

ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΗ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΙΔΕΙΑ

1.1 ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ

Σχηματικά, σχεδόν συμβολικά, οι υγειονομικές υπηρεσίες μπορεί να διακριθούν σε υπηρεσίες προλήψεως, θεραπείας και αποκαταστάσεως. Εξάλλου, οι προληπτικές υπηρεσίες μπορεί να χωριστούν σε αυτές που φορούν το ευρύτατο μακροπεριβάλλον (με παραδείγματα την εξυγίανση της υδρεύσεως και της αποχετεύσεως, την αντιμετώπιση ατμοσφαιρικής ρυπάνσεως, την βελτίωση των συνθηκών κατοικίας, κλπ.) και σε αυτές που επικεντρώνονται στο ίδιο άτομο (με παραδείγματα τους εμβολισμούς, την αποφυγή του καπνίσματος, την επιμελημένης διατροφή, την προσυμπτωματική εξέταση κατά Παπανικολαου κλπ.), ενώ οι θεραπευτικές διαδικασίες μπορεί να αντιδιαστέλλουν σε ουσιαστικές (που επηρεάζουν δυνητικά την εξέλιξη και πρόγνωση της αντίστοιχης νόσου) και στις συμπτωματικές (οι οποίες συμβάλλουν στην παροδική αναίρεση ή «καταστολή επώδυνων» ή ενοχλητικών συμπτωμάτων).

Η αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών, στην ευρύτερη τους έννοια, μπορεί να γίνει με διάφορους δείκτες », από τους οποίους γνωστότεροι είναι οι δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας. Σε γενικές γραμμές, σε αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και της Βόρειας Αφρικής, οι δείκτες αυτοί ακολούθησαν σαφή καθοδική πορεία μέχρι την έναρξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου (αίνο στις αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας, της Φαρικής και της Νότιας Αμερικής η αντίστοιχη εξέλιξη καθυστέρησε χρονικά, σε έκταση ανάλογη προς το βαθμό της οικονομικής τήρησης υποαναπτυξέως). Η καθοδική αυτή πορεία οφειλόταν κατά κύριο λόγο σε προληπτικά μέτρα που επικεντρώνονταν στο περιβάλλον, ενώ τα ατομικά προληπτικά και τα ουσιαστικά θεραπευτικά μέτρα, φαίνεται ότι συνέβαλλαν σε πολύ μικρότερο βαθμό. Παρόλο αυτά, στην περίοδο αυτή, το κύρος του ιατρικού σώματος ήταν εξαιρετικά υψηλό, επειδή η ιατρική παρουσία ανταποκρινόταν αισθητά, αν και όχι συνειδητά, στις κοινωνικές παραμέτρους που διαμόρφωναν και διαμορφώνουν ανάγκες και την ζήτηση των ιατρικών υπηρεσιών.

1.2 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Μετά το 1935, και ιδιαίτερα μετά το τέλος του Δεύτερου Παγκοσμίου Πόλεμου, το γνωστικό πλαίσιο ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης άλλαξα σημαντικά. Οι ανακαλύψεις στην βιοχημεία, την βιολογία και φαρμακολογία, και οι μεγάλες κατακτήσεις στην ηλεκτρονική και την βιοτεχνολογία, συνέβαλαν στην κατανόηση φυσιολογίας του ανθρώπινου οργανισμού και στη διευκρίνιση της λειτουργική λαθολογίας πολλών νοσολογικών καταστάσεων. Οι πρόοδοι αυτές, όμως, δεν συνδυάστηκαν με αντίστοιχες θεραπευτικές προόδους. Παρά τις σποραδικές επιτυχίες, τα συχνά βάρια νοσήματα της σύγχρονης δημοπαθολογίας (καρκίνοι, καρδιακά νοσήματα, αγγειογενή εγκεφαλικά νοσήματα) παραμείναν ακατανίκητα.. Γύρω στο 1970 είχαν πια επισημανθεί στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου τα συμπτώματα μιας καινοφανούς υγειονομικής κρίσεως, που χαρακτηριζόταν από υγειονομική αναποτελεσματικότητα απέναντι στην νεοδιαμορφωμένη νοσολογία, από προοδευτικά μειούμενη απόδοση των ραγδαία αυξανόμενων δαπανών για την υγεία, και από παροξυνομενη κρίση εμπιστοσύνης στις σχέσεις των ιατρών με το κοινωνικό σύνολο.

Στην τελευταία δεκαπενταετία έγιναν πολλές προσπάθειες από συλλογικούς φορείς και διεθνείς οργανισμούς περιχαράκωθεί και να αναλυθεί η υγειονομική αυτή κρίση και να αποφευχθεί η εξαγωγή των πρότυπων που δημιούργησαν στις αναπτυσσόμενες χώρες του τρίτου κόσμου. Οι διορθωτικές τακτικές που προτάθηκαν ποικίλλουν σε συνάρτηση με τα οικονομικά δεδομένα και τις πολιτικές θεωρήσεις, αλλά επικαλύπτονται σε ορισμένους καίριους τομείς όπως την οικολογική προσέγγιση της σύγχρονης νοσολογίας, στην επισήμανση των κοινωνικών παραμέτρων, και στην ενιαία αντιμετώπιση των ατομικών προληπτικών των πρωτογενών θεραπευτικών και των προνοιακών φροντίδων. Κοινός τόπος για την ευόδωση των επιδιώξεων στους δυο πρώτους τομείς είναι η υγειονομική παιδεία του γενικού πληθυσμού.

1.3 ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

Η σχέση της παιδείας με την υγεία επισημάνθηκε πολύ νωρίς, και ευθύνεται σε σημαντικό βαθμό για την οικονομικοκοινωνική ιεράρχηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στα περισσότερα νοσήματα. Το γεγονός ότι σε αναπτυγμένες χώρες του κόσμου $\frac{1}{4}$ των κακοηθών νεοπλασιών αποδίδεται στο κάπνισμα και άλλο $\frac{1}{4}$ σε διατροφικές εκτροπές, σημαίνει ότι η υγειονομική παιδεία μπορεί να συμβάλλει περισσότερο παρά η θεραπευτική ιατρική στην αντιμετώπιση του προβλήματος του καρκίνου. Εξάλλου, η στεφανιαία νόσος της καρδιάς αποδίδεται σε σημαντικά ποσοστά (ίσως 50%) σε παράγοντες που υπόκεινται σε διαφοροποίηση ή διορθωτική ανάταξη με μεθοδεύσεις υγειονομικής παιδείας (κάπνισμα, διατροφή, άσκηση). Τέλος, θεωρητικές ή και εμπειρικές ενδείξεις συνδέουν αρκετά αλλά νοσήματα παθολογικές καταστάσεις (σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, ατυχήματα, κλπ.) με ποικίλες παραμέτρους υγειονομικής παιδείας.

Ο υγειονομικός ρόλος της παιδείας δεν περιορίζεται όμως στην πρωτογενή πρόληψη. Η υγειονομική παιδεία αποτελεί προϋπόθεση για την αξιοποίηση των προγραμμάτων δευτερογενούς προλήψεως και για την συνειδητή συμμόρφωση σε εναλλακτικές τους επιταγές για την έγκαιρη επισήμανση των πρώιμων νοσολογικών συμπτωμάτων όπως τα « 7 σημάδια του καρκίνου » για την διαμόρφωση ορθολογικής ζήτησεως και σύμμετρης αξιοποιήσεως των υγειονομικών υπηρεσιών και την δημιουργία μίας ενημερωμένης και υπεύθυνης κοινής γνώμης σε θέματα που αφορούν την ρύπανση του περιβάλλοντος και τις διαδικασίες παροχής της υγειονομικής περιθάλψεως.

ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ.

2.1 ΓΕΝΙΚΟΤΗΤΕΣ

Αγωγή υγείας είναι η εκπαιδευτική διαδικασία που αποσκοπεί στην διαμόρφωση συμπεριφοράς, με αντικείμενο την μείωση της επιπτώσεως ή την βελτίωση της προγνώσεως ενός ή περισσότερων νοσημάτων. Όπως προκύπτει από τον ορισμό αυτό, η αγωγή υγείας στοχεύει στην διαμόρφωση συμπεριφοράς και όχι μόνο στην απόκτηση γνώσεων, έστω κι αν οι γνώσεις αποτελούν προϋπόθεση για την εποικοδόμηση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Από τον ορισμό προκύπτει επίσης ότι η αγωγή υγείας δεν αφορά μόνο την προληπτική ιατρική, αλλά μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας πολλών θεραπευτικών παρεμβάσεων και στην αναβάθμιση των φροντίδων αποκαταστάσεως. Τέλος, η αγωγή υγείας δεν επικεντρώνεται πάντα στην αυτοπροστασία του ατόμου, αλλά μπορεί να αφορά ετεροκεντρικές ή συλλογικές δραστηριότητες (όπως ο περιορισμός της διασποράς αφροδίσιων νοσημάτων και η περιστολή της ρυπάνσεως του περιβάλλοντος).

Αποτελεί γενική διαπίστωση ότι μέσα στο ευρύτερο πλέγμα των υγειονομικών υπηρεσιών τα προληπτικά μέτρα, και ιδίως εκείνα που αφορούν την πρωτογενή πρόληψη, χαρακτηρίζονται από την μεγαλύτερη συλλογική αποτελεσματικότητα, όπως αυτή εκφράζεται με την μείωση της ειδικής κατά ηλικία θνησιμότητας. Στο μέτρο που η πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη από την θεραπεία, η αγωγή υγείας που αναφέρεται στην πρόληψη έχει αυξημένο συντελεστή αξιολογήσεως και εύλογη προτεραιότητα στην ιεράρχηση των υγειονομικών στόχων. Διάφορα θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα συγκλίνουν στην διαπίστωση ότι η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας της « προληπτικής » αγωγής υγείας προϋποθέτει την επικέντρωση της στους νέους.

2.2 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΙ :ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Τα θεωρητικά δεδομένα βασίζονται στο σύνολο σχεδόν των επιδημιολογικών μοντέλων που έχουν προταθεί για την διευκρίνιση της αιτιολογίας και της παθογένειας των χρόνιων πολυπαραγοντικών νοσημάτων. Κοινό χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών είναι η ύπαρξη επάλληλων σταδίων με συγκεκριμένες χρονικές διαστάσεις. Έτσι, η χρονικά πρώιμη προληπτική παρέμβαση έχει περισσότερους δυνητικούς στόχους και, κατά συνέπεια, περισσότερες δυνατότητες διακοπής της παθογενετικής εξελικτικής διαδικασίας. Τα εμπειρικά δεδομένα είναι ακόμη περισσότερο πειστικά. Οι παθολογοανατομικές βλάβες της αρτηριοσκλήρυνσεως διαπιστώνονται συχνά σε πολύ νεαρά άτομα (όπως απέδειξαν νεκροτομικές έρευνες σε θύματα των πολέμων της Κορέας και του Βιετνάμ), οι συνέπειες του καπνίσματος σε νεαρές ηλικίες αυξάνουν εκθετικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του πνεύμονα, και ο σχετικός κίνδυνος για πολλούς καρκινογόνους παράγοντες είναι μεγαλύτερος όταν η έκθεση αφορά νεαρά άτομα.

Είναι αυτονόητο ότι η αγωγή υγείας και οι εξαρτημένες από αυτήν προληπτικές παρεμβάσεις αφορούν αθροιστικά τις νοσολογικές καταστάσεις των χρονικά επόμενων ηλικιών. Οι νοσολογικές αυτές καταστάσεις είναι βέβαια τόσο περισσότερες όσο νωρίτερα γίνεται η παρέμβαση. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι οι δεκτικές σε προληπτική παρέμβαση καταστάσεις δεν είναι όλες όσες ακολουθούν χρονικά την συγκεκριμένη παρέμβαση, επειδή πολλές νοσολογικές καταστάσεις δεν είναι αναστρέψιμες κατά την διάρκεια των τελικών σταδίων της λανθάνουσας περιόδου τους (π.χ. η διακοπή του καπνίσματος λίγο πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων του καρκίνου του πνεύμονα δεν είναι δυνατό να προκαλέσει αναστροφή των παθολογοανατομικών βλαβών). Εξάλλου, μερικά νοσήματα εμφανίζονται κυρίως (ή αποκλειστικά) στους νέους και η συχνότητα τους μειώνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες (π.χ. αφροδίσια νοσήματα, τροχαία και επαγγελματικά ατυχήματα, ανεπιθύμητες κυήσεις).

