό αρχείο. Η βία είναι μεγάλο κοινωνικο-οικονομικό φορτίο για το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα. Η καταπίεση της συναισθηματικής και ψυχικής υγείας μειώνει την αυτοπεποίθηση, αυξάνει την ανησυχία και το άγχος, διαταράσσει την οικογενειακή ζωή, επηρεάζει αρνητικά την ανάπτυξη των παιδιών οδηγώντας σε αδύναμους ενήλικες διακινδυνεύοντας έτσι την βία από γενεά σε γενεά. Η βία προκαλεί πόνο και ταλαιπωρία, επιδρά αρνητικά στην παραγωγικότητα του ατόμου, στις σχέσεις του, καθώς και στην ποιότητα της ζωής του. Οι νοσηλευτές είναι συνήθως ο κύριος πόλος επικοινωνίας με τις άλλες υπηρεσίες στις οποίες παραπέμπονται άτομα που έχουν εμπειρία βίας. Η βία αυξάνει τον κίνδυνο για την υγεία προκαλώντας προβλήματα όπως:

- Τραύματα, κατάγματα και βλάβες εσωτερικών οργάνων καθώς και μετατραυματικό άγχος
- Ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες
- HIV / AIDS και άλλα αφροδισιακά σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα
- Χρόνιους πόνους

• Κατάθλιψη, φόβο, ανησυχία και ανορεξία

• Θανατηφόρα αποτελέσματα όπως αυτοκτονία, ανθρωποκτονία και μητρικό θάνατο.

Η βία αποτελεί μεγάλο πρόβλημα στη Δημόσια Υγεία, τόσο που ξεπερνά τις μολυσματικές ασθένειες. Θεωρείται η κύρια αιτία νοσηρότητας και πρόωρου θανάτου. Επίσης, αποτελεί σοβαρή απειλή στα ανθρώπινα δικαιώματα, στο δικαίωμα της ζωής και της αξιοπρέπειας στο σπίτι, στο χώρο εργασίας και στην κοινωνία γενικά. Η βία είναι απειλή της Δημόσιας Υγείας και πρέπει να ξεριζωθεί.

• Προσπάθειες να αποτραπεί η αυτοκτονία

Οι αυτοκτονίες αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στους εφήβους. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδεύσουν τους εκπαιδευτικούς στη διαχείριση του στρες των μαθητών και να μπορούν να αναζητούν τους παράγοντες κινδύνου. Αν υπάρχουν ενδείξεις ή υποψίες για κάποιο μαθητή ότι θέλει να αυτοκτονήσει, οφείλουμε να συζητήσουμε με το συγκεκριμένο μαθητή και να τον αποτρέψουμε από κάτι τέτοιο. Σε μία τέτοια περίπτωση είναι απαραίτητο ο έφηβος να έρθει σε επαφή και με ένα ψυχολόγο. ⁽¹³⁾

Μια άλλη μεγάλης σημασίας παρέμβαση του κοινοτικού νοσηλευτή στο σχολείο, είναι η εφαρμογή προληπτικών μέτρων που αφορούν την αδρή γενική εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης του μαθητή:

• Η ανάπτυξη (βάρος, ύψος, εκατοστιαίες θέσεις).

• Ο έλεγχος της όρασης.

• Ο έλεγχος της ακοής.

• Η εκτίμηση της προσωπικότητας με απλές δοκιμασίες (για άγχος, αϋπνία κ.α.).

• Η ενδοδερμική αντίδραση κατά Mantoux 1/5000.

• Το αναμνηστικό και οικογενειακό ιστορικό

• Υπηρεσίες φροντίδας υγείας στα παιδιά με χρόνια νόσημα, ξαφνική αρρώστια ή ατύχημα.

Αναγκαίο στην τελευταία περίπτωση κρίνεται η οργάνωση του σχολικού φαρμακείου. Επίσης, απαραίτητη είναι και η επιτυχής εφαρμογή μέτρων φροντίδας χρόνιων πασχόντων, π.χ. διαβητικού μαθητή τον οποίο πρέπει να εκπαιδεύσει ο κοινοτικός νοσηλευτής, ώστε να διενεργεί μόνος του την ινσουλίνη και να τηρεί μέτρα φροντίδας.

Σε παιδιά με άσθμα μπορεί ο κοινοτικός νοσηλευτής να αποτρέψει τις κρίσεις άσθματος και κατ' επέκταση να αποφευχθεί η λήψη απουσιών του παιδιού από το σχολείο. Ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να ενημερώσει ότι η σκόνη κιμωλίας από τους πίνακες μπορεί να επιδεινώσει το πρόβλημα, η μούχλα και οι μύκητες που μπορεί να υπάρχουν πρέπει να εξουδετερωθούν από το σχολικό περιβάλλον. Ανάγκη ακόμα, αποτελεί και η εκπαίδευση των παιδιών ώστε να χειρίζονται σωστά τα φάρμακα και τις συσκευές εισπνοής.

Κλείνοντας βλέπουμε ότι η κοινοτική νοσηλευτική υπάρχει σε όλο το φάσμα και σε όλους τους τομείς της ζωής του ανθρώπου. Ο κοινοτικός νοσηλευτής προσφέρει υπηρεσίες υγείας

στον άνθρωπο, διδάσκει κανόνες διατήρησης της υγιεινής του σώματός του και τον προσεγγίζει ολιστικά ως μια εξατομικευμένη βιοψυχοκοινωνική οντότητα, σε οποιοδήποτε χώρο ή περιβάλλον, είτε στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο σπίτι και οπουδήποτε αλλού. Μερικά από τα πλεονεκτήματα της κοινοτικής νοσηλευτικής στις σχολικές κοινότητες είναι ότι βοηθά να :

- Αναγνωρίζονται προβλήματα υγείας που δεν είχαν αντιληφτεί οι γονείς
- Μαθαίνουν τα παιδιά σε έναν υγιεινό τρόπο ζωής με αποτέλεσμα να μη χρειάζεται συχνή επίσκεψη στο γιατρό, επομένως μείωση των εξόδων της οικογένειας, μείωση των ασθενειών και προαγωγή της δημόσιας υγείας.
- Οι μαθητές εφαρμόζουν τους κανόνες υγιεινής και μακροπρόθεσμα αυτό έχει οφέλη και για όλο το κοινωνικό σύνολο. ⁽²⁰⁾

Όλοι μας αντιλαμβανόμαστε τα οφέλη που έχει το σχολείο στην επίδραση, στη διαμόρφωση και στη διάπλαση ισορροπημένης προσωπικότητας. Μέσα από τη σχολική κοινότητα οι μαθητές κοινωνικοποιούνται, αλληλεπιδρούν, διδάσκονται πώς να συντηρούν την κατάσταση της υγείας τους σταθερή, εξασφαλίζοντας και αυξάνοντας την ποιότητά της. Όλα αυτά, δεν έχουν εξατομικευμένα οφέλη μόνο στη σχολική κοινότητα, αλλά αυτή η πρακτική αποβλέπει σε πλεονεκτήματα προς όλο το κοινωνικό σύνολο. Καταλήγουμε λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι είναι απαραίτητη και η ύπαρξη της σχολικής νοσηλευτικής και του σχολικού νοσηλευτή καθώς το σχολείο είναι φορέας κοινωνικών θεσμών και αξιών και αποτελεί προέκταση της κοινότητας και της κοινωνίας γενικότερα. Είναι θεμελιώδης η υπόσταση του σχολικού νοσηλευτή και η παροχή των υπηρεσιών του πάνω σε θέματα υγείας στο σχολείο, καθώς το σχολείο αποτελεί μια μικρή κοινωνία που απαρτίζεται από παιδιά συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Αυτά τα παιδιά θα ενηλικιωθούν και θα ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο ως πολίτες, με το δικαίωμα του εκλέγειν και εκλέγεσθαι. Όταν, λοιπόν, το παιδί-έφηβος μαθαίνει τους κανόνες υγιεινής και τους εφαρμόζει, σε μια ηλικία όπου ακόμα ο χαρακτήρας διαμορφώνεται, έχουμε πολλές ελπίδες να διατηρήσουν ένα άριστο επίπεδο υγείας και να το μεταλαμπαδεύσουν στη συνέχεια -ως ενήλικοι πλέον- στις επόμενες γενιές. Πριν από όλα όμως, πρέπει να αναφερθούμε και να αιτιολογήσουμε την αναγκαιότητα ύπαρξης της σχολικής νοσηλευτικής και του σχολικού νοσηλευτή στο παρακάτω κεφάλαιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΧΟΛΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3.1 Ορισμός σχολικής νοσηλευτικής

Η σχολική νοσηλευτική είναι μία εξειδίκευση της νοσηλευτικής επιστήμης που προάγει την ευεξία, την ακαδημαϊκή επιτυχία και τις επιδόσεις των σπουδαστών δια βίου. Έτσι, οι σχολικοί νοσηλευτές προάγουν τη θετική ανταπόκριση των μαθητών στη φυσιολογική ανάπτυξη, την υγεία και την ασφάλεια, κάνουν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση πραγματικών ή δυνητικών προβλημάτων υγείας, διαχειρίζονται περιπτώσεις και συνεργάζονται ενεργά με άλλους, με στόχο να ενισχύσουν την ικανότητα του μαθητή και της οικογένειας για προσαρμογή, αυτοδιαχείριση, αυτοϋπεράσπιση και μάθηση. ⁽²¹⁾

3.2 Ιστορική αναδρομή της σχολικής νοσηλευτικής

Η Νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο άρχισε στη Νέα Υόρκη το 1902, όταν σε κάποιο σχολείο παρουσιάστηκε μία δερματική νόσος που ανάγκαζε τα παιδιά να μένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι. Η Lillian Wald προσέφερε νοσηλευτική φροντίδα στα παιδιά αυτά για ένα μήνα με πολύ καλά αποτελέσματα. Μετά από αυτή τη νοσηλευτική επιτυχία στους δώδεκα μήνες που ακολούθησαν, διορίστηκαν δώδεκα νοσηλευτές στο σχολείο αυτό.

Από τότε και μετά, η νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο επεκτάθηκε πάρα πολύ, τόσο σαν τμήμα της κοινοτικής νοσηλευτικής με κέντρο την υγειονομική υπηρεσία της κοινότητας, όσο και σαν υπηρεσία εξαρτημένη από το υπουργείο παιδείας.

Μετά από τη Νέα Υόρκη, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή επεκτάθηκε και στις άλλες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών και στον Καναδά και σταδιακά μεταφέρθηκε στις Ευρωπαϊκές χώρες με διάφορο ρυθμό και ανάπτυξη στην κάθε μία. ⁽²²⁾

3.3 Σχολική νοσηλευτική

Η σχολική Νοσηλευτική αποτελεί ξεχωριστή ειδικότητα. Οι σχολικοί νοσηλευτές χρειάζονται εκπαίδευση σε ειδικά πεδία, όπως είναι η σωματική αύξηση και ανάπτυξη, η δημόσια υγεία, η νοσηλευτική ψυχικής υγείας, η διαχείριση περιπτώσεων και προγραμμάτων, η θεωρία της οικογένειας, η ανάληψη ηγετικού ρόλου και η πολιτισμική ευαισθησία, για να επιτελέσουν σωστά το ρόλο τους. Πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να εργαστούν με παιδιά διαφορετικών ηλικιών και κάτω από πολύ διαφορετικές περιστάσεις. Ο νοσηλευτής πρέπει, επίσης, να κρατείται ενήμερος σε θέματα που πλήττουν τα παιδιά και να συμμετέχει στην έρευνα που εξερευνά και διευρύνει το ρόλο τους. Η ενάσκηση της σχολικής νοσηλευτικής είναι σχετικά ανεξάρτητη και αυτόνομη, αλλά ο σχολικός νοσηλευτής λειτουργεί επίσης ως μέλος

διαφόρων διεπιστημονικών ομάδων. Για την εισαγωγή στη σχολική νοσηλευτική, οι νοσηλευτές πρέπει να διαθέτουν τουλάχιστον πτυχίο και ορισμένα πανεπιστήμια προετοιμάζουν σήμερα σχολικούς νοσηλευτές σε επίπεδο master. ⁽²¹⁾

3.4 Η σημασία της δημόσιας υγείας για τη σχολική υγεία

Η παιδική ηλικία είναι μία σημαντική χρονική περίοδος για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, καθώς η μειονεξία στην παιδική ηλικία θεωρείται ότι έχει σημαντικό αντίκτυπο για την υγεία του ενήλικα. Οι προσεγγίσεις δημόσιας υγείας κατά την εργασία στα σχολεία στοχεύουν στην αντιμετώπιση της μειονεξίας και των κοινωνικών ανισοτήτων, την αντιμετώπιση της επιζήμιας συμπεριφοράς για την υγεία, την ενδυνάμωση των παιδιών και των οικογενειών τους καθώς και την προαγωγή της υγείας.

Η νοσηλευτική δημόσιας υγείας περιλαμβάνει την ενδυνάμωση της κοινότητας, τη συνεργασία με κοινότητες, οικογένειες και άτομα για την επίτευξη της πρόληψης των ασθενειών, την προαγωγή και προστασία της υγείας, καθώς και ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις περιβαλλοντικές συνθήκες που περιβάλλουν ένα πληθυσμό. Αυτό συνεπάγεται μία από κοινού εργασία με τα παιδιά, τους νέους και τις οικογένειές τους. Οι πρακτικές συνέπειες αυτής της στρατηγικής απαιτούν από τους σχολικούς νοσηλευτές να επεκτείνουν την πρακτική τους πέρα από την εργασία με μεμονωμένα παιδιά και συγκεκριμένα σχολεία και να εργαστούν από κοινού με κοινοτικές ομάδες και οργανώσεις. Οι οικογένειες, οι δάσκαλοι και άλλοι επαγγελματίες θα πρέπει να συμμετάσχουν στη διαδικασία αυτή, αλλά ο σχολικός νοσηλευτής, για τον οποίο η υγεία αποτελεί προτεραιότητα, θα είναι συχνά ο επικεφαλής της ομάδας και ο «οδηγός» για τη διασφάλιση του ότι οι ανάγκες υγείας θα αναγνωρίζονται και θα αντιμετωπίζονται.

Οι βασικοί λόγοι για επικέντρωση στην υγεία των παιδιών και των νέων είναι οι εξής:

1. Οι συμπεριφορές υγείας συνεχίζουν και στην ενήλικη ζωή. Αυτός είναι ένας καθοριστικός λόγος για τους σχολικούς νοσηλευτές να αναπτύξουν στοχευμένες και συγκεκριμένες παρεμβάσεις για παιδιά και νέους ανθρώπους, όπως οι ομάδες διακοπής του καπνίσματος.
2. Η άμεση επίπτωση των συμπεριφορών υγείας. Ορισμένες συμπεριφορές υγείας έχουν μακροπρόθεσμη επίδραση, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, ενώ άλλες πρέπει να αντιμετωπιστούν πιο έγκαιρα όπως η οδική ασφάλεια.
3. Οι ανησυχητικές τάσεις της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Οι στατιστικές δείχνουν μοτίβα στη σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών και των νέων που σχετίζονται με την αυτοκτονία, τη σεξουαλική υγεία και την παχυσαρκία.
4. Αναπτυξιακά θέματα. Μερικά παιδιά δε φτάνουν σε στιγμές «ορόσημο» κατά την ίδια περίοδο με τους συνομηλίκους τους. Μπορεί να απαιτούνται διορθωτικές ενέργειες ή

υποστήριξη για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής αναπτυξιακής προόδου για αυτά τα παιδιά.

5. Η συνάθροιση των κινδύνων για την υγεία. Για παράδειγμα, οι νέοι άνθρωποι που καπνίζουν έχουν επίσης περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν αλκοόλ ή να κάνουν χρήση ναρκωτικών. Οι σχολικοί νοσηλευτές βρίσκονται σε ιδανική θέση να ασχοληθούν με τις ομάδες αυτές για την προώθηση της δημόσιας υγείας. ⁽¹⁵⁾

3.5 Η εξέλιξη των σχολικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα έχουν τις απαρχές τους στο 1910 με την οργάνωση Κεντρικής Υπηρεσίας στο Υπουργείο Παιδείας και στο 1914 με τη δημιουργία του θεσμού του Σχολιάτρου και της Υγειονομικής Υπηρεσίας των σχολείων. Το 1976, η υπηρεσία αυτή μεταφέρθηκε στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Με βάση το Προεδρικό Διάταγμα 544/1977, οι υπηρεσίες του τότε Υπουργείου Υγείας διακρίνονταν σε Κεντρικές, Αποκεντρωμένες και Περιφερειακές. Ανάμεσα στις 13 Κεντρικές Υπηρεσίες υπαγόταν η Γενική Διεύθυνση Υγιεινής, η οποία περιελάμβανε συνολικά 9 διευθύνσεις, ανάμεσα στις οποίες τη Διεύθυνση Σχολικής Υγιεινής, στην οποία υπάγονταν το Τμήμα Προγραμμάτων Σχολικής Υγιεινής και το Τμήμα Στατιστικής και Μελετών.

Ευθύνη του πρώτου τμήματος ήταν η εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας και προαγωγής της υγείας των μαθητών και του διδακτικού προσωπικού, η υγιεινή των σχολείων, η ανοσοποίηση των μαθητών, η υγιεινή των μαθητικών συσσιτίων και τα κέντρα και ιδρύματα μαθητικής πρόνοιας και αντίληψης. Η πραγματοποίηση όλων των παραπάνω γινόταν σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Παιδείας.

Ευθύνη του δεύτερου τμήματος ήταν η γενική προληπτική εξέταση των μαθητών, τα δελτία υγείας, νοσηρότητας και θνησιμότητας των παιδιών σχολικής ηλικίας και των εκπαιδευτικών λειτουργών, η διενέργεια ερευνών και μελετών, η υγεία των αθλητών-μαθητών, τα σχολιατρικά όργανα και η τήρηση στατιστικών στοιχείων.

Τέλος, στις Περιφερειακές Υπηρεσίες υπάγονταν οι υπηρεσίες νομαρχιακού επιπέδου, στις οποίες ανήκαν τα Σχολικά Ιατρεία και τα Κέντρα Μαθητικής Αντίληψης. Συνολικά, μέχρι το 1980, λειτουργούσαν 240 Σχολικά Ιατρεία και 6 Κέντρα Μαθητικής Αντίληψης, τα οποία υπάγονταν στις Διευθύνσεις ή Τμήματα Υγιεινής των κατά τόπους νομαρχιών.

Οι σχολικοί επισκέπτες υγείας διορίζονταν είτε από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ΥΠΕΠΘ), όπου αποτελούσαν προσωπικό του σχολείου, είτε από το Υπουργείο Υγείας, όπου ανήκαν στην Υγειονομική Διεύθυνση της Νομαρχίας της περιοχής στην οποία υπαγόταν το σχολείο όπου υπηρετούσαν. Αν και ο οργανισμός της Σχολικής Υγιεινής προέβλεπε 362 οργανικές θέσεις σχολιάτρων και 32 θέσεις επισκεπτών υγείας, το 1985 υπηρετούσαν μόνο 87 σχολίατροι και 7 επισκέπτες Σχολικής Υγιεινής.

Οι μειωμένες θέσεις ίσως οφείλονται στη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 (νόμος 1397), με το οποίο καταργήθηκαν οποιοσδήποτε μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπήρχαν μέχρι τότε (άρθρο 16, παράγραφος 1) και οι υπηρεσίες Σχολικής Υγιεινής αποτέλεσαν αρμοδιότητα των κέντρων υγείας (άρθρο 15, παράγραφος 1θ), γεγονός που οδήγησε στην κατάργηση της Διεύθυνσης Σχολικής Υγιεινής.

Το 1992, με τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, καταργήθηκε το άρθρο 15 του νόμου 1397 και η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας αποτέλεσε πλέον σκοπό όλων των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης (νόμος 2071, άρθρο 16, παράγραφος 1), χωρίς ωστόσο ο νόμος να ορίζει και να προσδιορίζει αυτές τις μονάδες.

Δεκατέσσερα χρόνια μετά από τη σύσταση του ΕΣΥ, το 1997, συστάθηκε εκ νέου Διεύθυνση Σχολικής Υγείας στο Υπουργείο Υγείας (νόμος 2519, άρθρο 4, παράγραφος 1), η οποία απαρτιζόταν από το Τμήμα Προγραμμάτων και το Τμήμα Στατιστικής και Μελετών (άρθρο 7, παράγραφος 1). Το άρθρο 7 αναφέρεται αποκλειστικά στις Υπηρεσίες Σχολικής Υγείας και στην παράγραφο 4 αναφέρεται ότι:

«Κύριες αρμοδιότητες της διεύθυνσης είναι η κατάρτιση, η παρακολούθηση και η υλοποίηση προγραμμάτων για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας και για την εν γένει ψυχοκοινωνική στήριξη του παιδικού πληθυσμού, των νηπιαγωγείων, των δημοτικών σχολείων, των γυμνασίων και των λυκείων, η εποπτεία του σχολικού περιβάλλοντος από άποψη τήρησης των κανόνων δημόσιας υγείας, καθώς και η μέριμνα για την καταγραφή και την αρχειοθέτηση των στοιχείων της ατομικής κατάστασης υγείας των μαθητών».

Επίσης, με βάση τον ίδιο νόμο, εκτός από την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, στη Διεύθυνση Υγείας κάθε περιφέρειας είχε οργανωθεί και λειτουργούσε στο Τμήμα Δημόσιας Υγείας αυτοτελές Γραφείο Σχολικής Υγείας (παράγραφος 2), το οποίο ασκούσε αντίστοιχες δραστηριότητες και εξειδίκευε τα προγράμματα της Διεύθυνσης Σχολικής Υγείας ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της εκάστοτε περιφέρειας (παράγραφος 4).

Αξίζει να αναφερθεί ότι, με βάση το νόμο 2519/1997, στη Διεύθυνση και στα Τμήματα Σχολικής Υγείας προϊστάμενος ήταν γιατρός δημόσιας υγείας (παράγραφος 1) και σε αυτά καθώς και στα Γραφεία Σχολικής Υγείας τοποθετούνταν γιατροί δημόσιας υγείας με ειδικότητα παιδίατρου ή Γενικής Ιατρικής, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες (παράγραφος 3). Ωστόσο, στην παράγραφο 5 του ίδιου άρθρου, που αφορά στη σύσταση θέσεων κατά περιφέρεια σε Διευθύνσεις Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και σε Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας, αναφέρονται όλοι οι παραπάνω επαγγελματικοί κλάδοι εκτός των νοσηλευτών.

Τέλος, στην παράγραφο 7 αναφέρεται ότι:

«Η Διεύθυνση και τα Γραφεία Σχολικής Υγείας συνεργάζονται με τους Διευθυντές και το διδακτικό προσωπικό των σχολείων, τις αρμόδιες υπηρεσίες του ΥΠΕΠΘ, της νομαρχιακής και τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και με άλλες αρμόδιες υπηρεσίες υγείας. Το προσωπικό τους πραγματοποιεί περιοδικές επισκέψεις στα σχολεία, για τη διενέργεια εξετάσεων, την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας, σύμφωνα με τα καταρτιζόμενα αντίστοιχα προγράμματα και γενικά ελέγχει την εφαρμογή και υλοποίηση των προγραμμάτων σχολικής υγείας από το προσωπικό της παραγράφου 5, καθώς και τον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του. Με κοινή απόφαση των υπουργών Παιδείας και Υγείας εξειδικεύονται τα προγράμματα αγωγής υγείας, ο τρόπος και οι λεπτομέρειες παροχής των υπηρεσιών σχολικής υγείας, της τήρησης ατομικής κάρτας υγείας κάθε μαθητή και γενικά της άσκησης του έργου των λειτουργιών σχολικής υγείας στο χώρο των σχολείων και καθορίζεται το πλαίσιο συνεργασίας των υπηρεσιών σχολικής υγείας και του σχολείου. Οι παρεχόμενες κατά τις διατάξεις της παραγράφου 1(θ) του άρθρου 15 του νόμου 1397/1983 υπηρεσίες σχολικής υγείας εντάσσονται στο σχεδιασμό των υπηρεσιών σχολικής υγείας της περιφέρειας».

Το 2003, η Διεύθυνση Σχολικής Υγείας υποβιβάζεται σε Τμήμα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής (νόμος 3172, παράγραφος 11στ). Ο νόμος καθορίζει ότι για τις αρμοδιότητες και τη στελέχωση του Τμήματος Σχολικής Υγείας εφαρμόζονται οι διατάξεις των παραγράφων 1–7 του άρθρου 7 του νόμου 2519/1997, που ήδη έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Επιπλέον, σε νομαρχιακό επίπεδο, οι σχολικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν αρμοδιότητα του Τμήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας (άρθρο 11), το οποίο έχει την ευθύνη της οργάνωσης και της εποπτείας των υπηρεσιών σχολικής υγιεινής (παράγραφος 4.4ε), την οργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης και προαγωγής των συνθηκών υγιεινής στα σχολεία σε συνεργασία με τις λοιπές υπηρεσίες υγείας και τις νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας (παράγραφος 4.4στ) και τη συνεργασία με τα Γραφεία Αγωγής Υγείας των Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης που εδρεύουν στους νομούς, με σκοπό την αποτελεσματικότερη οργάνωση της αγωγής υγείας στα σχολεία (παράγραφος 4.4ζ).

Αξίζει να αναφερθεί ότι, με σκοπό τη διαμόρφωση ενιαίας κατεύθυνσης της Δημόσιας Υγείας και την επίλυση σχετικών ζητημάτων διατομεακού χαρακτήρα, στο άρθρο 8, συγκαλείται η Διαγραμματειακή Συντονιστική Δημόσιας Υγείας, όπου για θέματα σχολικής υγείας συναρμοδιότητα έχουν οι Γενικοί Γραμματείς του Υπουργείου Υγείας και του ΥΠΕΠΘ.

Σήμερα ισχύουν οι διατάξεις του νόμου 3172/2003, ενώ ο πρόσφατος νόμος 3370/2005 για την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας δεν προβλέπει κάτι νέο για τις υπηρεσίες σχολικής υγείας.

Η είσοδος των νοσηλευτών στα ελληνικά σχολεία και η έναρξη υποτυπώδους σχολικής Νοσηλευτικής έγινε το 1985 (νόμος 1566, άρθρο 35, παράγραφος 2) με την εισαγωγή του κλάδου των επιμελητών ως ειδικό προσωπικό στα σχολεία ειδικής αγωγής. Στην παράγραφο 8 του ίδιου άρθρου ορίζονταν κατά κλάδους τα ειδικά τυπικά προσόντα διορισμού του ειδικού προσωπικού, τα οποία για τον κλάδο των επιμελητών ήταν «*πτυχίο νοσοκόμων ή βρεφονηπιοκόμων ιδρύματος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής*».

Αξίζει να αναφερθεί ότι το ειδικό προσωπικό υπάγεται διοικητικά στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση και συγκεκριμένα στη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή το Γραφείο Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στην περιοχή του οποίου ανήκει η ειδική εκπαιδευτική μονάδα όπου έχει τοποθετηθεί οργανικά το προσωπικό αυτό.

Το 1999 (νόμος 2009), το ειδικό προσωπικό μετονομάστηκε σε ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό, με συνέπεια οι επιμελητές να εξισωθούν εργασιακά με τους υπόλοιπους εκπαιδευτικούς και να οδηγηθούν σε ανάλογες οικονομικές απολαβές. Η μετονομασία του κλάδου των επιμελητών σε κλάδο με κωδικό όνομα «ΠΕ 25 Σχολικοί Νοσηλευτές», που έγινε το 2000 (νόμος 2817, άρθρο 3, παράγραφος 6), δηλαδή μετά από 15 χρόνια παρουσίας των σχολικών νοσηλευτών στο χώρο, αποτελεί την τυπική έναρξη του θεσμοθετημένου πλέον κλάδου των σχολικών νοσηλευτών. Στην ίδια παράγραφο αναφέρεται ότι οι σχολικοί νοσηλευτές ασκούν έργο υγιεινής και φροντίδας υγείας των παιδιών που φοιτούν στις μονάδες ειδικής αγωγής.

Σήμερα, όσον αφορά στα δημόσια ελληνικά σχολεία, υποτυπώδης σχολική Νοσηλευτική λειτουργεί μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής, όπου εργάζονται περίπου 45 σχολικοί νοσηλευτές (έως το Μάρτιο 2005) και οι οποίοι υπάγονται στο ΥΠΔΒΜ. Στα σχολεία αυτά εξυπηρετούνται μαθητές ηλικίας 4–22 ετών. Η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στα ιδιωτικά σχολεία έγκειται στην ευχέρεια των ιδρυμάτων, καθώς δεν υπάρχει νόμος που να υποχρεώνει για την παρουσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε αυτά.⁽²³⁾

3.6 Ο νοσηλευτής στο σχολείο

Αποτελεί κοινή πεποίθηση ότι οι σχολικοί νοσηλευτές τοποθετούν μόνο επιδέσμους σε τραύματα και ανακουφίζουν τα παιδιά από στομαχικούς πόνους. Εντούτοις, αυτός δεν είναι ο κύριος ρόλος τους. Οι σχολικοί νοσηλευτές παρέχουν ιδιαίτερη φροντίδα υγείας στα παιδιά και στο προσωπικό του σχολείου. Συγχρόνως, συντονίζουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας στο σχολείο και συσκέπτονται με τα σχολικά στελέχη με στόχο την αναγνώριση και την παροχή φροντίδας υγείας και σε άλλα άτομα στην κοινότητα.

Ο σχολικός νοσηλευτής συνεπώς, πρέπει να χαρακτηρίζεται από ευελιξία και να παρέχει φροντίδα υγείας στα παιδιά, όχι μόνο στο σχολικό κτίριο αλλά και σε άλλα μέρη όπως για

παράδειγμα, σε αναμορφωτήρια, παιδικούς σταθμούς και κέντρα φύλαξης, σε εκδρομές, αθλητικά γεγονότα και στα σπίτια των παιδιών. Ο σχολικός νοσηλευτής, επομένως, πρέπει να είναι ευέλικτος όσον αφορά στην παροχή φροντίδας υγείας, εκπαίδευσης και βοήθειας σε εκείνους που την έχουν ανάγκη.⁽¹⁹⁾

3.7 Το σχολείο και ο σχολικός νοσηλευτής στα παιδιά σχολικής ηλικίας και στους εφήβους

Ως ένα αναπόσπαστο τμήμα της κοινωνίας, το σχολικό σύστημα έχει την υπευθυνότητα να παρέχει ένα υγιές σχολικό περιβάλλον και ένα αναλυτικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα υγείας. Ο νοσηλευτής μπορεί να στηρίζει και να αναζητά πηγές έτσι ώστε το κάθε παιδί να έχει μία πηγή φροντίδας υγείας, ή ο νοσηλευτής να μπορεί να είναι επαγγελματίας νοσηλευτής που αποδίδει φροντίδα. Τα σχολικά προγράμματα υγείας κυμαίνονται από μία ευκαιριακή αναφορά της φροντίδας του σώματος και των αλλαγών της εφηβείας, μέχρι ένα πλήρες πρόγραμμα που αναμειγνύει τις φυσικές και νοητικές αρχές υγείας σε όλους τους τομείς της εκπαιδευτικής εμπειρίας όπως συνιστάται από το INSTITUTE OF MEDICINE (1997). Οι συστάσεις δηλώνουν ότι κάθε σχολείο πρέπει να έχει ένα νοσηλευτή που να καθοδηγεί τους μαθητές και την εκπαιδευτική κοινότητα σε τομείς προαγωγής της υγείας. Όμως, όταν είναι διαθέσιμοι, οι νοσηλευτές μπορούν να προσφέρουν εκπαιδευτικές και διαπροσωπικές δεξιότητες για την έναρξη διδασκαλίας προαγωγής της υγείας που βελτιώνουν τη συνολική υγεία των καταναλωτών (μαθητών, γονέων, δασκάλων, κοινότητας).

Όσον αφορά τους εφήβους, το γυμνάσιο και το λύκειο είναι μία νέα κοινωνική εμπειρία. Εισάγουν τον έφηβο σε τάξεις που αλλάζουν πολλούς δασκάλους και τρόπους διδασκαλίας, ποικίλα προγράμματα τάξεων και φόρτο εργασίας για το σπίτι, έχοντας ταυτόχρονα να αντιμετωπίσουν τις επιδράσεις από τους συνομηλικούς τους. Οι έφηβοι πρέπει να μάθουν να εξοικειώνονται με μεγαλύτερη ανωνυμία καθώς βρίσκονται σε διαδρόμους μεγαλύτερων, πιο απρόσωπων ιδρυμάτων. Όμως, παρά αυτές τις προκλήσεις, τα γυμνάσια και τα λύκεια επίσης παρέχουν ουσιαστική μάθηση κατά και μετά τη διάρκεια του σχολείου, επαφή με συνομηλικούς, διανοητική διέγερση και δραστηριότητες.