2.3 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΙ : ΠΡΟΤΥΠΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η εφαρμογή της προληπτικής αγωγής υγείας στους νέους υπαγορεύεται επίσης από ανάγκες που δεν έχουν σχέση με την περιγραφική επιδημιολογία, την παθογένεια ή την φυσική ιστορία των διαφόρων νοσημάτων. Πολλά από τα νοσήματα της σύγχρονης δημοπαθολογίας αποτελούν την κατάληξη της συνδυαστικής επιδράσεως διαφόρων παραγόντων, μερικοί από τους οποίους αποτελούν εκφράσεις καθημερινών δραστηριοτήτων ή ποσοτικές και ποιοτικές εκτροπές των δραστηριοτήτων αυτών (όπως κάπνισμα και μερικές διαιτητικές καταχρήσεις). Είναι γνωστό ότι οι συνιστώσες των καθημερινών αυτών δραστηριοτήτων (και γενικότερα οι παράμετροι της συμπεριφοράς) που σχετίζονται αιτιολογικά με την υγεία διαμορφώνονται συνήθως στις νεαρές ηλικίες. Έχει τεκμηριωθεί ότι είναι δυσκολότερη η ανάκληση μιας νοσογόνας συνήθειας σε μεγαλύτερη ηλικία ακόμα, παρά η δημιουργία συνθηκών για την αποτροπή της εγκαταστάσεως της σε νεαρότερα άτομα.

Με βάση τα παραπάνω (και άλλα) θεωρητικά και εμπειρικά δεδομένα, η ανάγκη για την επικέντρωση της αγωγής υγείας στους νέους είναι σχεδόν αυτονόητη και αυταπόδεικτη. Παρόλα αυτά η προληπτική αγωγή υγείας δεν είναι πάντα επιτυχής, και δεν έχει διευκρινιστεί σε τι οφείλεται η συνειδητή ή υποσυνείδητη αντίσταση των νέων στην αποδοχή των βασικών της επιταγών. Διάφορες ερμηνείες έχουν προταθεί όπως ο στοχαστικός (πιθανολογικός) χαρακτήρας της προλήψεως (σε αντιδιαστολή προς τον προσωποπαγή χαρακτήρα της θεραπευτικής ιατρικής), η αυταπάτη αθανασίας που υποβαθμίζει στη καθημερινή μας ζωή τη σημασία των κινδύνων που απεργάζονται το τέλος της, η μεγάλη λανθάνουσα περίοδος πολλών νοσημάτων που φαίνεται σχετικά μεγαλύτερη στα νέα άτομα, η καλλιεργημένη πίστη στις μελλοντικές δυνατότητες της θεραπευτικής τεχνολογίας (μια πίστη που δεν είναι πάντα δικαιολογημένη), και τέλος η συνειδητή επιλογή βραχυπρόθεσμων ηδονιστικών προτύπων σαν έκφραση αβεβαιότητας για το μέλλον ή αδιαφορίας για αυτό.

2.4 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΙ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η προληπτική αγωγή υγείας διαθέτει εκτός από την ατομική και σημαντική κοινωνική διάσταση που προκύπτει από μια σειρά δεδομένων. Στην απλούστερη προσέγγιση, είναι γνωστό ότι πολλές δραστηριότητες συγκεκριμένων ατόμων μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την υγεία όχι μόνον των ιδίων αλλά και άλλων, με τους οποίους μοιράζονται χώρους διαμονής, συναισθηματικές σχέσεις, κοινωνικές εξαρτήσεις, ή οικολογικά πλέγματα. Σαν παραδείγματα στον τομέα αυτόν μπορεί να αναφερθούν ο περιορισμός του παθητικού καπνίσματος, η αντισύλληψη και ο έλεγχος της διασποράς αφροδίσιας νοσημάτων. Κοινωνική έκφραση της αγωγής υγείας είναι επίσης η διαμόρφωση συλλογικής πίεσεως και πολιτικής βουλήσεως για την καθιέρωση ενός συστήματος αξιών και ενός οργανωτικού πλαισίου που να προάγει την υγεία. Σαν κλασσικό παράδειγμα στην κατηγορία αυτή μπορεί να αναφερθεί η κοινωνική δραστηριοποίηση για τον περιορισμό της ρυπάνσεως του περιβάλλοντος. Κοινωνική διάσταση έχει τέλος η δημιουργία πληροφορημένης κοινής γνώμης για την διαμόρφωση προοπτικών και την καθιέρωση προτεραιοτήτων μιας ευρύτερης υγειονομικής πολιτικής. Επειδή οι νέοι αποτελούν το περισσότερο ενεργό και δραστήριο τμήμα του πληθυσμού στην εισαγωγή, προβολή και υλοποίηση των κοινωνικών μεταβολών, η επικέντρωση της αγωγής υγείας σε αυτούς δεν εξυπηρετεί μόνον άμεσους βιοϊατρικούς στόχους, αλλά αποτελεί την φυσική έκφραση ενός ορθολογικού κοινωνικού σχεδιασμού.

Η αγωγή υγείας στους νέους έχει ακόμη μερικές παράπλευρες συνέπειες που δεν φαίνονται σημαντικές και δεν επισημαίνονται αμέσως με τα παραδοσιακά υγειονομικά κριτήρια'' Αποσυνδέει την φροντίδα για την υγεία από την νοσοκεντρική πρόληψη και θεραπεία, αφού η νεανική ηλικία χαρακτηρίζεται από τους χαμηλότερους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Εντάσσει τη φροντίδα για την υγεία στον ευρύτερο χώρο των κοινωνικών δραστηριοτήτων, χωρίς την πίεση των επώδυνων υποκειμενικών εγγραφών που δυναστεύουν συχνά τους ενήλικες. Στοιχειοθετεί στην πράξη την σύγχρονη άποψη ότι η υγεία είναι δικαίωμα συνδεδεμένο με υποχρεώσεις που υπαγορεύουν συνεχή προσπάθεια και ενεργό συμμετοχή. Τεκμηριώνει, τέλος, την θέση ότι η κοινωνική ευθύνη στον τομέα της υγείας δεν εκφράζεται μόνο με την εξασφάλιση έγκαιρης, ισόμετρης και αποτελεσματικής ιατρικής περιθάλψεως, αλλά και με την παροχή των προϋποθέσεων για την συνειδητή ανάληψη από όλους των ευθυνών τους για την υγεία.

3.2 ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ:

-

ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Με τον όρο αιμορραγία εννοούμε την έξοδο αίματος από 1 ή περισσότερα αγγεία του κυκλοφορικού συστήματος, εξαιτίας της λύσης (διακοπής) της συνέχειας τους.

Τα αίτια που προκαλούν βλάβη στα αγγεία, είναι πολλά, αναφέρονται μερικά όπως :

- τραυματισμοί από αιχμηρά αντικείμενα (μαχαίρια, ψαλίδια, γυαλιά)
- πτώσεις
- χτυπήματα

όταν η αιμορραγία αφορά μεγάλο αγγείο, τα πράγματα είναι πολύ σοβαρά, γιατί αν ο πάσχων δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα και σωστά, θα κινδυνεύσει η ζωή του. Εκτός από την εμφανή εκροή του αίματος ο πάσχων θα παρουσιάζει σύγχυση, ωχρότητα, ταχυσφυγμία, ψυχρά άκρα και προοδευτική πτώση της πίεσης μέχρι την καταπληξία. Σε αυτήν την περίπτωση, ο οργανισμός αντιδρά με περιφερική αγγειοσύσπαση, για να επιτύχει καλύτερη αιμάτωση των ζωτικών οργάνων, π.χ. εγκέφαλος, καρδιά.

Ιδιαίτερα η αιμορραγία στο πρόσωπο ή στο λαιμό, σε έναν ασθενή που δεν έχει πλήρως τις αισθήσεις του, μπορεί να φράξει την τραχεία και να προκαλέσει ασφυξία.

Στην περιοχή που αιμορραγεί, αναπτύσσεται φλεγμονή, η οποία χαρακτηρίζεται από πρήξιμο, κοκκίνισμα, πόνο και θερμότητα. Ταυτόχρονα, ο οργανισμός κινητοποιεί μηχανισμούς άμυνας, για να προλάβει την μόλυνση που μπορεί να εκδηλωθεί. Αποστέλλει στην εστία της φλεγμονής λευκά αιμοσφαίρια (κοκκιοκύτταρα, αντισώματα και άλλες ουσίες), τα οποία θα βοηθήσουν στον περιορισμό της μόλυνσης. Για αυτό, όταν δίνουμε τις πρώτες βοήθειες σε αιμορραγία, πρέπει να εξασφαλίζουμε τις καλύτερες συνθήκες καθαριότητας, ώστε να αποφεύγονται μολύνσεις.

ΠΡΟΛΗΨΗ.

Προσοχή

- Σε τραυματισμούς από αιχμηρά αντικείμενα όπως μαχαίρια, ψαλίδια, γυαλιά.
- Σε τυχόν πτώσεις και χτυπήματα

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Θα πρέπει να αφαιρέσουμε τα ρούχα από την περιοχή του τραύματος, για να έχουμε μια πιο καθαρή εικόνα του μεγέθους της αιμορραγίας. Κομμάτια γυαλιού ή άλλου αντικειμένου, που ίσως βρίσκονται μέσα στην πληγή, μπορούν να απομακρυνθούν με την βοήθεια τρεχούμενου νερού. Δεν πρέπει όμως να αφαιρέσουμε αντικείμενα, που έχουν σφηνωθεί βαθιά μέσα σε ένα τραύμα γιατί μπορεί να προκληθεί μεγαλύτερη αιμορραγία.
- Ξαπλώνουμε τον τραυματία ύπτια, για να εμποδίσουμε την ισχαιμία του εγκεφάλου.
- Πιέζουμε με πολλές αποστειρωμένες γάζες (πακέτο). Αν δεν έχουμε, δεν πρέπει να χάνουμε χρόνο και πιέζουμε με οποιοδήποτε ύφασμα στο σημείο, που αιμορραγεί. Πιέζουμε για αρκετά λεπτά για να σχηματισθεί θρόμβος. Δεν αλλάζουμε γάζες, για να μην καταστρέψουμε την προσπάθεια δημιουργίας θρόμβου. Μπορούμε όμως, αν ματώσουν, να προσθέσουμε και άλλες γάζες.
- Αν υπάρχει σφηνωμένο κάποιο αντικείμενο, πιέζουμε τα χείλη του τραύματος που βρίσκονται από τη μία και την άλλη πλευρά του αντικειμένου.
- Αν εφαρμόσουμε πιεστικό επίδεσμο (περιίδεση), δεν θα πρέπει να τον σφίξουμε πολύ. Η προσπάθεια μας να ελέγξουμε την αιμορραγία, δεν θα πρέπει να γίνει αιτία να σταματήσει εντελώς η κυκλοφορία του αίματος στο μέλος που αιμορραγεί, γιατί τότε θα προκαλέσουμε την νέκρωση του. Για αυτό, πάντα ελέγχουμε τις σφύξεις των άκρων, πιο περιφερειακά (χαμηλότερα) του σημείου της περιίδεσης. Δηλαδή, ψηλαφούμε τον κερκιδικό σφυγμό, αν πρόκειται για περιίδεση άνω άκρου και τον ιγνιακό, ή τον οπίσθιο κνημιαίο, αν η περιίδεση έχει εφαρμοστεί για να ελεγχθεί η αιμορραγία στα κάτω άκρα.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ:

Εσωτερική αιμορραγία είναι η απώλεια αίματος μέσα στους ιστούς, όργανα ή φυσικές κοιλότητες του οργανισμού, εξαιτίας της λύσης (διακοπής) της συνέχειας, ενός ή περισσοτέρων αγγείων του κυκλοφορικού συστήματος.

Η βαρύτητα μιας εσωτερικής αιμορραγίας εξαρτάται από :

- 1) Την ποσότητα του αίματος, που θα εκχυθεί.
- 2) Την εντόπιση του αγγείου, δηλαδή σε ποιόν ιστό θα εκχυθεί το αίμα π.χ. εγκεφαλική ουσία
- 3) Το αν η αιμορραγία είναι περιορισμένη ή γενικευμένη.

Τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν μια εσωτερική αιμορραγία, μπορεί να είναι τα ακόλουθα :

- σοβαρός τραυματισμός, π.χ. τροχαίο όπου μπορεί να συμβαίνει ρήξη σπληνός ή και ρήξη ήπατος.
- Νοσήματα αγγείων.
- υπέρταση σε αρτηριοσκληρωτικά αγγεία
- Αλλά νοσήματα, όπως έλκος στομάχου, καρκίνος.
- Νοσήματα του αίματος (θρομβοπενίες, έλλειψη παραγόντων πήξης).
- Φάρμακα (ασπιρίνη, κορτιζόνη)

ΠΡΟΛΗΨΗ.

Προσοχή σε άτομα με :

- Νοσήματα αγγείων
- Υπέρταση
- Νοσήματα του αίματος όπως θρομβοπενίες
- Νοσήματα όπως έλκος στομάχου, καρκίνους
- Και κατά την χρήση φαρμάκων όπως ασπιρίνη, κορτιζόνη.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Σε μια εσωτερική αιμορραγία θα πρέπει να προλάβουμε ή να ελαχιστοποιήσουμε το shock, το οποίο είναι αποτέλεσμα της μεγάλης απώλειας αίματος. Για αυτό φροντίζουμε να ξαπλώσουμε τον πάσχοντα, να ανασηκώσουμε και να στηρίξουμε τα πόδια του, και να χαλαρώσουμε τα σφικτά ρούχα.
- Ελέγχουμε το σφυγμό και μετράμε την πίεση του, αν αυτό είναι δυνατόν. Αν οι σφύξεις ανέρχονται πάνω από 100/ m και η πίεση κατέρχεται κάτω από 100/mmHg τότε ο πάσχων οδηγείται σε καταπληξία.
- Εφαρμόζουμε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.
- Φροντίζουμε για την επείγουσα μεταφορά του πάσχοντα στο Νοσοκομείο.

ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η κατάσταση εκείνη η οποία χαρακτηρίζεται από νέκρωση τμήματος του καρδιακού μυός. Η νέκρωση αυτή οφείλεται σε απόφραξη μίας ή περισσοτέρων στεφανιαίων αρτηριών.

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Μείωση της έντονης προσπάθειας . Χαρακτηριστικό του OEM είναι ότι μπορεί να συμβεί μετά το τέλος μιας πολύ έντονης προσπάθειας και όχι κατά τη διάρκεια αυτής. Αυτό οφείλεται στο ότι η προσπάθεια δεν προκαλεί εκείνη τη στιγμή διαταραχή του ισοζυγίου προσφοράς και απαιτήσεων σε οξυγόνο, αλλά δρα σαν ελκυστικός παράγοντας για την διαταραχή της ισορροπίας ινοδωλυτικού-πηκτικού μηχανισμού. Εκεί είναι και η διαφοροποίηση του πόνου του εμφράγματος από τον στηθαγικό πόνο της σταθερής στηθάγχης, ο οποίος επέρχεται όχι στο τέλος αλλά κατά τη διάρκεια της προσπάθειας.

Προσοχή :

- Στην έντονη συγκίνηση είτε από χαρά είτε από λύπη.
- Στο πλούσιο γεύμα. Η δράση ενός πλούσιου γεύματος σαν ελκυστικού παράγοντα για την πρόκληση OEM δεν έχει σχέση τόσο με την ποσότητα αλλά κυρίως με τη λιπαρότητα αυτού.
- Σε χειρουργικές επεμβάσεις με μεγάλη απώλεια αίματος. Ο μηχανισμός είναι τόσο μέσω της υπογκαιμίας που μπορεί να προκληθεί, όσο και λόγω της αναιμίας που συνεπάγεται ελάττωση της αιμοσφαιρίνης και επομένως μειωμένη ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου από το αίμα προς τους ιστούς
- Στην αφυδάτωση. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται ειδικά τους καλοκαιρινούς μήνες σε άτομα που λαμβάνουν διουρητικά.
- Σε άτομα με υπόταση.
- Σε άτομα με χρόνια και βαριά στεφανιαία νόσο όπου και πολύ μικρής έντασης ερεθίσματα μπορεί να προκαλέσουν την έκλυση OEM.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Με την χορήγηση οξυγόνου μπορούμε να αυξήσουμε την περιεκτικότητα του αίματος σε οξυγόνο αφού μπορούμε να αυξήσουμε την παροχή αίματος στο μυοκάρδιο
- Με τη σύνδεση του μόνιτορ είναι δυνατή να γίνει η αναγνώριση αρρυθμιών που είναι απειλητικές για τη ζωή ασθενούς, και η καταστολή τους
- Αναλγησία αν ο ασθενής πονάει έντονα. Φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται είναι η μορφίνη και η πεθιδίνη χορήγηση τους γίνεται πάντα ενδοφλέβια. Τα φάρμακα αυτά εκτός από την ανακούφιση του πόνου, έχουν ηρεμιστική δράση, ενώ πολύ σημαντική είναι και η αγγειοδιαστολή που προκαλούν. Η πεθιδίνη θεωρείται ασφαλής αλλά λιγότερο ισχυρή από τη μορφίνη. Η μορφίνη όμως μπορεί να προκαλέσει πιο εύκολα την έκλυση βρογχοσπασμού οπότε να μειωθεί η οξυγόνωση του αίματος και να επιταθεί ακόμα περισσότερο η ισχαιμία.
- Δίνεται στον ασθενή να μασήσει μια παιδική ασπιρίνη με λίγο νερό. Αυτό όχι μόνο προετοιμάζει το έδαφος για θρομβολυτική θεραπεία η οποία θα ακολουθήσει, αλλά με την αντιαιμοπεταλιακή δράση την οποία έχει, μπορεί σ' έναν βαθμό να βοηθήσει στην αναστολή σχηματισμού θρόμβου. Περιορισμοί στο όφελος από την χορήγηση της ασπιρίνης είναι:

1. Σχετικά βραδεία έναρξη δράσης
2. Αναστολή ενός μηχανισμού αντιαιμοπεταλιακής διέγερσης.

§ Η νιτρογλυκερίνη είναι το ενδοφλέβιο αντίστοιχο του υπογλωσσίου. Αυτή χορηγείται σε διάλυμα, με συσκευασίας σταθερής ροής. Η ροή του διαλύματος καθορίζεται να είναι τέτοια ώστε ο ασθενής να διατηρεί την πίεση του στήθους σε κατώτερα φυσιολογικά. Η δράση της είναι αγγειοδιασταλτική και μπορεί και αυτή να προκαλέσει μείωση του προφόρτιο. Με την διαστολή που προκαλεί στα στεφανιαία, είναι δυνατόν να έχουμε ανακούφιση ή ακόμα και ύφεση του πόνου από την ισχαιμία.

§ Οι β-αναστολής είναι τα φάρμακα που καταστέλλουν την συμπαθητικοτονία η οποία πολύ συχνά εμφανίζεται σε ασθενείς με OEM. Έτσι με την μείωση των σφίξεων και της αρτηριακής πίεσης μειώνονται πολύ οι απαιτήσεις του μυοκαρδίου σε οξυγόνο.

Η λιδοκαΐνη -ξυλοκαΐνη πρέπει να χρησιμοποιείται στις διακομιδές ακόμα και προφυλακτικά γιατί μπορεί να προλάβει την εμφάνιση μιας κοιλιακής ταχυκαρδίας ή μαρμαρυγής, οι οποίες μπορεί να είναι θανατηφόρες.

ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

Απώλεια συνείδησης είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο δεν έχει συνείδηση του εαυτού του και αυτών που συμβαίνουν στο περιβάλλον του. Ο άρρωστος συνήθως είναι ξαπλωμένος σαν να κοιμάται αλλά δεν αντιδρά στα εξωτερικά ερεθίσματα.

Υπάρχουν διάφοροι βαθμοί απώλειας συνείδησης :

§ Λιποθυμία, είναι η στιγμιαία απώλεια της συνείδησης.

§ Λήθαργος (προκόμα), κατά την διάρκεια του οποίου ο πάσχων, αν διεγερθεί έντονα, ανοίγει τα μάτια του και τα ξανακλείνει αμέσως. Έχει νοητική σύγχυση, δεν ξέρει που βρίσκεται και βαθμιαία χάνει τελείως τις αισθήσεις του μέχρι να περιέλθει σε κώμα.

§ Κώμα, είναι η πλήρης απώλεια της συνείδησης στην διάρκεια της οποίας, ο πάσχων δεν αντιδρά ακόμη και σε επώδυνα ερεθίσματα, π αν του προκαλέσουμε πόνο τσιμπώντας τον στο στήθος. Το κώμα υποδηλώνει βαριά βλάβη του ΚΝΣ.

Τα αίτια που ευθύνονται για την απώλεια της συνειδήσεως είναι πάρα πολλά. Εδώ θα αναφερθούν τα κυριότερα, τα οποία, ως κοινό χαρακτηριστικό, έχουν την επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) του πάσχοντα :

- δηλητηριάσεις γενικά, π.χ., από αλκοολούχα ποτα, διάφορα φάρμακα (βαρβιτουρικά, ασπιρίνη, ναρκωτικές ουσίες, ηρωίνη) και μονοξειδίο του άνθρακα.
- Μεταβολικές διαταραχές, σε άτομα που πάσχουν π.χ. από διαβήτη (υπογλυκαιμία- υπεργλυκαιμία) ή άτομα που πάσχουν από νεφρική ανεπάρκεια (ουραιμία).
- Ηπατικό κώμα, από ηπατική ανεπάρκεια.
- Επιληψία.
- Υποθερμία.
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, που προκαλούν βλάβες στο ΚΝΣ πχ εγκεφαλικές αιμορραγίες.
- Εγκεφαλικά επεισόδια.
- Εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες.
- Όγκοι του εγκεφάλου.
- Αναπνευστική ανεπάρκεια.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Προσοχή σε άτομα με :

- Δηλητηριάσεις
- Μεταβολικές διαταραχές
- Ηπατικό κώμα
- Επιληψία
- Υποθερμία
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Εγκεφαλικά επεισόδια
- Εγκεφαλίτιδες, μηνιγγίτιδες
- Όγκοι του εγκεφάλου
- Αναπνευστική ανεπάρκεια

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Όταν προσφέρουμε πρώτες βοήθειες σε πάσχοντα από απώλεια συνείδησης, θα πρέπει να βεβαιωθούμε ότι πρόκειται για στιγμιαία απώλεια της συνείδησης, η οποία κρατάει λίγα λεπτά δηλαδή για την κοινή λιποθυμία. Αυτό συνηθισμένος τύπος λιποθυμίας, οφείλεται στην μειωμένη ροή αίματος στον εγκέφαλο και αντιμετωπίζεται, ξαπλώσουμε τον πάσχοντα σε ύπτια κατάκλιση και ανασηκώσουμε λίγο τα πόδια του. Συνήθως ο πάσχων ανακάμει αισθήσεις του πολύ γρήγορα.
 - Στην σοβαρή όμως περίπτωση που δεν πρόκειται για στιγμιαία απώλεια της συνείδησης, αλλά για κατάσταση επείγουσας ανάγκης, μπορούμε να φροντίσουμε αποτελεσματικά τον ασθενή εφαρμόζοντας τα εξής :
 - Ελέγχουμε αν ο ασθενής αναπνέει και αν οι αεροφόροι οδοί είναι καθαροί. Σε άλλη περίπτωση, καθαρίζουμε, όσο είναι δυνατό, την ανώτερη αναπνευστική οδό, και εφαρμόζουμε τεχνητή αναπνοή.
 - Καλούμε ιατρική βοήθεια και φροντίζουμε για την εσπευσμένη μεταφορά του στο Νοσοκομείο.
 - Ψηλαφούμε τον σφυγμό και μετράμε την πίεση του ασθενούς (αν υπάρχει πιεσόμετρο). Αν χρειαστεί εφαρμόζουμε εξωτερικές μαλάξεις θώρακα.
 - Παρατηρούμε μήπως υπάρχει τραυματισμός ή κάταγμα. Σε αυτήν την περίπτωση αποφεύγουμε κάθε άσκοπη μετακίνηση, που πιθανόν να προκαλέσει σοβαρές βλάβες στο νωτιαίο μυελό.
 - Εάν είναι δυνατό, τοποθετούμε τον ασθενή σε θέση ανάνηψης, στο πλάι. Σε αυτήν την θέση, ο ασθενής δεν κινδυνεύει από εισρόφηση πιθανού εμετού.
 - Προσέχουμε, αν ο πάσχων αιμορραγεί.
- Ρωτάμε γνωστούς, φίλους ή συγγενείς, αν ο ασθενής πήρε κάποιο φάρμακο, ή ψάχνουμε για συσκευασίες φαρμάκων, ή δηλητηριωδών ουσιών κοντά στον ασθενή.