Τα σχολεία και οι συνομηλικοί, σε αντίθεση με το σπίτι και τους γονείς, γίνονται ο πρωταρχικός χώρος εντός του οποίου οι προσδοκίες και οι απόψεις διαμοιράζονται. Οι ομάδες συνομηλικών εφήβων χρησιμεύουν ως ακροατήρια έναντι των οποίων οι έφηβοι δοκιμάζουν τις ιδέες τους και μετρούν τη φυσική, διανοητική, ψυχολογική και ηθική τους αύξηση. Οι νοσηλευτές πρέπει να θυμούνται να ρωτούν τους εφήβους για το σχολείο, για τους φίλους τους και πώς τα πάνε και με τα δύο. Ο νοσηλευτής μπορεί και πρέπει να παρακολουθήσει τους εφήβους όπως προετοιμάζονται και κάνουν τη μετάβαση στην

επόμενη κοινωνική αρένα, είτε πρόκειται για κολέγιο, είτε για επαγγελματική εκπαίδευση, στρατιωτική ή οποιαδήποτε άλλη επιλογή καριέρας. ⁽¹²⁾

3.8 Οικογενειακός Δείκτης Κινδύνου

Τα παιδιά που ζουν σε οικογένειες με 4 ή περισσότερα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά θεωρούνται «υψηλού κινδύνου»:

- Το παιδί δε ζει με δύο γονείς
- Αρχηγός της οικογένειας είναι μαθητής που έχει εγκαταλείψει το Λύκειο
- Το οικογενειακό εισόδημα είναι κάτω από το όριο ένδειας
- Το παιδί ζει με γονέα ή γονείς που δεν έχουν σταθερή και πλήρη απασχόληση
- Η οικογένεια λαμβάνει επιδόματα κοινωνικής πρόνοιας
- Το παιδί δεν έχει ασφάλιση υγείας

Σε αυτές τις ομάδες «υψηλού κινδύνου», πρέπει ο σχολικός νοσηλευτής να αναγνωρίσει την ύπαρξή τους και να δράσει, ώστε με τις εξειδικευμένες του γνώσεις να προλάβει τη νόσο και να προάγει την υγεία. ⁽²¹⁾

3.9 Ρόλοι του Σχολικού Νοσηλευτή

Οι σχολικοί νοσηλευτές παρέχουν υπηρεσίες άμεσης φροντίδας υγείας στα παιδιά, στους εκπαιδευτικούς, στους συμβούλους, στους εμπειρογνώμονες και στους υπεύθυνους αντιμετώπισης περιστατικών. Οφείλουν να συντονίζουν την υγειονομική περίθαλψη μεγάλου αριθμού μαθητών στα σχολεία της ευθύνης τους, καθώς και τη φροντίδα υγείας σε συνεργασία με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας των παιδιών. Ο σχολικός νοσηλευτής, ως εξειδικευμένος κοινοτικός νοσηλευτής δημόσιας υγείας, έχει πολλαπλούς ρόλους κατά την αναζήτηση των αναγκών υγείας (ατομικών και συλλογικών), την προαγωγή της υγείας παιδιών και νέων, την εφαρμογή στρατηγικών που προάγουν την υγεία στο σχολείο και στην κοινότητα, την ενθάρρυνση δραστηριοτήτων που διευκολύνουν την υγεία, καθώς επίσης και το ρόλο του ως κλινικού.

Οι ρόλοι του σχολικού νοσηλευτή είναι:

1) Να παρέχει άμεση φροντίδα υγείας:

Ο σχολικός νοσηλευτής προσφέρει άμεση φροντίδα υγείας στο άρρωστο ή τραυματισμένο παιδί ή μέλος του προσωπικού του σχολείου. Αυτός είναι άλλωστε ο παραδοσιακός του ρόλος. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε επιφυλακή ανά πάσα στιγμή και να λαμβάνει όλες τις αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα υγείας των παιδιών και να χρησιμοποιεί

σύστημα παραπομπής με το οποίο έρχεται σε επαφή με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως ιατρούς και ψυχολόγους, εφόσον κάτι τέτοιο θεωρείται απαραίτητο.⁽¹⁹⁾

2) Να συμβάλλει στην παροχή Πρώτων Βοηθειών:

Να αντιμετωπίζει τις ασθένειες και τα ατυχήματα, που συμβαίνουν είτε στο σχολικό περιβάλλον ή κατά τη διάρκεια σχολικών δραστηριοτήτων. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη οργανωμένου χώρου στο σχολείο ή κατάλληλων μέτρων αντιμετώπισης. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το χώρο οργάνωσης παροχής πρώτων βοηθειών και συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για τον εξοπλισμό και την καλή λειτουργία του. Επίσης, είναι υπεύθυνος σε περίπτωση ατυχήματος για τη διακομιδή του μαθητή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, για την ενημέρωση της οικογένειας και την αντιπροσώπευση του παιδιού έως την έλευση γονέα ή κηδεμόνα, ενώ παράλληλα είναι υποχρεωμένος να διασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο κάθε μαθητή.⁽²³⁾

3) Να προάγει την υγεία του σχολικού πληθυσμού:

Αυτό επιτυγχάνεται με:

- i. Παρακολούθηση της υγείας των μαθητών
 1. Με σχεδιασμό ατομικού πλάνου φροντίδας υγείας κάθε μαθητή, όπου αναγράφονται τα προβλήματα υγείας με βάση το ατομικό ιατρικό ιστορικό, ώστε να επιτυγχάνεται άμεση και κατάλληλη αντιμετώπιση. Για το σκοπό αυτό, συνεργάζεται με την οικογένεια για την αρτιότερη καταγραφή των προβλημάτων, αλλά και για την εδραίωση καλής επικοινωνιακής βάσης για τη συνέχεια της αγωγής υγείας και στο σπίτι.
 2. Με έλεγχο του βιβλιαρίου υγείας.
 3. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης (εμβολιασμοί σε ανεμβολίαστα παιδιά ή σε έκτακτες καταστάσεις).
 4. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης (περιοδικές εξετάσεις του σχολικού πληθυσμού για έλεγχο σκολίωσης, μέτρηση οπτικής οξύτητας, σωματομετρικοί δείκτες).
 5. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης (τριτογενής πρόληψη) σε περιπτώσεις μαθητών που, εξαιτίας συμβάντων υγείας, έχουν απουσιάσει και επανέρχονται στο σχολικό περιβάλλον.
- ii. Πρόληψη της ασθένειας και του ατυχήματος στο χώρο του σχολείου με βάση την παρακολούθηση της υγείας των μαθητών, αλλά και με βάση την παρακολούθηση των σχολικών εγκαταστάσεων και της ασφάλειάς τους. Ο σχολικός νοσηλευτής συμβουλεύει σε θέματα λήψης μέτρων ασφάλειας του σχολικού περιβάλλοντος, σε θέματα υγιεινής κατάστασης κοινόχρηστων χώρων και του κυλικείου. Επίσης, ελέγχει, επιτηρεί και εισηγείται

για θέματα εργονομίας του σχολικού περιβάλλοντος προς τους αρμόδιους φορείς (π.χ. θόρυβος, αερισμός, φωτισμός), που επηρεάζουν την υγεία του σχολικού πληθυσμού.

- iii. Αγωγή υγείας και συμβουλευτική υγείας στο χώρο του σχολείου, που στοχεύει στη διατήρηση και στη βελτίωση της υγείας του σχολικού πληθυσμού, στην απόκτηση υγιεινών συνηθειών και στάσεων, στην τροποποίηση της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, στην εκπαίδευση και στην αποκατάσταση της υγείας. Ο σχολικός νοσηλευτής σχεδιάζει, εφαρμόζει και αξιολογεί προγράμματα αγωγής υγείας, είτε ατομικά, είτε ομαδικά, είτε για ολόκληρη τη σχολική κοινότητα. Για την οργάνωση τέτοιων προγραμμάτων δρα αυτόνομα ή σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς. ⁽²³⁾

4) Εκπαιδευτής σε θέματα υγείας:

Ο σχολικός νοσηλευτής στο ρόλο του εκπαιδευτή σε θέματα υγείας μπορεί να κληθεί να διδάξει τα παιδιά τόσο κατ' ιδίαν, όσο και στη τάξη. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί διαφορετικές προσεγγίσεις για τη διδασκαλία θεμάτων υγείας, όπως την ορθή διατροφή ή ενημέρωση για την ασφάλεια. Πολλοί σχολικοί νοσηλευτές, για παράδειγμα, διδάσκουν τα μεγαλύτερα σε ηλικία αγόρια και κορίτσια του δημοτικού για τις αλλαγές που θα επέλθουν στον οργανισμό τους καθώς η εφηβεία πλησιάζει. Επίσης, ο σχολικός νοσηλευτής συμμετέχει στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας του λοιπού σχολικού προσωπικού. Διδάσκει πρώτες βοήθειες και ενημερώνει σε θέματα σχετικά με την υγεία, ώστε το σχολικό προσωπικό να ανταπεξέλθει σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και να κατανοήσει καλύτερα το θεσμό της σχολικής Νοσηλευτικής και της σπουδαιότητάς της, με στόχο την καλύτερη εφαρμογή της και τη βελτίωση της υγείας του σχολικού πληθυσμού.

5) Υπεύθυνος αντιμετώπισης περιστατικών:

Ο σχολικός νοσηλευτής αναμένεται να διαδραματίσει το ρόλο του υπεύθυνου για την αντιμετώπιση περιστατικών, συμβάλλοντας στο συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας σε παιδιά με σύνθετα προβλήματα υγείας. Τέτοια παιδιά μπορεί να είναι ανάπηρα ή χρονίως πάσχοντα, μπορεί να παρακολουθούνται από φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, λογοθεραπευτή ή άλλο πάροχο υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας. Ο νοσηλευτής καθορίζει το πρόγραμμα των επισκέψεων του παιδιού έτσι ώστε τα ραντεβού να μην επηρεάζουν τη σχολική του δραστηριότητα.

6) Εμπειρογνώμονας:

Ο σχολικός νοσηλευτής είναι το ικανότερο άτομο για να παρέχει πληροφορίες υγείας στους διευθυντές του σχολείου, τους δασκάλους και τις ομάδες γονέων-δασκάλων. Ως εμπειρογνώμονας, μπορεί να παρέχει επαγγελματικές πληροφορίες αναφορικά με τις προτεινόμενες αλλαγές στο σχολικό περιβάλλον και την επίδρασή τους στην υγεία των παιδιών. Ο νοσηλευτής μπορεί επίσης να συστήσει αλλαγές στις σχολικές αρχές ή να ζητήσει

από τους οργανισμούς της κοινότητας να συμβάλλουν ώστε το σχολείο να γίνει το ασφαλέστερο μέρος για τα παιδιά.

7) Σύμβουλος:

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει πρόσωπο εμπιστοσύνης για τα παιδιά, στον οποίο αυτά θα μπορούν να εμπιστευτούν σημαντικά μυστικά για την υγεία τους. Είναι σημαντικό ως σύμβουλος, να έχει τη φήμη του αξιόπιστου προσώπου στο οποίο τα παιδιά μπορούν να απευθυνθούν εφόσον υπάρχει πρόβλημα ή όταν απλά νιώσουν την ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον. Οι νοσηλευτές πρέπει σε μία τέτοια περίπτωση να εξηγήσουν στα παιδιά ότι αν υπάρχει κίνδυνος για την υγεία τους, οι γονείς και οι υπάλληλοι του σχολείου πρέπει να είναι γνώστες. Εντούτοις, όπως σε όλους τους τομείς φροντίδας υγείας, η διατήρηση της μυστικότητας και εμπιστευτικότητας είναι σημαντικές. Επιπλέον, ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να είναι το πρόσωπο που βοηθά με την εφαρμογή συμβουλευτικής στην αντιμετώπιση της θλίψης στα σχολεία.

8) Επισκέψεις στην κοινότητα:

Κατά τις επισκέψεις στην κοινότητα, οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν:

- Συμμετέχοντας σε εκθέσεις ή φεστιβάλ υγείας στα σχολεία.
- Ενημερώνοντας το προσωπικό του σχολείου για πρόγραμμα εμβολιασμού κατά της γρίπης.
- Προωθώντας εκδηλώσεις αγωγής υγείας και προγράμματα ελέγχου αρτηριακής πίεσης.
- Παίρνοντας πρωτοβουλίες για την ενίσχυση του συνεργατικού συντονισμού.
- Συντονίζοντας τις δράσεις με τοπικά φιλανθρωπικά ιδρύματα για παροχή εκπαίδευσης στα σχολεία.

9) Ερευνητή:

Περιορισμένη είναι η έρευνα που αφορά τους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα υγείας σε παιδιά στα σχολεία. Οι σχολικοί νοσηλευτές οφείλουν να αναλάβουν τη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων με βάση τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, στοχεύοντας στη βελτίωση της υγείας της σχολικής κοινότητας. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι αρμόδιος να εξασφαλίσει ότι η φροντίδα υγείας που παρέχεται βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα. Επομένως, όντας εκπαιδευτής, είναι σε θέση με το ρόλο του ερευνητή να πραγματοποιεί μελέτες οι οποίες προάγουν τη σχολική νοσηλευτική πρακτική.⁽¹⁹⁾

10) Συμμετοχή του σχολικού νοσηλευτή σε όλες τις επιτροπές και τα όργανα που είναι υπεύθυνα στην εκπαίδευση:

Ο σχολικός νοσηλευτής μελετά, παρακολουθεί και συμβουλεύει για οτιδήποτε σχετίζεται με την υγεία ολόκληρου του σχολικού πληθυσμού, προτείνει μέτρα για την προστασία της και συμβάλλει στην εφαρμογή τους.

11) Συνεχιζόμενη εκπαίδευση:

Αποτελεί αδήριτη ανάγκη η συνεχής και αδιάκοπη επιμόρφωση του σχολικού νοσηλευτή στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Οφείλει να παραμένει ενήμερος και γνώστης των νέων δεδομένων, προβλημάτων και επιτευγμάτων στη σχολική νοσηλευτική. Με αυτό τον τρόπο, μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στη βελτίωση των υπηρεσιών του απέναντι στο σχολικό πληθυσμό. ⁽²³⁾

3.10 Πρότυπα πρακτικής για το σχολικό Νοσηλευτή

Τα πρότυπα πρακτικής είναι απαραίτητο να ακολουθούν όλοι οι σχολικοί νοσηλευτές κατά τη φροντίδα υγείας σε όλα τα επίπεδα: εκτίμηση, ανάλυση, προγραμματισμός, εφαρμογή και αξιολόγηση. Επιπλέον, τα επαγγελματικά πρότυπα βασίζονται στους νοσηλευτές για την παροχή υγειονομικής φροντίδας που στηρίζεται σε 11 κριτήρια. Αυτά τα κριτήρια περιλαμβάνουν τη δυνατότητα για:

1. Ανάπτυξη της πολιτικής σχολικής υγείας.
2. Αξιολόγηση της σχολικής πρακτικής.
3. Παρακολούθηση των σύγχρονων νοσηλευτικών δεδομένων.
4. Αλληλεπίδραση με τη διεπιστημονική ομάδα υγειονομικής περίθαλψης.
5. Εξασφάλιση εμπιστευτικότητας στην παροχή φροντίδας.
6. Συνεργασία με άλλα άτομα για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας.
7. Αξιοποίηση των συμπερασμάτων των ερευνών στη πράξη.
8. Διασφάλιση της υγείας των παιδιών, όταν παρέχονται υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε άλλα μέλη του προσωπικού.
9. Εξασφάλιση δεξιοτήτων επικοινωνίας.
10. Αποτελεσματική διαχείριση ενός προγράμματος σχολικής υγείας.
11. Αγωγή υγείας προς τρίτους.

Οι σχολικοί νοσηλευτές πρέπει να εξασφαλίσουν τα εξής:

- Ότι τα παιδιά λαμβάνουν την υγειονομική περίθαλψη που χρειάζονται, συμπεριλαμβανομένης της παροχής φροντίδας σε έκτακτα περιστατικά στο σχολείο.
- Ότι ο νοσηλευτής παρακολουθεί τους εμβολιασμούς των μαθητών που ορίζει το εθνικό σύστημα εμβολιασμών κάθε χώρας.
- Ότι ο νοσηλευτής πραγματοποιεί τις απαραίτητες εξετάσεις και ελέγχους στα παιδιά, όπως ορίζει η κρατική νομοθεσία.
- Ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας είναι σε θέση να συμμετέχουν στην τάξη. ⁽¹⁹⁾

3.11 Προσόντα σχολικού νοσηλευτή

Για να επιτύχει όλα τα παραπάνω ο σχολικός νοσηλευτής χρειάζεται δεξιότητες επικοινωνίας, διαχείρισης χρόνου και stress, διαχείρισης προσωπικών αποφάσεων, αναγνώρισης, προσδιορισμού και επίλυσης προβλημάτων, κινητοποίησης και επιρροής άλλων.

Ακόμα, χρειάζεται να λειτουργεί ως συνήγορος, να καθορίζει στόχους και να οργανώνει σχέδια δράσης, να έχει αυτογνωσία και να διαθέτει ομαδικό πνεύμα, που να το μεταδίδει στους υπόλοιπους.

Απαραίτητες είναι οι γνώσεις στα πρακτικά θέματα της σχολικής νοσηλευτικής, στη δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή, η άριστη κατάρτιση για παροχή πρώτων βοηθειών.⁽²³⁾

3.12 Επίπεδα πρόληψης στα σχολεία

Τα τρία επίπεδα πρόληψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) ανέκαθεν αποτελούσαν ευθύνη της φροντίδας υγείας στα σχολεία. Η **πρωτοβάθμια πρόληψη** αφορά τη πρόληψη και αγωγή υγείας με στόχο την αποφυγή εμφάνισης προβλημάτων υγείας στα παιδιά. Η **δευτεροβάθμια πρόληψη** περιλαμβάνει την εξέταση των παιδιών για διάφορες ασθένειες, την παρακολούθηση της αναπτυξιακής τους πορείας και τη φροντίδα όταν είναι άρρωστα ή τραυματισμένα. Η **τριτοβάθμια πρόληψη** στα σχολεία είναι η συνεχής φροντίδα εκείνων των παιδιών που έχουν την ανάγκη συνεχούς υγειονομικής περίθαλψης με εκπαίδευση εντός της κοινότητας.

Πρωτοβάθμια πρόληψη στα σχολεία

Τα παιδιά χρειάζονται συνεχείς υγειονομικές υπηρεσίες στα σχολεία. Ο σχολικός νοσηλευτής τα βλέπει σε σχεδόν καθημερινή βάση και είναι συνήθως το πρόσωπο στο οποίο ανατίθεται ο ρόλος να διδάξει τη προαγωγή της υγείας.

Ο σχολικός νοσηλευτής έχει την ευκαιρία να μπει στην τάξη και να διδάξει τρόπους προαγωγής υγείας, παραδείγματος χάριν τις δεξιότητες του πλυσίματος των χεριών ή του βουρτσίσματος των δοντιών. Μπορεί να αφιερώσει χρόνο με τους δασκάλους, ενημερώνοντάς τους για νέες πληροφορίες για τα υγιή πρότυπα ζωής των παιδιών ή για το πώς να εντοπίζουν ένα παιδί που μπορεί να είναι άρρωστο ή να έχει την ανάγκη υποστήριξης.

Οι σχολικοί νοσηλευτές χρησιμοποιούν τη νοσηλευτική διεργασία ενώ παρέχουν φροντίδα υγείας στα παιδιά στα σχολεία. Στις προσπάθειες για πρωτοβάθμια πρόληψη περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

- Αξιολόγηση των παιδιών και των οικογενειών τους για τον καθορισμό του επιπέδου γνώσης τους σε θέματα υγείας
- Καθορισμός του κατά πόσο τα παιδιά είναι σε κίνδυνο να εμφανίσουν προβλήματα που μπορούν να προληφθούν
- Ανάλυση των ευρημάτων που προκύπτουν από την αξιολόγηση.
- Οργάνωση της ανάπτυξης εκπαιδευτικών πλάνων ή δραστηριοτήτων
- Εφαρμογή αυτών των δραστηριοτήτων
- Αξιολόγηση και αναπροσαρμογή του σχεδίου φροντίδας υγείας.

Οι τομείς της πρωτοβάθμιας πρόληψης στην οποία ο σχολικός νοσηλευτής εστιάζει περιλαμβάνουν τα εξής:

- Παρεμπόδιση των τραυματισμών στην παιδική ηλικία
- Παρεμπόδιση των συμπεριφορών κατάχρησης ουσιών
- Μείωση του κινδύνου ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων
- Καταγραφή της κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών.

Δευτεροβάθμια πρόληψη στα σχολεία

Επειδή η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει τη φροντίδα των παιδιών όταν χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη, ο τομέας αυτός αποτελεί τη μεγαλύτερη ευθύνη για το σχολικό νοσηλευτή. Η δευτεροβάθμια πρόληψη περιλαμβάνει τη φροντίδα για ασθενείς ή τραυματισμένους μαθητές και το υπόλοιπο προσωπικό του σχολείου. Περιλαμβάνει επίσης την εποπτεία των παιδιών, την αξιολόγηση της υγείας τους και την παραπομπή στις αρμόδιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ο σχολικός νοσηλευτής χρησιμοποιεί ποικίλες διεργασίες παροχής φροντίδας υγείας κατά τη διάρκεια των δευτεροβάθμιων δραστηριοτήτων πρόληψης. Όταν ένα άρρωστο ή τραυματισμένο παιδί επισκέπτεται το γραφείο σχολικής υγείας ο νοσηλευτής πρέπει αμέσως να αξιολογήσει τη σοβαρότητα της ασθένειας ή του τραυματισμού του παιδιού.

Τα παιδιά ζητούν τη βοήθεια του σχολικού νοσηλευτή για:

- Πονοκεφάλους
- Στομαχικά άλγη
- Διάρροιες
- Ανησυχία λόγω χωρισμού των γονέων
- Κοψίματα, μώλωπες ή άλλους τραυματισμούς.

Επιπλέον, τα παιδιά είναι δυνατό να ζητούν από το σχολικό νοσηλευτή να τα καθησυχάσει ή ακόμα είναι δυνατό να κρύβονται στο γραφείο του νοσηλευτή. Κάτι τέτοιο μπορεί να έχει ως αιτία την παρενόχληση ή τις απειλές από άλλο μαθητή στο σχολείο.

Μόλις συγκεντρωθούν τα στοιχεία αξιολόγησης, ο νοσηλευτής καθορίζει το σχέδιο δράσης, και στη συνέχεια ακολουθεί η φάση της υλοποίησης και της αξιολόγησης. Με αυτή τη διαδικασία επιτυγχάνεται η άμεση νοσηλευτική φροντίδα των παιδιών και ο έλεγχος για άλλα προβλήματα υγείας. Εάν τα δεδομένα της αξιολόγησης εντοπίσουν ένα παιδί με πρόβλημα υγείας, ο σχολικός νοσηλευτής συνεχίζει να ασκεί νοσηλευτική φροντίδα ακολουθώντας την παραπάνω νοσηλευτική διαδικασία.

Τριτοβάθμια πρόληψη στα σχολεία

Χρησιμοποιώντας τη Νοσηλευτική διεργασία, ο σχολικός νοσηλευτής παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες τριτοβάθμιας πρόληψης όταν εργάζεται με παιδιά που αντιμετωπίζουν μακροχρόνια προβλήματα υγείας ή έχουν ειδικές ανάγκες. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στην ανάπτυξη εξατομικευμένου εκπαιδευτικού σχεδίου για τους μαθητές με μακροχρόνια νοσήματα. Οι ευθύνες του νοσηλευτή περιλαμβάνουν τα εξής:

- Πρέπει να είναι ενημερωμένος για τη θεραπεία που πρέπει να λαμβάνει το παιδί κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών.
- Οφείλει να γνωρίζει εάν το παιδί χρειάζεται οποιαδήποτε θεραπεία κατά τη διάρκεια της σχολικής ημέρας, όπως φυσιολογική ή επαγγελματική θεραπεία.
- Οφείλει να γνωρίζει εάν το παιδί αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα ακοής ή όρασης.
- Πρέπει να ζητήσει από το δάσκαλο να τοποθετήσει το παιδί στη σωστή θέση στην τάξη ώστε το παιδί να μπορεί να βλέπει και να ακούει καλύτερα το δάσκαλο και τα άλλα παιδιά.

Εάν ένα παιδί είναι σε αναπηρικό καροτσάκι ή χρησιμοποιεί δεκανίκια, το σχολικό κτήριο πιθανόν θα πρέπει να τροποποιηθεί ώστε το παιδί να μπορεί να κινείται στους χώρους του σχολείου και να έχει πρόσβαση στις τουαλέτες. Είναι ευθύνη του νοσηλευτή να ενημερώσει τη σχολική διοίκηση για τέτοιες ανάγκες.

3.13 Ομοσπονδιακά προγράμματα σχολικής υγείας

Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση, μέσω του συντονισμού των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, έχει αναπτύξει σχέδιο το οποίο πρέπει να εφαρμόζεται στα προγράμματα σχολικής υγείας. Αυτό το σχέδιο περιλαμβάνει τα παρακάτω οκτώ μέρη:

1. Αγωγή υγείας
2. Φυσική αγωγή
3. Υγειονομικές υπηρεσίες
4. Υπηρεσίες διατροφής
5. Παροχή συμβουλών, υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης και κοινωνικές υπηρεσίες

6. Υγιές σχολικό περιβάλλον
7. Προαγωγή υγείας για το προσωπικό
8. Συμμετοχή της κοινότητας/οικογένειας

3.14 Ηθική και σχολική νοσηλευτική

Ο σχολικός νοσηλευτής μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπος με ηθικά διλήμματα στα σχολεία. Ο νοσηλευτής στο σχολείο οφείλει να παρέχει τις γνώσεις του και τις ικανότητές του μέσα στα πλαίσια της ηθικής και της δεοντολογίας.

- Δε θα πρέπει να επηρεάζεται από προσωπικές πεποιθήσεις.
- Εάν αισθάνεται ότι δε μπορεί να εργαστεί υπό ορισμένες συνθήκες θα πρέπει να αφήνει σε άλλον νοσηλευτή να συνεχίσει ή να βοηθήσει.
- Θα πρέπει να είναι αντικειμενικός προς όλους τους μαθητές, ανεξαρτήτως φύλου, κοινωνικής τάξης, θρησκευτικών πεποιθήσεων ή πολιτικών συμφερόντων και να εφαρμόζει την αρχή της δικαιοσύνης.
- Οφείλει να τηρεί το απόρρητο των στοιχείων.
- Να σέβεται την αυτονομία. Οι επαγγελματίες της προαγωγής της υγείας θα πρέπει να βοηθούν τα άτομα να ενισχύσουν την αυτονομία τους.
- Να φροντίζει ώστε να προάγει την υγεία, να προλαμβάνει τη νόσο και να συμβάλλει στην αποκατάσταση και την ομαλή επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία. ⁽¹⁹⁾

3.15 Τρόπος παροχής των Πρώτων Βοηθειών

Ένας τρόπος για να προσεγγίσουμε τη φύση της μάθησης είναι να εξετάσουμε το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον ψυχοκινητικό τομέα της μάθησης. Κάθε τομέας αποτελείται από ειδικά στοιχεία συμπεριφοράς, τα οποία σχηματίζουν μια ιεραρχία από βήματα ή επίπεδα. Κάθε επίπεδο στηρίζεται στο προηγούμενο. Η κατανόηση των τριών αυτών τομέων είναι απαραίτητη για την παροχή αποτελεσματικής εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών στα σχολεία.

Γνωστικός τομέας

Ο γνωστικός τομέας περιλαμβάνει τη μνήμη, την αναγνώριση, την κατανόηση, την αιτιολόγηση, την εφαρμογή, την επίλυση προβλημάτων και αναλύεται σε μία ιεραρχική ταξινόμηση συμπεριφορών. Ο εκπαιδευτής πρέπει πρώτα να αξιολογήσει τις ικανότητες απόκτησης γνώσεων του εκπαιδευόμενου, ώστε να κατευθύνει τις προσδοκίες και τα σχέδιά του προς το σωστό επίπεδο. Η διδασκαλία σε επίπεδο ανώτερο ή κατώτερο από αυτό του εκπαιδευόμενου μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση και απογοήτευση.

Συναισθηματικός τομέας

Ο συναισθηματικός τομέας περιλαμβάνει αλλαγές της διάθεσης και την ανάπτυξη του συστήματος αξιών. Για μία αποτελεσματική μάθηση, οι σχολικοί νοσηλευτές λαμβάνουν υπόψη και προσπαθούν να επηρεάσουν τον τρόπο που οι μαθητές αισθάνονται, σκέφτονται και αξιολογούν τα πράγματα. Ο σχολικός νοσηλευτής οφείλει να αφουγκράζεται με προσοχή τα συναισθήματα των μαθητών τα οποία μπορεί να μην εκδηλώνονται άμεσα και σαφώς.

Ψυχοκινητικός τομέας

Ο ψυχοκινητικός τομέας περιλαμβάνει την αξιοποίηση ικανοτήτων που απαιτούν κάποιου βαθμού νευρομυϊκό συντονισμό και που δίνουν έμφαση σε κινητικές δραστηριότητες. Στην εκμάθηση δεξιοτήτων, το πρώτο βήμα είναι να επιδείξουμε στους εκπαιδευόμενους την επιθυμητή δεξιότητα, είτε μέσω ενός ατόμου, χρησιμοποιώντας εικόνες, είτε μέσω ενός βίντεο. Στη συνέχεια πρέπει να αφήσουν τους εκπαιδευόμενους να εξασκηθούν, διορθώνοντάς τους αμέσως μόλις κάνουν κάποιο λάθος.

Για να είναι αποτελεσματική η εκπαίδευση των μαθητών πάνω σε θέματα υγείας και πρώτων βοηθειών, θα πρέπει να ακολουθήσουν τα εξής δέκα βήματα οι σχολικοί νοσηλευτές:

1. Κερδίζουμε την προσοχή. Πριν την έναρξη της εκπαίδευσης πρέπει να κερδίσουμε την προσοχή των μαθητών. Για να το καταφέρουμε αυτό πρέπει να πείσουμε τους εκπαιδευόμενους πως οι πληροφορίες που θα τους παρέχουμε θα είναι σημαντικές και θα τους ωφελήσουν.
2. Επιλέγουμε σχέδιο μάθησης, που να ταιριάζει με τους στόχους και τα αντικείμενα του προγράμματος. Ακόμη, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη παράγοντες όπως, η εθνικότητα των μαθητών ή τη γλώσσα που μιλούν.
3. Ενημερώνουμε τους μαθητές σχετικά με το αντικείμενο του μαθήματος. Συνοψίζουμε τους κυριότερους στόχους και τα αντικείμενα του μαθήματος, έτσι ώστε οι εκπαιδευόμενοι να αναπτύξουν προσδοκίες με αυτά που πρόκειται να μάθουν.
4. Κινητοποιούμε την ανάκληση των προηγούμενων γνώσεων. Κάνουμε τους μαθητές να θυμηθούν παλαιότερες γνώσεις σχετικά με το υπό εξέταση θέμα. Αυτό τους βοηθάει να συνδέσουν τις παλιές γνώσεις με τις νέες.
5. Παρουσιάζουμε το υλικό με έναν ξεκάθαρο, κατανοητό, οργανωμένο και απλό τρόπο, έτσι ώστε να μπορέσουν να δεχτούν και να αφομοιώσουν τις πληροφορίες που θα τους δοθούν.
6. Δίνουμε οδηγίες εκμάθησης.
7. Ζητάμε την επίδειξη γνώσεων. Παροτρύνουμε τους εκπαιδευόμενους να μας δείξουν τα όσα έχουν μάθει. Κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής διαδικασίας θα χρειαστεί να διορθώσουμε τους μαθητές, κάτι που θα βελτιώσει την ικανότητά τους στην εκμάθηση των πρώτων βοηθειών.

8. Να προκαλέσουμε διαδικασία ανατροφοδότησης. Αυτή η τεχνική θα βελτιώσει τις γνώσεις, τον τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς των μαθητών.

9. Αξιολογούμε την επίδειξη και τη μάθηση για να ελέγξουμε την αφομοίωση ή μη των νέων πληροφοριών.

10. Ενισχύουμε τη διατήρηση και μετάδοση των γνώσεων. Μόλις επιτευχθεί το βασικό επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων, βοηθάμε τους μαθητές να τις εφαρμόσουν σε νέες καταστάσεις.

Εφαρμόζοντας αυτούς τους διδακτικούς κανόνες, οι σχολικοί νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους μαθητές να κερδίσουν τα μέγιστα από τις διδακτικές εμπειρίες τους. Αντιθέτως, η μη τήρηση των βημάτων αυτών μπορεί να οδηγήσει σε μία επιφανειακή και πρόσκαιρη μάθηση.⁽¹³⁾

3.16 Μέθοδοι διδασκαλίας πρώτων βοηθειών

- **Διαλέξεις**

Στο παρελθόν, οι διαλέξεις αποτελούσαν τη μοναδική μέθοδο διδασκαλίας. Σήμερα, συνεχίζουν να αποτελούν μια διαδεδομένη μέθοδο και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι εύκολη μέθοδος και οικονομική. Χρησιμεύουν στη μετάδοση πληροφοριών, ευαισθητοποιούν και προβληματίζουν, εξυπηρετούν την επεξήγηση πιο σύνθετων τεχνικών και μεθόδων.

- **Οπτικοακουστικά μέσα**

Στα οπτικοακουστικά μέσα συμπεριλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών μεθόδων εκπαίδευσης και επικοινωνίας. Ορισμένα από τα οπτικοακουστικά μέσα είναι μόνο οπτικά π.χ. συγγράμματα, φυλλάδια, προκηρύξεις, χάρτες, αφίσες, βουβές κινηματογραφικές ταινίες, slides, διαφάνειες, πίνακες, άλλα είναι μόνο ακουστικά π.χ. κασέτες, δίσκοι και ορισμένα συνδυάζουν το οπτικό με το ακουστικό στοιχείο π.χ. ομιλούσες ταινίες, βίντεο, συνδυασμός διαφανειών με ήχο και οπτικοί δίσκοι.

- **Χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών**

Η τεχνολογία της πληροφορίας, όπως οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές και το διαδίκτυο έχουν συμβάλει στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να επικοινωνούν μεταξύ τους και να μορφωθούν. Όσον αφορά στη διδασκαλία πρώτων βοηθειών, υπάρχει πλήθος εκπαιδευτικών δίσκων (CD-ROM, DVD) που περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία περιέχουν και τεστ ηλεκτρονικής μορφής ώστε ο εκπαιδευόμενος να ελέγχει τις γνώσεις του. Ο όρος «προγραμματισμένη εκμάθηση» (programmed learning), αδόκιμος ίσως ακόμα στην ελληνική πραγματικότητα, αναφέρεται στην εκπαιδευτική διαδικασία που στηρίζεται σε ειδικές μηχανές εκμάθησης, σε προγραμματισμένα τεστ και σε ειδικά προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Η χρήση του διαδικτύου προβλέπεται ότι στο

μέλλον θα μπορεί να επηρεάζει τη συμπεριφορά του κοινού ακόμα και σε αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.