3.5 ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ:

Χημικό έγκαυμα είναι η βλάβη δέρματος και ιστών από ισχυρές χημικές διαβρωτικές ουσίες. Συνηθέστερες ουσίες υπεύθυνες για την πρόκληση εγκαυμάτων, είναι:

1. τα οξέα
2. οι βάσεις
3. τα καυστικά μέταλλα.

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Απομάκρυνση χημικών ουσιών, πολλές από τις οποίες απελευθερώνουν τοξικά αέρια, που μπορεί να είναι καίρια θανατηφόρα.
- Προστατεύουμε, όσο αυτό είναι δυνατόν, την αναπνοή μας με κάποιου είδους μάσκα, τα μάτια με την χρήση γυαλιών και το δέρμα φορώντας γάντια.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Απομακρύνουμε το γρηγορότερο δυνατό τη χημική ουσία από το δέρμα, γιατί όσο παραμένει, τόσο μεγαλώνει το έγκαυμα. Ξεπλένουμε αμέσως με πολύ νερό, υπό ελαφρά πίεση, την εγκαυματική επιφάνεια, ώστε να διαλυθεί η χημική ουσία.
- Ενώ συνεχίζουμε να ξεπλένουμε τον εγκαυματία, αφαιρούμε τα ρούχα που έχουν διαποτιστεί με την καυστική ουσία, προσέχοντας να μην έλθουν σε επαφή με αυτή.
- Συνεχίζουμε το ξέπλυμα με τρεχούμενο νερό για 30 περίπου λεπτά. Πρέπει να θυμόμαστε ότι τα χημικά εγκαύματα χρειάζονται περισσότερη ώρα ξέπλυμα με νερό, απ' ό,τι τα θερμικά.
- Προστατεύουμε τον πάσχοντα από τη μόλυνση. Καλύπτουμε την εγκαυματική επιφάνεια, όπως στο θερμικό έγκαυμα.
- Φροντίζουμε για τη μεταφορά του στο νοσοκομείο.
- Όπου είναι δυνατόν, διευκρινίζουμε και σημειώνουμε το όνομα ή το εμπορικό σήμα της χημικής ουσίας που προκάλεσε το έγκαυμα και το γνωστοποιούμε στους γιατρούς του νοσοκομείου.
- Ελέγχουμε συνεχώς τα ζωτικά σημεία του εγκαυματία. Είμαστε έτοιμοι για ΚΑΑ.
- Ιδιαίτερης βαρύτητας είναι το έγκαυμα του βολβού του ματιού. Η άμεση βοήθεια είναι να κρατηθούν τα βλέφαρα ανοιχτά και να πλυθεί ο βολβός με άφθονο νερό για 10 τουλάχιστον λεπτά.

Θερμικά είναι τα **εγκαύματα** που προκαλούνται, όταν το σώμα έλθει σε απευθείας επαφή με θερμαντική πηγή θερμοκρασίας μεγαλύτερη από 45°C. Οι πιο συχνές πηγές θερμότητας, που προκαλούν θερμικά εγκαύματα, είναι η **φλόγα**, τα **υγρά σε βρασμό**, ο **ατμός** και τα **πυρακτωμένα μέταλλα** π.χ. το "μάτι" της κουζίνας.

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Στα παιδιά ηλικίας κάτω των τριών ετών, τα περισσότερα εγκαύματα οφείλονται σε ζεμάτισμα από υγρό που βράζει ή ατμό. Το πιο συνηθισμένο φαινόμενο είναι το ζεματιστό νερό της βρύσης, ή το να παρασύρει το νήπιο το προεξέχον χερούλι του δοχείου, όπου βράζει το νερό ή το γάλα του.
- Στις ηλικίες από 3-14 ετών τα περισσότερα εγκαύματα οφείλονται στο άναμα των ρούχων από φλόγα.
- Στις ηλικίες από 15-60 ετών ο μεγαλύτερος αριθμός εγκαυμάτων οφείλεται σε βιομηχανικά ατυχήματα.
- Στις ηλικίες άνω των 60 ετών, τα εγκαύματα οφείλονται σε στιγμιαία απώλεια συνείδησης ή στο άναμα των κλινοσκεπασμάτων από κάπνισμα στο κρεβάτι ή από εκδήλωση πυρκαγιάς στο σπίτι.

ΕΙΔΗ:

Διακρίνουμε τρία είδη θερμικών εγκαυμάτων ανάλογα με τη βαρύτητα τους:

Επιπολής εγκαύματα: Τα εγκαύματα αυτά αφορούν μόνο τα εξωτερικά στρώματα του δέρματος που προκαλούν γενικά ερυθρότητα, οίδημα και υπερβολική ευαισθησία. Συνήθως η ίαση τους είναι γρήγορη.

Ενδιάμεσα εγκαύματα: Τα εγκαύματα αυτά συνοδεύονται από φυσαλίδες γύρω από τις οποίες η περιοχή είναι κόκκινη. Επειδή μπορεί να μολυνθούν, πρέπει να αντιμετωπίζονται από γιατρό.

Βαθιά εγκαύματα: Αυτά αφορούν όλες τις στιβάδες του δέρματος, που παρουσιάζεται ωχρο σαν κερί και μερικές φορές καρβουνιασμένο. Τα εγκαύματα αυτά είναι σχετικά ανώδυνα, γιατί παθαίνουν βλάβες και τα νεύρα. Απαιτούν πάντα ιατρική φροντίδα. .

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Ξεπλένουμε ή βουτάμε την επιφάνεια που έχει υποστεί έγκαυμα σε άφθονο κρύο νερό βρύσης (6-10°C) για 10-20 λεπτά . Αυτό θα εμποδίσει τη συνέχιση του εγκαυματος, θα μειώσει το οίδημα και θα καταπραΰνει τον πόνο.

Εάν ο εγκαυματίας φλέγεται, σβήνουμε τη φωτιά ξαπλώνοντάς τον στο έδαφος ,τυλίγοντάς τον με κουβέρτα ,βρέχοντάς τον με άφθονο νερό ή, εάν δεν υπάρχει διαθέσιμο τίποτα από τα παραπάνω, κυλώντας τον στο έδαφος.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Δεν συνίσταται η χρήση πυροσβεστήρα ή πάγου, γιατί μπορεί να προκαλέσει κρυστάλλωση των ιστών.

- Ελέγχουμε συνεχώς τα ζωτικά σημεία (αναπνοές, σφίξεις) του εγκαυματία, που έχει προσληφθεί στο πρόσωπο ή το λαιμό. Μπορεί να αναπτυχθεί ταχύτατα οίδημα στις αεροφόρους οδούς και να προκληθεί ασφυξία.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Να είμαστε έτοιμοι να εφαρμόσουμε Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση.

- Αφαιρούμε με προσοχή κοσμήματα ή σφιχτά ρούχα από την περιοχή του εγκαύματος, πριν αυτή αρχίσει να πρήζεται.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Δεν αφαιρούμε ό,τι έχει κολλήσει πάνω στο έγκαυμα, γιατί ενδέχεται να προκαλέσουμε μεγαλύτερη βλάβη και μόλυνση.

- Προστατεύουμε την εγκαυματική επιφάνεια από μόλυνση. Καλύπτουμε την περιοχή με αποστειρωμένη γάζα ή, εάν αυτή δεν είναι διαθέσιμη, με ένα καθαρό κομμάτι ύφασμα, π.χ. πετσέτα, σεντόνι.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Δεν χρειάζεται να καλύψουμε τα εγκαύματα του προσώπου.

- Εάν υπάρχει σοβαρό έγκαυμα στα άκρα του σώματος, τα τοποθετούμε ψηλά για να μειώσουμε το οίδημα, που θα αναπτυχθεί.
- Δεν τοποθετούμε κρέμες, αλοιφές ή ελαιούχες ουσίες στην εγκαυματική επιφάνεια, γιατί η αφαίρεση αυτών των επαλείψεων θα είναι πολύ επώδυνη, όταν ο εγκαυματίας φτάσει στο νοσοκομείο.
- Δεν σπάζουμε τις φλύκταινες. Ο οργανισμός θα εμπλουτίσει μόνος του αυτές τις φλύκταινες, που περιέχουν ορό και δημιουργούνται πάνω από εγκαυματικές επιφάνειες ενδιαμέσου βάθους. Σχηματίζεται νέο δέρμα στη βάση της φλύκταινας. Ο ορός σιγά-σιγά απορροφάται και η "πέτσα" απορρίπτεται σταδιακά.

Ηλεκτρικό έγκαυμα συμβαίνει όταν ηλεκτρικό ρεύμα περνά μέσα από ένα αγωγό, π.χ. το ανθρώπινο σώμα, καταναλίσκεται ενέργεια για να αντιμετωπιστεί η αντίσταση του αγωγού στη δίοδο του ηλεκτρικού ρεύματος, π.χ. από ιστούς, όργανα. Η ενέργεια αυτή μετατρέπεται σε θερμότητα.

Ο παραπάνω μηχανισμός εξηγεί την πρόκληση ηλεκτροθερμικής κάκωσης ή ηλεκτρικού εγκαύματος και είναι γνωστό ως φαινόμενο Joule. Ειδικότερα όταν η πηγή ηλεκτρικού ρεύματος, η οποία έρχεται σε επαφή με το ανθρώπινο σώμα είναι υψηλής τάσης, τότε η θερμότητα που αναπτύσσεται είναι τεράστια και φτάνει έως 2500 βαθμούς Κελσίου. Το φαινόμενο ονομάζεται ηλεκτρικό τόξο και τα προκαλούμενα εγκαύματα είναι πολύ βαριά. Εξάλλου οι ηλεκτρικοί σπινθήρες μπορούν να προκαλέσουν ανάφλεξη των ρούχων του θύματος, με αποτέλεσμα να προκληθεί θερμικό έγκαυμα.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΕΚΤΡ. ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

1. Η τάση του ρεύματος. Όσο μεγαλύτερη είναι η τάση, τόσο μεγαλύτερη είναι η κάκωση.
2. Η συχνότητα εναλλαγής του ρεύματος. Το εναλλασσόμενο θεωρείται πιο επικίνδυνο. Γενικά επικίνδυνο κρίνεται το ρεύμα με τάση μεγαλύτερη από 40 Volt, είτε είναι συνεχές είτε εναλλασσόμενο.
3. Η αγωγιμότητα-αντίσταση των ιστών του οργανισμού. Όσο μικρότερη είναι η αγωγιμότητα του ιστού τόσο μεγαλύτερη είναι η τοπική εγκαυματική βλάβη. Ενώ όσο μεγαλύτερη είναι η αγωγιμότητα του ιστού τόσο μεγαλύτερη είναι η συστηματική εγκαυματική βλάβη.
4. Η πορεία του ρεύματος κατά τη δίοδό του από το ανθρώπινο σώμα. Αν έχουν προσληφθεί ζωτικά όργανα, όπως η καρδιά ή ο εγκέφαλος, τότε η βλάβη είναι μεγαλύτερη.
5. Η διάρκεια επαφής της ηλεκτροφόρου πηγής με το ανθρώπινο σώμα.

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Οι περισσότερες κακώσεις από ηλεκτρικό ρεύμα οφείλονται σε αμέλεια, παράλειψη και κατάχρηση.
- Σε περίπτωση αμφιβολίας της ασφάλειας των ηλεκτρικών εγκαταστάσεων ή των συσκευών του σπιτιού καλούμε τον ηλεκτρολόγο. Κάτι που θα πρέπει να μας βάλει σε υποψία είναι το ότι χαμηλώνει ο φωτισμός του δωματίου όταν θέσουμε σε λειτουργία μια νέα ηλεκτρική συσκευή.
- Για να αποφεύγονται οι υπερφορτώσεις του οικιακού δικτύου, θα πρέπει να υπάρχουν αρκετές ηλεκτρικές 'γραμμές' (κυκλώματα) και πολλές ξεχωριστές πρίζες. Αποφεύγουμε τα πολύπριζα.
- Προστατεύουμε τα παιδιά σφραγίζοντας τις πρίζες με ειδικά πώματα.
- Γειώνουμε σωστά όλες τις ηλεκτρικές εγκαταστάσεις του σπιτιού.