- **Ανάπτυξη ικανοτήτων**

Η ανάπτυξη ικανοτήτων (skill development) αποτελεί μια εκπαιδευτική μέθοδο που στηρίζεται στην επίδειξη διαφόρων πρακτικών μεθόδων. Π.χ. η περιποίηση ενός τραύματος, η αντιμετώπιση ενός εγκαύματος, αποτελούν δραστηριότητες, όπου η εκμάθησή τους στηρίζεται στην ανάπτυξη των κατάλληλων ικανοτήτων και στην πρακτική τους εξάσκηση. Η μέθοδος της ανάπτυξης ικανοτήτων περιλαμβάνει τρία βασικά στάδια. Στο πρώτο στάδιο παρέχονται οι απαραίτητες επεξηγήσεις για την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης τεχνικής και οδηγίες για τη χρήση της. Στο δεύτερο στάδιο επιδεικνύεται και εκτελείται από τους εκπαιδευτές η τεχνική και στο τρίτο και τελευταίο στάδιο παρέχεται η δυνατότητα στον κάθε εκπαιδευόμενο να εφαρμόσει την τεχνική μπροστά στο υπόλοιπο κοινό.

Χαρακτηριστικά του σχολικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση

Η διδασχή των Πρώτων Βοηθειών από το σχολικό νοσηλευτή απαιτεί να διαθέτει γενικές γνώσεις, ειδικές παιδαγωγικές δεξιότητες επικοινωνίας και κυρίως θέληση για το αντικείμενο αυτό. Στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή- εκπαιδευτή συμπεριλαμβάνονται η ενεργητικότητα και η διάθεση, η υπομονή, η κριτική ικανότητα, η παιδαγωγική κατάρτιση, οι ειδικές γνώσεις και δεξιότητες.⁽²⁴⁾

3.17 Χρησιμότητα παροχής Πρώτων Βοηθειών

Κάθε υπεύθυνος πολίτης οφείλει να διαθέτει γνώσεις Πρώτων Βοηθειών, αφού όλοι μας μπορεί να βρεθούμε κάποτε σε μία κατάσταση όπου θα τις χρειαστούμε για κάποιον συνάνθρωπό μας ή και για τον εαυτό μας. Η ικανότητα να αναγνωρίζουμε ένα σοβαρό ή επείγον περιστατικό και η γνώση του πώς θα εξασφαλίσουμε βοήθεια, μπορεί να σώσει μία ζωή από βέβαιο θάνατο.

Σήμερα, υπάρχουν πολλοί κίνδυνοι πολυπαραγοντικής αιτιολογίας για την υγεία. Έχει αποδειχτεί ότι πρέπει να γίνεται η έναρξη διδασκαλίας των πρώτων βοηθειών από την πρώιμη ηλικία, πριν καθιερωθούν οι ανθυγιεινές συνήθειες.

Τα παιδιά έχουν την ικανότητα να μαθαίνουν και να μιμούνται τη συμπεριφορά των ανθρώπων που τους περιβάλλουν. Αυτή η ικανότητα, τους επιτρέπει να αποκτήσουν γνώσεις πάνω σε θέματα υγείας, υιοθετώντας συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές.

Μερικοί από τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις του παιδιού στην υγεία είναι, η οικογένεια, το σχολείο και το αποκαλούμενο «παράλληλο σχολείο», δηλαδή η κοινωνική ζωή που μέσω αυτής αποκτάται η εμπειρία και η αλληλεπίδραση.

Οι Πρώτες Βοήθειες δεν είναι εγκυκλοπαιδική γνώση, είναι ένα πακέτο ειδικών γνώσεων με δυναμικά άμεση εφαρμογή.

Μέσω της διδασκαλίας παροχής των Πρώτων Βοηθειών:

- Τροποποιείται η συμπεριφορά των μαθητών
- Ενισχύεται η προσωπική ευθύνη
- Ενισχύεται η αυτοπεποίθηση
- Οι μαθητές αποκτούν την ικανότητα να υιοθετούν θετικές επιλογές και έναν υγιεινό τρόπο ζωής
- Παρέχεται η δυνατότητα στους μαθητές να προσφέρουν πρώτες βοήθειες σε οποιονδήποτε
- Αναπτύσσεται ομαδικό πνεύμα κατά τη διαδικασία μάθησης των πρώτων βοηθειών και οι μαθητές συνεργάζονται
- Οι μαθητές εκπαιδεύονται στο να προστατεύουν τον εαυτό τους και τους γύρω τους, από απρόσμενα περιστατικά
- Οι μαθητές θα παροτρυνθούν να ελέγξουν τον επιστημονικό τρόπο σκέψης και λήψης αποφάσεων.

Η χρησιμότητα της παροχής των Πρώτων Βοηθειών επιδρά θετικά και στη διαμόρφωση του χαρακτήρα ενός παιδιού καθώς:

- Προσφέρει ηθική ικανοποίηση στο μαθητή
- Χαρά της προσφοράς
- Αναγνώριση
- Προσωπικό ενδιαφέρον
- Αναπτύσσεται το αίσθημα κοινωνικής αλληλεγγύης
- Οι μαθητές συνειδητοποιούν το κοινό συμφέρον
- Δημιουργική απασχόληση του ελεύθερου χρόνου.

Η παροχή των Πρώτων Βοηθειών από τον σχολικό νοσηλευτή, είναι χρήσιμη όχι μόνο για τους μαθητές, αλλά και για το γενικό πληθυσμό καθώς:

- Επιτυγχάνεται η διάσωση της ζωής του θύματος
- Προλαμβάνεται η επέκταση της βλάβης του οργανισμού
- Βελτιώνεται η κατάσταση της υγείας του θύματος
- Προετοιμάζεται το θύμα για την μετέπειτα ειδική νοσηλευτική και ιατρική παρέμβαση
- Αναπτύσσεται το αίσθημα της αυτοπροστασίας. ^{(25),(26)}

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Αγωγή υγείας

Η Αγωγή Υγείας αποτελεί μία από τις βασικότερες εκφράσεις της προαγωγής υγείας και ένα από τα αρτιότερα μεθοδολογικά εργαλεία, που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αξιοποιήσουν, στα πλαίσια της καθημερινής τους πρακτικής, ώστε να προάγουν τελικά την υγεία του πληθυσμού.

Σύμφωνα με το επίσημο γλωσσάριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το οποίο αναθεωρήθηκε το 1998, περιλαμβάνει τον αναθεωρημένο ορισμό Αγωγής Υγείας. Ο όρος Αγωγή Υγείας περιλαμβάνει, «τις συνειδητά κατασκευασμένες ευκαιρίες μάθησης, οι οποίες αξιοποιούν μορφές επικοινωνίας, σχεδιασμένες να βελτιώσουν τα επίπεδα γνώσης για την υγεία και να αναπτύξουν τις δεξιότητες, οι οποίες συμβάλλουν στην υγεία του ατόμου και της κοινότητας».

Είναι απαραίτητο να τονίσουμε το γεγονός ότι η Αγωγή Υγείας, δεν αφορά μόνο στη διάδοση πληροφοριών, αλλά και στην ενδυνάμωση των κινήτρων, των ικανοτήτων και της αυτοπεποίθησης, που είναι απαραίτητα για να υπάρξει δράση για τη βελτίωση της υγείας.^{(27),(29)}

Στόχοι της αγωγής υγείας

- Η παροχή και παραγωγή γνώσης αναφορικά με την υγεία και την ασθένεια
- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων που προάγουν την υγεία
- Η υιοθέτηση ή διατήρηση συμπεριφορών και στάσεων που προάγουν και προασπίζουν την υγεία
- Η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος που προάγει την υγεία⁽²⁹⁾

4.2 Επίπεδα πρόληψης

Η πρόληψη με τη στενή έννοια σημαίνει να αποφεύγει κανείς την ανάπτυξη της νόσου που θα εμφανιστεί στο μέλλον. Με την ευρεία έννοια η πρόληψη αποτελείται από όλα τα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης συγκεκριμένης θεραπείας, τα οποία περιορίζουν την εξέλιξη της νόσου. Οι πρακτικές της πρόληψης της ασθένειας συνδέονται με την προαγωγή της υγείας. Απαρτίζονται από προσωπικές τακτικές τις οποίες εφαρμόζει ένα άτομο για να μειώσει την πιθανή ή πραγματική απειλή ασθένειας. Τέτοιες πράξεις διαχωρίζονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη.⁽¹²⁾

4.2.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη

Η πρωτοβάθμια πρόληψη απευθύνεται σε υγιείς ανθρώπους και απομακρύνει ή καθυστερεί την εμφάνιση μίας συγκεκριμένης ασθένειας ή διαταραχής. Προάγει την υγεία και προλαμβάνει την εμφάνιση νόσου, τραυματισμού ή αναπηρίας, πραγματεύεται θέματα όπως η υγιεινή, η αντισύλληψη, η διατροφή, οι κοινωνικές δεξιότητες, οι διαπροσωπικές σχέσεις. Η πρωτοβάθμια πρόληψη στοχεύει σε ευπαθή στη νόσο άτομα και ομάδες, που ωστόσο δεν εμφανίζουν παθολογικά σημεία ή συμπτώματα. Σκοπός της είναι να μειώσει τη ροπή του ατόμου ή του πληθυσμού στη νόσο ή τη δυσλειτουργία. ^{(13),(29)}

4.2.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη

Πρόκειται για παρέμβαση, η οποία σκοπό έχει τον εντοπισμό της νόσου σε πρώιμο στάδιο της πορείας της και πριν εκδηλωθούν τα κλινικά σημεία και συμπτώματα, έτσι ώστε να γίνει η διάγνωση σε αρχικό στάδιο και να ξεκινήσει άμεσα η θεραπεία.

4.2.3 Τριτοβάθμια πρόληψη

Η τριτοβάθμια πρόληψη συμβαίνει όταν το ελάττωμα ή η αναπηρία είναι μόνιμα και μη αναστρέψιμα. Η διαδικασία αφορά στην ελαχιστοποίηση των αποτελεσμάτων της νόσου και της αναπηρίας με δραστηριότητες εποπτείας και διατήρησης που αποσκοπούν στην πρόληψη των επιπλοκών και της επιδείνωσης. Η τριτοβάθμια πρόληψη εστιάζεται στην αποκατάσταση για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να κατορθώσουν και να διατηρήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργίας ανεξάρτητα από την κατάσταση αναπηρίας. Ο στόχος είναι να επιστρέψει το πάσχον άτομο σε μία χρήσιμη θέση στην κοινωνία, μεγιστοποιώντας τις εναπομείνουσες ικανότητες. ⁽¹³⁾

4.3 Ασθένεια, νόσος και υγεία

Είναι εύκολο να σκεφτεί κανείς την υγεία ή το καλώς έχουν ως έλλειψη νόσου και να θεωρήσει την ασθένεια και τη νόσο ως ανταλλάξιμους όρους. Όμως, η υγεία και η νόσος δεν είναι απλώς αντώνυμα, όπως η νόσος και η ασθένεια δεν είναι συνώνυμα.

Νόσος: μπορεί να οριστεί ως η αποτυχία των προσαρμοστικών μηχανισμών ενός ατόμου να αλληλεπιδρά με τα ερεθίσματα και τους στρεσογόνους παράγοντες επαρκώς με αποτέλεσμα λειτουργικές ή δομικές διαταραχές. Η υγεία και η νόσος πρέπει να θεωρούνται ως αδιαχώριστες στην ανάπτυξη μέσα στο χρόνο. Εάν δεν υπάρχει νόσος, δεν υπάρχει ανάγκη να γίνει συζήτηση για την υγεία.

Ασθένεια: είναι παθολογική διαδικασία με συγκεκριμένα σημεία και συμπτώματα, ενώ η νόσος προκαλεί την ασθένεια. Επίσης, η ασθένεια είναι μία κοινωνική κατάσταση κατά την οποία τα άτομα ευρίσκονται σε μη ισορροπημένη, μη υποστηρικτική σχέση με το περιβάλλον τους και αποτυγχάνουν στην ικανότητά τους για επιβίωση και δημιουργία μίας υψηλότερης ποιότητας ζωής. Η ασθένεια είναι μία απάντηση που χαρακτηρίζεται από δυσαρμονία μεταξύ των αναγκών του ατόμου και των διαθέσιμων πηγών για να καλυφθούν αυτές οι ανάγκες. Επιπρόσθετα, η ασθένεια σηματοδοτεί στα άτομα και στους πληθυσμούς ότι η παρούσα ισορροπία δε λειτουργεί.

Υγεία: Η σύγχρονη προσέγγιση του όρου υγεία, θεωρεί ότι πρόκειται για μία συνεχώς εξελισσόμενη έννοια, ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές προεκτάσεις. Στα πλαίσια ενός τέτοιου πολυδιάστατου μοντέλου για την υγεία, τα οφέλη μπορούν να προκύψουν μέσα από θετικές αλλαγές σε οποιαδήποτε από αυτές τις προεκτάσεις.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση της πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας. Ο ορισμός αυτός υπήρξε καινοτόμος για την εποχή του, εισήγαγε το πολυδιάστατο της υγείας και αντιμετώπισε το άτομο ως όλον, ενώ έδωσε μία θετική διάσταση στην υγεία, συνταυτίζοντάς την με την παραγωγικότητα και τη δημιουργία.

Επιπλέον, ο ΠΟΥ τονίζει ότι η έννοια της υγείας θα πρέπει να αντιμετωπιστεί όχι ως σκοπός της ζωής αλλά ως ένας απαραίτητος πόρος για την καθημερινή ζωή και ότι η υγεία είναι μία θετική έννοια που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους και στις σωματικές ικανότητες.

Οι βασικές αρχές της υγείας είναι ότι:

1. Η υγεία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ευτυχία και την πρόοδο των λαών. Η ατομική αλλά και η κοινωνική ευημερία και ευτυχία εξαρτώνται, σε πολύ μεγάλο βαθμό, από την υγεία, η οποία καθορίζει τα όρια της ανθρώπινης δραστηριότητας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Επιπλέον, σε επίπεδο οικονομικής ανάλυσης, η υγεία αποτελεί ικανή και αναγκαία συνθήκη για την αποδοτικότητα του συντελεστή «εργασία». Συνεπώς, αποτελεί και απαραίτητη προϋπόθεση για την οικονομική ανάπτυξη.
2. Η ατομική υγεία δεν είναι δυνατό και δε θα πρέπει να διαχωρίζεται από την υγεία του συνολικού πληθυσμού. Μεταξύ του ατόμου και του συνόλου, σε κάθε κοινωνικό σχηματισμό, υπάρχει αμφίδρομη σχέση εξάρτησης.
3. Η υγεία δεν αποτελεί αυτοσκοπό της ζωής αλλά το μέσο για τη δημιουργία μίας δραστήριας, αποδοτικής, ευτυχισμένης και παραγωγικής διαβίωσης.

4. Η κοινωνική ή η δημόσια υγεία δεν αποτελεί μόνο ένα επιστημονικό πρόβλημα, αλλά και κοινωνικό, την ευθύνη και την επίλυση του οποίου φέρει η συντεταγμένη κοινωνία, δηλαδή η πολιτεία.

Γενικά, το να είναι κάποιος υγιής σημαίνει να είναι ικανός να λειτουργεί καλά σωματικά και πνευματικά και να εκφράζει το πλήρες εύρος των δυνατοτήτων του μέσα στο περιβάλλον στο οποίο ζει. Η υγεία δεν είναι μία στατική κατάσταση αλλά, μία συνεχής διεργασία που βασίζεται από τη δυνατότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στο περιβάλλον το οποίο συνεχώς μεταβάλλεται. Τέλος, η υγεία, η ασθένεια και η νόσος δεν είναι ούτε στατικές ούτε σταθερές. Πίσω από κάθε κατάσταση παρατηρείται το φαινόμενο της συνεχούς αλλαγής.

(12),(29)

4.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Η αναγνώριση των παραγόντων που είτε θετικά, είτε αρνητικά επηρεάζουν την υγεία, είναι εξαιρετικής σημασίας καθώς κατά αυτόν τον τρόπο, οι στρατηγικές για την προστασία και τη διατήρηση της υγείας, μπορούν να είναι προσανατολισμένες στους παράγοντες αυτούς.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ως βασικές προϋποθέσεις για την υγεία, την ειρήνη, τη στέγαση, τη διατροφή, το εισόδημα, την εκπαίδευση, τη σταθερότητα του οικοσυστήματος, την ύπαρξη επαρκών πόρων, την κοινωνική δικαιοσύνη, το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την ισότητα, ενώ αναφέρει τη φτώχεια ως μία από τις μεγαλύτερες απειλές για την υγεία.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι όλες οι παρακάτω κατηγορίες παραγόντων είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν, δημιουργώντας έτσι ένα πλέγμα παραγόντων.

1. Ατομικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά και επιλογές στο τρόπο ζωής. Η διατροφή, η φυσική άσκηση, η χρήση καπνού, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών, αποτελούν συμπεριφορές οι οποίες, όπως βιβλιογραφικά έχει τεκμηριωθεί, επηρεάζουν τα επίπεδα υγείας.

2. Βιολογικοί παράγοντες. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και κληρονομικά χαρακτηριστικά.

3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες. Παράγοντες που σχετίζονται με το οικοσύστημα περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία.

4. Παράγοντες του άμεσου περιβάλλοντος. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται παράγοντες που σχετίζονται με το άμεσο περιβάλλον του ατόμου, όπως η κατοικία, η εργασία, η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

5. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες. Η ανάπτυξη, η φτώχεια, η εργασία, η εκπαίδευση, το κοινωνικό στρες, οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες, ο κοινωνικός αποκλεισμός, το αναπτυξιακό ιστορικό και οι συνθήκες διαβίωσης στα πρώτα χρόνια ζωής, αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα των παραγόντων αυτής της κατηγορίας. ⁽²⁹⁾

4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή και στην προστασία της υγείας

Αν και οι νοσηλευτές συνήθως εργάζονται με τους ανθρώπους σε σχέση <<ένας προς έναν>>, σπάνια εργάζονται σε απομόνωση. Οι νοσηλευτές συνεργάζονται με άλλους νοσηλευτές, ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, διατροφολόγους, ψυχολόγους, θεραπευτές, άτομα και ομάδες κοινότητας. Οι νοσηλευτές πληρούν τους ρόλους της στήριξης, του διαχειριστή φροντίδας, του συμβούλου, του παροχέα υπηρεσιών, του επιμορφωτή, του θεραπευτή και του ερευνητή.

- **Στήριξη**

Στο ρόλο της στήριξης οι νοσηλευτές βοηθούν τα άτομα να αποκτήσουν ό,τι τους είναι καθορισμένο να λάβουν από το σύστημα φροντίδας υγείας, προσπαθούν να κάνουν το σύστημα πιο ανταποκρινόμενο στον πελάτη και στις ανάγκες της κοινότητας και βοηθούν τους πελάτες να αναπτύξουν τις δεξιότητες για να στηρίζουν τον εαυτό τους. Οι νοσηλευτές, μέσα από το ρόλο της στήριξης, προσπαθούν να εξασφαλίσουν ότι όλοι οι άνθρωποι λαμβάνουν ποιότητα, κατάλληλη και συμφέρουσα φροντίδα.

- **Διαχειριστής της φροντίδας**

Οι νοσηλευτές λειτουργούν ως διαχειριστές φροντίδας για να προλάβουν την αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών και για να μειώσουν το κόστος. Η βάση για τον διαχειριστή φροντίδας είναι τα δεδομένα. Πληροφορίες που έχουν συλλεγεί από αξιόπιστες πηγές κάνουν ικανό τον διαχειριστή φροντίδας να βοηθήσει τα άτομα να αποφύγουν φροντίδα που δε στηρίζεται σε αποδείξεις αξιόπιστες. Η επιτυχημένη διαχείριση φροντίδας εξαρτάται από τη συνεργατική σχέση ανάμεσα στο διαχειριστή φροντίδας, άλλους νοσηλευτές και ιατρούς, το άτομο και την οικογένειά του, αυτόν που καταβάλλει τα έξοδα και άλλους χορηγούς φροντίδας υγείας που εργάζονται με το άτομο.

- **Σύμβουλος**

Οι νοσηλευτές πιθανόν να ενεργήσουν ως σύμβουλοι για να παρέχουν γνώση για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου στα άτομα και στις ομάδες. Όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να αναπτύξουν δεξιότητες συμβούλου οι οποίες μπορούν να ολοκληρωθούν στην πρακτική και να επιτρέψουν στο νοσηλευτή να επωφελείται των ευκαιριών να παρέχει στήριξη στο επίπεδο του πελάτη και μελλοντική ανάπτυξη σε οργανωτικό επίπεδο.

- **Παροχέας υπηρεσιών**

Ο πυρηνικός ρόλος του νοσηλευτή είναι η παροχή άμεσων υπηρεσιών όπως η επιμόρφωση για την υγεία, εμβόλια γρίπης και συμβουλευτική για την προαγωγή της υγείας. Ορατή, άμεση παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας είναι το θεμέλιο για τη δημόσια εικόνα της νοσηλευτικής.

- **Επιμορφωτής**

Τα συστατικά της υγείας, όπως η καλή διατροφή, η ασφάλεια των δρόμων, οι εμβολιασμοί και η θεραπεία με φάρμακα, πρέπει να είναι εντός του ελέγχου όλου του πληθυσμού. Ακόμα και με τις πλούσιες πηγές της η κοινωνία δεν υλοποιεί το στόχο της μέγιστης υγείας για όλους. Το πρόβλημα δεν είναι η έλλειψη γνώσεων αλλά, μάλλον η έλλειψη εφαρμογής. Για το λόγο αυτό είναι επιβεβλημένο στους νοσηλευτές να είναι εξαιρετικοί επιμορφωτές υγείας. Για να διδάξει αποτελεσματικά ένας νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει ουσιαστικά πράγματα για τη διαδικασία διδασκαλίας μάθησης. Για να επεκτείνουν τις επιλογές τους σε μεθόδους διδασκαλίας, οι νοσηλευτές διερευνούν τη βιβλιογραφία να βρουν διάφορους τρόπους να παρουσιάσουν πληροφορίες και δεδομένα για την υγεία. Η προαγωγή της υγείας και η προστασία στηρίζονται κυρίως στην ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί την κατάλληλη γνώση. Η επιμόρφωση της υγείας είναι μία από τις κύριες τεχνικές πρόληψης, διαθέσιμες για να αποφευχθούν οι μείζονες αιτίες αναπηρίας και θανάτου σήμερα. Επίσης, η επιμόρφωση της υγείας είναι κριτικής σημασίας καθήκον των νοσηλευτών.

- **Θεραπευτής**

Ο ρόλος του θεραπευτή απαιτεί από το νοσηλευτή να βοηθήσει τον πελάτη να επιστρέψει στη φυσική κατάσταση αυτού του ατόμου διαμέσου της ολοκλήρωσης και της ισορροπίας διαφόρων μερών. Η θεραπεία ενυπάρχει στην ικανότητα του νοσηλευτή να ρίχνει μία ματιά ή να αισθάνεται το «εσωτερικό» της φροντίδας του ατόμου, να αισθάνεται και να ανακαλύπτει ότι κάτι ξέφυγε ή υποεκτιμήθηκε και να ενσωματώνει τη συγκεκριμένη διορατικότητα σε ένα σχέδιο φροντίδας που βοηθά το άτομο να αναπτύξει την ικανότητα να θεραπευτεί. Οι νοσηλευτές είναι «καλλιτέχνες» που έχουν την ειδική ικανότητα να βοηθούν ανθρώπους να θεραπευθούν.

- **Ερευνητής**

Στο σημερινό περιβάλλον φροντίδας υγείας, οι νοσηλευτές σταθερά προσπαθούν να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τα ευρήματα της έρευνας τα οποία θα αυξήσουν την ποιότητα και την αξία της φροντίδας του πελάτη. Για να παρασχεθεί άριστη φροντίδα υγείας οι νοσηλευτές χρειάζεται να χρησιμοποιούν τα ευρήματα της έρευνας ως θεμέλιο για να λαμβάνουν αποφάσεις. Οφείλουν να αναγνωρίζουν τη σημασία της έρευνας ως τη βάση για την πρακτική τους και γι' αυτό συχνά συμμετέχουν στην ερευνητική διαδικασία συγκεντρώνοντας δεδομένα. Αυτά τα δεδομένα χρησιμοποιούνται ως μέρος της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας για να καταδείξουν τομείς για τη βελτίωση στη φροντίδα και επομένως συνεισφέρουν στα πρωτόκολλα της νοσηλευτικής. Διαμέσου της γνώσης της έρευνας οι νοσηλευτές μπορούν να ενδυναμώσουν την αυτοπεποίθησή τους στη λήψη αποφάσεων για την ποιότητα φροντίδας.⁽¹²⁾

4.6 Η προαγωγή της υγείας ως ηθική προσπάθεια

Η προαγωγή της υγείας αποτελεί την καλύτερη υπόσχεση για μεθόδους περιορισμένου κόστους, που περιορίζουν τη σταθερή αύξηση στο κόστος της φροντίδας υγείας και προσφέρουν στα άτομα τη δυνατότητα να είναι υπεύθυνοι για πλευρές της ζωής τους που μπορούν να αυξήσουν το *καλώς έχουν*.

Η προαγωγή της ανθρώπινης υγείας είναι μία ηθική προσπάθεια. Μπορούμε να πούμε ότι είναι μία ηθική προσπάθεια διότι αφορά και στα δύο, μία κριτική των διευθετήσεων που διευκολύνουν ή εμποδίζουν το *καλώς έχουν* της κοινωνίας γενικά και των δραστηριοτήτων οι οποίες προάγουν, προστατεύουν και στηρίζουν την υγεία των ατόμων - μελών της κοινωνίας.

Η υγεία θεωρείται ένα ανθρώπινο αγαθό γιατί επιτρέπει στους ανθρώπους να ζούν καλά και να επιτυγχάνουν τους σκοπούς τους. Στο επίπεδο του ατόμου η προαγωγή της υγείας αφορά την παροχή υπηρεσιών που βοηθούν τους ανθρώπους να λειτουργούν με δεδομένες τις ιδιαίτερες συνθήκες. Αυτό χρειάζεται θεώρηση μίας σειράς επιδράσεων του ατόμου στην κατάσταση υγείας όπως νοητικοί, φυσικοί, πνευματικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες, καθώς και τις σχέσεις με άλλους (κοινωνικούς παράγοντες).

Ο σκοπός των προσπαθειών της προαγωγής της υγείας είναι να διαβεβαιώσει ότι τα άτομα έχουν ή θα έχουν πρόσβαση σε εργαλεία και στρατηγικές για να ζήσουν με το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ευεξίας. Οι προσπάθειες προαγωγής της υγείας διευθετούν περιβαλλοντικά εμπόδια στην ανθρώπινη υγεία όπως είναι η μόλυνση, διαφημιστικές καμπάνιες για βλαβερά προϊόντα και οικονομικές διαφορές. Η ευθύνη των νοσηλευτών για την προαγωγή της υγείας σχετίζεται με το βασικό δικαίωμα στην υγεία το οποίο πριν από πολλά χρόνια έχει αναγνωριστεί ως ένα από τα βασικά δικαιώματα για κάθε άνθρωπο. Το δικαίωμα στην υγεία αναγνωρίστηκε με την εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας, όπως, η υγιεινή και οι κανονισμοί παροχής νερού για να ελέγχεται η διάδοση των ασθενειών. Τα μέτρα αυτά προστατεύουν το δικαίωμα της μη υποβολής σε κίνδυνο της υγείας κάποιου από ενέργειες άλλων. Οι κυβερνήσεις αναγνωρίζουν το δικαίωμα αυτό με την ψήφιση νόμων για την πρόληψη ενεργειών κάποιων ατόμων που βλάπτουν την υγεία των άλλων. Όλες οι κοινωνίες προσδοκούν ότι οι αρχηγοί και οι κυβερνήσεις εισάγουν και επιβάλλουν τους νόμους αυτούς προκειμένου να βελτιώνουν την υγεία των ατόμων και ολόκληρης της κοινωνίας. Άλλα δικαιώματα δίνουν στους πολίτες τη δυνατότητα να αποκτήσουν ειδικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας ή πόρους από την κοινότητα.

Το δικαίωμα στην υγεία προστατεύεται από κείμενα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), όπως είναι ο ορισμός για την υγεία όπου αναφέρεται ότι «...η υγεία είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπινης ύπαρξης...» και της Διεθνούς Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Συνέλευσης του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, η οποία σημειώνει το δικαίωμα όλων των ανθρώπων «στην τροφή, στην ένδυση, στην κατοικία και

στην ιατρική φροντίδα» (UNESCO 1949). Το δικαίωμα στη φροντίδα υγείας αποτελεί δικαίωμα στα αγαθά και στις υπηρεσίες που θα διατηρήσουν ή θα βελτιώσουν την παρούσα κατάσταση υγείας των ατόμων. Το δικαίωμα αυτό δηλώνει ότι η πολιτεία και τα ιδρύματά της πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας τις οποίες ζητούν τα άτομα ή που δικαιούνται να έχουν.

Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να εκτείνονται από τη φροντίδα παιδιού και τον εμβολιασμό μέχρι τη φροντίδα στο σπίτι, στα γηροκομεία και στις πιο ανεπτυγμένες χώρες σε ακριβές υψηλής τεχνολογίας, πολύπλοκες διαδικασίες όπως η αιμοκάθαρση και η μεταμόσχευση οργάνων. Οι νοσηλευτές προάγουν το δικαίωμα στην υγεία και στη φροντίδα υγείας προάγοντας την υγεία των ατόμων ή των ομάδων. Η νοσηλευτική ευθύνει για την προαγωγή της υγείας ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων οικοδομείται πάνω στην ηθική έννοια της συνηγορίας.^{(12),(28)}

4.6.1 Ηθικά ζητήματα

Η ύπαρξη ηθικών αρχών είναι απαραίτητη, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να παίρνουν αποφάσεις, μέσα σε ένα πλαίσιο ηθικής. Υπάρχουν 4 βασικές ηθικές αρχές που χαρακτηρίζουν το χώρο της Προαγωγής της Υγείας και έχουν υιοθετηθεί από το ηθικό θεωρητικό υπόβαθρο που διακρίνει την ιατρική και τη νοσηλευτική επιστήμη.⁽²⁹⁾

- **Ο σεβασμός της αυτονομίας**

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να σέβονται το δικαίωμα της ατομικότητας και το δικαίωμα του ατόμου να καθορίζει μόνος του τη ζωή του. Τα όρια της αυτονομίας ενός ατόμου, τίθενται εκεί όπου οι πράξεις του μπορούν να βλάψουν κάποιον τρίτο. Σε κάθε περίπτωση, η αρχή της αυτονομίας υποστηρίζει, ότι τα άτομα δε θα πρέπει να δρουν υπό αισθήματα φόβου ή πίεσης, προκειμένου να λάβουν κάποια απόφαση. Ο επαγγελματίας υγείας δε θα πρέπει να πιέζει τα άτομα να αποδεχτούν τη δική του άποψη, να απορρίπτει τις απόψεις του κοινού δίχως κατάλληλη επιχειρηματολογία, ή να ακολουθεί δογματικές τεχνικές επικοινωνίας.

- **Μη βλάπτειν**

Οι νοσηλευτικές ενέργειες που προάγουν την υγεία είναι σαφές ότι υποστηρίζονται από τις ηθικές αρχές της *αυτονομίας* (το καθήκον σεβασμού των αυτεξούσιων επιλογών), *ευεργεσίας* και *μη βλαπτικότητας* (το καθήκον να κάνεις καλό και να αποφεύγεις τη βλάβη). Ωστόσο, ηθικά ζητήματα εγείρονται και κατά την εφαρμογή αυτών των αρχών.

Σχετική με την αυτονομία είναι η αρχή της μη βλάβης που επιβάλλει στα άτομα να μη βλάπτουν τους άλλους. Γενικά στην κοινωνία, η αρχή αυτή περιορίζει τους ανθρώπους από αυτόνομες πράξεις όταν αυτές οι πράξεις είναι πιθανόν να βλάπτουν άλλους. Για την προαγωγή της υγείας αυτό σημαίνει ότι ο σχεδιασμός δραστηριοτήτων είτε σε ατομικό επίπεδο είτε σε κοινωνικό επίπεδο, οι πιθανές βλάβες πρέπει να ελαχιστοποιούνται. Μερικές

βλάβες είναι αποδεκτές όταν τα συνολικά οφέλη ξεπερνούν τους κινδύνους των πράξεων. Οι βλάβες μπορεί να είναι σκόπιμες ή μη σκόπιμες. Είναι συχνά αδύνατο να προβλέψει κανείς όλους τους κινδύνους μίας δεδομένης σειράς πράξεων. Όμως οι επαγγελματίες που δεσμεύονται σε προσπάθειες προαγωγής της υγείας είναι υπεύθυνοι για την πρόβλεψη προβλεπόμενων αρνητικών συνεπειών και για τη λήψη αυτών υπόψη τους.

Οι νοσηλευτές και οι συνεργαζόμενοι επαγγελματίες μπορούν να προκαλέσουν βλάβη ακούσια εξαιτίας άγνοιας ή ανικανότητας, ή διαμέσου παραπομπής σε άλλον πάροχο που είναι ανίκανος ή ακατάλληλος, καθώς και με την ανεπαρκή επίβλεψη ή εκπαίδευση αυτών που είναι υπό την επίβλεψη κάποιου. Ένας επαγγελματίας φροντίδας υγείας που γνήσια προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει τις βλάβες που είναι απαραίτητες για την παραγωγή ενός μεγαλύτερου καλού (ευεργετικότητα), λειτουργεί με βάση την αρχή της μη βλάβης εάν τα αποτελέσματα είναι πιο ευεργετικά παρά βλαπτικά. Το καθήκον της μη βλάβης, σημαίνει ότι οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας είναι υπεύθυνοι να προβλέπουν τις συνέπειες των πράξεών τους όταν είναι δυνατόν. Και η σκόπιμη βλάβη και η βλάβη που προκαλείται από αδιάφορη ή ανίκανη λήψη απόφασης, πρέπει να θεωρούνται κακοήθεις και είναι ηθικά προβληματικές.