Δε χρησιμοποιούμε ηλεκτρικές συσκευές με βρεγμένα χέρια.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

➤ Η πρώτη μας ενέργεια είναι να διακόψουμε την επαφή του θύματος με την ηλεκτροφόρο πηγή.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Ενεργούμε ήρεμα, γρήγορα και με σκέψη γιατί αλλιώς κινδυνεύουμε να γίνουμε και εμείς οι ίδιοι θύματα.

- Διακόπτουμε την επαφή του σώματος με το ηλεκτρικό ρεύμα επιχειρώντας κατά σειρά προτεραιότητας τα εξής:
- Κλείνουμε την κεντρική παροχή ρεύματος (το γενικό διακόπτη).
- Τραβούμε το φισ του καλωδίου από την πρίζα, εφόσον δεν υπάρχει βλάβη σε κανένα από τα δύο σημεία.
- Απομακρύνουμε τον πάσχοντα από την ηλεκτροφόρο πηγή.
- Απομακρύνουμε την ηλεκτροφόρο πηγή από τον πάσχοντα.

Για να απομακρύνουμε τον πάσχοντα ή την ηλεκτροφόρο πηγή, χρησιμοποιούμε ένα στεγνό ξύλινο κοντάρι και στεκόμαστε πάνω σε στεγνή μονωτική επιφάνεια, π.χ. χονδρό κομμάτι ξύλο ή χονδρό βιβλίο. Τραβούμε τον παθόντα από τα ρούχα του μόνο όταν είναι στεγνά και δεν έχουμε άλλη επιλογή.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Δεν ξεχνάμε ότι ένα βρεγμένο αντικείμενο ή μια λίμνη νερού είναι καλοί αγωγοί του ηλεκτρισμού και ένα θύμα, που βρίσκεται σε επαφή με αυτά αποτελεί συνέχεια του ηλεκτρικού κυκλώματος.

- Μόλις διακοπεί η επαφή του πάσχοντα με την ηλεκτροφόρο πηγή, ελέγχουμε τα ζωτικά σημεία και αν χρειαστεί εφαρμόζουμε Κ.Α.Α.
- Καλούμε βοήθεια-ασθενοφόρο.
- Αν ο παθών έχει ανέπαφα τα ζωτικά του σημεία, αλλά έχει χάσει τις αισθήσεις του, τον τοποθετούμε στο πλάι σε θέση ανάνηψης.
- Περιποιούμαστε τα θερμικά εγκαύματα.
- Αν πρόκειται για απλή ηλεκτροπληξία, βοηθούμε τον πάσχοντα να ηρεμήσει και να ξεκουραστεί. Τον βοηθάμε να ξαπλώσει με τα πόδια ελαφρά ανασηκωμένα.

Αν ο πάσχων έχει χτυπηθεί από κεραυνό, τον απομακρύνουμε από το σημείο που εκδηλώθηκε το φυσικό φαινόμενο.

- Αν η ηλεκτρική κάκωση οφείλεται σε ρεύμα υψηλής τάσης, π.χ. ρεύμα βιομηχανικής χρήσης, κομμένα καλώδια ΔΕΗ, δεν πλησιάζουμε τον πάσχοντα αν πρώτα δεν κλείσει η πηγή του ηλεκτρισμού. Σ' αυτή την περίπτωση, το στεγνό ξύλινο κοντάρι ή ο μονωτικός βατήρας δεν θα μας προστατεύσουν, θα μας τραυματίσουν, μπορεί και θανάσιμα.
- Ενημερώνουμε τη ΔΕΗ, η οποία είναι πλέον αρμόδια για να διακόψει το ρεύμα.
- Καλούμε ασθενοφόρο.
- Μετά τη διακοπή του ρεύματος φροντίζουμε τον πάσχοντα. Πιθανόν να έχει διακοπεί η καρδιοαναπνευστική του λειτουργία. Εφαρμόζουμε ΚΑΑ.
- Φροντίζουμε τα εγκαύματα ως βαριά (3ου βαθμού).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Δε χρησιμοποιούμε κρύο νερό σε εκτεταμένο ηλεκτρικό έγκαυμα. Η μεγάλη διαφορά θερμοκρασίας μπορεί να επιδεινώσει την καταπληξία του παθόντα.

- Αν ο πάσχων είναι οδηγός, που στο αυτοκίνητό του έχει πέσει ηλεκτροφόρο καλώδιο της ΔΕΗ, τον ειδοποιούμε να μείνει μέσα στο αυτοκίνητο, έως ότου διακοπεί το ρεύμα. Μόνο σε περίπτωση που το αυτοκίνητο αναφλέγει, συμβουλευόμαστε τον οδηγό να πηδήξει έξω, χωρίς να ακουμπήσει το αυτοκίνητο ή το καλώδιο.

3.9 ΠΝΙΓΜΟΣ:

Πνιγμός είναι η απόφραξη των αεροφόρων οδών από εισρόφηση νερού, η οποία προκαλεί ασφυξία. Ένα ποσοστό των θυμάτων περίπου 10%, μετά την πρώτη εισρόφηση νερού, παρουσιάζει σπασμό στο λάρυγγα (λαρυγγόσπασμο) και παρότι βρίσκεται κάτω από την επιφάνεια του νερού, δεν εισροφά περισσότερο νερό. Και σ' αυτή την περίπτωση, οι συνέπειες από την έλλειψη οξυγόνου (υποξαιμία), μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες ή και σε θάνατο.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Στη χώρα μας λόγω έλλειψης κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και έλλειψης οργανωμένου ελέγχου των ακτών από ναυαγιστές, ο πνιγμός αποτελεί συχνό φαινόμενο. Για να μην υπάρχει κίνδυνος πνιγμού, απαιτούνται τα ακόλουθα:

- Αποφυγή κατάδυσης με γεμάτο στομάχι.
- Αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ.
- Αποφυγή χρήσης φαρμάκων ή ναρκωτικών ουσιών.
- Αποφυγή κολύμβησης σε περίπτωση υπερκόπωσης.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να επέλθει πνιγμός λόγω εμφράγματος ή επιληπτικής κρίσεως, που θα επέλθει, ενώ κάποιος βρίσκεται στη θάλασσα.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Απομακρύνετε γρήγορα κάθε εμπόδιο, π.χ. φύκια, από το στόμα του πάσχοντα και αρχίστε αμέσως τεχνητή αναπνοή. Αν βρίσκεται ακόμα μέσα στο νερό, μπορεί να είναι δυνατόν να αρχίσει η τεχνητή αναπνοή εκεί.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Μπορείτε να πατήσετε στο βυθό χρησιμοποιώντας το ένα χέρι σας για να συγκρατήσετε το σώμα του πάσχοντα και το άλλο για να κρατήσετε το κεφάλι και να κλείνετε τη μύτη του, ενώ θα εκτελείτε τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν τα νερά είναι βαθιά, κολυμπήστε τραβώντας το θύμα προς τα έξω, δίνοντας του μια εμφύσηση από καιρό σε καιρό.

- Όταν μπορέσετε να τοποθετήσετε τον πάσχοντα σε στερεή επιφάνεια, ελέγξτε την αναπνοή και την καρδιακή λειτουργία και αν είναι ανάγκη συνεχίστε την ΚΑΑ.
- Μόλις ο πάσχων αρχίσει να αναπνέει κανονικά, τοποθετήστε τον σε θέση ανάνηψης.
- Διατηρήστε τον πάσχοντα ζεστό. Αν είναι δυνατόν, βγάλτε του τα βρεγμένα ρούχα και σκουπίστε του το σώμα. Σκεπάστε τον με ρούχα ή πετσέτες και αν είναι ανάγκη αντιμετωπίστε την υποθερμία.
- Φροντίστε για τη μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο πάνω σε φορείο, διατηρώντας τη θέση της ανάνηψης.

3.10 ΔΑΓΚΩΜΑΤΑ ΖΩΩΝ

- Στο στόμα των *κατοικίδιων* και των *άγριων ζώων* φιλοξενούνται μικρόβια. Επειδή τα δόντια των ζώων είναι κοφτερά και μυτερά, το δάγκωμά τους προκαλεί πολλές φορές βαθιά τρυπήματα, στο βάθος των οποίων είναι δυνατόν να παρασυρθούν μικρόβια.. Επικίνδυνο μπορεί επίσης να είναι και το δάγκωμα του ανθρώπου.

Κάθε δάγκωμα που προκαλεί λύση της συνέχειας του δέρματος, πρέπει να αντιμετωπίζεται γρήγορα και προσεκτικά για να αποφευχθεί η μόλυνση. Μπορεί να έχουμε και επιπλοκές, όπως προσβολή από τέτανο και λύσσα. Επίσης τα δαγκώματα του σκύλου είναι δυνατόν να προκαλέσουν πολλαπλά θλαστικά τραύματα στο δέρμα.

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Χορήγηση αντιτετανικών εμβολίων.

Ταχεία απομάκρυνση από το χώρο, αμέσως όταν γίνει αντιληπτή η παρουσία ζώου που κρίνεται ως επικίνδυνο.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Σταματήστε την αιμορραγία με άμεση πίεση και επίδεση του τραύματος.

Σκεπάστε το τραύμα με αποστειρωμένο επίθεμα, χωρίς φάρμακα και στερεώστε το με επίδεσμο.

Φροντίστε για τη μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο.

Το μόνο δηλητηριώδη *φίδι* της Ευρώπης είναι η *οχιά*. Υπάρχουν, ωστόσο και άλλα δηλητηριώδη φίδια που τα κρατάνε σπίτι τους διάφορα άτομα και που μπορεί να ξεφύγουν ή να επιτεθούν στον ιδιοκτήτη τους. Εκτός από τις κακώσεις που προκαλούν από το δάγκωμα, ο πάσχων μπορεί από το φόβο του να πάθει shock.

ΠΡΟΛΗΨΗ

- Αποφυγή απόκτησης δηλητηριωδών φιδιών στο σπίτι
- Απομάκρυνση από περιοχές με πυκνή βλάστηση

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

- Ξαπλώστε τον πάσχοντα και συμβουλευτείτε τον να μην μετακινείται
- Ακινητοποιείτε το τραυματισμένο μέρος και κρατήστε το χαμηλότερα από το ύψος της καρδιάς.
- Πλύνετε σχολαστικά το τραύμα με σαπούνι και νερό αν υπάρχουν
- Αν ο ασθενείς χάσει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει κανονικά, τοποθετείστε τον στη θέση ανάνηψης
- Αν σταματήσουν η αναπνοή και η λειτουργία της καρδιάς αρχίστε αμέσως ΚΑΡΠΑ
- Φροντίστε για τη μεταφορά του πάσχοντα σε νοσοκομείο. Αν είναι δυνατόν φέρτε και το φίδι προσέχοντας την προσωπική σας ασφάλεια.

3.13 Ο ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑΣ:

I) ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΩΝ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΖΩΗΣ

II) ΔΙΑΚΟΜΙΑΗ

Οι επείγουσες οδηγίες για την φροντίδα των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, τραυμάτων σπονδυλικής στήλης και κακώσεων θώρακος και κοιλίας μας κατακεραυνώνουν. Είναι εύκολο να τα χάσουμε μέσα σε τόσες γνώσεις.

Ακόμα ευκολότερο είναι να τα χάσουμε με έναν ασθενή με ολόκληρη ποικιλία σοβαρών κακώσεων. Μας χρειάζεται ένας χάρτης για να μας καθοδηγήσει στην εκτίμηση και στη φροντίδα του πολυτραυματία. Αυτό το κείμενο προσπαθεί να μας προσφέρει τον χάρτη και συγχρόνως να συνδυάσει τις αρχές αντιμετώπισης κακώσεων διαφόρων οργάνων. Ξεκινάμε μελετώντας την έννοια της ΧΡΥΣΗΣ ΩΡΑΣ και μερικούς τρόπους εξοικονόμησης δευτερολέπτων και λεπτών στο ύπαιθρο. Ύστερα θα γίνει ανασκόπηση των βημάτων της πρώτης εξέτασης- της πολύ ιδιόμορφης πρώτης εξέτασης που γίνεται στους βαριά τραυματισμένους.

Θα εξετάσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση του χρόνου μεταφοράς τραυματία και θα προσεγγίζουμε τις πλευρές της ολοκληρωμένης δεύτερης εξέτασης. Στο τέλος θα μελετήσουμε μερικούς μεθόδους κράτησης σημειώσεων για τον τραυματία.