- **Ευεργετικότητα**

Η ευεργετικότητα είναι η ποιότητα ή η κατάσταση του να κάνει κανείς ή να παράγει καλό. Ως μία ηθική αρχή, η ευεργετικότητα μας παρουσιάζεται με το καθήκον να μεγιστοποιούμε τα οφέλη των πράξεων ενώ ελαχιστοποιούμε τα αρνητικά. Η αρχή της ευεργετικότητας μπορεί να κυβερνά πράξεις που προάγουν την υγεία εν συνόλω ή την ευεξία της κοινωνίας γενικά, ή μπορεί να κυβερνά πράξεις που προάγουν το καλό ενός συγκεκριμένου ατόμου. Όταν η κοινωνία σχηματίζει κανόνες που σχεδιάζονται να προστατεύουν τους ανθρώπους από τα αρνητικά αποτελέσματα των πράξεών τους, αυτοί οι κανόνες θεωρούνται ευεργετικοί.

Οι αρχές της ευεργετικότητας και της αυτονομίας μερικές φορές συγκρούονται. Η αρχή της ευεργετικότητας, όταν χρησιμοποιείται για να δικαιολογήσει την παραμέτρηση της αυτόνομης επιλογής με σκοπό να υπηρετηθούν τα συμφέροντα του ατόμου, είναι μερικές φορές δικαιολογημένη όταν το άτομο δεν έχει την ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις προσωπικές ή φροντίδας υγείας. Έτσι οποιοιδήποτε παράγοντες εμπλέκονται με την αυτονομία (νοητική υστέρηση, έλλειψη κατανόησης), μπορεί να απαιτούν από τον πάροχο φροντίδας υγείας να παραμερίζει, για λόγους ευεργεσίας, τις αποφάσεις του ατόμου.

Οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας έχουν αυξημένα καθήκοντα ευεργετικότητας, διότι οι επαγγελματικοί τους στόχοι αφορούν στην εκπλήρωση των αναγκών φροντίδας υγείας και έτσι αποσκοπούν στο να παράγουν καλό. Για αυτούς τους λόγους η ευεργετικότητα είναι μία ηθική προσδοκία των επαγγελματιών φροντίδας υγείας. Επιπλέον, οι δύο αρχές κλειδιά που θεμελιώνουν την ηθική πρακτική στη νοσηλευτική και στη φροντίδα υγείας είναι εκείνες της ευεργεσίας και της μη βλαπτικότητας. Αν και είναι σαφές ότι οι δύο αρχές αυτές συνδέονται,

ωστόσο διαφέρουν και είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται αυτή η διαφοροποίηση όταν χρησιμοποιούνται για να καθοδηγήσουν την ηθική συμπεριφορά. Το να ενεργεί κανείς με βάση τις αρχές αυτές, σημαίνει είτε βοήθεια των άλλων να επιτύχουν αυτό που είναι ωφέλιμο γι' αυτούς, ή εμπλοκή σε συμπεριφορές που είτε προλαμβάνουν ή μειώνουν τους κινδύνους βλάβης για τους ασθενείς.

Η εφαρμογή των αρχών αυτών στη νοσηλευτική πρακτική συχνά προκαλεί δύσκολα προβλήματα στους νοσηλευτές. Για παράδειγμα, δεν είναι πάντα σαφές εάν ο νοσηλευτής υποχρεούται να μελετήσει όλους τους τρόπους με τους οποίους ο ασθενής πιθανόν να ευεργετηθεί και να μην υποφέρει. Ένα δεύτερο πρόβλημα στην εφαρμογή αυτών των αρχών, είναι η απόφαση εάν η υποχρέωση για την ευεργεσία των ασθενών αποτελεί προτεραιότητα έναντι της υποχρέωσης για αποφυγή βλάβης. Πάντως, το καθήκον της μη βλαπτικότητας θεωρείται ισχυρότερο από το καθήκον της ευεργεσίας. ^{(12),(28)}

- **Η αρχή της δικαιοσύνης**

Η αρχή της δικαιοσύνης ότι όλα τα άτομα αντιμετωπίζονται ισότιμα και θεωρούνται ίσα. Στα πλαίσια της προαγωγής υγείας η αρχή αυτή βρίσκει εφαρμογή στην προσφορά κατάλληλων υπηρεσιών σε όλα τα άτομα, ίδιες ευκαιρίες πρόσβασης σε αυτές και αντιμετώπιση όλων των ανισοτήτων. ⁽²⁹⁾

4.7 Προαγωγή της υγείας της κοινότητας

Η νοσηλευτική της υγείας της κοινότητας θεωρείται ως η σύνθεση της νοσηλευτικής πρακτικής και των εννοιών της δημόσιας υγείας, που εφαρμόζονται, για να προάγουν την υγεία των πληθυσμών. Δεν είναι περιορισμένη σε κάποιο συγκεκριμένο άτομο ή σε ομάδα ατόμων. Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέχει στην κοινότητα σε κίνδυνο, τις απαραίτητες επιμορφωτικές πληροφορίες για να αναπτύξουν δεξιότητες και στάσεις, προσανατολισμένες προς την υγεία και σχετικές αλλαγές συμπεριφοράς.

Ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να περιλαμβάνει ανεξάρτητες, αλληλοεξαρτώμενες και εξαρτώμενες λειτουργίες, οι οποίες συνήθως αλληλοεπικαλύπτονται. Οι ανεξάρτητες λειτουργίες περιλαμβάνουν εκτίμηση, ανάλυση, διάγνωση, σχεδιασμό, εφαρμογή και αξιολόγηση των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, όπως της προαγωγής της υγείας και της επιμόρφωσης για την υγεία. Οι αλληλοεξαρτώμενες λειτουργίες περιλαμβάνουν συνεργασία με μέλη της κοινότητας και διεπιστημονικές λειτουργίες ομάδας, που είναι κριτικής σημασίας, για αποτελεσματική υγεία της κοινότητας. Η προαγωγή της υγείας της κοινότητας περιλαμβάνει όλα τα ακόλουθα:

- Συμμετοχή της κοινότητας με αντιπροσώπους από τρεις τομείς της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων της κυβέρνησης, της παιδείας, των επιχειρήσεων, των θρησκευτικών

οργανισμών, της φροντίδας υγείας, των μέσων επικοινωνίας, των εθελοντικών οργανισμών και του δημοσίου.

- Εκτίμηση, που καθοδηγείται από την εκτίμηση της κοινότητας και το μοντέλο σχεδιασμού, για να καθοριστούν τα προβλήματα υγείας, οι πηγές, οι αντιλήψεις και οι προτεραιότητες για δράση.
- Επιλεγμένοι και μετρήσιμοι στόχοι για να διαχειριστούν τα αποτελέσματα υγείας, τους παράγοντες κινδύνου, τη δημόσια ενημέρωση, τις υπηρεσίες και την προστασία.
- Κατανοητές, πολλών απόψεων και πολιτισμικά σχετικές παρεμβάσεις, που έχουν πολλούς στόχους για αλλαγή.
- Παρακολούθηση και αξιολόγηση των διαδικασιών για να καθοριστεί, αν οι στόχοι έχουν επιτευχθεί.⁽¹²⁾

4.8 Εκπαίδευση της υγείας

Η εκπαίδευση της υγείας είναι «οποιοσδήποτε συνδυασμός σχεδιασμένων εμπειριών εκμάθησης, που βασίζονται σε εύλογες θεωρίες, οι οποίες παρέχουν στα άτομα, στις ομάδες και στις κοινότητες την ευκαιρία να αποκτήσουν τις πληροφορίες και τις δεξιότητες, που χρειάζονται για τη λήψη αποφάσεων ποιότητας της υγείας» (WURZBACH, 2004).

Αυτή η διαδικασία αφορά διάφορα σημεία-κλειδιά. Πρώτον, η εκπαίδευση της υγείας αφορά τη χρήση στρατηγικών διδασκαλίας-εκμάθησης. Δεύτερον, οι μαθητές διατηρούν εκούσιο έλεγχο στην απόφαση να κάνουν εκούσιες αλλαγές στις πράξεις τους. Τρίτον, η εκπαίδευση της υγείας εστιάζεται στις συμπεριφορολογικές αλλαγές, που έχουν βρεθεί ότι βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας. Επίσης, ενθαρρύνονται οι θετικές, ενημερωμένες αλλαγές στις συμπεριφορές του τρόπου ζωής, που προλαμβάνουν την οξεία και τη χρόνια νόσο, μειώνουν την ανικανότητα και αυξάνουν την ευεξία.

Οι νοσηλευτές ως εκπαιδευτές παίζουν ρόλο-κλειδί για τη βελτίωση της υγείας του έθνους. Η εκπαίδευση των ανθρώπων είναι ένα αναπόσπαστο μέρος του ρόλου του νοσηλευτή σε κάθε χώρο πρακτικής, σχολεία, κοινότητες, χώρους εργασίας, χώρους φροντίδας της υγείας και οικίες. Η εκπαίδευση για την υγεία αφορά όχι μόνο την παροχή των σχετικών πληροφοριών, αλλά επίσης, τη διευκόλυνση της αλλαγής της συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιώντας αρχές εκπαίδευσης, μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους για την επίτευξη στόχων με έναν τρόπο, που είναι συνεπής με τους προσωπικούς τρόπους ζωής, τις αξίες και τις πεποιθήσεις. Η εκπαίδευση των ανθρώπων περιλαμβάνει ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα της υγείας τους και τη θεραπεία, την προαγωγή της υγείας, τη πρόληψη της νόσου και την επίτευξη ειρηνικού θανάτου.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να στηρίζει το δικαίωμα των ατόμων να γνωρίζουν την κατάσταση της υγείας τους, να εκτιμά και να βοηθά τη φυσική, ψυχολογική και πνευματική

απάντηση σε αυτή τη γνώση. Η εκπαίδευση για την υγεία ενθαρρύνει την αυτοφροντίδα και την αυτοενδυνάμωση και τελικά, τη λιγότερη εξάρτηση από το σύστημα φροντίδας της υγείας. Επίσης, διευκολύνει την ανάπτυξη της γνώσης για την υγεία, τις δεξιότητες και τις στάσεις διαμέσου της εφαρμογής θεωριών ή μοντέλων. Από την προοπτική της δημόσιας υγείας, τα προγράμματα εκπαίδευσης για την υγεία αποσκοπούν όχι μόνο στο να αυξήσουν τις ικανότητες του ατόμου να κάνει θετικές αλλαγές του τρόπου ζωής, αλλά, επίσης, να στηρίζουν κοινωνικές και πολιτικές πράξεις, που προάγουν την υγεία και την ποιότητα ζωής στις κοινότητες.

Ο στόχος της εκπαίδευσης της υγείας είναι να βοηθήσει τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες να επιτύχουν, διαμέσου των δικών τους εθελοντικών πράξεων, συμπεριφορών και πρωτοβουλιών, άριστες καταστάσεις υγείας. Από τους επαγγελματίες της υγείας οι νοσηλευτές καταναλώνουν τον περισσότερο χρόνο στην άμεση επαφή με τα άτομα, έχουν πολλές ευκαιρίες να αναγνωρίσουν την ανάγκη για γνώση και μία ετοιμότητα να μαθαίνουν νέες πληροφορίες και συμπεριφορές.

Όσο πιο ακριβής είναι η ανάλυση των εκπαιδευτικών πλευρών ενός προγράμματος προαγωγής της υγείας και η εκτίμηση των χαρακτηριστικών και των αναγκών μάθησης του επιλεγμένου ακροατηρίου, τόσο πιο αποτελεσματική είναι μία εκπαιδευτική παρέμβαση για να επιδράσει στις συμπεριφορές υγείας. Οι αρχές της εκπαίδευσης της υγείας αποτελούν μία γενική βάση για την εφαρμογή μίας ποικιλίας θεμάτων σχετικών με την υγεία, όπως η πρόληψη ατυχημάτων και πρώτες βοήθειες, εκπαίδευση για την υπέρταση, διατροφή και φυσική κατάσταση, διαχείριση της πίεσης, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλική διαπαιδαγώγηση και εκπαίδευση πελατών σε τομείς, που περιλαμβάνουν το διαβήτη και την αρθρίτιδα.

Ο σχεδιασμός για τη διδασκαλία ενός ατόμου, είναι διαφορετικός από το σχεδιασμό για τη διδασκαλία μίας ομάδας. Οι παρεμβάσεις σε ομάδα μπορούν να κυμαίνονται από καθοδηγούμενες συζητήσεις ανησυχιών, που προκύπτουν από την ομάδα, σε πιο δομημένη εμπειρία μάθησης, που αφορά παρουσιάσεις, πράξεις δεξιοτήτων και ασκήσεις στάσης-ενημέρωσης. Το εύρος των στρατηγικών της εκπαίδευσης της υγείας παρέχει στους νοσηλευτές τεχνικές μεθόδους, που είναι εφαρμόσιμες σε χώρους υπηρεσιών της υγείας, σχολεία, χώρους εργασίας και άλλες εγκαταστάσεις της κοινότητας.⁽¹²⁾

4.9 Η αγωγή υγείας στο σχολείο

Η αγωγή υγείας αποτελεί ένα σύνολο μορφωτικών δραστηριοτήτων, οι οποίες απευθύνονται είτε σε άτομα, είτε στις κοινότητες και σχετίζονται με την πρόληψη της ασθένειας ή της βλάβης και με την προαγωγή μίας θετικής υγείας. Αυτές οι μορφωτικές δραστηριότητες είναι δυνατό να αναπτυχθούν από συγκεκριμένους φορείς και σε συγκεκριμένους χωροχρόνους του κοινωνικού οικοδομήματος.

Οι φορείς αυτοί μπορεί να είναι η οικογένεια ή οι ομάδες των συνομηλίκων, αλλά και ιδιωτικοί ή δημόσιοι φορείς, όπως το σχολείο. Εξάλλου η αγωγή αποτελεί μία κοινωνική δράση, η οποία δεν εγκλωβίζεται σε στεγανούς χωροχρόνους και τυποποιημένες κοινωνικές πρακτικές. Πρόκειται για μία πολυσχιδή διαδικασία που είναι παρούσα σε κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου και μετέρχεται μίας τεράστιας ποικιλίας μεθόδων και τεχνικών προκειμένου να πετύχει τους στόχους της, οι οποίοι είναι κοινωνικά προσδιορισμένοι. Έτσι, οι φορείς αγωγής μπορεί να είναι όλα τα άτομα που συναναστρεφόμαστε και είναι σε θέση να μας μεταλαμπαδεύσουν γνώσεις, στάσεις, αντιλήψεις, δεξιότητες και αξίες που θα μας επιτρέψουν να αναπτυχθούμε ολόπλευρα και να ενταχθούμε ομαλά στο κοινωνικό σύνολο. Το σχολείο το οποίο αποτελεί την έκφραση της συστηματικής και τυπικά διαρθρωμένης διαδικασίας της αγωγής αναλαμβάνει τη διαπαιδαγώγηση, την κοινωνικοποίηση, τη μόρφωση και την εκπαίδευση του νεαρού κοινωνού. Το σχολείο είναι σε θέση να επιτύχει με υψηλότερο ποσοστό αποτελεσματικότητας τους στόχους της Αγωγής Υγείας και αυτό οφείλεται κυρίως στους εξής παράγοντες:

1. Υιοθέτηση τυποποιημένων και λιγότερο ή περισσότερο οργανωμένων μορφών δράσης.
2. Χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων που θα του επιτρέψουν την επίτευξη των στόχων του.
3. Υποχρέωση των παιδιών να ενταχθούν στις σχολικές μονάδες για τουλάχιστον εννέα χρόνια.
4. Ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δυναμικών που διαμορφώνουν το κατάλληλο κλίμα μάθησης και καλλιέργειας των αντιλήψεων, στάσεων, αξιών, που η κοινωνία θεωρεί ως απαραίτητες για την κοινωνικοποίηση και την ομαλή ένταξη του παιδιού στους κόλπους της.
5. Ύπαρξη δυνατότητας ικανοποιητικού ελέγχου τόσο των διαδικασιών που επιστρατεύει, όσο και των παραγόμενων αποτελεσμάτων. Η δυνατότητα αυτή δε δίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στους άλλους φορείς της αγωγής.

Το σχολικό σύστημα βρίσκεται σε στενή συνάφεια με τη διαδικασία της Αγωγής της Υγείας για τρεις βασικούς λόγους:

1. Τα παιδιά και οι έφηβοι βρίσκονται σε ηλικία διαμόρφωσης της προσωπικότητας που είναι κρίσιμη για την απόκτηση της κατάλληλης «ισορροπίας» για την υγεία. Βιώνουν τις σχέσεις τους με το περιβάλλον και μαθαίνουν να το αντιμετωπίζουν σωματικά και νοητικά. Η Αγωγή Υγείας πρέπει να βοηθήσει τον έφηβο να αποκτήσει αντίληψη και γνώση του εαυτού του και του σώματός του και να αντιμετωπίσει τους κανόνες και τις επιδράσεις του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντός του.

2. Αυτή η ηλικία είναι επίσης κρίσιμη για τη διαμόρφωση των στάσεων που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει το παιδί να αισθάνεται ευχάριστα αποκτώντας θετικές για την υγεία συνήθειες ή να αντιμετωπίζει κριτικά αρνητικές επιδράσεις. Σ' αυτή την ηλικία η πράξη είναι πολύ σημαντική για τη μάθηση και η Αγωγή Υγείας στα σχολεία εστιάζεται στην πρακτική εφαρμογή για την ανάπτυξη δεξιοτήτων που αφορούν την υγεία.

3. Η σχολική περίοδος χαρακτηρίζεται από τη χρήση μεθόδων μάθησης που θα βοηθήσουν τους μαθητές να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα κατά την κοινωνικοποίησή τους. Τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν την ικανότητα της κριτικής μάθησης που είναι πρωταρχικής σημασίας για την Αγωγή Υγείας.

Η Αγωγή Υγείας στο σχολείο στοχεύει στο να αποκτήσουν οι μαθητές τις απαραίτητες πληροφορίες και ικανότητες, ώστε να γίνουν υγιείς ενήλικες και να μάθουν να επιλέγουν ή να μην επιλέγουν συγκεκριμένες μορφές συμπεριφοράς. Η σχολική Αγωγή Υγείας έχει δύο κύριους στόχους:

1. Να απευθυνθεί στα παιδιά όλων των κοινωνικών τάξεων που είναι συγκεντρωμένα και προσιτά μέσα στο σχολείο, ανεξάρτητα από το πνευματικό επίπεδο των γονιών τους.
2. Να φτάσει στα παιδιά πριν αυτά αποκτήσουν αρνητικές για την υγεία τους συνήθειες και σε μία περίοδο που το πνεύμα τους είναι ακόμα δεκτικό σε μηνύματα. ⁽²⁸⁾

4.10 Ο ρόλος του εκπαιδευτικού στη σχολική Αγωγή Υγείας

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών, στα σχολεία που προάγουν την υγεία, αποκτά μία διαφορετική διάσταση. Η συμπεριφορά των εκπαιδευτικών αναδεικνύεται σε κεντρικό άξονα για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς των μαθητών και την υιοθέτηση αξιών, στάσεων και συμπεριφορών. Είναι γνωστό ότι ο τρόπος συμπεριφοράς των εκπαιδευτικών, οι στάσεις που υιοθετούν και οι αξίες που πρεσβεύουν επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τους μαθητές τους. Και είναι κοινώς παραδεκτό ότι οι εκπαιδευτικοί πολλές φορές υποτιμούν τη δυναμική της δικής τους συμπεριφοράς ως προς τον επηρεασμό της συμπεριφοράς και των στάσεων των μαθητών τους.

Συχνά, ξεχνούν ότι οι μαθητές τους δεν παύουν ποτέ να παρατηρούν ή και να μιμούνται τη συμπεριφορά τους, τις στάσεις τους και τις συνήθειές τους. Η συμπεριφορά των εκπαιδευτικών θα πρέπει να αποτελεί το βασικότερο «εποπτικό μέσο» ή διδακτικό εργαλείο για την εμπέδωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής εκ μέρους των μαθητών. Ταυτόχρονα, το σχολείο θα πρέπει να εξασφαλίσει τη συμμετοχή όλων των φορέων που θα μπορούσαν να βοηθήσουν να επιτύχει τους στόχους του, από ειδικευμένους επαγγελματίες, κρατικούς και κοινοτικούς φορείς μέχρι τους γονείς και διεθνείς οργανισμούς.

Ο εκπαιδευτικός που ασχολείται με την Αγωγή της Υγείας θα πρέπει να είναι:

- **Παιδαγωγός**

Αυτή είναι η βασική αποστολή του εκπαιδευτικού, να παιδαγωγήσει και όχι μόνο να μεταφέρει και να αναπαράγει τις γνώσεις που προδιαγράφει το Αναλυτικό Πρόγραμμα.

- **Καθοδηγητής**

Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο να μιμούνται οι μαθητές τους εκπαιδευτικούς τους και να τους καθιστούν πρότυπα. Στην περίπτωση αυτή ο ρόλος του εκπαιδευτικού είναι κρίσιμος, γιατί θα πρέπει να τους καθοδηγεί με μαεστρία, ευαισθησία και ιδιαίτερη προσοχή. Θα πρέπει να είναι ο καθοδηγητής τους τόσο στον κόσμο της γνώσης όσο και στον κοινωνικό κόσμο, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές αξίες.

- **Οργανωτής**

Ο εκπαιδευτικός είναι ο φυσικός ηγέτης της κοινωνικής ομάδας που σχηματίζει η σχολική τάξη. Από αυτό το ρόλο προκύπτει η δυνατότητά του να οργανώνει την εκπαιδευτική διαδικασία σύμφωνα με τα πρότυπα που θέτει το σχολικό σύστημα. Παράλληλα οργανώνει κοινωνικά τους μαθητές δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες για την ομαλή και αποτελεσματική κοινωνικοποίησή τους και δημιουργεί το πρόσφορο κλίμα για την ανάπτυξη των κοινωνικών και εκπαιδευτικών διαδικασιών.

- **Ισότιμο μέλος της ομάδας**

Παρά την ηγετική του θέση, ο εκπαιδευτικός μέσα από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες της Αγωγής Υγείας πλησιάζει τους μαθητές. Γίνεται και αυτός ισότιμο μέλος της ομάδας της σχολικής τάξης. Αυτός είναι ο καλύτερος τρόπος να προσεγγίσει τους μαθητές ώστε να μπορέσει να φέρει εις πέρας και με υψηλό ποσοστό αποτελεσματικότητας τα προγράμματα Αγωγής Υγείας που απαιτούν από τη φύση τους ένα διαφορετικό ρόλο για τον εκπαιδευτικό.

- **Εμψυχωτής**

Η ομάδα της σχολικής τάξης, αλλά και ο κάθε μαθητής ξεχωριστά χρειάζονται τη συμπαράσταση και τη βοήθεια του εκπαιδευτικού. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να εμψυχώσει τους μαθητές να εδραιώσουν νέες στάσεις ζωής. Αυτές που θα προστατέψουν και θα βελτιώσουν όχι μόνο τη δική τους υγεία, αλλά και την υγεία των γύρω τους.

- **Ερευνητής**

Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει και ο ίδιος να ανακαλύψει τις γνώσεις που θα του χρειαστούν για να διεκπεραιώσει τη διδασκαλία του. Θα πρέπει να ερευνήσει, να συλλέξει πληροφορίες, να τις αναλύσει, να τις αξιολογήσει επιστημονικά και παιδαγωγικά και να τις παρουσιάσει στους μαθητές του.

- **Φίλος**

Ο εκπαιδευτικός με την Αγωγή Υγείας έρχεται πολύ κοντά με τους μαθητές, που θα πρέπει να τον νιώθουν και ως φίλο τους για να τον εμπιστευτούν και να συμμετάσχουν άνετα στην εκπαιδευτική διαδικασία που θα επιλέξει.

- **Μεταρρυθμιστής**

Δεν είναι λίγες οι φορές που ο εκπαιδευτικός νιώθει ότι πρέπει να αλλάξουν κάποια πράγματα είτε για να κάνει καλύτερα τη δουλειά του είτε γιατί βλέπει γύρω του δυσάρεστες κοινωνικές καταστάσεις. Θα πρέπει λοιπόν να πάρει πρωτοβουλίες τόσο σε θέματα που αφορούν την εκπαιδευτική διαδικασία, όσο και σε θέματα που αφορούν τον κοινωνικό στίβο.

(29)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

5.1 Μεθοδολογία της 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. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Μάρτιο 2014 έως Μάιο του 2014. Ήταν μια περιγραφική έρευνα που στόχο είχε τη διερεύνηση των γνώσεων των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης πάνω σε θέματα πρώτων βοηθειών.⁽³⁰⁾

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να διαπιστώσουμε το επίπεδο ενημέρωσης των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης πάνω σε θέματα Πρώτων Βοηθειών, να διερευνήσουμε τον βαθμό των γνώσεών τους στα ζητήματα αυτά, αλλά και τον τρόπο που οι ίδιοι θα παρέμβαιναν σε περίπτωση που παρουσιαζόταν ανάγκη.

Δείγμα για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας, επομένως, αποτέλεσαν οι εκπαιδευτικοί Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης όλων των ειδικοτήτων (φιλόλογοι, μαθηματικοί, φυσικοί κτλ.) σε γυμνάσια, λύκεια, ΕΠΑ.Λ και ΕΠΑ.Σ του νομού Αχαΐας (Αίγιο, Πάτρα) και Μεσσηνίας (Καλαμάτα, Κυπαρισσία). Για τη δειγματοληψία της έρευνάς μας, θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε την ποιοτική μέθοδο με την χρήση συνεντεύξεων, ή τη ποσοτική μέθοδο με τη διανομή ερωτηματολογίων. Προτιμήσαμε όμως την χρήση των ερωτηματολογίων, αφού γνωρίζαμε εξ' αρχής πως ο φόρτος εργασίας των εκπαιδευτικών είναι μεγάλος, τα διαλείμματα σύντομα και δε θέλαμε σε καμία περίπτωση να τους διακόψουμε εν ώρα μαθήματος. Χρησιμοποιήσαμε δειγματοληψία ευκολίας, μη πιθανότητας (202 ερωτηματολόγια) για λόγους:

- Ευκολίας στην καταμέτρηση
- Ευκολίας στην αξιολόγηση
- Χαμηλό οικονομικό κόστος
- Εύκολη συλλογή δεδομένων
- Εξοικονόμηση χρόνου

Για να γίνει εφικτή η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους εκπαιδευτικούς, χρειάστηκε η επίδειξη άδειας υπογεγραμμένης από την γραμματεία του τμήματος και από τον επιβλέποντα καθηγητή. Αφού μας παραχώρησαν την άδεια και οι διευθυντές των σχολείων, μπορέσαμε να προχωρήσουμε στη διανομή και συμπλήρωσή τους. Διευκρινίσαμε ότι πρέπει να υπάρχει εχεμύθεια ως προς τις απαντήσεις που δίνονται, χωρίς συνεργασία και η συμπλήρωση να γίνεται απευθείας μπροστά μας.

Κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων, δεν αντιμετωπίσαμε κανένα πρόβλημα ως προς την συμπλήρωσή τους. Αντιθέτως, υπήρξε ιδιαίτερα θετική στάση από τους εκπαιδευτικούς, πράγμα που μας ικανοποίησε και μας ενθάρρυνε να επιδείξουμε ακόμα περισσότερο ζήλο κατά την διάρκεια της ερευνητικής προσέγγισης της εργασίας μας. Παρατηρήσαμε ότι μελετούσαν με προσοχή τα μέρη του ερωτηματολογίου, επέδειξαν ενδιαφέρον διατυπώνοντας διευκρινιστικές ερωτήσεις, κατά την διάρκεια, αλλά ακόμα και μετά την συμπλήρωσή τους, και ήταν εξαιρετικά συνεργάσιμοι και συνεπείς ως προς τον χρόνο συμπλήρωσής τους. Μέσω της διεξαγωγής της έρευνας, δόθηκε η ευκαιρία στους καθηγητές να εκφράσουν τις απορίες και τους προβληματισμούς τους πάνω σε ζητήματα Πρώτων Βοηθειών, αναγνωρίζοντας και κρίνοντας επιτακτική την ανάγκη ύπαρξης σχετικών μαθημάτων στα σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Συνολικά μοιράστηκαν 250 ερωτηματολόγια από τα οποία, τα 202 συμπληρώθηκαν, ενώ τα υπόλοιπα 48 απορρίφθηκαν. Ο βαθμός ανταπόκρισης, επομένως, ανήλθε στο 80,8%. Το ερωτηματολόγιό μας αποτελούνταν από 4 μέρη:

- Το πρώτο μέρος αποτελούσε το ενημερωτικό φύλλο στο οποίο διευκρινίζαμε την ταυτότητά μας, περιγράφαμε τον σκοπό της έρευνάς μας και δίναμε σαφείς οδηγίες ως προς την συμπλήρωσή του, εξασφαλίζοντας την εθελοντική συμμετοχή, αλλά και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων.
- Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιείχε τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, ειδικότητα, έτη διδασκαλίας, σχολείο εργασίας, μεταπτυχιακός τίτλος, πόλη εργασίας).
- Το τρίτο μέρος περιελάμβανε 11 γενικές ερωτήσεις πρώτων βοηθειών, κλειστού τύπου, πολλαπλών επιλογών, αλλά και ανοιχτού τύπου.
- Το τελικό μέρος του ερωτηματολογίου, περιελάμβανε 23 ερωτήσεις γνώσεων πάνω σε διάφορα ζητήματα Πρώτων Βοηθειών, και απαρτιζόταν από ερωτήσεις κλειστού τύπου και πολλαπλών επιλογών. Μ' αυτό τον τρόπο, τα μέλη του δείγματος, αδυνατούσαν να εκφράσουν τα ίδια τις εμπειρίες τους επί μακρόν και λεπτομερώς. Αντίθετα, τοποθετούσαν τους εαυτούς τους σε συγκεκριμένες κλίμακες με περιορισμένο αριθμό επιλογών, ώστε να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους είχαν ζητηθεί με συγκεκριμένο τρόπο. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν 15-20 λεπτά.

Στο τεστ γνώσεων, η κάθε ερώτηση βαθμολογούνταν με 0.4. Δημιουργήθηκε κλίμακα βαθμολόγησης από 0 έως 10 (0 – 4.9 ελλιπείς, 5 – 6.9 καλές, 7 – 8.4 πολύ καλές, 8.5 – 10 άριστες).

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης SPSS 18. Επιλέχτηκε στάθμη αξιοπιστίας $p < 0.05$, για το συσχετισμό και τις διαφορές στην ανάλυση των δεδομένων.

5.2 Αποτελέσματα

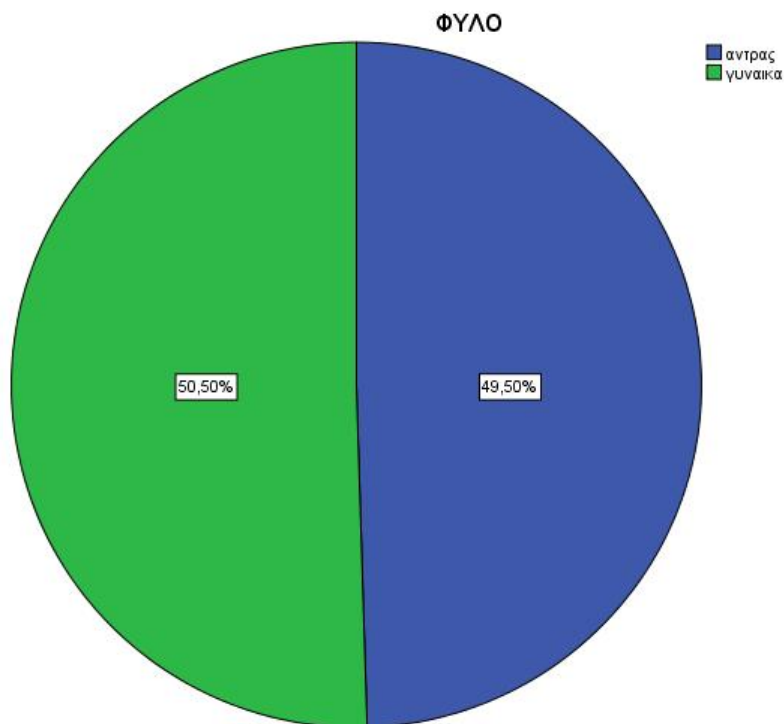
Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, προέκυψαν ποικίλες πληροφορίες, καθώς και αξιόλογα συμπεράσματα. Αναλυτικότερα, αναφορικά με τις απαντήσεις των δημογραφικών στοιχείων, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Δημογραφικά Στοιχεία:

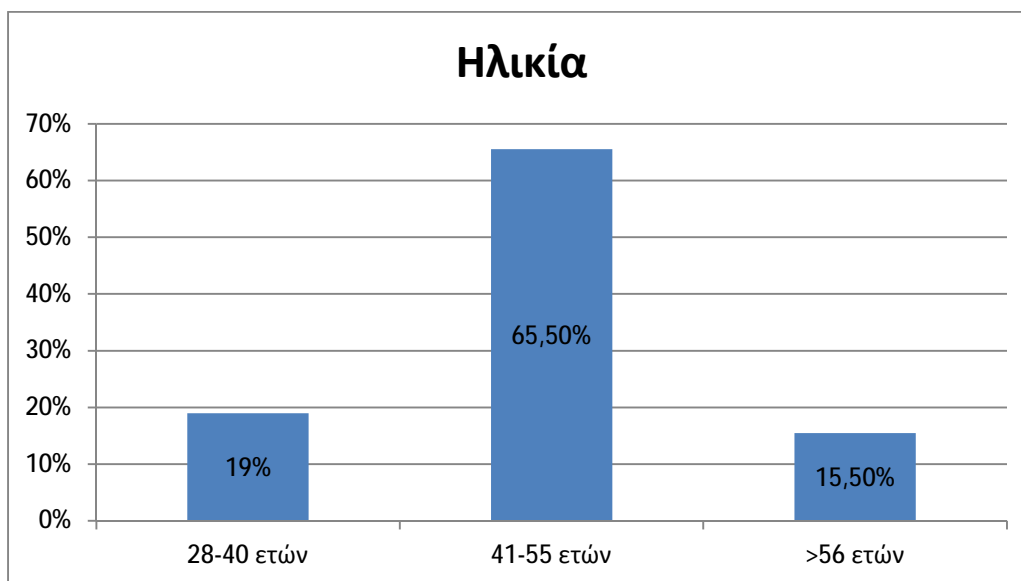
Στην ερώτηση για το φύλο των ερωτηθέντων, παρατηρήσαμε ότι τα ποσοστά ήταν περίπου ανάλογα και συγκεκριμένα, το 50,5% αντιστοιχούσε σε γυναίκες, ενώ το 49,5% σε άντρες.