Πρέπει να ξέρουμε:

- 1.τουλάχιστον τρεις τρόπους εξοικονόμησης δευτερολέπτων και λεπτών της «ΧΡΥΣΗΣ ΩΡΑΣ» χωρίς να κινδυνεύει η ποιότητα φροντίδας του ασθενή.
- 2.έναν κατάλογο εξοπλισμού για την πρώτη προσέγγιση του τραυματία εκτός ασθενοφόρου.
- 3.ακριβώς τι ελέγχεται στην πρώτη εξέταση του βαριά τραυματισμένου σε ότι αφορά:
 - τον αεραγωγό
 - την αναπνοή
 - την κυκλοφορία
 - την νευρολογική εξέταση
- 4.τον τρόπο επιλογής των ασθενών με σοβαρές κακώσεις, βάση των ευρημάτων της πρώτης εξέτασης, και την σωστή αντιμετώπιση κάθε ασθενή και των σοβαρά και των ελαφρά τραυματισμένων.
 - επιτόπου
 - κατά την μεταφορά στο νοσοκομείο

5.τα σημαντικότερα σημεία της δεύτερης εξέτασης

- του κεφαλιού
- του τραχήλου
- του θώρακα
- της κοιλίας
- των άκρων

6.ποιες πληροφορίες συμπεριλαμβάνονται στο ιστορικό του τραυματία

7.πότε πρέπει να γίνει άμεση επικοινωνία με το νοσοκομείο που θα υποδεχθεί τον τραυματία, και ποιες πληροφορίες πρέπει να δοθούν στο νοσοκομείο.

Η ΧΡΥΣΗ ΩΡΑ

Οι ειδικοί στην αντιμετώπιση τραυμάτων συνηθίζουν να μιλάνε για την «ΧΡΥΣΗ ΩΡΑ» του θύματος. Η φράση πηγάζει από την παρατήρηση ότι οι σοβαρά τραυματισμένοι που φτάνουν στο χειρουργείο σε μία ώρα από τον τραυματισμό έχουν τα υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης. Έτσι λέμε αυτή την ώρα, την ώρα μετά την στιγμή του τραυματισμού: ΧΡΥΣΗ ΩΡΑ της οποίας κάθε λεπτό είναι πολύτιμο. Η απάντηση του ΕΚΑΒ στην κλήση πρέπει να είναι άμεση. Ο εξοπλισμός πρέπει να είναι μαζεμένος και τακτοποιημένος πριν την άφιξη στον τόπο του ατυχήματος. Επίσης κάθε κίνηση στην ύπαιθρο πρέπει να είναι ζωτικής σημασίας, επειδή κάθε επέμβαση πριν την μεταφορά ροκανίζει την πολύτιμη ΧΡΥΣΗ ΩΡΑ.

Φτάνοντας έγκαιρα επί τόπου

Επισημαίνουμε ότι η ΧΡΥΣΗ ΩΡΑ αρχίζει να μετράει από την στιγμή του τραυματισμού, όχι την στιγμή που φτάνει το ασθενοφόρο επί τόπου. Εάν ένας αυτόπτης μάρτυρας ήθελε 5 λεπτά να φτάσει στο τηλέφωνο, το κέντρο του ΕΚΑΒ ένα λεπτό να διεκπεραιώσει το μήνυμα και το ασθενοφόρο 20 λεπτά να φτάσει, σχεδόν η μισή ΧΡΥΣΗ ΩΡΑ έχει περάσει. Για αυτό είναι επιτακτικό να φτάσουμε όσο το δυνατόν ταχύτερα. Δεν σημαίνει όμως ότι πρέπει να οδηγούμε σαν να πρόκειται για αγώνες ταχύτητας. Μια αποτελεσματική απάντηση δεν πρέπει να βάλει σε κίνδυνο, ούτε το πλήρωμα του ασθενοφόρου ούτε τους άλλους οδηγούς. Το ασθενοφόρο πρέπει να ξεκινήσει μόλις λάβει την κλήση, ακόμα πριν μάθει το πλήρωμα όλες τις λεπτομέρειες. Το πλήρωμα πρέπει να ξέρει καλά τους δρόμους ώστε να διαλέξει το γρηγορότερο και να ξέρει εναλλακτικούς δρόμους εάν υπάρχουν εμπόδια.

Εξοπλισμός που μεταφέρεται δίπλα στον τραυματία

- μια μακριά σανίδα με τουλάχιστον τρεις ζώνες, αυχενικό κολάρο και στηρίγματα για το κεφάλι (π.χ. σεντόνια τυλιγμένα σε ρολά)
- μια γεμάτη φιάλη οξυγόνου με μειωτήρα και ροόμετρο
- μια φορητή συσκευή αναρρόφησης με καθετήρα αναρρόφησης τύπου αμυγδαλεκτομής
- αεραγωγοί και στοματοφαρυγγικοί και ρινοφαρυγγικοί
- προσωπίδα τσέπης με υποδοχή οξυγόνου ή συσκευή ασκός (αμπού), βαλβίδα-προσωπίδα με σύστημα παρακαταθήκης οξυγόνου
- σετ επιδεσμικού υλικού
- στηθοσκόπιο
- φακός, ψαλίδι

ο αναφερόμενος εξοπλισμός αρκεί για όλες τις επεμβάσεις ζωτικής σημασίας που ακολουθούν την πρώτη εξέταση και την προετοιμασία του ασθενή για άμεση μεταφορά, εάν η κατάσταση το απαιτεί. Εάν πάλι ο ασθενής δεν είναι σε βαριά κατάσταση και υπάρχει χρόνος για μία πιο λεπτομερή εξέταση και άλλα μέτρα σταθεροποίησης (π.χ. τοποθέτηση ναρθήκων στα κατάγματα), υπάρχει χρόνος να επιστρέψει στο ασθενοφόρο και να φέρει τον απαιτούμενο εξοπλισμό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα έρευνα έγινε στην υγειονομική περιφέρεια του Ηρακλείου κατ τους μήνες Ιανουάριο – Αύγουστο.

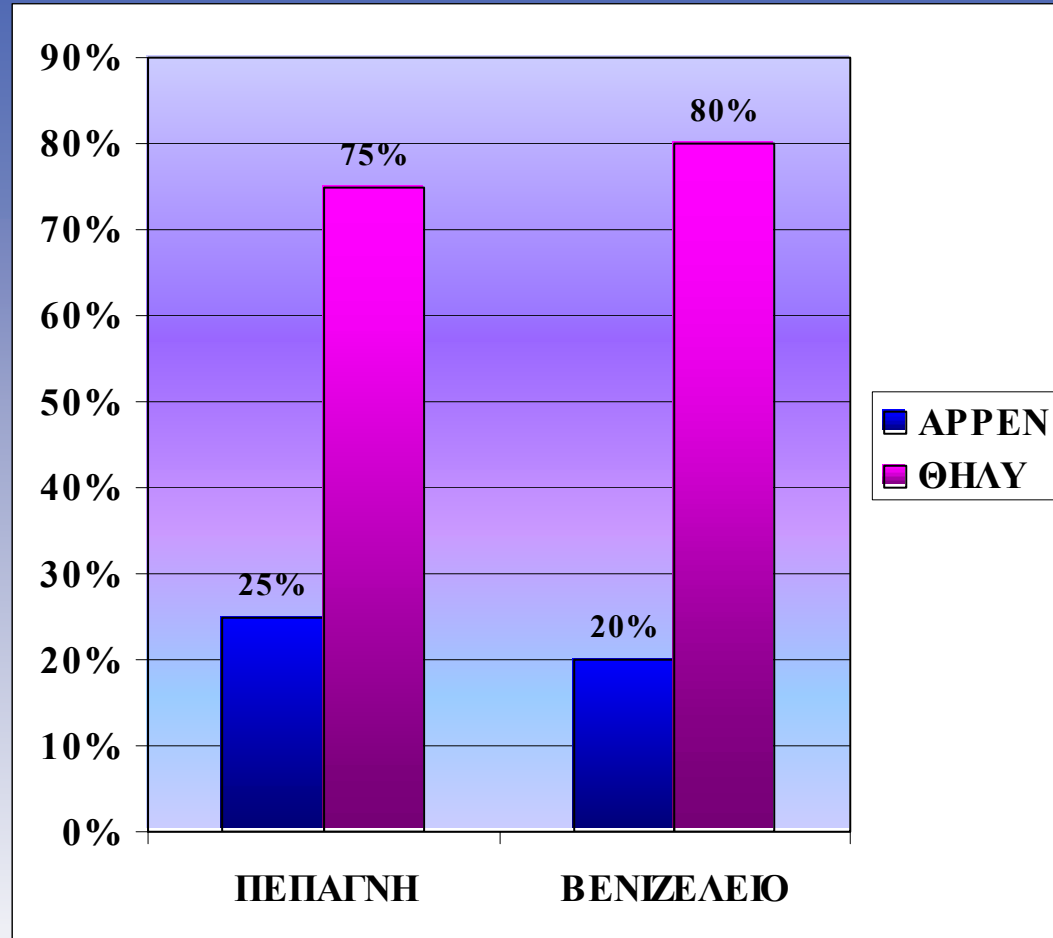
Σκοπός της ήταν, να δήξει την προληπτική νοσηλευτική και την εφαρμογή της, στα πλαίσια της εκπαίδευσης.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ

Εργαλείο την έρευνας αποτέλεσε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο με δομημένες ερωτήσεις, το οποίο μοιράστηκε σε διακόσιους (200) νοσηλευτές/τριες, απόφοιτους ΤΕΙ, στα νοσοκομεία Βενιζέλειο και ΠΕΠΑΓΝΗ, αντίστοιχα, για να έχουμε όσο το δυνατόν εγκυρότερες πληροφορίες για την έρευνα μας.

Τέλος κάναμε στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέξαμε από τα δυο μεγάλα νοσοκομεία.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΦΥΛΟ)



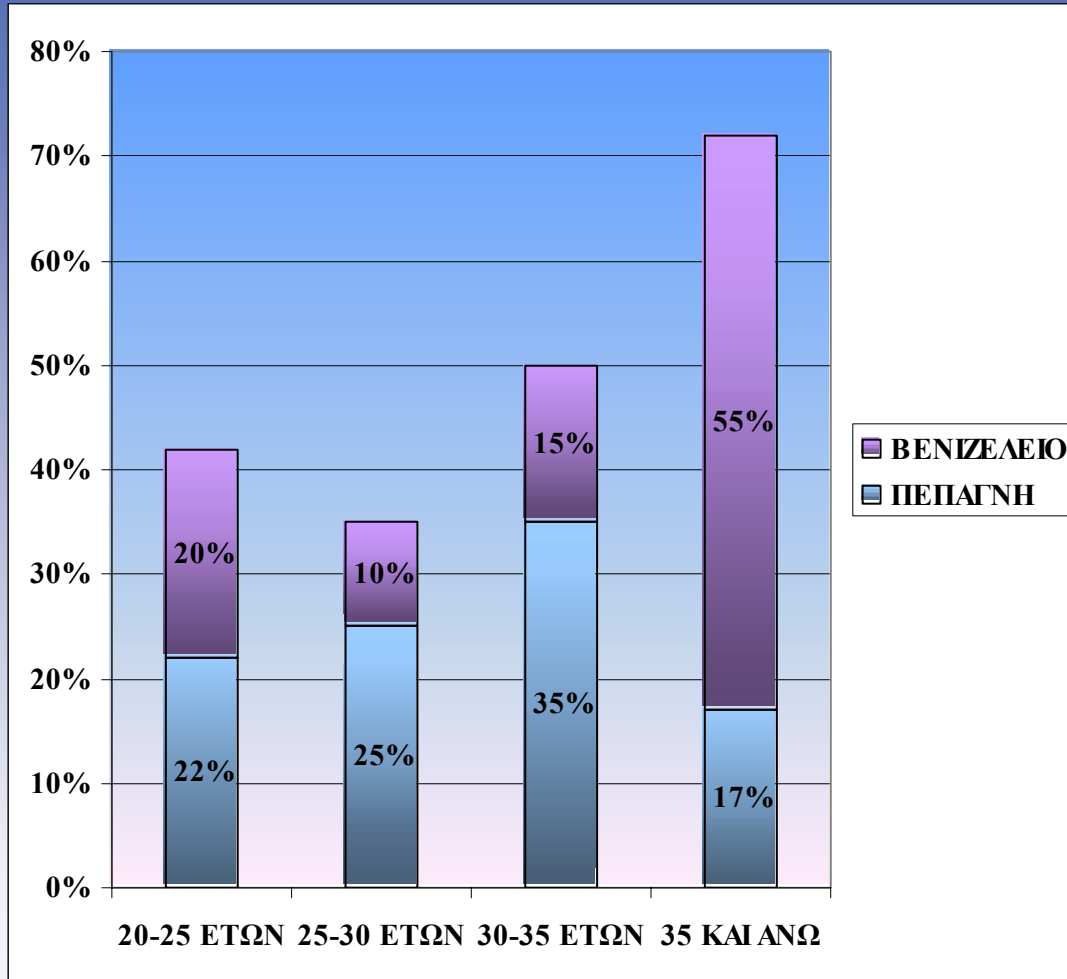
ΓΡΑΦΗΜΑ 1

ΓΡΑΦΗΜΑ 1

Παρατηρώντας το γράφημα 1, η πλειοψηφία των νοσηλευτριών είναι αναμφισβήτητα μεγαλύτερη έναντι των νοσηλευτών. Αυτό είναι ένα φαινόμενο που οφείλεται καθαρά στην επιλογή που κάνουν οι νέοι όσον αφορά το επάγγελμα που θα επιλέξουν. Η διαφορά αυτή φαίνεται ξεκάθαρα όχι μόνο από την δική μας έρευνα, αλλά και από άλλες έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς, στα Τ.Ε.Ι, όσον αφορά το φύλο.