Η ηλικία του δείγματος κυμαινόταν από 28-40 ετών σε ποσοστό 19%, 41-55 ετών σε ποσοστό 65,5%, ενώ το 15,5% αντιστοιχούσε σε ηλικίες άνω των 56 ετών.

Διάγραμμα 1: Φύλο ερωτηθέντων

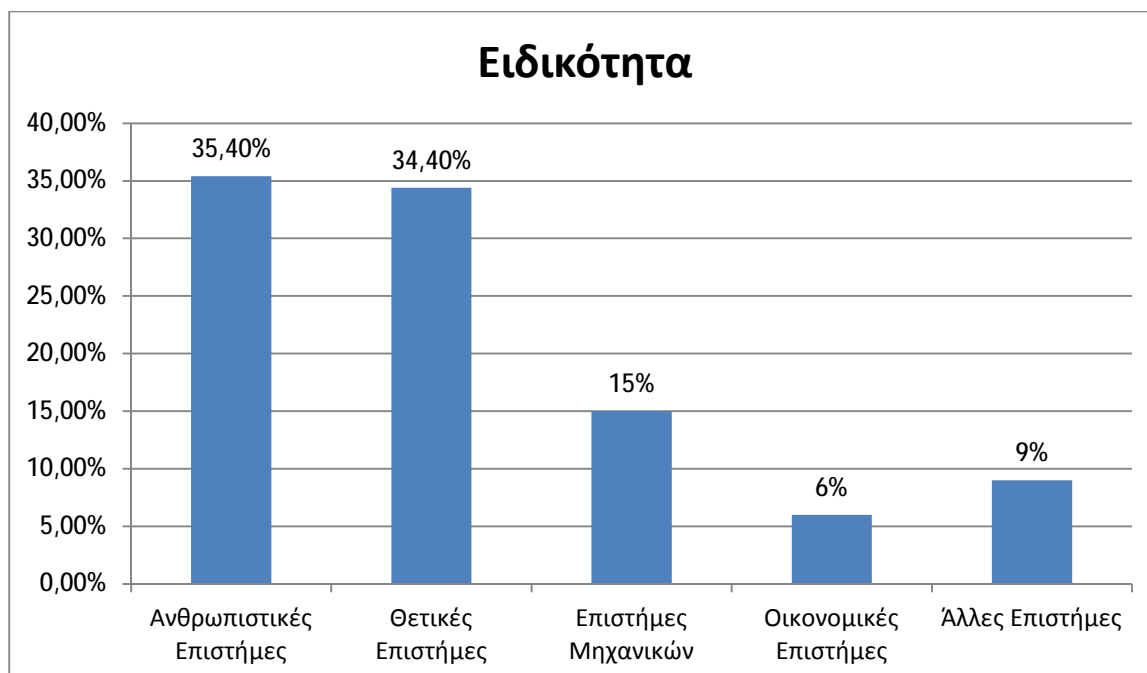


Διάγραμμα 2: Ηλικία ερωτηθέντων



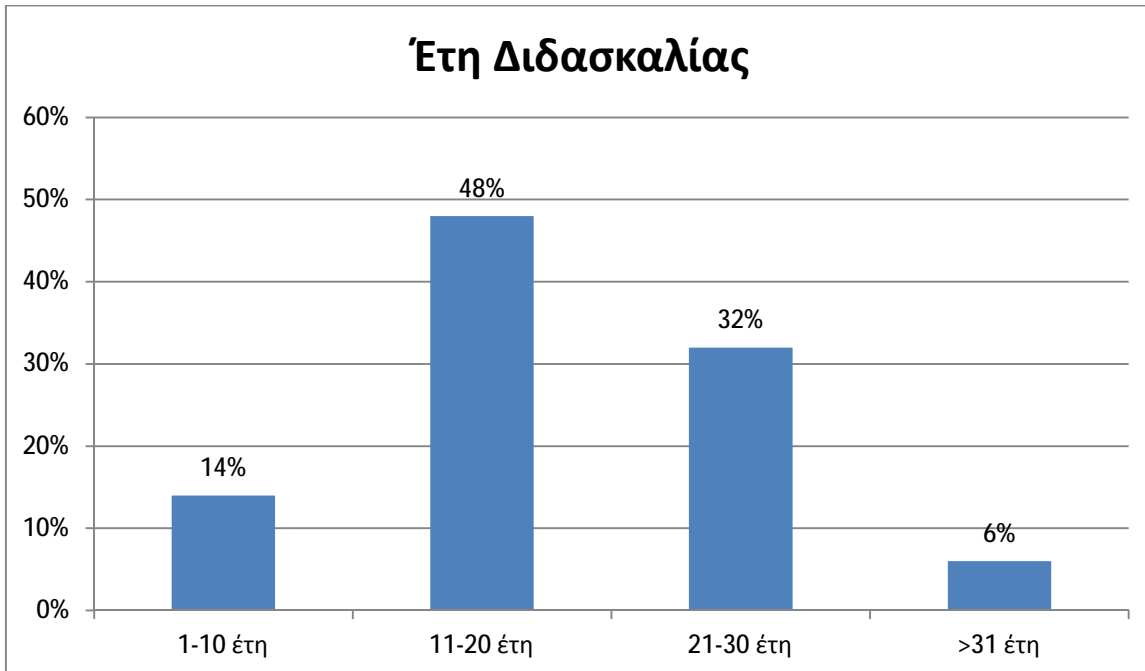
Στην ερώτηση που αφορούσε την ειδικότητα των εκπαιδευτικών, το 35,4% ανήκε στις ανθρωπιστικές επιστήμες (φιλόλογοι, θεολόγοι κτλ.), το 34,4% στις θετικές επιστήμες (μαθηματικοί, φυσικοί, χημικοί κτλ.), το 15% στις επιστήμες μηχανικών, το 6% στις οικονομικές επιστήμες, ενώ το 9% σε άλλες επιστήμες.

Διάγραμμα 3: Ειδικότητα εκπαιδευτικών



Όσον αφορά τα έτη διδασκαλίας, το 14% εργάζεται από 1 έως 10 έτη, το 48% από 11 έως 20 έτη, το 32% από 21 έως 30 έτη, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 6% εργάζεται για πάνω από 31 έτη.

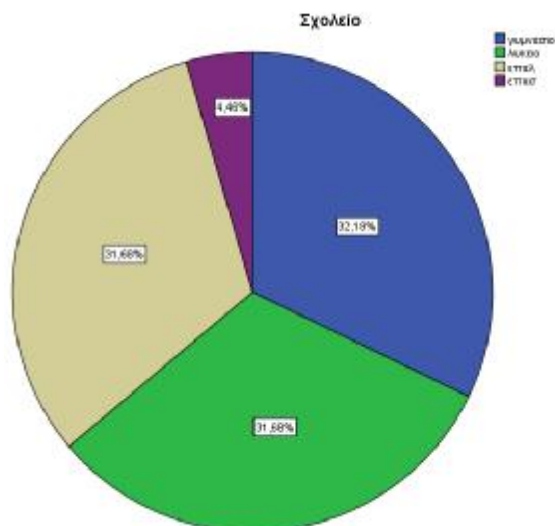
Διάγραμμα 4: Έτη διδασκαλίας εκπαιδευτικών



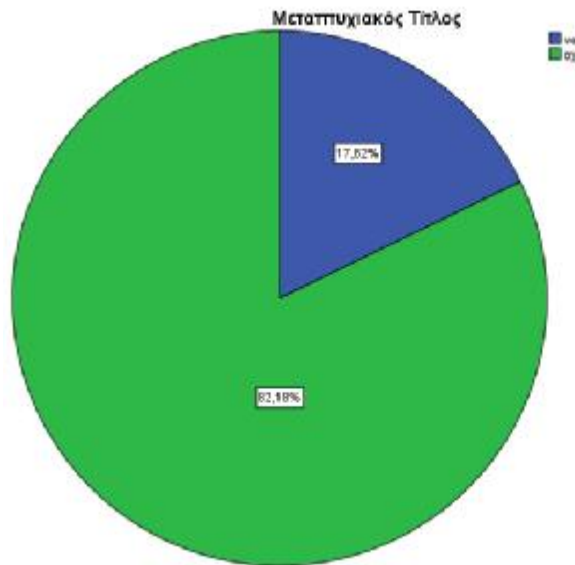
Το 32,18% του δείγματος εργάζεται σε γυμνάσιο, το 31,68% σε λύκειο, το 31,68% σε ΕΠΑ.Λ., ενώ το 4,46% σε ΕΠΑ.Σ.

Αξίζει να αναφερθεί πως η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 82,18 %, δεν κατείχε κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο, ενώ το 17,82% ανέφερε πως ήταν κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος.

Διάγραμμα 5: Σχολείο εργασίας

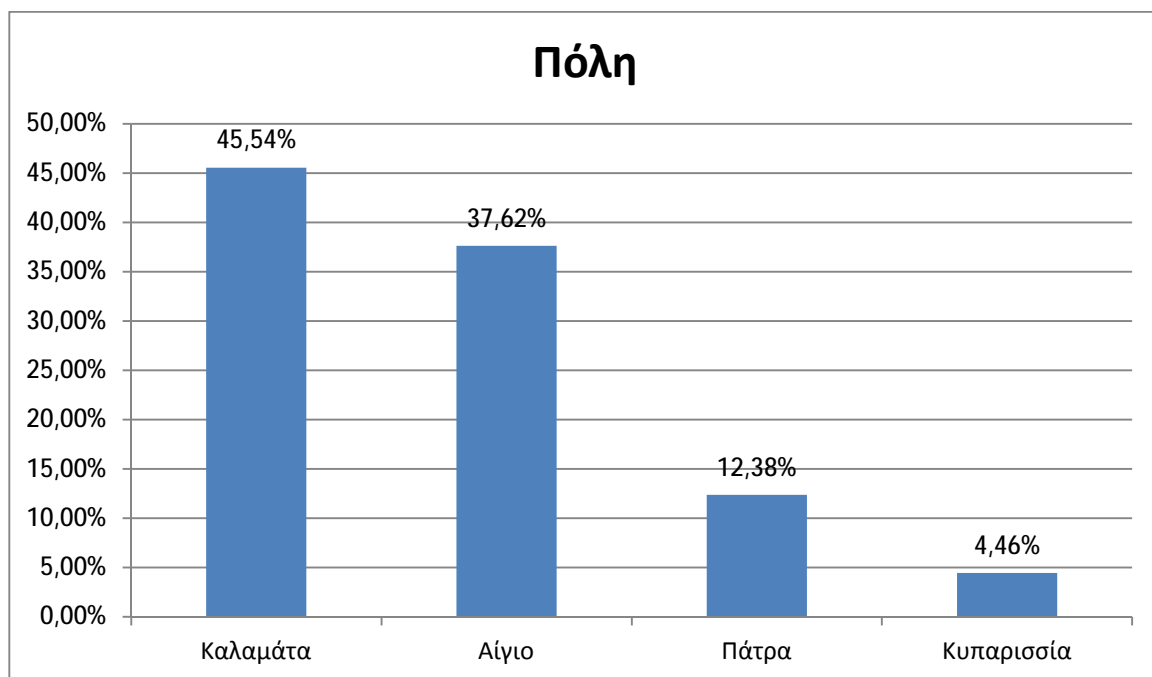


Διάγραμμα 6: Μεταπτυχιακός τίτλος



Τέλος, το 45,54% του δείγματος προερχόταν από την Καλαμάτα, το 37,62% από το Αίγιο, το 12,38% από την Πάτρα και το 4,46% από την Κυπαρισσία.

Διάγραμμα 7: Πόλη εργασίας



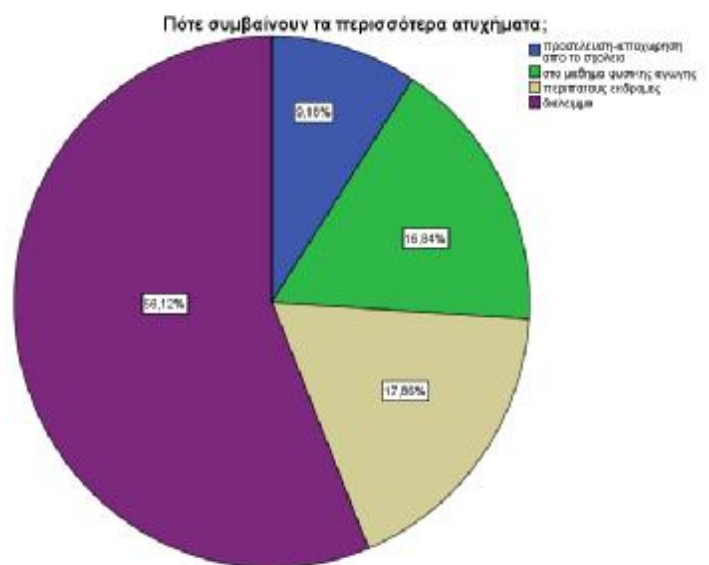
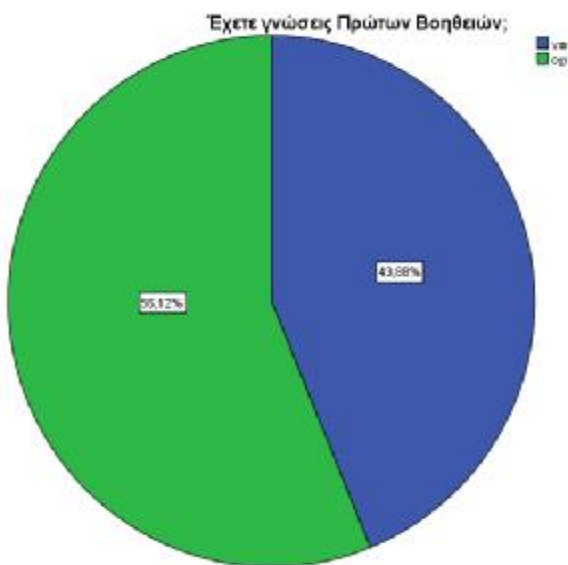
Γενικές Ερωτήσεις:

Περνώντας στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, στην πρώτη ερώτηση, οι καθηγητές κλήθηκαν να απαντήσουν αν διαθέτουν γνώσεις Πρώτων Βοηθειών. Το 56,12% απάντησε πως δεν κατείχε γνώσεις Πρώτων Βοηθειών, ενώ το 43,88% απάντησε πως γνώριζε.

Στην ερώτηση για το πότε συμβαίνουν τα περισσότερα ατυχήματα, το 56,12% απάντησε πως τα περισσότερα ατυχήματα στο σχολείο συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του διαλείμματος, το 17,86% απάντησε στους περιπάτους-εκδρομές, το 16,84% στο μάθημα φυσικής αγωγής, ενώ το 9,18% έκρινε πως τα περισσότερα ατυχήματα προκαλούνται κατά την προσέλευση ή αποχώρηση από το σχολείο.

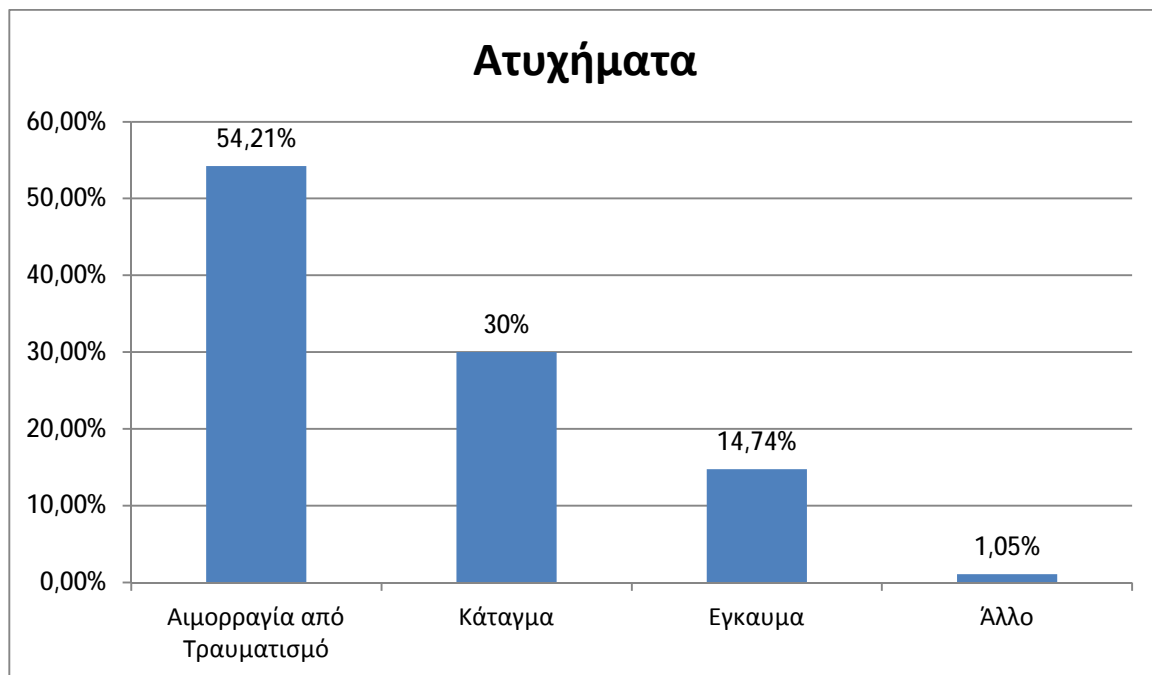
Διάγραμμα 8: Γνώσεις Πρώτων Βοηθειών

Διάγραμμα 9: Τόπος ατυχημάτων



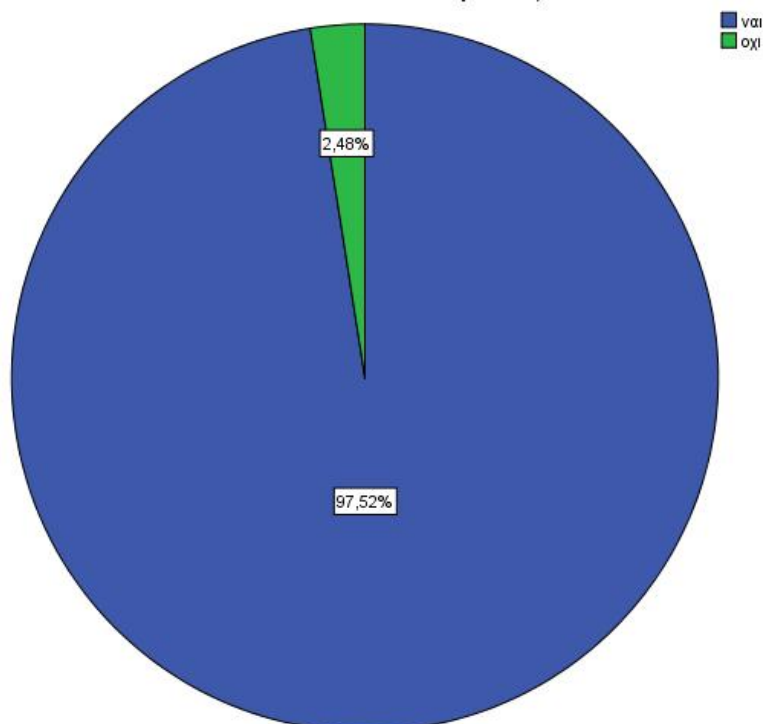
Όσον αφορά την πιο συχνή μορφή ατυχημάτων που συνάντησαν οι εκπαιδευτικοί στο σχολείο, το 54,21% αναφέρθηκε σε αιμορραγία μετά από τραυματισμό, το 30% σε κάταγμα, το 14,74% σε κάποιο άλλο περιστατικό που μπορεί να αφορούσε κάποιο διάστρεμμα, θλάση ή λιποθυμία, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 1,05% αναφέρθηκε σε τραυματισμό από έγκαυμα. Στην ερώτηση για το αν θεωρούν αναγκαία την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών πάνω στις Πρώτες Βοήθειες, η συντριπτική πλειοψηφία, το 97,52% απάντησε θετικά, ενώ το 2,48% δε θεωρεί απαραίτητη την εκπαίδευση των καθηγητών σε τέτοια ζητήματα.

Διάγραμμα 10: Πιο συχνή μορφή ατυχημάτων στο σχολείο



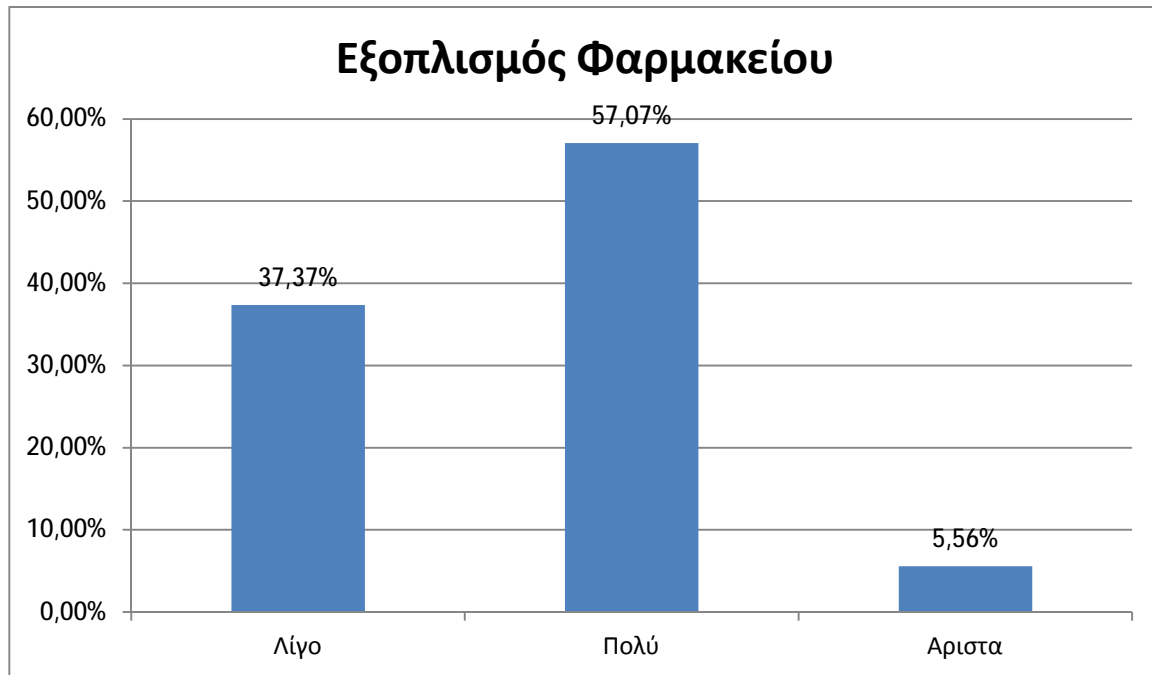
Διάγραμμα 11: Επιμόρφωση εκπαιδευτικών πάνω στις Πρώτες Βοήθειες

Θεωρείτε αναγκαία την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε θέματα Πρώτων Βοηθειών;



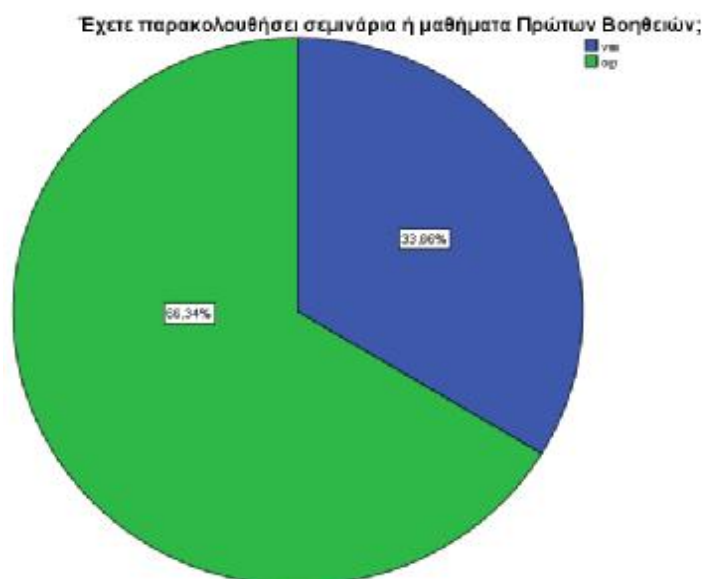
Στην ερώτηση για την ύπαρξη, ή όχι, φαρμακείου στο σχολείο που εργάζονται, όλο το πλήθος των ερωτηθέντων απάντησε θετικά με το 57,07% να δηλώνει πως είναι πολύ εξοπλισμένο, το 37,37% πως είναι λίγο εξοπλισμένο, ενώ το 5,56% δήλωσε πως το φαρμακείο που διαθέτει το σχολείο τους είναι εξοπλισμένο σε άριστο βαθμό.

Διάγραμμα 12: Επίπεδο εξοπλισμού φαρμακείου



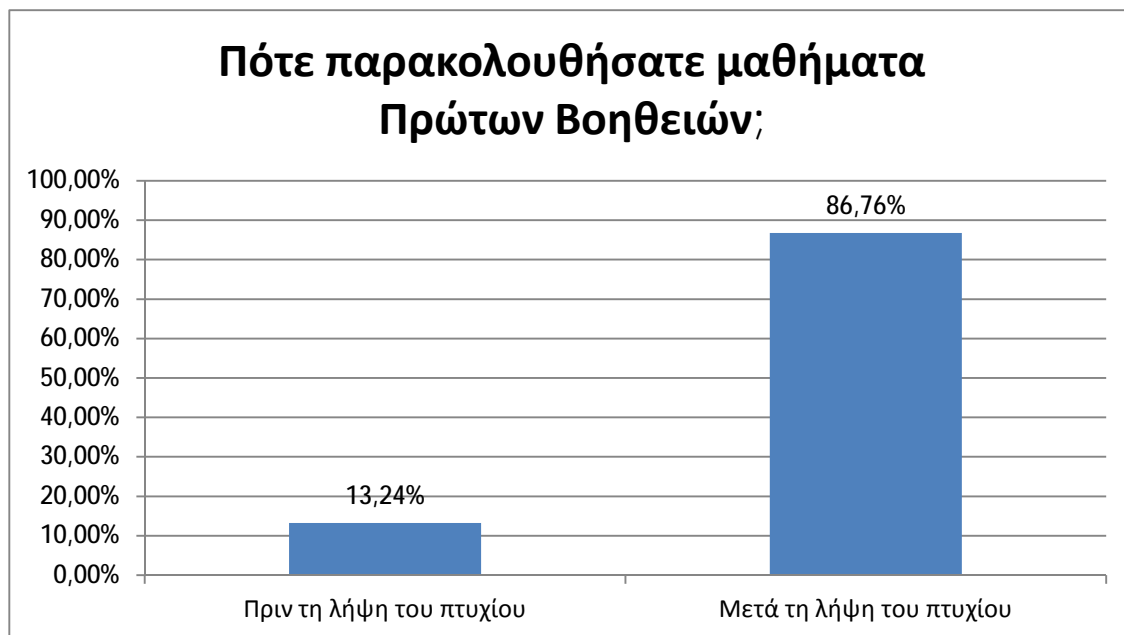
Στην ερώτηση για το αν έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια ή μαθήματα Πρώτων Βοηθειών, ένα μεγάλο ποσοστό των εκπαιδευτικών, το 66,34%, απάντησε θετικά, ενώ το υπόλοιπο 33,66% δήλωσε πως δεν έχει παρακολουθήσει σχετικό σεμινάριο.

Διάγραμμα 13α: Παρακολούθηση σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών

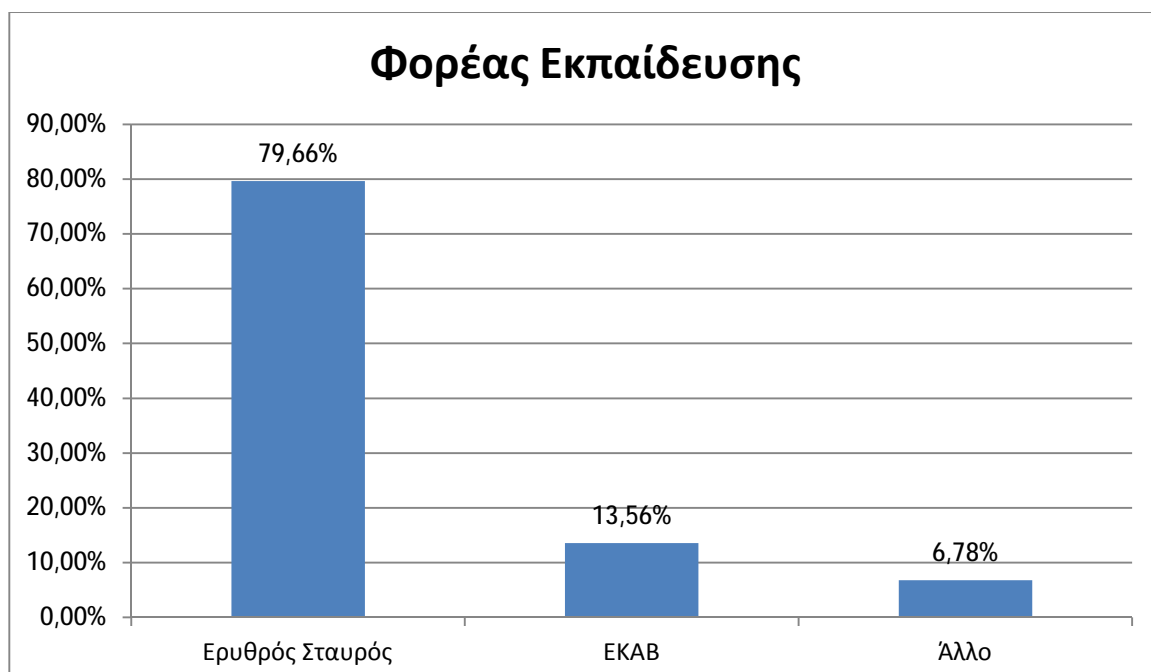


Απ' το ποσοστό που απάντησε πως είχε παρακολουθήσει κάποτε μαθήματα σχετικά με τις Πρώτες Βοήθειες, το 86,76% δήλωσε πως έκανε τα μαθήματα αυτά μετά τη λήψη του πτυχίου του, ενώ το 13,24% πριν από τη λήψη του πτυχίου. Ο φορέας εκπαίδευσης αφορούσε τον Ερυθρό Σταυρό σε ποσοστό 79,66%, ενώ το 13,56% είχε παρακολουθήσει σεμινάρια του ΕΚΑΒ. Το 6,78% κατείχε τις γνώσεις του από κάποιον άλλο φορέα (Στρατός, Καταδύσεις, ERC).

Διάγραμμα 13β: Χρόνος παρακολούθησης

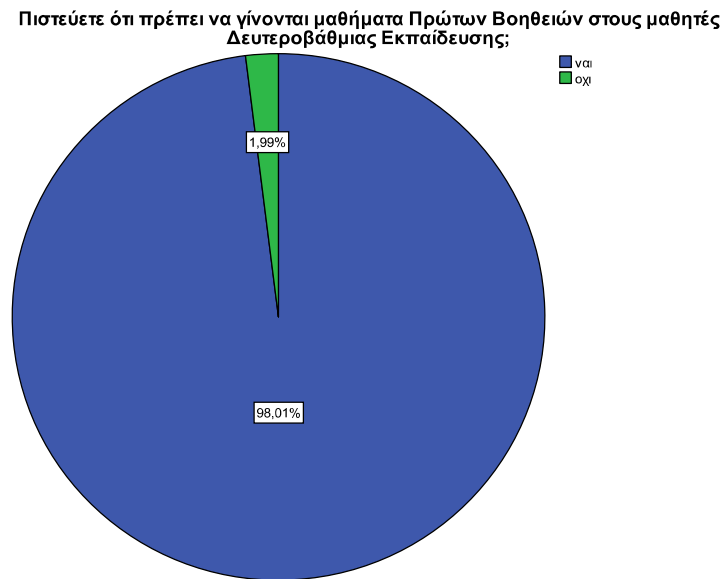


Διάγραμμα 13γ: Φορέας εκπαίδευσης

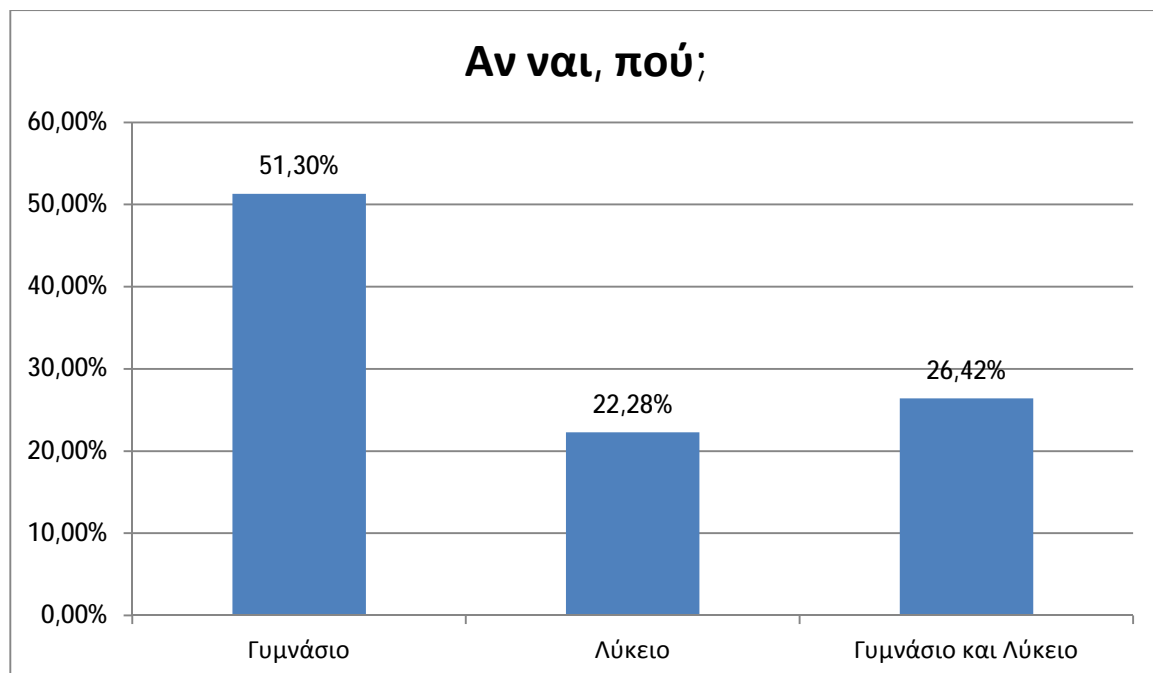


Περίπου στο σύνολό τους, οι ερωτηθέντες, θεωρούν πως πρέπει να γίνονται μαθήματα Πρώτων Βοηθειών στους μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, σε ποσοστό 98,01%, με το 51,30% να δηλώνει πως τα μαθήματα αυτά πρέπει να γίνονται στο γυμνάσιο, το 22,28% στο λύκειο, ενώ το 26,42% υποστήριξε πως οι μαθητές πρέπει να διδάσκονται Πρώτες Βοήθειες, τόσο στο γυμνάσιο, όσο και στο λύκειο.

Διάγραμμα 14α: Διδασκαλία Πρώτων Βοηθειών στους μαθητές

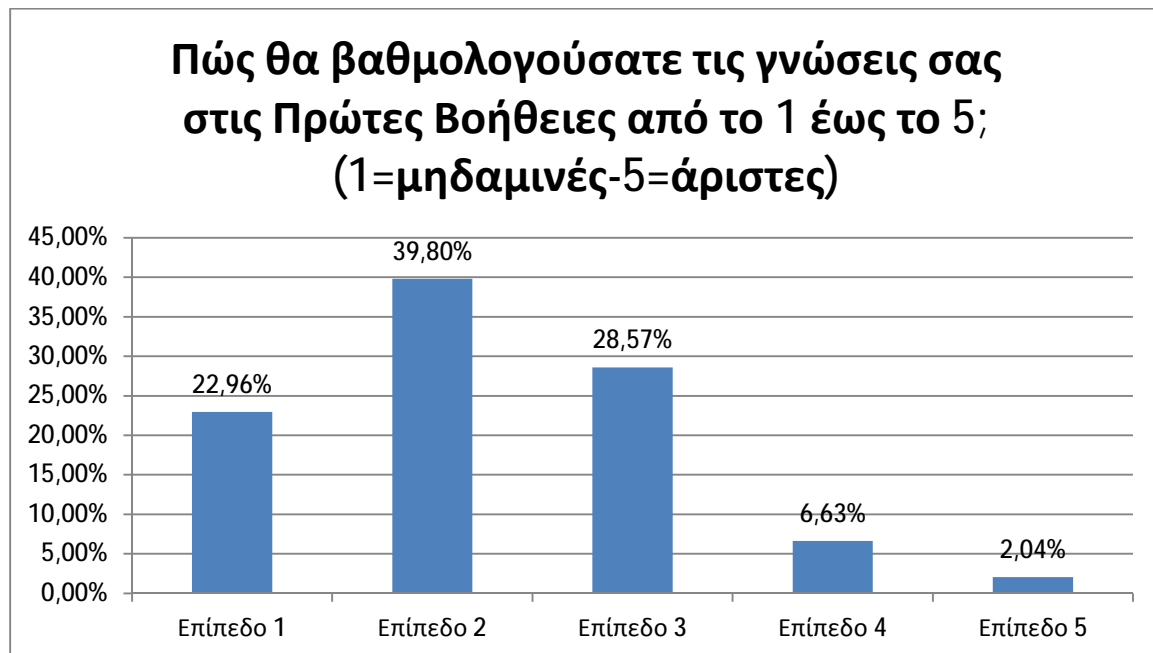


Διάγραμμα 14β: Πού πρέπει να διδάσκονται οι Πρώτες Βοήθειες



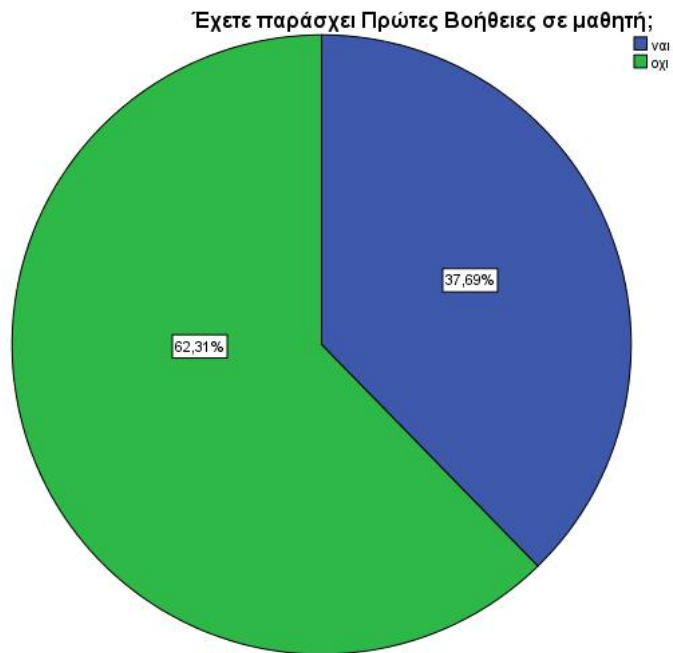
Στην ερώτηση για το πώς θα βαθμολογούσαν τις γνώσεις τους στις Πρώτες Βοήθειες σε μία κλίμακα από το 1 έως το 5 (με το 1 να ισοδυναμεί με μηδαμινές γνώσεις και το 5 με άριστες), το 39,80% τοποθέτησε τον εαυτό του στο επίπεδο 2, το 28,57% στο επίπεδο 3, το 22,96% θεώρησε πως έχει μηδαμινές γνώσεις, ενώ ένα μικρό ποσοστό, που ανήλθε στο 2,04%, απάντησε πως διαθέτει άριστο επίπεδο γνώσεων.

Διάγραμμα 15: Βαθμολόγηση γνώσεων Πρώτων Βοηθειών από 1-5

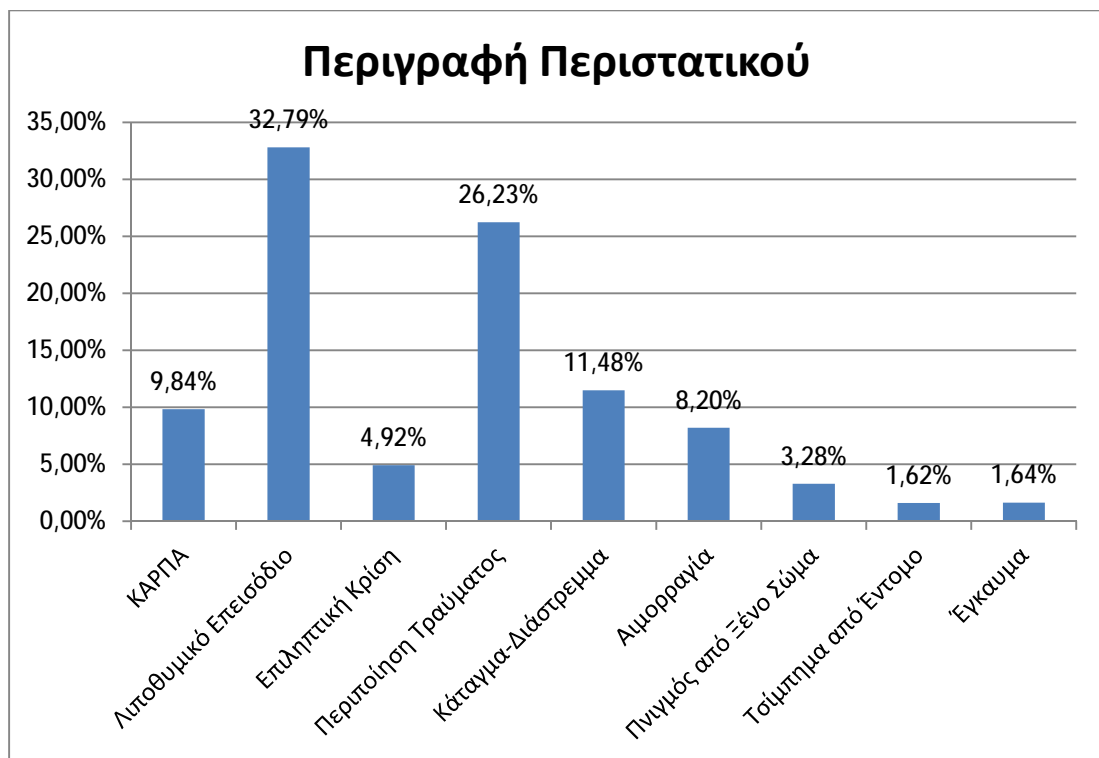


Ρωτήσαμε τους καθηγητές αν χρειάστηκε ποτέ να προσφέρουν τις Πρώτες Βοήθειες σε κάποιο μαθητή τους. Η πλειοψηφία του δείγματος, το 62,31%, απάντησε αρνητικά, ενώ το υπόλοιπο 37,69% δήλωσε πως στο παρελθόν χρειάστηκε να προσφέρει τις Πρώτες Βοήθειες σε μαθητή. Τους ζητήσαμε στη συνέχεια να αναφερθούν εν συντομία στο περιστατικό που τους παρουσιάστηκε. Τα αποτελέσματα που πήραμε ήταν τα εξής: το 32,79% κλήθηκε να αντιμετωπίσει ένα λιποθυμικό επεισόδιο, το 26,23% να περιποιηθεί κάποιο τραύμα, το 11,48% να ακινητοποιήσει ένα μέλος με κάταγμα ή διάστρεμμα. Το 9,84% έχει εφαρμόσει Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση και το 8,20% ήρθε αντιμέτωπο με αιμορραγία μετά από τραυματισμό. Ένα πολύ μικρό ποσοστό δήλωσε πως αναγκάστηκε να προσφέρει τις Πρώτες Βοήθειες σε έγκαυμα ή τσίμπημα από έντομο.

Διάγραμμα 16α: Παροχή Πρώτων Βοηθειών σε μαθητή

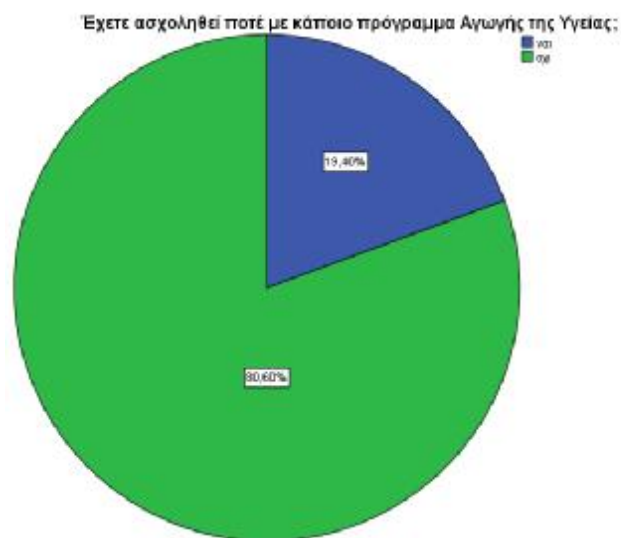


Διάγραμμα 16β: Περιγραφή περιστατικού

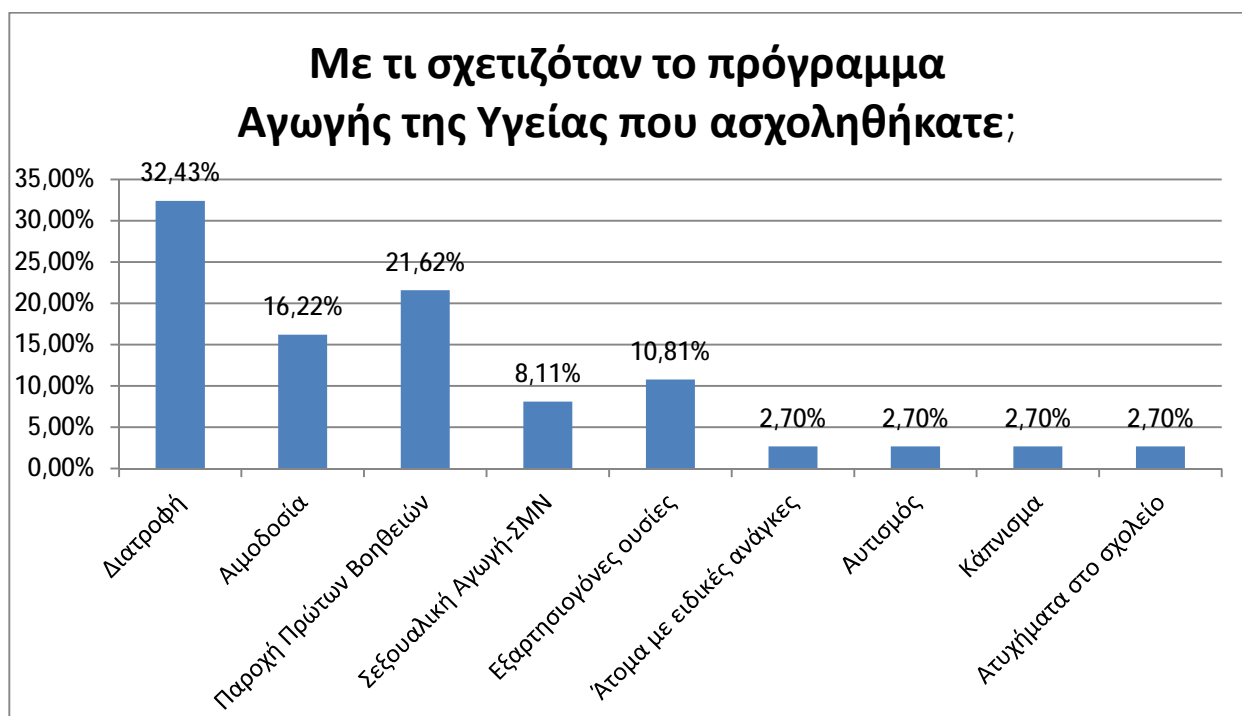


Κατόπιν, ρωτήσαμε τους καθηγητές αν έχουν ασχοληθεί ποτέ οι ίδιοι με κάποιο πρόγραμμα Αγωγής της Υγείας και με τι σχετιζόταν αυτό. Το 19,4% δήλωσε πως έχει ασχοληθεί με παρόμοιο πρόγραμμα, ενώ το υπόλοιπο 80,6% απάντησε αρνητικά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που είχαν ασχοληθεί με κάποιο πρόγραμμα Αγωγής της Υγείας, το 32,43%, δήλωσε πως είχε δουλέψει πάνω στο θέμα της διατροφής, το 21,62% στην παροχή Πρώτων Βοηθειών, το 16,22% είχε ασχοληθεί με την αιμοδοσία, ενώ μικρότερα ποσοστά είχαν ασχοληθεί με τον αυτισμό, το κάπνισμα και τα ατυχήματα στο σχολείο.

Διάγραμμα 17α: Ενασχόληση με πρόγραμμα Αγωγής της Υγείας



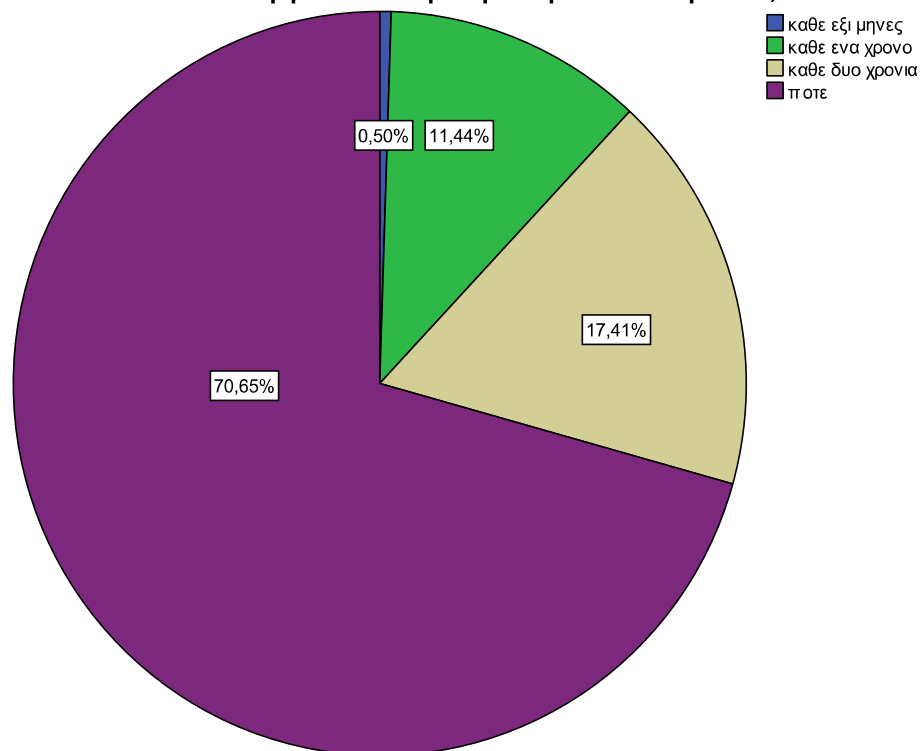
Διάγραμμα 17β: Θέμα προγράμματος



Τους ρωτήσαμε, επίσης, πόσο συχνά η Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στην οποία ανήκουν, διοργανώνει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό 70,65%, απάντησε πως δε διοργανώνονται τέτοιου είδους σεμινάρια από τη Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας. Το 17,41% δήλωσε πως σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών διοργανώνονται κάθε δύο χρόνια, ενώ μόλις το 0,5% υποστήριξε τη διοργάνωση σεμιναρίων κάθε έξι μήνες.

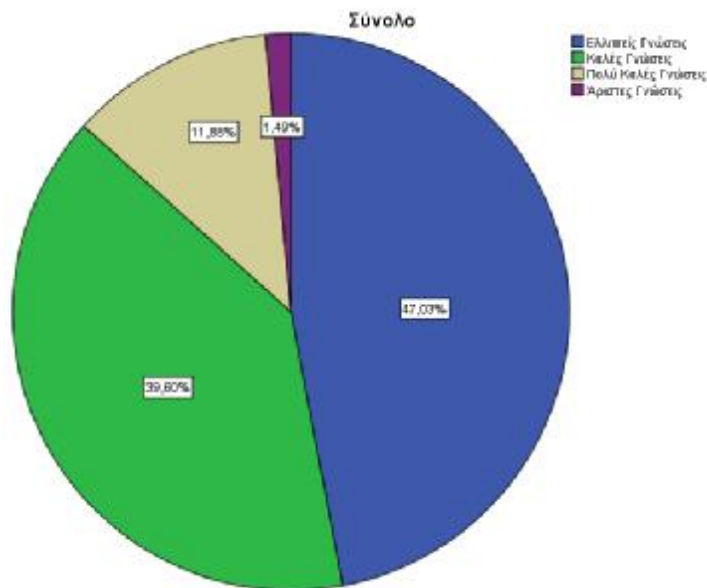
Διάγραμμα 18: Σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών από τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Με π συχνότητα, η Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην οποία ανήκετε, διοργανώνει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών;



Αποτελέσματα τεστ γνώσεων:

Διάγραμμα 19: Συνολικά αποτελέσματα



Περνώντας στα αποτελέσματα του τεστ γνώσεων, παρατηρήσαμε ότι το δείγμα μας δε διέθετε γνώσεις Πρώτων Βοηθειών και συγκεκριμένα οι γνώσεις τους ήταν ελλιπείς σε ποσοστό 47,03%. Το 39,6% διέθετε καλές γνώσεις, ενώ το 11,88% πολύ καλές. Ένα ελάχιστο ποσοστό, το 1,49% έφερε άριστα αποτελέσματα.

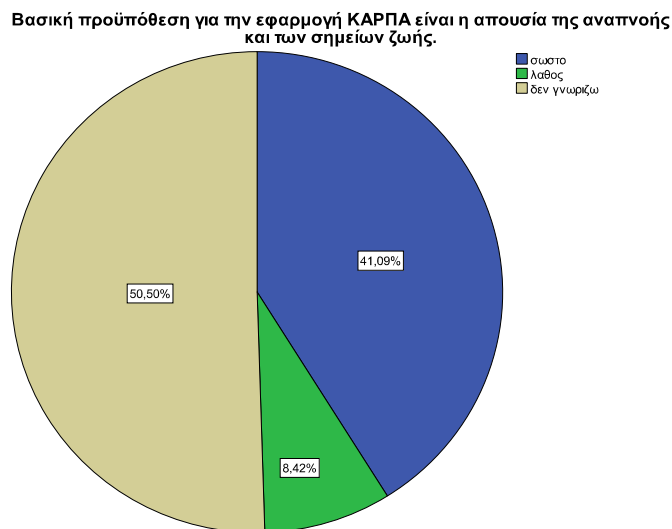
Η πρώτη μας ερώτηση αναφερόταν στην καταγραφή των αριθμών τηλεφώνων επείγουσας ανάγκης και συγκεκριμένα ζητήσαμε από τους εκπαιδευτικούς να καταγράψουν τα τηλέφωνα του ΕΚΑΒ, της Αστυνομίας και της Πυροσβεστικής. Το 72,77% κατέγραψε σωστά το νούμερο του ΕΚΑΒ, το 76,73% γνώριζε τον αριθμό της Αστυνομίας, ενώ σε μικρότερο ποσοστό, της τάξης του 65,34%, το δείγμα δήλωσε πως γνώριζε το τηλέφωνο της Πυροσβεστικής.

Διάγραμμα 20: Καταγραφή τηλεφώνων επείγουσας ανάγκης



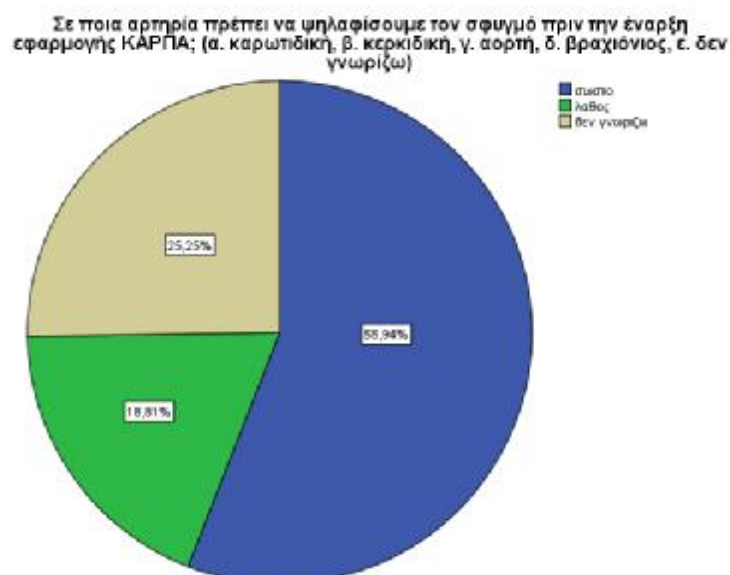
Η επόμενη ερώτηση του τεστ γνώσεων αφορούσε την Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση και συγκεκριμένα τους ρωτήσαμε αν η βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ είναι η απουσία της αναπνοής και των σημείων ζωής. η πλειοψηφία του δείγματος, το 50,5% δεν γνώριζε την απάντηση σ' αυτή την ερώτηση, ενώ το 41,09% την απάντησε σωστά.

Διάγραμμα 21: Εφαρμογή ΚΑΡΠΑ επί απουσίας αναπνοής και σημείων ζωής



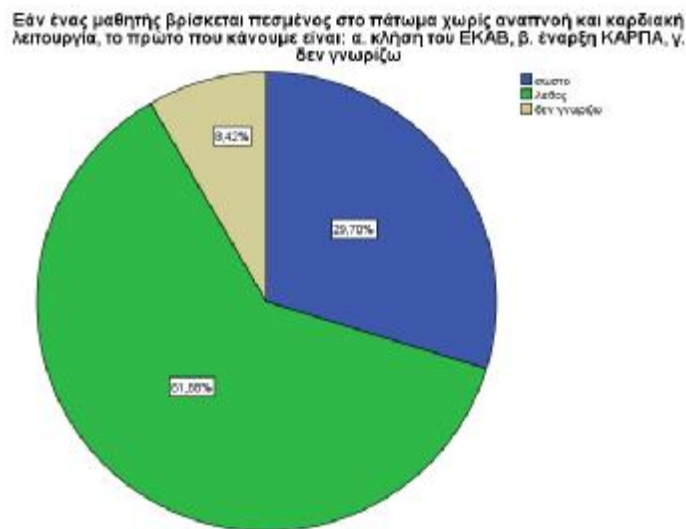
Κατόπιν τους ρωτήσαμε σε ποια αρτηρία πρέπει να ψηλαφίσουμε τον σφυγμό ενός ατόμου πριν την έναρξη εφαρμογής ΚΑΡΠΑ, δίνοντάς τους τις εξής επιλογές: α. καρωτιδική αρτηρία, β. κερκιδική αρτηρία, γ. αορτή, δ. βραχιόνιος αρτηρία, ε. δεν γνωρίζω. Το 55,94% απάντησε σωστά πως τον σφυγμό πρέπει να τον ψηλαφίσουμε στην καρωτίδα, ενώ το 25,25% δεν γνώριζε την απάντηση.

Διάγραμμα 22: Αρτηρία ψηλάφησης σφυγμού πριν την έναρξη ΚΑΡΠΑ



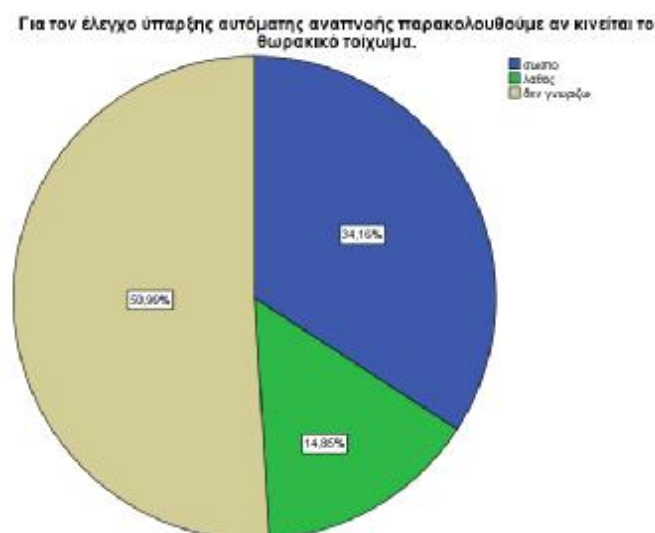
Στην επόμενη ερώτηση θελήσαμε να μάθουμε αν θα έδιναν προτεραιότητα στην κλήση του ΕΚΑΒ ή αν θα προχωρούσαν στην εφαρμογή ΚΑΡΠΑ σε περίπτωση που ένας μαθητής βρισκόταν πεσμένος στο πάτωμα χωρίς σημεία αναπνοής και καρδιακής λειτουργίας. Το 61,88% απάντησε πως θα προχωρούσε σε Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση, ενώ το 29,70% απάντησε σωστά πως η πρώτη του ενέργεια θα ήταν να καλέσει εξειδικευμένη βοήθεια.

Διάγραμμα 23: Άμεση ενέργεια επί ανυπαρξίας αναπνοής και καρδιακής λειτουργίας



Η επόμενη ερώτηση είχε ως εξής: “Για τον έλεγχο ύπαρξης αυτόματης αναπνοής, παρακολουθούμε αν κινείται το θωρακικό τοίχωμα”. Το 50,99% δεν γνώριζε την απάντηση, ενώ το 34,16% απάντησε σωστά.

Διάγραμμα 24: Έλεγχος αναπνοής μέσω κίνησης θωρακικού τοιχώματος

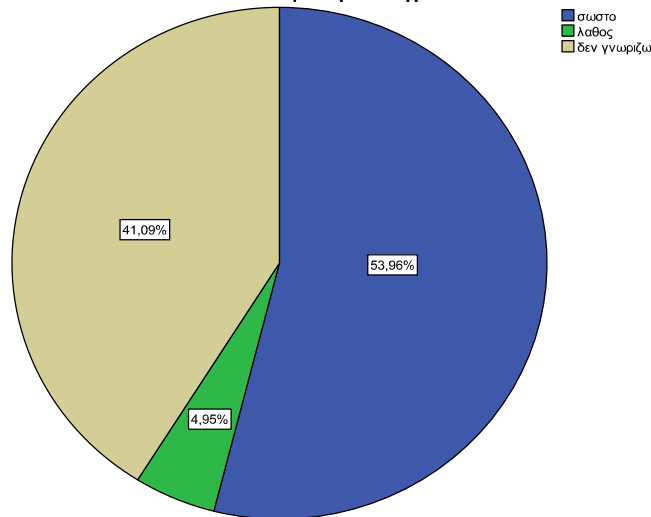


Συνεχίζοντας πάνω στις ερωτήσεις Καρδιοπνευμονικής Αναζωογόνησης, ρωτήσαμε αν χρειάζεται, προκειμένου να ανοίξουμε την αεροφόρο οδό στο θύμα, να κάνουμε έκταση της κεφαλής του και ανύψωση του πηγουνιού. Το 53,96% του δείγματος απάντησε σωστά πως πρέπει να γίνουν οι δύο παραπάνω ενέργειες, ενώ το 41,09% δεν γνώριζε την απάντηση.

Κατόπιν, η επόμενη ερώτησή μας είχε ως εξής: “ Η ΚΑΡΠΑ εφαρμόζεται στους εφήβους όπως και στους ενήλικους δίνοντας 30 θωρακικές συμπίεσεις και 1 εμφύσηση”. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, σε ποσοστό 63,37%, δεν γνώριζε την απάντηση. Το 19,31% την απάντησε λανθασμένα, ενώ το 17,33%, σωστά.

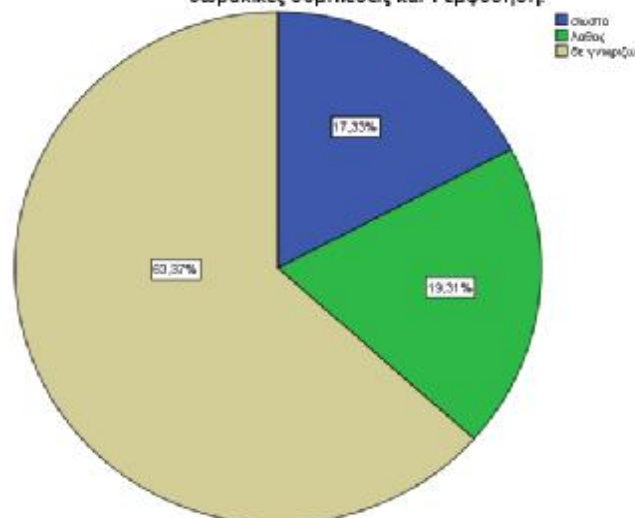
Διάγραμμα 25: Διάνοιξη αεροφόρου οδού

Για να ανοίξουμε την αεροφόρο οδό στο θύμα, κάνουμε έκταση του κεφαλιού και ανύψωση του πηγουνιού.



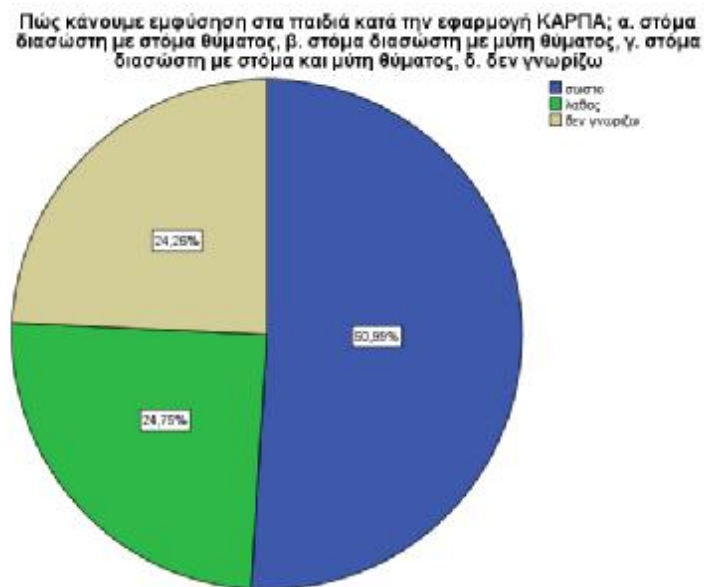
Διάγραμμα 26: Εφαρμογή ΚΑΡΠΑ στους εφήβους

Η ΚΑΡΠΑ εφαρμόζεται στους εφήβους όπως και στους ενήλικους δίνοντας 30 θωρακικές συμπίεσεις και 1 εμφύσηση.