Από την παρουσίαση του γραφήματος συγκριτικά διαφαίνεται ότι τα ποσοστά μεταξύ των δύο μεγάλων νοσοκομείων είναι στα ίδια επίπεδα.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ (ΗΛΙΚΙΑ)



ΓΡΑΦΗΜΑ 2

ΓΡΑΦΗΜΑ 2

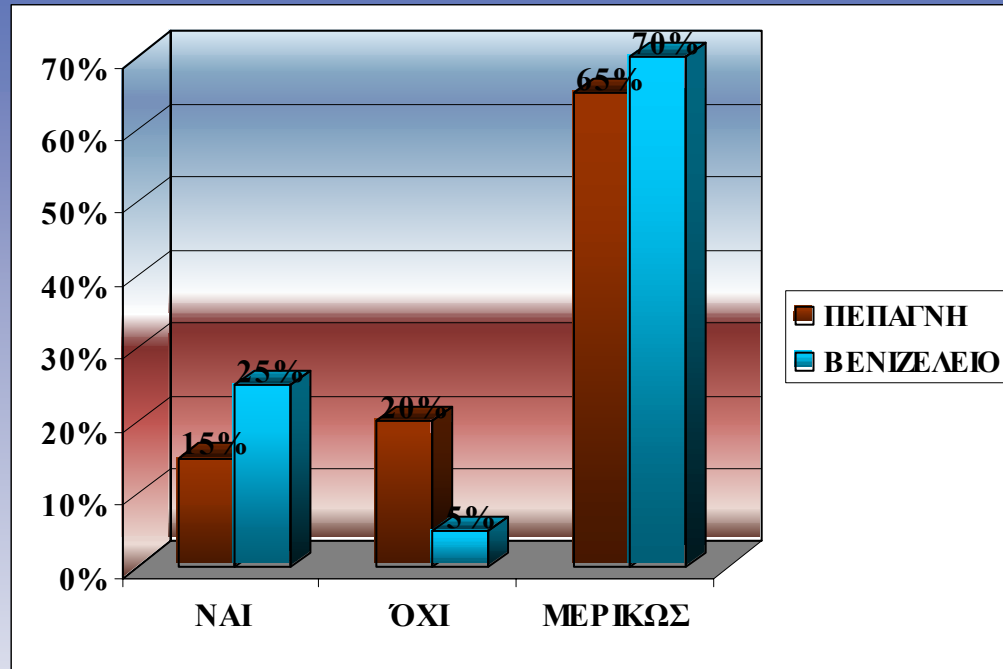
Στο γράφημα αυτό παρατηρούμε ότι στις ηλικίες 20-25 ετών, μεταξύ των δυο νοσοκομείων, δεν υπάρχουν τεράστιες διαφορές. Αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι και στα δυο νοσοκομεία, η ανάγκη για προσωπικό και η κάλυψη των κενών θέσεων κυρίως των οργανικών είναι πρόσφατη.

Στις ηλικίες 25-30 ετών, παρατηρείται μια σημαντική διαφορά η οποία οφείλεται καθαρά στις μεγάλες ανάγκες που είχε το ΠΕΠΑΓΝΗ.

Στις ηλικίες 30-35 ετών, φαίνεται ξεκάθαρα ότι η διαφορά μεγαλώνει, δεδομένου ότι αναφερόμαστε στις χρονολογίες εκείνες, κατά τις οποίες υπήρχε μεγάλη εισροή (διορισμός), νοσηλευτικού προσωπικού στο ΠΕΠΑΓΝΗ εξαιτίας της αναγκαιότητας που προέρχονταν από την ίδρυση του.

Στις ηλικίες 35 και άνω, διαφαίνεται ότι το ποσοστό είναι σημαντικά μειωμένο, δεδομένου ότι και ηλικιακά αναφερόμαστε στο έτος ιδρύσεως του ΠΕΠΑΓΝΗ. Για να γίνουμε πιο σαφείς, επειδή το νοσοκομείο λειτουργεί περίπου μια δεκαπενταετία, λογικό είναι ο αριθμός των εργαζομένων να είναι άνω των 35. ενώ αντίθετα στο Βενιζέλειο, που είναι ένα παλαιότερο νοσοκομείο, φαίνεται ότι υπάρχουν νοσηλευτές που εργάζονται περισσότερα χρόνια και είναι ηλικιακά μεγαλύτεροι.

ΣΑΣ ΚΑΛΥΠΤΕΙ Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΑΣ ΣΤΟ Τ.Ε.Ι ΩΣΤΕ ΝΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΕΤΑΙ ΣΤΟ ΣΗΜΕΡΙΝΟ ΣΑΣ ΡΟΛΟ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 3

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 3

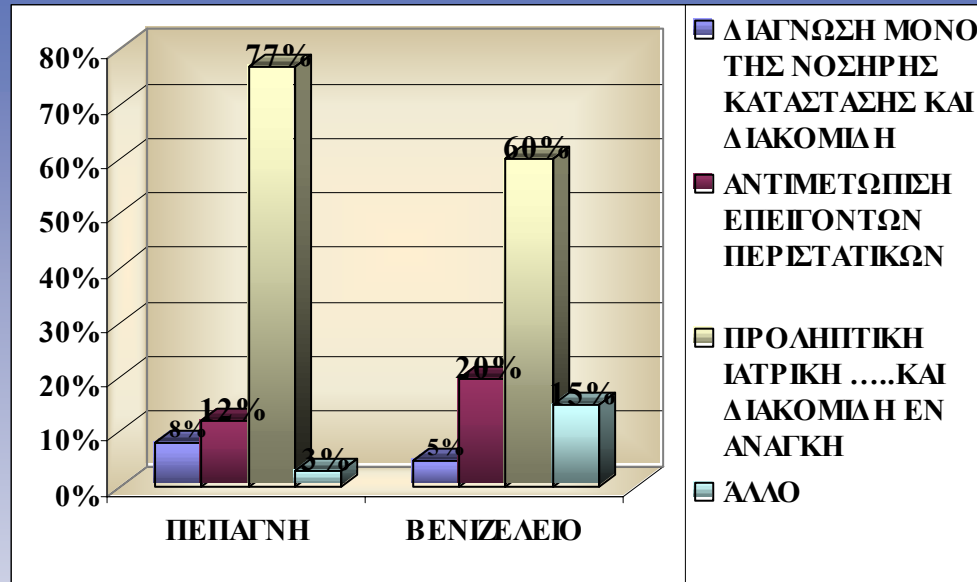
Στο γράφημα μας διαφαίνεται, ότι ένα ικανοποιητικό ποσοστό της τάξεως του 70% και στα δύο νοσοκομεία, είναι μερικώς ικανοποιημένοι, ενδεικτικό της κατάστασης στο επίπεδο που βρίσκεται εδώ και αρκετά χρόνια η εκπαίδευση, γεγονός που αφήνει υπόνοιες ότι έχει προοπτικές καλυτέρευσης και αυτό πηγάζει σαφώς μέσα από την προσφορά των εκπαιδευτικών, τόσο θεωρητικά όσο και εργαστηριακά, κατά την διάρκεια φοίτησης και εκπαίδευσης.

Από την άλλη όμως, μας υποδεικνύει, ότι για να μπορέσει η εκπαίδευση να πετύχει τον στόχο της, που είναι η αναβάθμιση και η αποτελεσματικότητα της επιστήμης, πρέπει να συμβάλλουμε και εμείς υποδεικνύοντας τις ελλείψεις που υπάρχουν αυτή την στιγμή στην παιδεία γενικότερα.

Στην ίδια ερώτηση βλέπουμε, ότι ένα ποσοστό 15-25% και στα δύο μεγάλα νοσοκομεία, έχουν απαντήσει ναι, που σημαίνει ότι η εκπαίδευση τους στο Τ.Ε.Ι τους έχει εξασφαλίσει και τους έχει δώσει τις δυνατότητες αυτές που χρειάζονται για να ανταποκριθούν στο ρόλο τους και στο χώρο που εργάζονται.

Τέλος, ένα μικρότερο ποσοστό 5-20% έχει απαντήσει όχι, που σημαίνει ότι το Τ.Ε.Ι δεν ανταποκρίθηκε για αυτούς σε τέτοιο βαθμό, έτσι ώστε αυτοί να είναι ευχαριστημένοι.

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 4

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

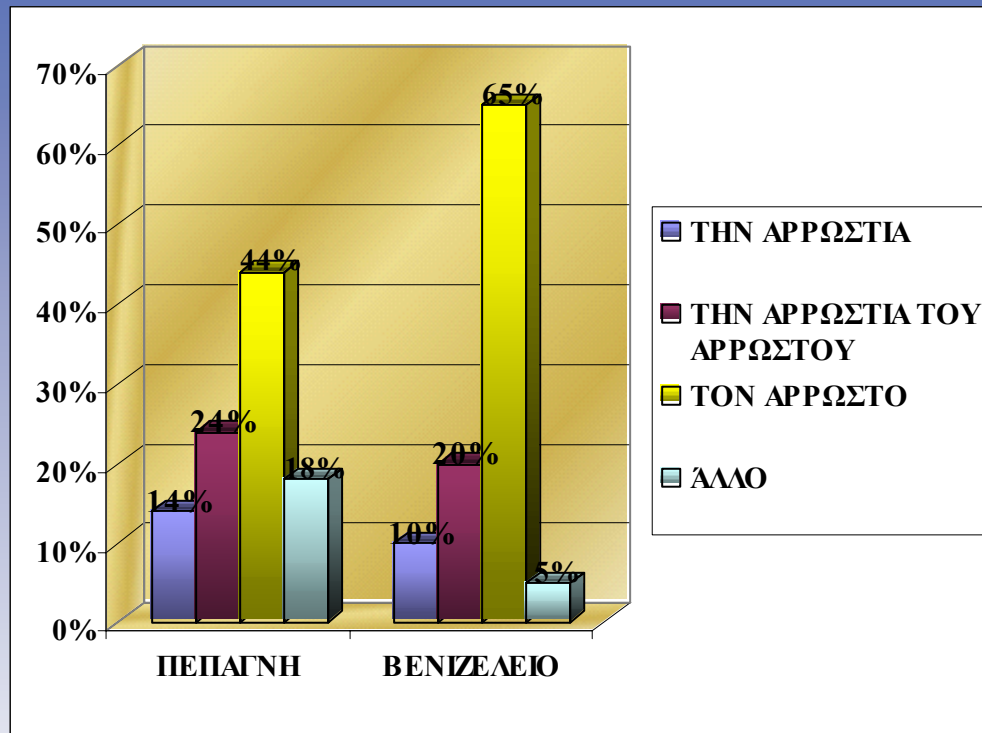
ΓΡΑΦΗΜΑ 4

Στην ερώτηση μας αυτή, με χαρά διαπιστώσαμε, ότι ένα μεγάλο ποσοστό 60-80% ήταν ενημερωμένοι όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δηλαδή την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Ο ρόλος των υγειονομικών υπηρεσιών δεν είναι περιορισμένος και σαφέστατα αναφέρεται, όταν μιλάμε για πρωτοβάθμια περίθαλψη και στην προληπτική ιατρική και στην προληπτική νοσηλευτική, στην παρακολούθηση των χρόνιων περιστατικών (καρκινοπαθών, ημιπληγικών), στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και στην διακομιδή.