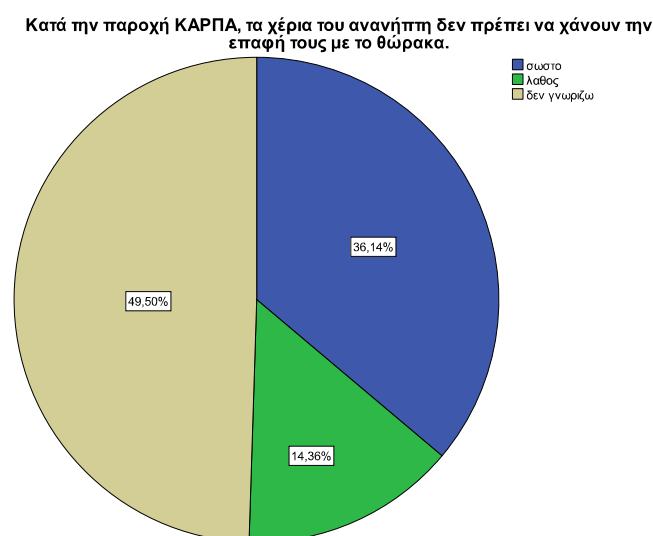
Στη συνέχεια θελήσαμε να μάθουμε πώς κάνουμε εμφύσηση στα παιδιά (εφήβους) κατά την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ. Το 50,99% απάντησε σωστά στην ερώτηση διαλέγοντας την επιλογή “στόμα διασώστη με στόμα θύματος”, το 24,75% απάντησε λάθος, δίνοντας κάποια από τις άλλες δύο επιλογές, ενώ το 24,26% απάντησε πως δεν γνώριζε.

Διάγραμμα 27: Τρόπος εμφύσησης κατά την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ



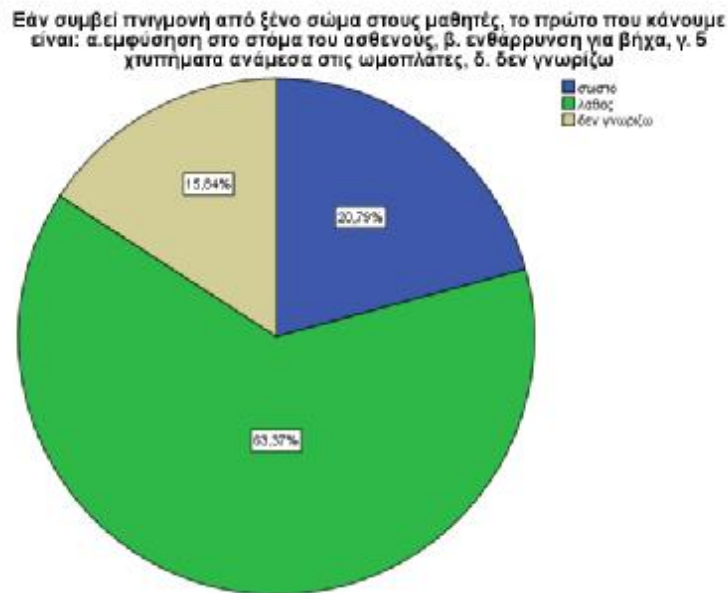
Η τελευταία μας ερώτηση για την ΚΑΡΠΑ, είχε ως εξής: “ Κατά την παροχή ΚΑΡΠΑ, τα χέρια του ανανήπτη δεν πρέπει να χάνουν την επαφή τους με το θώρακα”. Το 49,50%, δεν γνώριζε την απάντηση, ενώ το 36,14% απάντησε σωστά πως δεν πρέπει να χάνουν τα χέρια την επαφή τους με το θώρακα στην προσπάθεια ανάνηψης.

Διάγραμμα 28: Τρόπος παροχής ΚΑΡΠΑ



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την πνιγμονή από ξένο σώμα, όπου το 63,37% απάντησε λανθασμένα στην ερώτηση, το 20,79% απάντησε σωστά πως θα ενθάρρυνε για βήχα το άτομο, ενώ το 15,84% δήλωσε πως δεν γνώριζε.

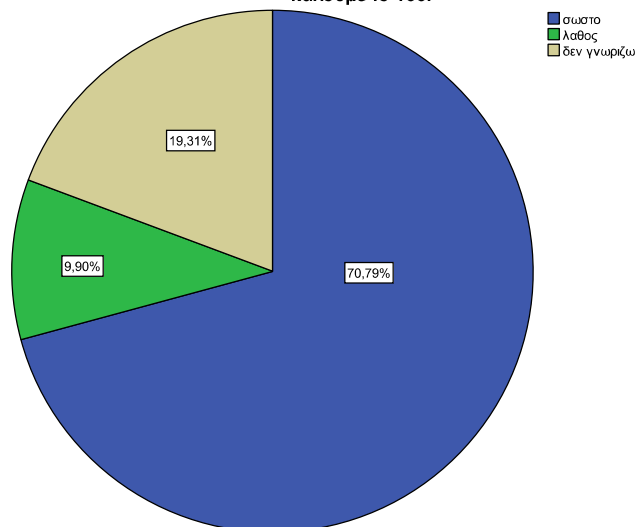
Διάγραμμα 29: Αντιμετώπιση πνιγμονής από ξένο σώμα



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την αιμορραγία κι έλεγε: “ Σε περίπτωση τραυματισμού και εξωτερικής αιμορραγίας, ασκούμε πίεση και καλούμε το 166”. Το 70,79% απάντησε σωστά πως θα προχωρούσε στις παραπάνω ενέργειες, ενώ το 19,31% απάντησε πως δεν γνώριζε τι θα έκανε.

Διάγραμμα 30: Άμεση ενέργεια σε τραυματισμό και εξωτερική αιμορραγία

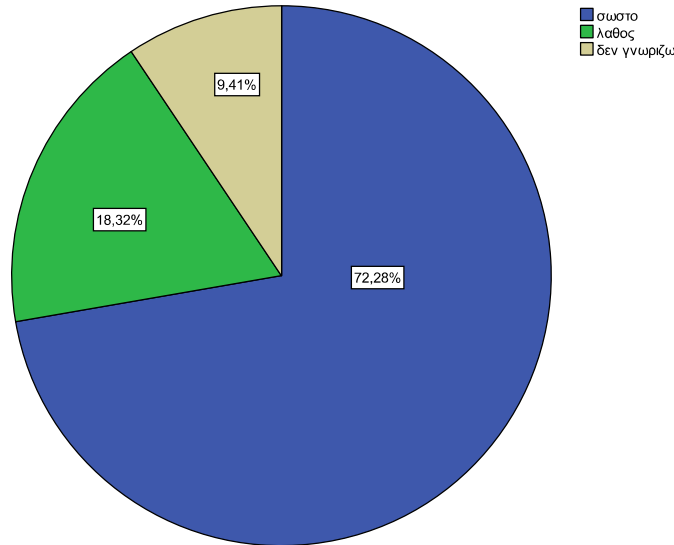
Σε περίπτωση τραυματισμού κι εξωτερικής αιμορραγίας, ασκούμε πίεση και καλούμε το 166.



Έπειτα, τους ρωτήσαμε τι θα έκαναν σε περίπτωση ρινορραγίας. Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 72,28% απάντησε σωστά στην ερώτηση λέγοντας πως θα έλεγε στον πάσχοντα να σκύψει το κεφάλι του προς τα εμπρός, ενώ θα ασκούσε πίεση στο χόνδρινο τμήμα της μύτης.

Διάγραμμα 31: Ενέργειες σε περίπτωση ρινορραγίας

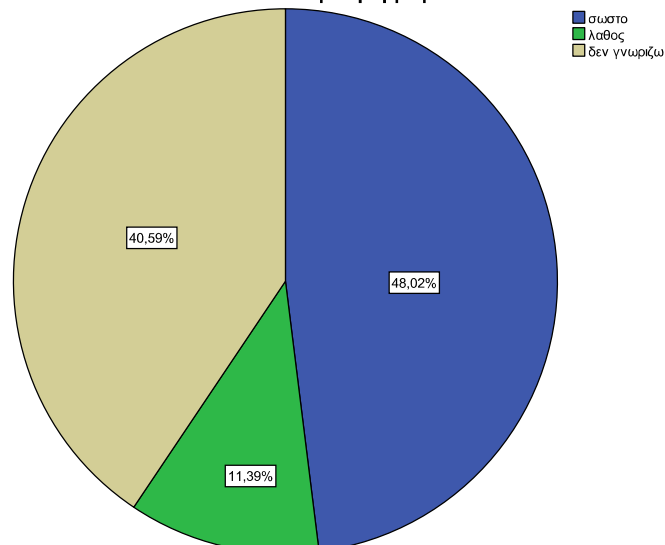
Σε περίπτωση ρινορραγίας α. λέμε στον πάσχοντα να σηκώσει ψηλά το κεφάλι του, β. του λέμε να κάμψει το κεφάλι προς τα εμπρός ενώ πιέζουμε το χόνδρινο τμήμα της μύτης για 5 λεπτά, γ. δεν γνωρίζω



Στη συνέχεια τους ρωτήσαμε αν πρέπει να αφαιρείται ένα ενσφηνωμένο αντικείμενο από το σώμα προκειμένου να ελεγχθεί η αιμορραγία. Το 48,02% απάντησε σωστά πως δεν πρέπει να αφαιρείται, ενώ το 40,59% δεν γνώριζε.

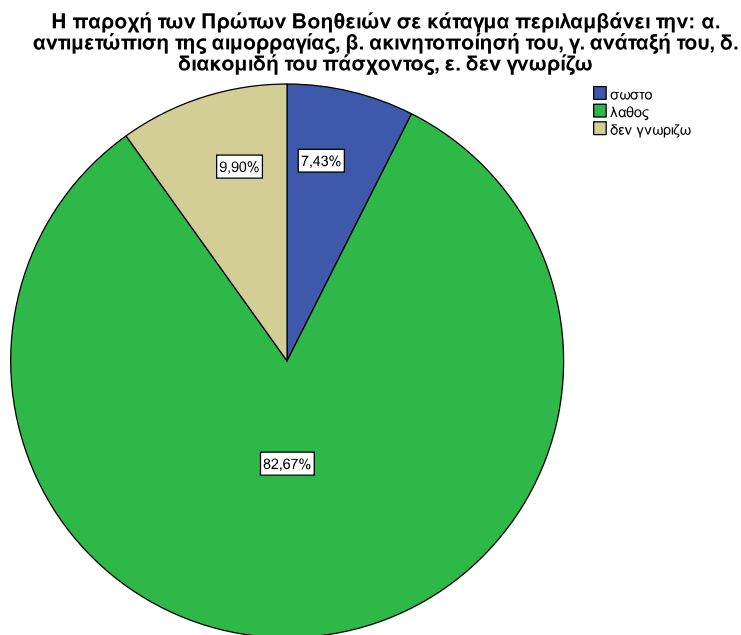
Διάγραμμα 32: Έλεγχος αιμορραγίας με αφαίρεση ξένου σώματος

Ένα ενσφηνωμένο αντικείμενο στο σώμα πρέπει να αφαιρείται για να ελέγξουμε την αιμορραγία.



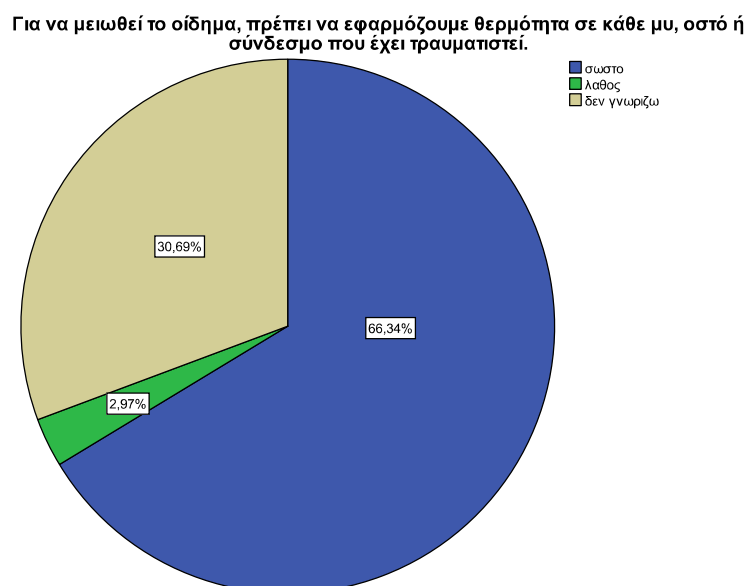
Η επόμενη ερώτησή μας αφορούσε τα κατάγματα. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος, το 82,67%, απάντησε λάθος στην ερώτηση, ενώ μόλις το 7,43% απάντησε σωστά λέγοντας πως σε ένα κάταγμα θα φρόντιζαν για την ακινητοποίηση του κι έπειτα για τη διακομιδή του πάσχοντα.

Διάγραμμα 33: Άμεσες ενέργειες σε κάταγμα



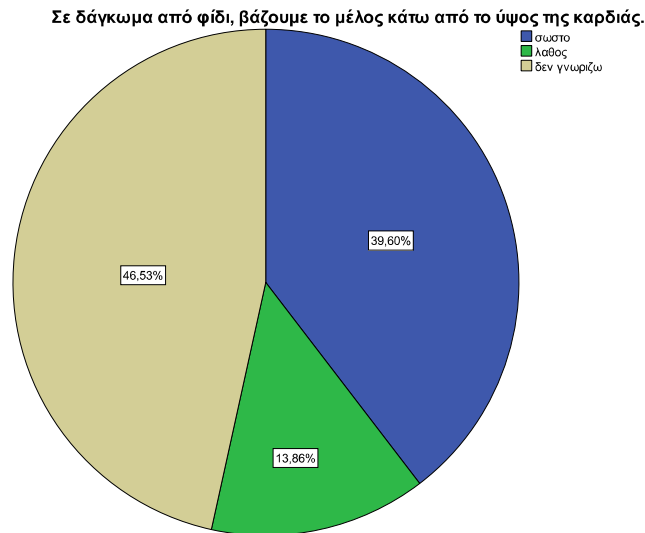
Η επόμενη ερώτησή μας αναφερόταν στο αν πρέπει να εφαρμόσουμε θερμότητα σε κάθε μυ, οστό ή σύνδεσμο που έχει τραυματιστεί. Το 66,34% απάντησε σωστά πως δεν εφαρμόζουμε θερμότητα, ενώ το 30,69% δεν γνώριζε την απάντηση.

Διάγραμμα 34: Μέθοδος μείωσης του οιδήματος



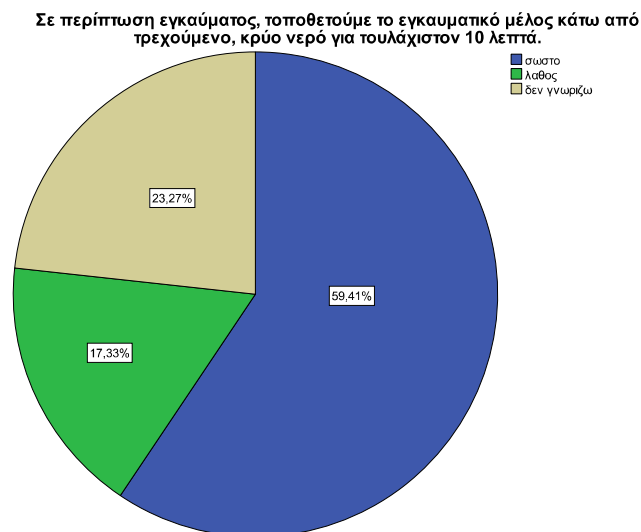
Στην επόμενη ερώτηση, θελήσαμε να μάθουμε τι θα έκαναν σε μια περίπτωση δαγκώματος από φίδι και η ερώτησή μας ήταν ως εξής: “ Σε δάγκωμα από φίδι βάζουμε το μέλος κάτω από το ύψος της καρδιάς”. Το 46,53% απάντησε πως δεν γνώριζε ενώ το 39,60% απάντησε σωστά πως θα τοποθετούσε το μέλος κάτω από το ύψος της καρδιάς.

Διάγραμμα 35: Δάγκωμα από φίδι



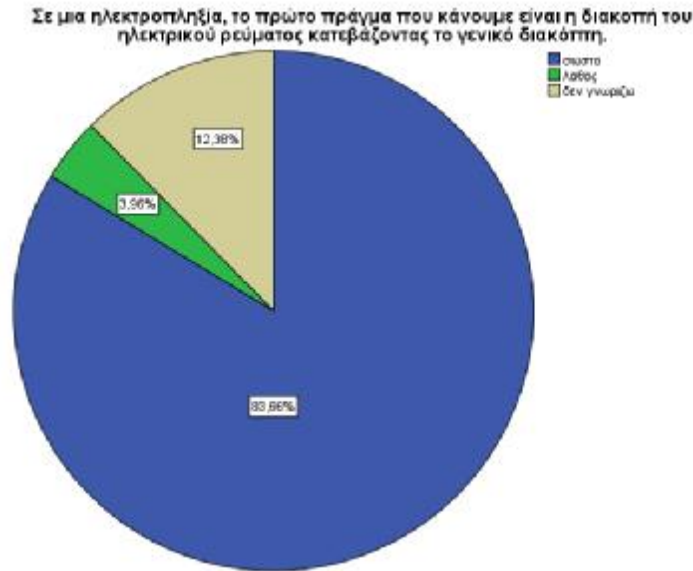
Έπειτα, αναφερθήκαμε στα εγκαύματα όπου ρωτούσαμε: “ Σε περίπτωση εγκαύματος τοποθετούμε το εγκαυματικό μέλος κάτω από τρεχούμενο, κρύο νερό για τουλάχιστον 10 λεπτά”. Το 59,41% απάντησε σωστά πως θα πρόβαινε στην παραπάνω ενέργεια, ενώ το 23,27% δεν γνώριζε.

Διάγραμμα 36: Άμεση ενέργεια σε έγκαυμα



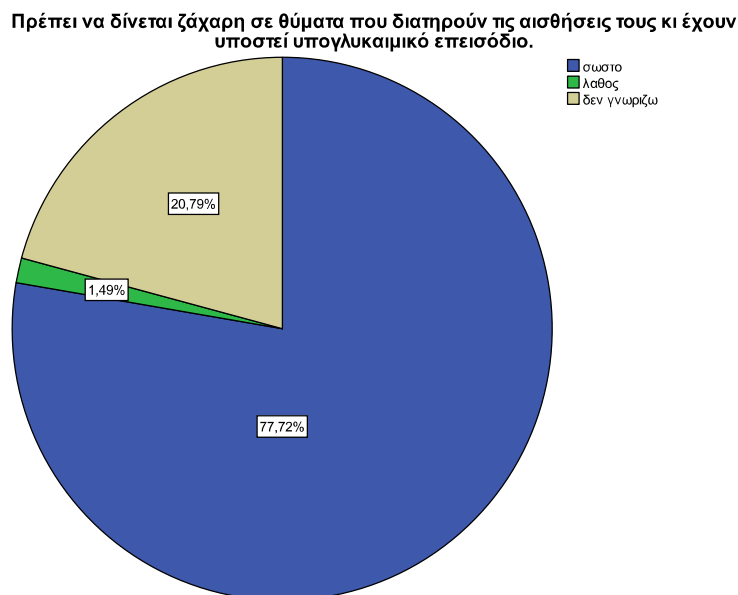
Κατόπιν ρωτήσαμε αν, σε μια ηλεκτροπληξία, το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουμε είναι να κατεβάσουμε το γενικό διακόπτη. Το 83,66% απάντησε σωστά πως έτσι θα έπραττε.

Διάγραμμα 37: Πρώτη ενέργεια σε ηλεκτροπληξία



Μετά θελήσαμε να μάθουμε τι θα έκαναν σε ένα υπογλυκαιμικό επεισόδιο, ρωτώντας τους: “Πρέπει να δίνεται ζάχαρη σε θύματα που διατηρούν τις αισθήσεις τους κι έχουν υποστεί υπογλυκαιμικό επεισόδιο”. Το 77,72% απάντησε σωστά πως σε περίπτωση υπογλυκαιμικού επεισοδίου, η πρώτη του ενέργεια θα ήταν να δώσει ζάχαρη στο θύμα.

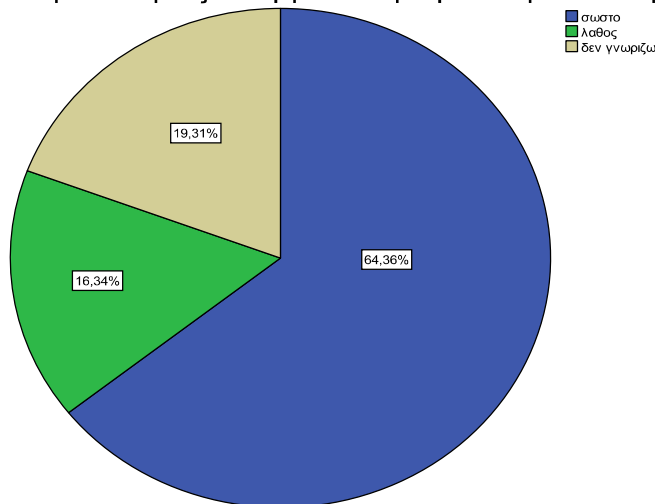
Διάγραμμα 38: Αντιμετώπιση υπογλυκαιμικού επεισοδίου



Η επόμενη ερώτησή μας ήταν για την περίπτωση επιληπτικής κρίσης, όπου το 64,36% απάντησε σωστά στην ερώτηση που του θέσαμε, ενώ το 19,31% δεν γνώριζε την απάντηση.

Διάγραμμα 39: Πρώτη ενέργεια σε επιληπτική κρίση

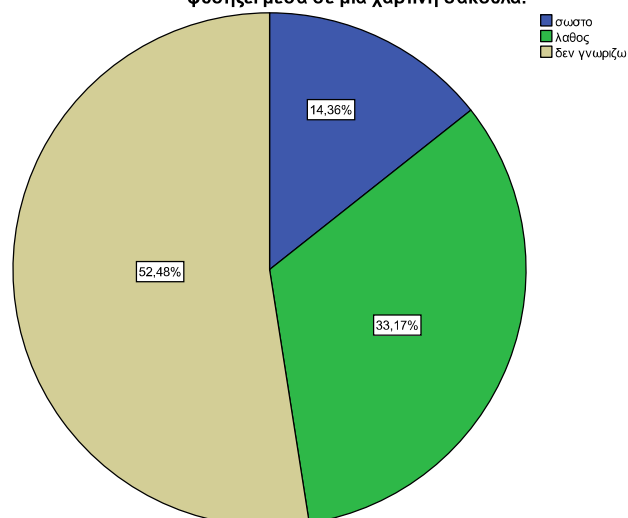
Σε μια επιληπτική κρίση, η πρώτη μας ενέργεια είναι να προστατέψουμε το κεφάλι του θύματος και να μην τοποθετήσουμε τίποτα μέσα στο στόμα του.



Έπειτα ρωτήσαμε τους εκπαιδευτικούς τι θα έκαναν στην περίπτωση μιας κρίσης άσθματος, θέτοντάς τους την εξής ερώτηση: “ Εάν ένας μαθητής πάθει κρίση άσθματος, του λέμε να καθίσει αναπαυτικά και να φυσήξει μέσα σε μία χάρτινη σακούλα”. Το 52,48% δήλωσε πως δεν γνώριζε την απάντηση, ενώ το 33,17% έδωσε λανθασμένη απάντηση, λέγοντας πως θα πρόβαινε στην παραπάνω ενέργεια αν ένας μαθητής πάθαινε κρίση άσθματος.

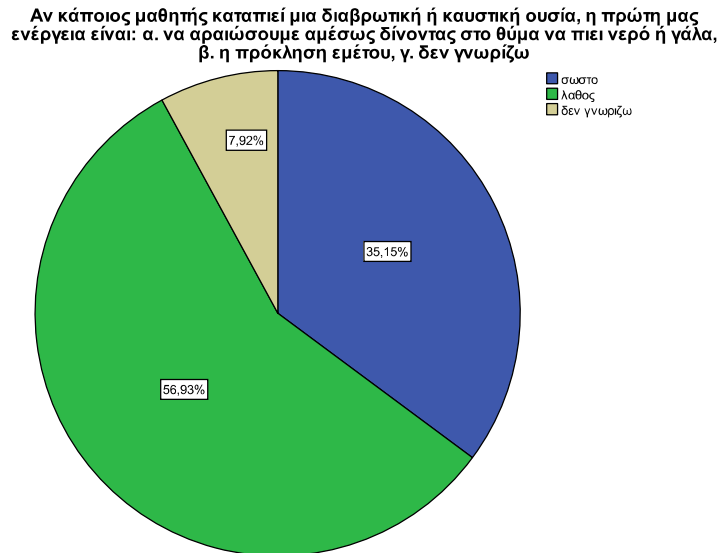
Διάγραμμα 40: Κρίση άσθματος σε μαθητή

Εάν ένας μαθητής πάθει κρίση άσθματος, του λέμε να καθίσει αναπαυτικά και να φυσήξει μέσα σε μια χάρτινη σακούλα.



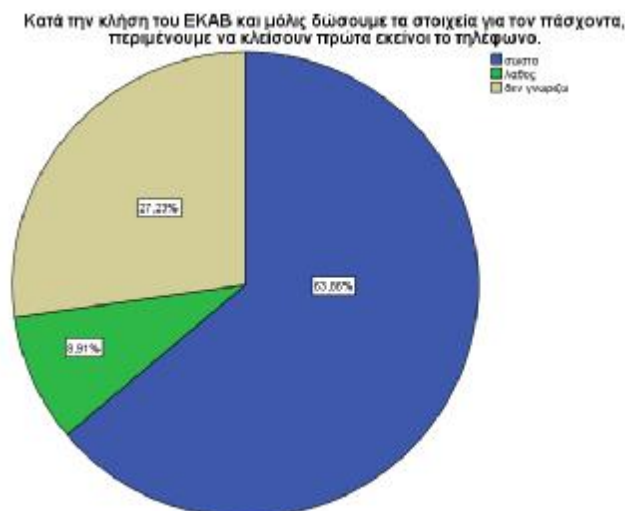
Η επόμενη ερώτησή μας αφορούσε τις δηλητηριάσεις όπου το 56,93% απάντησε λάθος στην ερώτηση, λέγοντας πως η πρώτη του ενέργεια θα ήταν να προκαλέσει έμετο σε θύμα δηλητηρίασης από καυστική ουσία, ενώ το 35,15% θα αραιώνει με νερό ή γάλα.

Διάγραμμα 41: Δηλητηρίαση από καυστική ουσία



Τέλος, τους θέσαμε την εξής ερώτηση: “ Κατά την κλήση του ΕΚΑΒ και μόλις δώσουμε τα στοιχεία για τον πάσχοντα, περιμένουμε να κλείσουν πρώτα εκείνοι το τηλέφωνο”. Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 63,86%, απάντησε σωστά πως θα περίμενε να κλείσουν πρώτα το τηλέφωνο οι άνθρωποι του ΕΚΑΒ ενώ το 27,23% δεν γνώριζε την απάντηση.

Διάγραμμα 42: Κλήση του ΕΚΑΒ



5.3 Συζήτηση

Μέσα από τη διεξαγωγή της ερευνητικής μας εργασίας και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήσαμε, συνειδητοποιήσαμε την κατάσταση που επικρατεί στα Ελληνικά σχολεία, όσον αφορά τις γνώσεις και την εξειδίκευση των εκπαιδευτικών πάνω σε θέματα Πρώτων Βοηθειών, καθώς και την αναγκαιότητα ύπαρξης σχολικού νοσηλευτή.

Ο εκπαιδευτικός δεν είναι ένας απλός δημόσιος υπάλληλος. Είναι ένας λειτουργός της εκπαίδευσης, ένας λειτουργός που έχει θέσει τις υπηρεσίες του στους μαθητές και στην κοινωνία. Γνωρίζουμε πολύ καλά ότι δε παύει να είναι ένας επαγγελματίας με απαιτήσεις για τις συνθήκες εργασίας του και τις οικονομικές του απολαβές. Και παρατηρούμε, ότι το σημερινό σχολείο δεν του προσφέρει ούτε τις συνθήκες εργασίας, ούτε τις απολαβές που θα έπρεπε. Όμως, διαπιστώνουμε ότι ο εκπαιδευτικός είναι πάνω απ' όλα άνθρωπος, ο οποίος έρχεται σε καθημερινή επαφή με παιδιά που διαμορφώνουν το χαρακτήρα τους. Και ακριβώς αυτή είναι η πρόκληση του καθηγητή, να γίνει ο ίδιος πρότυπο μίμησης για τη διαμόρφωση σωστού χαρακτήρα στους μαθητές του.

Ο ρόλος του καθηγητή στα σχολεία δεν πρέπει να είναι η απλή και στείρα μετάδοση γνώσεων. Ο καθηγητής αφενός, οφείλει να προάγει την εκπαιδευτική διαδικασία σε μία συμμετοχική και ομαδική συνεργασία, με τον ίδιο να λειτουργεί ως πρότυπο και να καθοδηγεί τους μαθητές. Από την άλλη πλευρά όμως, καλό θα ήταν να σχεδιάζει τους εκπαιδευτικούς του στόχους, αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που απασχολούν τα παιδιά, επιτρέποντας στα τελευταία να μιλούν ελεύθερα για οτιδήποτε τα ταλανίζει.

Δυστυχώς, με το πέρας της ερευνητικής μας εργασίας, συνειδητοποιήσαμε τη μεγάλη έλλειψη γνώσεων που διαθέτουν οι εκπαιδευτικοί πάνω σε ένα τόσο σημαντικό ζήτημα όπως αυτό των Πρώτων Βοηθειών. Τα αποτελέσματα δεν ήταν ενθαρρυντικά και αυτό μας απογοήτευσε λιγάκι, μα ελπίζουμε πως καταφέραμε, έστω και λίγο, να αναδείξουμε την ανάγκη ύπαρξης σχολικού νοσηλευτή στα σχολεία Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, αλλά και τη δημιουργία προγραμμάτων και σεμιναρίων ειδικά για τους καθηγητές.

Γνωρίζουμε, επίσης, ότι οι γνώσεις που διέθεταν οι εκπαιδευτικοί, στο βαθμό που τις διέθεταν, οφειλόταν στη δική τους εθελοντική συμμετοχή ή παρακολούθηση σεμιναρίων Αγωγής Υγείας και Πρώτων Βοηθειών. Δυστυχώς, δεν έλαβαν ποτέ γνώσεις Πρώτων Βοηθειών από υποχρεωτικά μαθήματα διδασκαλίας σε γυμνάσια, λύκεια ή στα πανεπιστήμια. Αυτό συμβαίνει ακόμα και σήμερα, διότι οι εκάστοτε κυβερνήσεις δεν έχουν προβλέψει νόμους που να εντάσσουν ως υποχρεωτικά τα μαθήματα Αγωγής Υγείας ή Πρώτων Βοηθειών. Έτσι γίνεται σαφές ότι η αποδοτική παροχή πρώτων βοηθειών δε μπορεί να αποτελεί αντικείμενο ατομικής πρωτοβουλίας. Τόσο η εκπαίδευση στα πλαίσια εγκαθίδρυσης ενός συστήματος αυτοφροντίδας, όσο και η οργάνωση ομάδων Πρώτων

Βοηθειών για ειδικές ανάγκες, πρέπει να αποτελούν αντικείμενο κρατικής μέριμνας και να εντάσσονται στα πλαίσια του συστήματος υγείας.

Στο Ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα, όπου τα σχολικά μαθήματα έχουν στη συντριπτική τους πλειοψηφία συγκεκριμένη μορφή- τόσο ως προς το περιεχόμενο όσο και ως προς τη μεθοδολογία που υιοθετούν- η Αγωγή της Υγείας και η εκπαίδευση παροχής Πρώτων Βοηθειών, παίρνει τη μορφή μίας παράλληλης ή ευκαιριακής δραστηριότητας, η οποία δε διαθέτει Αναλυτικό Πρόγραμμα, εγχειρίδια, δεν εξετάζεται, δεν καταλαμβάνει ώρες του ωρολογίου προγράμματος, δεν επηρεάζει το βαθμό του τριμήνου ή του απολυτηρίου. Η Αγωγή της Υγείας αποτέλεσε μία ευκαιριακή ή παράλληλη εκπαιδευτική δραστηριότητα, της οποίας η λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα στηρίχτηκε στη διάθεση των εκπαιδευτικών να ασχοληθούν με αυτό τον τομέα.

Το γεγονός αυτό μας δείχνει ότι το συγκεκριμένο αντικείμενο, κατά πάσα πιθανότητα, υποτιμήθηκε. Και αυτή η υποτίμηση μπορεί να φανερώνει δύο πράγματα: α. Τη μικρή ευαισθητοποίηση του εκπαιδευτικού συστήματος (προφανώς και της πολιτείας) για ένα τόσο σημαντικό θέμα, β. Ή την ελλιπή ή και ανύπαρκτη προετοιμασία των εκπαιδευτικών να την υποστηρίξουν, γεγονός για το οποίο οι ίδιοι λίγο ευθύνονται, αφού σε τελική ανάλυση το ζήτημα της βασικής τους ειδίκευσης ή της επιμόρφωσής τους δεν αποτελεί δική τους αρμοδιότητα. Έτσι, καταλήγουμε και πάλι στην πολιτεία, η οποία δείχνει να επαναπαύεται στα σχολικά εσκαμμένα, φορτώνοντας συνεχώς με νέα ύλη τα υπάρχοντα μαθήματα και αδιαφορώντας για τις νέες εξελίξεις που διαμορφώνονται στο διεθνή χώρο.

Ανακαλύπτοντας λοιπόν, ότι οι εκπαιδευτικοί δε διαθέτουν γνώσεις Πρώτων Βοηθειών, φτάνουμε στο συμπέρασμα της αναγκαιότητας ύπαρξης σχολικού νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής δεν περιορίζει τις επαγγελματικές του δραστηριότητες μόνο μέσα στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας, αλλά κατέχει ενεργό συμμετοχή στη κοινότητα (σχολεία, κατ' οίκον νοσηλεία, οικογενειακή νοσηλευτική). Ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να βρίσκεται στο σχολικό χώρο, να φροντίζει για τη διαπαιδαγώγηση των παιδιών πάνω σε θέματα Αγωγής Υγείας, Πρώτων Βοηθειών, να ελέγχει την κατάσταση της υγείας των μαθητών, να κάνει εμβόλια στα παιδιά, να συνεργάζεται με τις οικογένειες των παιδιών, να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους μαθητές, να ελέγχει την καταλληλότητα του σχολικού περιβάλλοντος για την υγεία των μαθητών.

Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία χωρών με ιστορία στο θεσμό του σχολικού νοσηλευτή, φαίνεται ότι ο τελευταίος μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού κατέχοντας κεντρικό ρόλο ανάμεσα στους υπόλοιπους κλάδους.

Ωστόσο, απ' όσα αναφέρθηκαν παραπάνω με βάση τη νομοθεσία και την κοινωνική πραγματικότητα στην Ελλάδα, οι σχολικοί νοσηλευτές δεν αποτελούν προτεραιότητα στο σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής υγείας, ενώ είναι σε θέση να προσφέρουν τα μέγιστα.

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.

Γενικά, πάντοτε, οι Πρώτες Βοήθειες ενδιέφεραν τους ανθρώπους λόγω της πρακτικότητας στην καθημερινή ζωή και της σωτήριας συνδρομής τους σε πολλές έκτακτες περιπτώσεις υγείας. Ορισμένα αποτελέσματα και συμπεράσματα, ίσως μπορούν να αποτελέσουν εργαλείο και κριτήριο για έναν ολοκληρωμένο σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων κατάρτισης Πρώτων Βοηθειών σε εκπαιδευτικούς και σε επαγγελματίες υγείας.

5.4 Προτάσεις

Ατυχήματα συμβαίνουν σε όλους μας σε κάθε ηλικία, σε κάθε χώρα, μέρος, εποχή και σε κάθε λεπτό. Τα ατυχήματα αποτελούν ένα δυσάρεστο, απρόσμενο αλλά και αναπόφευκτο κάποιες φορές, κομμάτι της ζωής μας. Κάνοντας μία μικρή αναδρομή στο παρελθόν, στη σχολική μας ηλικία, θα θυμηθούμε ότι υπήρξαν στιγμές που χρειαστήκαμε βοήθεια ύστερα από κάποιο ατύχημα ή στιγμές που χρειάστηκε να δώσουμε βοήθεια σε κάποιον άλλο. Αντιλαμβανόμαστε και με βάση τα αποτελέσματα, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εκπαιδευτικών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης έχει ελλιπείς γνώσεις όσον αφορά την παροχή Πρώτων Βοηθειών σε έκτακτη ανάγκη και κατ' επέκταση δε μπορούν να τις διδάξουν στους μαθητές. Εμείς λοιπόν, προτείνουμε τα εξής:

- Οι Πρώτες Βοήθειες θα πρέπει να ενταχθούν ως υποχρεωτικό μάθημα στο σχολικό πρόγραμμα, τόσο στο γυμνάσιο όσο και στο λύκειο και να συνεχίζεται η υποχρεωτική παρακολούθηση σε προπτυχιακό επίπεδο στην τριτοβάθμια εκπαίδευση σε όλες τις σχολές.
- Η ίδια η πολιτεία και οι εκάστοτε κυβερνήσεις θα πρέπει να προβλέπουν νόμους ώστε το μάθημα των Πρώτων Βοηθειών να είναι υποχρεωτικού χαρακτήρα.
- Η διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της κάθε περιοχής να διοργανώνει σεμινάρια υποχρεωτικής παρακολούθησης από τους εκπαιδευτικούς ανά τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε οι γνώσεις να μη ξεχνιούνται.
- Οι εκπαιδευτικοί καλό θα ήταν να ασχοληθούν με μεταπτυχιακά προγράμματα σχετικά με τις Πρώτες Βοήθειες.
- Όσοι από τους εκπαιδευτικούς έχουν λάβει γνώσεις Πρώτων Βοηθειών από πιστοποιημένα, ή μη, προγράμματα, καλό θα ήταν να συνεχίσουν και προσωπική μελέτη, παρακολουθώντας σεμινάρια, μελετώντας βιβλία και κάνοντας χρήση του διαδικτύου. Ένας

χρήσιμος ιστότοπος είναι η σελίδα του Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού ([https:// redcross.org.uk/what-we-do/First-aid](https://redcross.org.uk/what-we-do/First-aid)), ο οποίος περιέχει βίντεο με καταστάσεις που χρήζουν άμεσης παροχής Πρώτων Βοηθειών και που μπορούν να τα προβάλλουν και στους μαθητές.

- Το μάθημα των Πρώτων Βοηθειών θα πρέπει να έχει οπωσδήποτε και πρακτικό κομμάτι των θεωρητικών γνώσεων. Με τη θεωρία μαθαίνουν πώς πρέπει να σκεφτούν και να δράσουν-αντιδράσουν σε μία επείγουσα κατάσταση. Χωρίς την πράξη, σε μία πραγματική κατάσταση κλήσης για βοήθεια, οι περισσότεροι θα διστάσουν και ξαφνικά θα ξεχάσουν τι πρέπει να κάνουν από φόβο και ανασφάλεια για τις γνώσεις τους, είτε είναι εκπαιδευτικοί, είτε μαθητές.
- Επίσης, υπάρχει η αναγκαιότητα ύπαρξης πλήρως εξοπλισμένων φαρμακείων στα σχολεία όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης, με τους εκπαιδευτικούς να χρειάζεται να είναι εξοικειωμένοι με το υλικό και τα φάρμακα που περιέχονται σ' αυτό ανά πάσα στιγμή, για την περίπτωση που παραστεί επείγουσα ανάγκη.
- Το σχολείο θα πρέπει να είναι κατάλληλα κτιριακά κτισμένο, όσον αφορά την υποδομή του, ώστε να υπάρχουν κατάλληλα διαμορφωμένοι χώροι π.χ. εργαστήρια με προπλάσματα και κούκλες όπου θα εφαρμόζεται το πρακτικό μέρος των Πρώτων Βοηθειών. Επίσης να υπάρχει υλικοτεχνική υποδομή με οπτικοακουστικά μέσα π.χ. τηλεόραση, slides για την παρακολούθηση βίντεο-παρουσιάσεων σχετικών με την παροχή των Πρώτων Βοηθειών.
- Για να επιτευχθούν όμως όλα τα παραπάνω, θα πρέπει να μεριμνήσει η κοινότητα, ώστε κι αυτή με τη σειρά της, να προσφέρει τους απαραίτητους πόρους για να υλοποιηθούν οι προαναφερθείσες ενέργειες.
- Εκτός από τη δραστηριοποίηση του εκπαιδευτικού όσον αφορά την εκμάθηση γνώσεων παροχής Πρώτων Βοηθειών, απαραίτητο είναι να θεσπιστεί και να εφαρμοστεί νόμος για το διορισμό σχολικού νοσηλευτή σε όλα τα σχολεία και όχι μόνο στα ειδικά. Ο σχολικός νοσηλευτής θα μπορεί να παρέχει γνώσεις Πρώτων Βοηθειών τόσο στους μαθητές, όσο και στους εκπαιδευτικούς και θα αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα των προαναφερθέντων με εξειδικευμένες γνώσεις.
- Τέλος, ο σχολικός νοσηλευτής θα πρέπει να διοργανώνει προγράμματα Αγωγής Υγείας ενημερώνοντας μαθητές και προσωπικό για την εξασφάλιση ποιοτικής υγείας και ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Φίλος Κ., Κανάρης Χρ., Παπαδόπουλος Γ., Πρώτες Βοήθειες: Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΕΦΥΡΑ, Ιωάννινα, 2006, σ. 19-34, 39-43, 157-166
2. Τσούσκας Ι. Λ., Επείγουσα Νοσηλευτική Φροντίδα – Πρώτες Βοήθειες, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 39, 40, 179-189
3. Γκούρτσας Β. Νικ., Πρώτες Βοήθειες, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις ΔΙΣΙΓΜΑ, Θεσσαλονίκη, 2010, σ. 10-15, 22, 23, 33-52, 69-78, 85-93, 104-111
4. Γερμενής Τ., Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για επαγγέλματα υγείας, επίτομος, έκδοση Γ' ανατύπωση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2007, σ. 3-8
5. Τσούσκας Ι. Λ., Πρώτες Βοήθειες, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 2000, σ. 23
6. National Safety Council, Πρώτες Βοήθειες και Βασική Υποστήριξη της Ζωής (ΚΑΡΠΑ), μτφρ. Φτίκας Αλ., έκδοση 1^η, εκδόσεις ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑ, Θεσσαλονίκη, 2003, σ. 8,9
7. Πετρίδης Π. Αγ., Ευτυχίδου Π. Ελ., Τσόχας Αθ. Κων., Πρώτες Βοήθειες, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 2012, σ. 28-31, 58-60
8. Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, Πρώτες Βοήθειες: Οδηγός αντιμετώπισης ατυχημάτων στο σπίτι, την εργασία και τις διακοπές, μτφρ. Λίτσας Κ., επίτομος, έκδοση 8^η, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2005, σ. 93-103
9. Dewit C. Susan, Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες και πρακτική, μτφρ. Δάνας Χ. και συν., επιμέλεια Λαμπρινού Αικ., Λεμονίδου Χρ., τόμος Β', 1^η έκδοση, Αθήνα, 2009, σ. 1095,1096
10. Μπαλτόπουλος Ι. Γ., Πρώτες Βοήθειες και πρακτική θεραπευτική συνήθων καταστάσεων, επίτομος, 2^η έκδοση, εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα, 2009, σ. 562-565, 594-598
11. Κουφουδάκης Δ., Πρώτες Βοήθειες και επείγοντα περιστατικά στο αγροτικό ιατρείο, επίτομος, 3^η έκδοση, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2011, σ. 20
12. Edelman-Mandle, Προαγωγή της υγείας: μτφρ. Λήδα Ιατρίδου-Μαρία Μουστάκη, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Μπαμπάτσικου Φ., Πολυχρονόπουλος Ε., Κουτής Χ., επίτομος, έκτη έκδοση, επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2009, σ. 7-23, 118, 137-139, 210, 253-255, 266, 267, 581, 582, 605.

13. Stanhope M.- Lancaster J., Κοινωνική Νοσηλευτική: γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε., Νούλα Μ., τόμος Α', 1^η έκδοση, εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009, σ. 4-8, 49-52, 206, 207, 262-264.
14. Susan C.de Wit, Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας: μτφρ: Σακοράφας Γ., Ποζιόπουλος Χ., Νικολακάας Σ., επιστημονική επιμέλεια: Κοτρωτσιού Ε., 1ος τόμος, Τρίτη έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 2012, σ.14.
15. Sines D.- Saunders M.- Forbes J., Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική: γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Νούλα Μ., Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε., επίτομος, 1^η έκδοση, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2011, σ.192-194, 201, 329, 330.
16. Fry S. and Johnstone M., Ζητήματα ηθικής στη Νοσηλευτική Πρακτική: μτφρ-επιμέλεια: Λεμονίδου Χ., επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005, σελ. 42,43, 91-93.
17. American Nurses Association (ANA), Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας σκοπός και πρότυπα πρακτικής, επίτομος, μετάφραση- επιμέλεια: Μαριάννα Διομήδους, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010, σελ. 6,7.
18. Κούτα Χ., Papadopoulos I., Σουρτζή Π., Προαγωγή υγείας για επαγγελματίες υγείας: επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010, σ. 111, 112.
19. Stanhope M.- Lancaster J., Κοινωνική Νοσηλευτική, γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Ευτυχία Γκεσούλη-Βολτυράκη, Μαρία Νούλα, τόμος Β', 1^η έκδοση, εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009, σ.425, 428, 442, 672, 767-816.
20. Eureka.lib.teithe.gr. The eureka.lib.teithe.gr. Web Page. <http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/1379/AVENIDOY1.pdf?sequence=2>. Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 4, 2009
21. Mary A. Nies Melanie Mc Ewen, Κοινωνική Νοσηλευτική Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών: επίτομος, 3^η έκδοση, εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 2001, σ. 643.
22. Κυριακίδου Ε., Κοινωνική νοσηλευτική: έκτη έκδοση, επίτομος, εκδόσεις «Η Ταβίθα», Αθήνα, 2005, σ. 249.
23. Περιοδικό Νοσηλευτικής, άρθρο Σχολικές Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα-Η θέση του σχολικού νοσηλευτή: Αλεξανδροπούλου Μ. και συν., 2006, Αθήνα, σ. 310-313.
24. Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ., τίτλος άρθρου: «Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή», περιοδικό: το βήμα του Ασκληπιού, τόμος 11^{ος}, τεύχος 1^ο, 2012, σ. 506-510.
25. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ, «Αγωγή υγείας- Πρώτες Βοήθειες» της Α' τάξης ημερήσιου επαγγελματικού λυκείου», Αθήνα, 2013, σ. 2, 3.
26. Rekleiti M., Saridi M., Toska A., Kyriazis I., Kyloudis P., Souliotis K., et al, The effects of a first-aid education program for middle school students in a Greek urban area, Arch Med Science 2013, σ. 759, 760.

27. Καλοκαιρινού Α. Σουρτζή Π., Κοινωνική Νοσηλευτική, επίτομος, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2005, σ. 85, 86.
28. Γκούβρα Μ. Και συν., Αγωγή υγείας και σχολείο: επιμέλεια: Σταυρόπουλος Χ. Επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Τυποθήτω Δάρδανος, Αθήνα, 2005, σ.12-43, 92-94.
29. Δαρβίρη Χ., Προαγωγή υγείας: επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2010, σ.17-21, 49, 116, 118.
30. Δαρβίρη Χ., Μεθοδολογία της έρευνας στο χώρο της υγείας: επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2009, σ. 16.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Αίτηση Άδειας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
(Τ.Ε.Ι.) ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Βαθμός Ασφαλείας
Πάτρα 25-5-2014
Αριθμ. Πρωτ. ΔΥ

Μεγ. Αλεξάνδρου 1
Κουκούλι Πάτρας
263 34 Πάτρα
Πληροφορίες : Ζαχαροπούλου Άννα
Τηλέφωνο: 2610 369130-131
FAX: 2610 369175
e-mail : nosileftiki@teipat.gr

Σας ενημερώνουμε ότι το Τμήμα Νοσηλευτικής της Σ.Ε.Υ.Π του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας στην προσπάθεια του για αναβάθμιση του προγράμματος σπουδών δίνει μεγάλη έμφαση στην ποιότητα των εργασιών τις οποίες θεωρεί απαραίτητο εφόδιο για την μελλοντική επαγγελματική κατάρτιση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής.

Για τους παραπάνω λόγους παρακαλούμε να δοθεί η ευκαιρία στους σπουδαστές του Τμήματός μας

1) ΠΙΤΤΑ ΕΡΑΣΜΙΑ-ΕΛΕΝΑ

2) ΤΣΙΚΡΙΚΑ ΜΑΡΙΑ

3) _____

να διεξάγουν την έρευνα που απαιτείται για την συγγραφή της Πτυχιακής Εργασίας.

Ευχαριστούμε για την Συνεργασία σας.

Ο Εισηγητής Καθηγητής

Περικλής Σ. Ρόμπιολος
Π.Ε. Νοσηλευτής
MSc "Παράρτησή της Υγείας"



Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Νικόλαος Στεφανόπουλος
Επικ. Καθηγητής

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ερωτηματολόγιο

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητέ εκπαιδευτικέ,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδος με έδρα την Πάτρα.

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας υπό την επίβλεψη του επιστημονικού συνεργάτη κ. Περικλή Ρόμπολα. Περιλαμβάνει ατομικά δημογραφικά στοιχεία (όπως φαίνονται στο παρόν έντυπο) καθώς επίσης γενικές και ειδικές ερωτήσεις πάνω σε θέματα Πρώτων Βοηθειών, με στόχο να διαπιστώσουμε τις γνώσεις εκπαιδευτικών στα προαναφερόμενα ζητήματα.

Παρακαλούμε όπως **απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**.

Μπορείτε να επιλέξετε **περισσότερες από μία** δυνατές απαντήσεις.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική**.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μη διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Οι φοιτήτριες: Πιττά Ερασμία-Ελένη – Τσικρικά Μαρία

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ: ΘΗΛΥ:

ΗΛΙΚΙΑ: _____

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: _____

ΕΤΗ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ: _____

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΕ: ΓΥΜΝΑΣΙΟ: ΓΕΝΙΚΟ ΛΥΚΕΙΟ:

 ΕΠΑ.Λ: ΕΠΑ.Σ:

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ: ΝΑΙ: ΟΧΙ:

ΠΟΛΗ: _____

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Έχετε γνώσεις σχετικά με την παροχή των Πρώτων Βοηθειών;
ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Πότε συμβαίνουν τα περισσότερα ατυχήματα;
 - a. κατά την προσέλευση-αποχώρηση από το σχολείο
 - b. στο μάθημα Φυσικής Αγωγής
 - c. στους περιπάτους-εκδρομές
 - d. στο διάλειμμα
3. Ποιά είναι η πιο συχνή μορφή ατυχημάτων στο σχολείο που εργάζεστε;
 - a) Κάταγμα
 - b) Αιμορραγία μετά από τραυματισμό
 - c) Έγκαυμα
 - d) _____ (άλλο;)
4. Θεωρείτε αναγκαία την επιμόρφωση των εκπαιδευτικών σε θέματα Πρώτων Βοηθειών;
ΝΑΙ ΟΧΙ
5. Υπάρχει φαρμακείο στο σχολείο;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ναι, το φαρμακείο σε ποιο επίπεδο είναι εξοπλισμένο;
ΛΙΓΟ ΠΟΛΥ ΑΡΙΣΤΑ
6. Έχετε παρακολουθήσει σεμινάρια ή μαθήματα Πρώτων Βοηθειών;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Εάν ναι, πότε;
 - a. Κατά τη διάρκεια των σπουδών σας;
 - b. Μετά τη λήψη του πτυχίου;Σημειώστε τον φορέα εκπαίδευσης (π.χ. ΕΚΑΒ, Ερυθρός Σταυρός):

7. Πιστεύετε ότι πρέπει να γίνονται μαθήματα Πρώτων Βοηθειών στους μαθητές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, πού;
ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΛΥΚΕΙΟ ΓΥΜΝΑΣΙΟ ΚΑΙ ΛΥΚΕΙΟ
8. Πώς θα βαθμολογούσατε τις γνώσεις σας στις Πρώτες Βοήθειες από το 1 έως το 5;
(1=μηδαμινές-5=άριστες) _____
9. Έχετε παράσχει πρώτες βοήθειες σε μαθητή;
ΝΑΙ ΟΧΙ
Αν ναι, περιγράψτε το περιστατικό και τις ενέργειες στις οποίες είχατε προβεί.

10. Έχετε ασχοληθεί ποτέ με κάποιο πρόγραμμα Αγωγής της Υγείας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, με τι σχετιζόταν αυτό;

11. Με τι συχνότητα η Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην οποία ανήκετε διοργανώνει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών;

- a) Κάθε 6 μήνες
- b) Κάθε έναν χρόνο
- c) Κάθε δύο χρόνια
- d) Ποτέ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΓΝΩΣΕΩΝ

- Καταγράψτε αν γνωρίζετε τα παρακάτω τηλέφωνα:
ΕΚΑΒ: _____

ΑΣΤΥΝΟΜΙΑ: _____

ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΙΚΗ: _____
- Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ (Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση) είναι η απουσία της αναπνοής και των σημείων ζωής.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
- Σε ποια αρτηρία πρέπει να ψηλαφίσουμε το σφυγμό πριν την έναρξη εφαρμογής ΚΑΡΠΑ;
 - Καρωτίδα
 - Κερκιδική αρτηρία
 - Αορτή
 - Βραχιόνιος αρτηρία
 - Δεν γνωρίζω
- Εάν ένας μαθητής βρίσκεται πεσμένος στο πάτωμα χωρίς αναπνοή και καρδιακή λειτουργία, το πρώτο πράγμα που κάνουμε είναι:
 - Κλήση του ΕΚΑΒ
 - Έναρξη ΚΑΡΠΑ
 - Δεν γνωρίζω
- Για τον έλεγχο ύπαρξης αυτόματης αναπνοής παρακολουθούμε αν κινείται το θωρακικό τοίχωμα.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
- Για να ανοίξουμε την αεροφόρο οδό στο θύμα κάνουμε έκταση του κεφαλιού του θύματος και ανύψωση του πηγουνιού.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
- Η ΚΑΡΠΑ εφαρμόζεται στους εφήβους όπως και στους ενηλίκους δίνοντας 30 θωρακικές συμπίεσεις και 1 εμφύσηση.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
- Πώς κάνουμε εμφύσηση στα παιδιά (εφήβους) κατά τη εφαρμογή ΚΑΡΠΑ;
 - Στόμα διασώστη με στόμα θύματος
 - Στόμα διασώστη με μύτη θύματος
 - Στόμα διασώστη με στόμα και μύτη θύματος
 - Δεν γνωρίζω
- Κατά την παροχή ΚΑΡΠΑ, τα χέρια του ανανήπτη δεν πρέπει να χάνουν την επαφή τους με το θώρακα.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
- Εάν συμβεί πνιγμονή από ξένο σώμα στους μαθητές το πρώτο πράγμα που κάνουμε είναι:
 - Εμφύσηση στο στόμα του ασθενούς
 - Ενθάρρυνση για βήχα
 - 5 χτυπήματα ανάμεσα στις ωμοπλάτες
 - Δεν γνωρίζω

11. Σε περίπτωση τραυματισμού και εξωτερικής αιμορραγίας, ασκούμε πίεση και καλούμε το 166.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
12. Σε περίπτωση ρινορραγίας:
- Λέμε στον πάσχοντα να σηκώσει ψηλά το κεφάλι του
 - Λέμε στον πάσχοντα να κάμψει το κεφάλι του προς τα εμπρός ενώ πιέζουμε το χόνδρινο τμήμα της μύτης για 5 λεπτά
 - Δεν γνωρίζω
13. Ένα ενσφηνωμένο αντικείμενο στο σώμα πρέπει να αφαιρείται για να ελέγξουμε την αιμορραγία.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
14. Η παροχή των Πρώτων Βοηθειών σε κάταγμα περιλαμβάνει την:
- Αντιμετώπιση της αιμορραγίας
 - Ακινητοποίησή του
 - Ανάταξή του
 - Διακομιδή του πάσχοντος
 - Δεν γνωρίζω
15. Για να μειωθεί το οίδημα πρέπει να εφαρμόζουμε θερμότητα σε κάθε μυ, οστό ή σύνδεσμο που έχει τραυματιστεί.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
16. Σε δάγκωμα από φίδι βάζουμε το μέλος κάτω από το ύψος της καρδιάς.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
17. Σε περίπτωση εγκαύματος τοποθετούμε το εγκαυματικό μέλος κάτω από τρεχούμενο, κρύο νερό για τουλάχιστον 10 λεπτά.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
18. Σε μία ηλεκτροπληξία το πρώτο πράγμα που κάνουμε είναι η διακοπή του ηλεκτρικού ρεύματος κατεβάζοντας το γενικό διακόπτη.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
19. Πρέπει να δίνεται ζάχαρη σε θύματα που διατηρούν τις αισθήσεις τους και έχουν υποστεί υπογλυκαιμικό επεισόδιο.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
20. Σε μία επιληπτική κρίση η πρώτη μας ενέργεια είναι να προστατέψουμε το κεφάλι του θύματος και να μην τοποθετήσουμε τίποτα μέσα στο στόμα του.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
21. Εάν ένας μαθητής πάθει κρίση άσθματος, του λέμε να καθίσει αναπαυτικά και να φυσήσει μέσα σε μία χάρτινη σακούλα.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ
22. Αν κάποιος μαθητής καταπιεί μία διαβρωτική ή καυστική ουσία, η πρώτη μας ενέργεια είναι:
- Να αραιώσουμε αμέσως δίνοντας στο θύμα να πιεί νερό ή γάλα.
 - Η πρόκληση εμέτου
23. Κατά την κλήση του ΕΚΑΒ και μόλις δώσουμε τα στοιχεία για τον πάσχοντα, περιμένουμε να κλείσουν πρώτα εκείνοι το τηλέφωνο.
ΣΩΣΤΟ ΛΑΘΟΣ ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Πίνακες

Πίνακας 1: Γνώσεις Πρώτων Βοηθειών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	86	42,6	43,9	43,9
	Όχι	110	54,5	56,1	100,0
	Total	196	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		202	100,0		

Πίνακας 2: Τόπος ατυχημάτων

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Προσέλευση - Αποχώρηση από το σχολείο	18	8,9	9,2	9,2
	Στο μάθημα φυσικής αγωγής	33	16,3	16,8	26,0
	Σε περιπάτους - εκδρομές	35	17,3	17,9	43,9
	Στο διάλειμμα	110	54,5	56,1	100,0
	Total	196	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		202	100,0		

Πίνακας 3: Πιο συχνή μορφή ατυχημάτων στο σχολείο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάταγμα	57	28,2	30,0	30,0
	Αιμορραγία από τραυματισμό	103	51,0	54,2	84,2
	Έγκαυμα	2	1,0	1,1	85,3
	Άλλο	28	13,9	14,7	100,0
	Total	190	94,1	100,0	
Missing	System	12	5,9		
Total		202	100,0		

Πίνακας 4: Επιμόρφωση εκπαιδευτικών στις Πρώτες Βοήθειες

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	197	97,5	97,5	97,5
	Όχι	5	2,5	2,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 5α: Ύπαρξη φαρμακείου στο σχολείο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	202	100,0	100,0	100,0

Πίνακας 5β: Επίπεδο εξοπλισμού φαρμακείου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	74	36,6	37,4	37,4
	Πολύ	113	55,9	57,1	94,4
	Άριστα	11	5,4	5,6	100,0
	Total	198	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		202	100,0		

Πίνακας 6α : Παρακολούθηση σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	68	33,7	33,7	33,7
	Όχι	134	66,3	66,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 6β : Χρόνος παρακολούθησης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κατά τη διάρκεια των σπουδών	9	4,5	13,2	13,2
	Μετά τη λήψη του πτυχίου	59	29,2	86,8	100,0
	Total	68	33,7	100,0	
Missing	System	134	66,3		
Total		202	100,0		

Πίνακας 6γ : Φορέας εκπαίδευσης

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΕΚΑΒ	8	4,0	13,6	13,6
	Ερυθρός Σταυρός	47	23,3	79,7	93,2
	Άλλος	4	2,0	6,8	100,0
	Total	59	29,2	100,0	
Missing	System	143	70,8		
Total		202	100,0		

Πίνακας 7α: Διδασκαλία Πρώτων Βοηθειών στους μαθητές

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	197	97,5	98,0	98,0
	Όχι	4	2,0	2,0	100,0
	Total	201	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		202	100,0		

Πίνακας 7β : Πού πρέπει να διδάσκονται

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γυμνάσιο	99	49,0	51,3	51,3
	Λύκειο	43	21,3	22,3	73,6
	Και στα δύο	51	25,2	26,4	100,0
	Total	193	95,5	100,0	
Missing	System	9	4,5		
Total		202	100,0		

Πίνακας 8: Βαθμολόγηση Γνώσεων από 1 έως 5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	45	22,3	23,0	23,0
	2	78	38,6	39,8	62,8
	3	56	27,7	28,6	91,3
	4	13	6,4	6,6	98,0
	5	4	2,0	2,0	100,0
	Total	196	97,0	100,0	
Missing	System	6	3,0		
Total		202	100,0		

Πίνακας 9α: Παροχή Πρώτων Βοηθειών σε μαθητή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	75	37,1	37,7	37,7
	Όχι	124	61,4	62,3	100,0
	Total	199	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		202	100,0		

Πίνακας 9β : Περιγραφή περιστατικού

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΡΠΑ	6	3,0	9,8	9,8
	Λιποθυμικό Επεισόδιο	20	9,9	32,8	42,6
	Επιληψία	3	1,5	4,9	47,5
	Περιποίηση Τραύματος	16	7,9	26,2	73,8
	Κατάγματα - Διαστρέμματα	7	3,5	11,5	85,2
	Αιμορραγίες	5	2,5	8,2	93,4
	Πνιγμός από ξένο σώμα	2	1,0	3,3	96,7
	Τσίμπημα από έντομο	1	,5	1,6	98,4
	Έγκαυμα	1	,5	1,6	100,0
	Total	61	30,2	100,0	
Missing	System	141	69,8		
Total		202	100,0		

Πίνακας 10α: Ενασχόληση με πρόγραμμα Αγωγής της Υγείας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	39	19,3	19,4	19,4
	Όχι	162	80,2	80,6	100,0
	Total	201	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		202	100,0		

Πίνακας 10β: Θέμα Προγράμματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Διατροφή	12	5,9	30,8	30,8
	Αιμοδοσία	6	3,0	15,4	46,2
	Παροχή Πρώτων Βοηθειών	8	4,0	20,5	66,7
	Σεξουαλική Αγωγή - ΣΜΝ	3	1,5	7,7	74,4
	Εξαρτησιογόνες Ουσίες	4	2,0	10,3	84,6
	Κυκλοφοριακή αγωγή	1	,5	2,6	87,2
	Άτομα με ειδικές ανάγκες	1	,5	2,6	89,7
	Αυτισμός	1	,5	2,6	92,3
	Κάπνισμα	1	,5	2,6	94,9
	Ατυχήματα ηλεκτροπληξίας	1	,5	2,6	97,4
	Ατυχήματα στο σχολείο	1	,5	2,6	100,0
	Total	39	19,3	100,0	
Missing	System	163	80,7		
Total		202	100,0		

Πίνακας 11: Σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών από τη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάθε έξι μήνες	1	,5	,5	,5
	Κάθε ένα χρόνο	23	11,4	11,4	11,9
	Κάθε δύο χρόνια	35	17,3	17,4	29,4
	Ποτέ	142	70,3	70,6	100,0
	Total	201	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		202	100,0		

Πίνακας 12: Εφαρμογή ΚΑΡΠΑ επί απουσίας αναπνοής και σημείων ζωής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	83	41,1	41,1	41,1
	Λάθος	17	8,4	8,4	49,5
	Δεν γνωρίζω	102	50,5	50,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 13: Αρτηρία ψηλάφησης σφυγμού πριν την έναρξη ΚΑΡΠΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	113	55,9	55,9	55,9
	Λάθος	38	18,8	18,8	74,8
	Δεν γνωρίζω	51	25,2	25,2	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 14: Άμεση ενέργεια επί απουσίας αναπνοής και καρδιακής λειτουργίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	60	29,7	29,7	29,7
	Λάθος	125	61,9	61,9	91,6
	Δεν γνωρίζω	17	8,4	8,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 15: Έλεγχος αναπνοής μέσω κίνησης θωρακικού τοιχώματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	69	34,2	34,2	34,2
	Λάθος	30	14,9	14,9	49,0
	Δεν γνωρίζω	103	51,0	51,0	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 16: Διάνοιξη αεροφόρου οδού

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	109	54,0	54,0	54,0
	Λάθος	10	5,0	5,0	58,9
	Δεν γνωρίζω	83	41,1	41,1	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 17: Εφαρμογή ΚΑΡΠΑ στους εφήβους

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	35	17,3	17,3	17,3
	Λάθος	39	19,3	19,3	36,6
	Δεν γνωρίζω	128	63,4	63,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 18: Τρόπος εμφύσησης κατά την εφαρμογή ΚΑΡΠΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	103	51,0	51,0	51,0
	Λάθος	50	24,8	24,8	75,7
	Δεν γνωρίζω	49	24,3	24,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 19: Τρόπος παροχής ΚΑΡΠΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	73	36,1	36,1	36,1
	Λάθος	29	14,4	14,4	50,5
	Δεν γνωρίζω	100	49,5	49,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 20: Αντιμετώπιση πνιγμονής από ξένο σώμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	42	20,8	20,8	20,8
	Λάθος	128	63,4	63,4	84,2
	Δεν γνωρίζω	32	15,8	15,8	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 21: Άμεση ενέργεια σε τραυματισμό κι εξωτερική αιμορραγία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	143	70,8	70,8	70,8
	Λάθος	20	9,9	9,9	80,7
	Δεν γνωρίζω	39	19,3	19,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 22: Ενέργειες σε περίπτωση ρινορραγίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	146	72,3	72,3	72,3
	Λάθος	37	18,3	18,3	90,6
	Δεν γνωρίζω	19	9,4	9,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 23: Αφαίρεση ξένου σώματος για έλεγχο αιμορραγίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	97	48,0	48,0	48,0
	Λάθος	23	11,4	11,4	59,4
	Δεν γνωρίζω	82	40,6	40,6	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 24: Άμεσες ενέργειες σε κάταγμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	15	7,4	7,4	7,4
	Λάθος	167	82,7	82,7	90,1
	Δεν γνωρίζω	20	9,9	9,9	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 25: Μέθοδος μείωσης του οιδήματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	134	66,3	66,3	66,3
	Λάθος	6	3,0	3,0	69,3
	Δεν γνωρίζω	62	30,7	30,7	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 26: Δάγκωμα από φίδι

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	80	39,6	39,6	39,6
	Λάθος	28	13,9	13,9	53,5
	Δεν γνωρίζω	94	46,5	46,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 27: Άμεση ενέργεια σε έγκαυμα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	120	59,4	59,4	59,4
	Λάθος	35	17,3	17,3	76,7
	Δεν γνωρίζω	47	23,3	23,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 28: Πρώτη ενέργεια σε ηλεκτροπληξία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	169	83,7	83,7	83,7
	Λάθος	8	4,0	4,0	87,6
	Δεν γνωρίζω	25	12,4	12,4	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 29: Αντιμετώπιση υπογλυκαιμικού επεισοδίου

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	157	77,7	77,7	77,7
	Λάθος	3	1,5	1,5	79,2
	Δεν γνωρίζω	42	20,8	20,8	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 30: Πρώτη ενέργεια σε επιληπτική κρίση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	130	64,4	64,4	64,4
	Λάθος	33	16,3	16,3	80,7
	Δεν γνωρίζω	39	19,3	19,3	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 31: Ασθματική κρίση σε μαθητή

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	29	14,4	14,4	14,4
	Λάθος	67	33,2	33,2	47,5
	Δεν γνωρίζω	106	52,5	52,5	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 32: Δηλητηρίαση από καυστική ουσία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	71	35,1	35,1	35,1
	Λάθος	115	56,9	56,9	92,1
	Δεν γνωρίζω	16	7,9	7,9	100,0
	Total	202	100,0	100,0	

Πίνακας 33: Κλήση του ΕΚΑΒ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σωστό	129	63,9	63,9	63,9
	Λάθος	18	8,9	8,9	72,8
	Δεν γνωρίζω	55	27,2	27,2	100,0
	Total	202	100,0	100,0	