Από το γράφημα συμπεραίνουμε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν είναι περιορισμένος και η συνεργασία του με άλλους τομείς, όπως είναι η ιατρική και η κοινωνική πρόνοια είναι επιβεβλημένος.

ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ :



ΓΡΑΦΗΜΑ 5

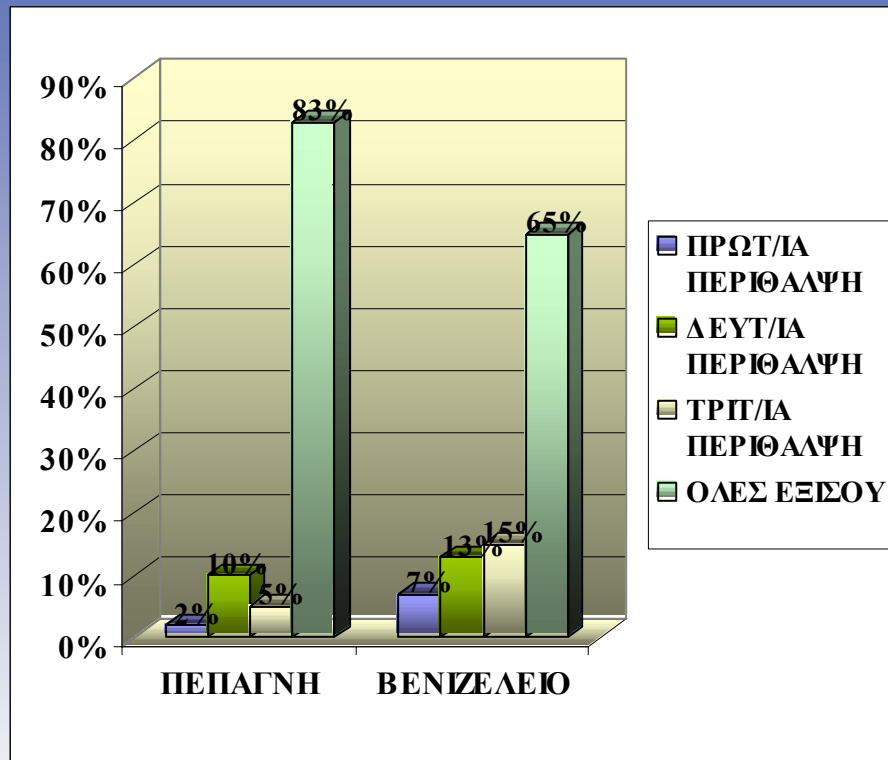
ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 5

Βλέπουμε από το γράφημα μας, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών πιστεύει ότι έχει να κάνει με τον άρρωστο και όχι με την αρρώστια του ή οτιδήποτε άλλο.

Όταν λέμε ο νοσηλευτής, γιατί πρέπει να αντιμετωπίζει τον άρρωστο, απάντησαν, ότι πρέπει να βλέπουμε τον άρρωστο διότι είναι μια οντότητα και πέρα από την αρρώστια του δεν πρέπει να βλέπουμε μόνο το πρόβλημα της υγείας του, αλλά οφείλουμε να τον αντιμετωπίσουμε σαν έναν άνθρωπο με ξεχωριστά προβλήματα, με αξιοπρέπεια, με φιλικότητα, με άριστη συμπεριφορά και φιλικά προσκείμενη προς αυτόν, γεγονότα που θα αναπτύξουν μια σχέση μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου τέτοια ώστε να τον βοηθήσουν σημαντικά και να συμβάλλουν στην ανάρρωση του.

ΠΟΥ ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΝΕΤΑΙ ΤΟ ΚΥΡΙΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 6

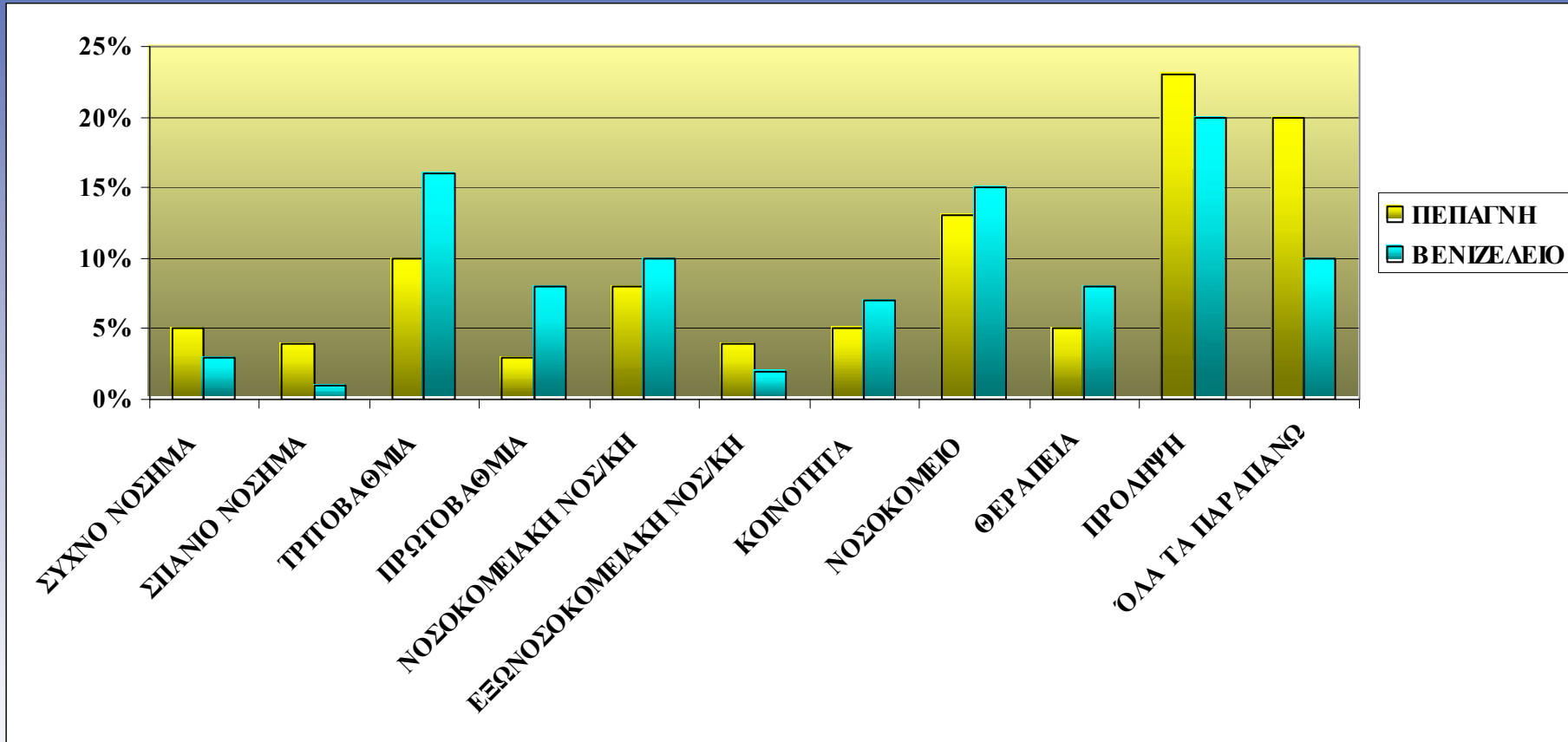
ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 6

Από την εικόνα μας προκύπτει, ότι δικαίως ένα μεγάλο ποσοστό 65-85% πιστεύουν ότι η εκπαίδευση των σπουδαστών πρέπει να γίνεται και στις τρεις βαθμίδες περίθαλψης, δεδομένου ότι η κάθε μία ξεχωριστά αποτελεί αναγκαιότητα για την υγεία του πολίτη.

Κατά την διάρκεια της εκπαίδευσης είναι ενθαρρυντικό ότι σήμερα δίνεται από το Τ.Ε.Ι κυρίως η δυνατότητα ο εκπαιδευόμενος νοσηλευτής κατά την διάρκεια της φοίτησης του, να μετέχει και να εκπαιδεύεται σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης για να μπορεί, όταν αποφοιτήσει να σταθεί ικανός ώστε να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε όποια του ζητηθεί.

ΟΙ ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΑΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ΗΤΑΝ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΕΣ ΠΡΟΣ :



ΓΡΑΦΗΜΑ 7

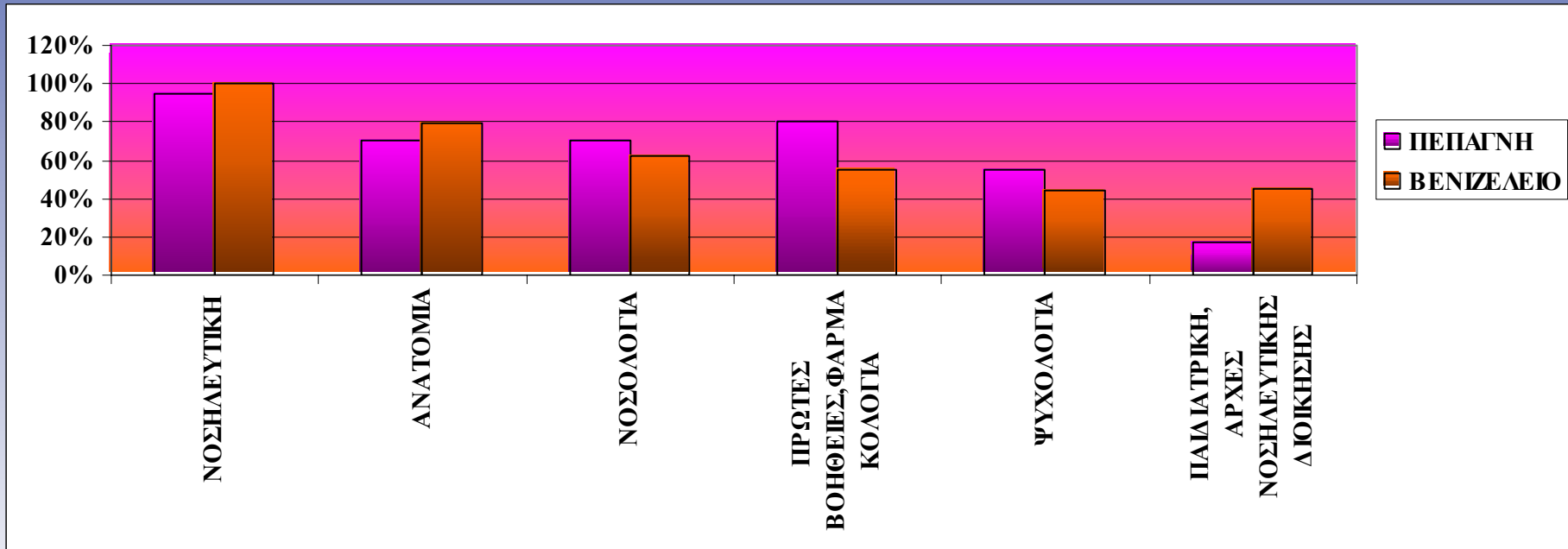
ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 7

Από το παραπάνω γράφημα, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (20-23%) νοσηλευτών-τριών, αναφέρεται κυρίως στην πρόληψη, στη νοσοκομειακή νοσηλευτική (8-10%), στην τριτοβάθμια περίθαλψη (10-16%), και ένα επίσης μεγάλο ποσοστό σε όλα τα παραπάνω όπως φαίνεται στον πίνακα (10-20%).

Χωρίς όμως, όπως διαφαίνεται στο γράφημα, να παραβλέπεται η κοινότητα (5-7%), η θεραπεία (5-8%), τα νοσήματα (3-5%), η πρωτοβάθμια φροντίδα (3-8%), διότι κατά την διάρκεια των σπουδών και με βάση το πρόγραμμα το οποίο ορίζεται από την σχολή, η εκπαίδευση των σπουδαστών, προσανατολίζεται προς όλα τα παραπάνω. Άρα είναι εύλογο, το αποτέλεσμα αυτής της έρευνας.

ΓΡΑΨΤΕ ΜΕ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕΧΡΙ 4 ΠΡΟΠΤΥΧΙΑΚΑ ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΑΝ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΣΤΙΣ ΤΩΡΙΝΕΣ ΣΑΣ ΑΝΑΓΚΕΣ:



ΓΡΑΦΗΜΑ 8

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

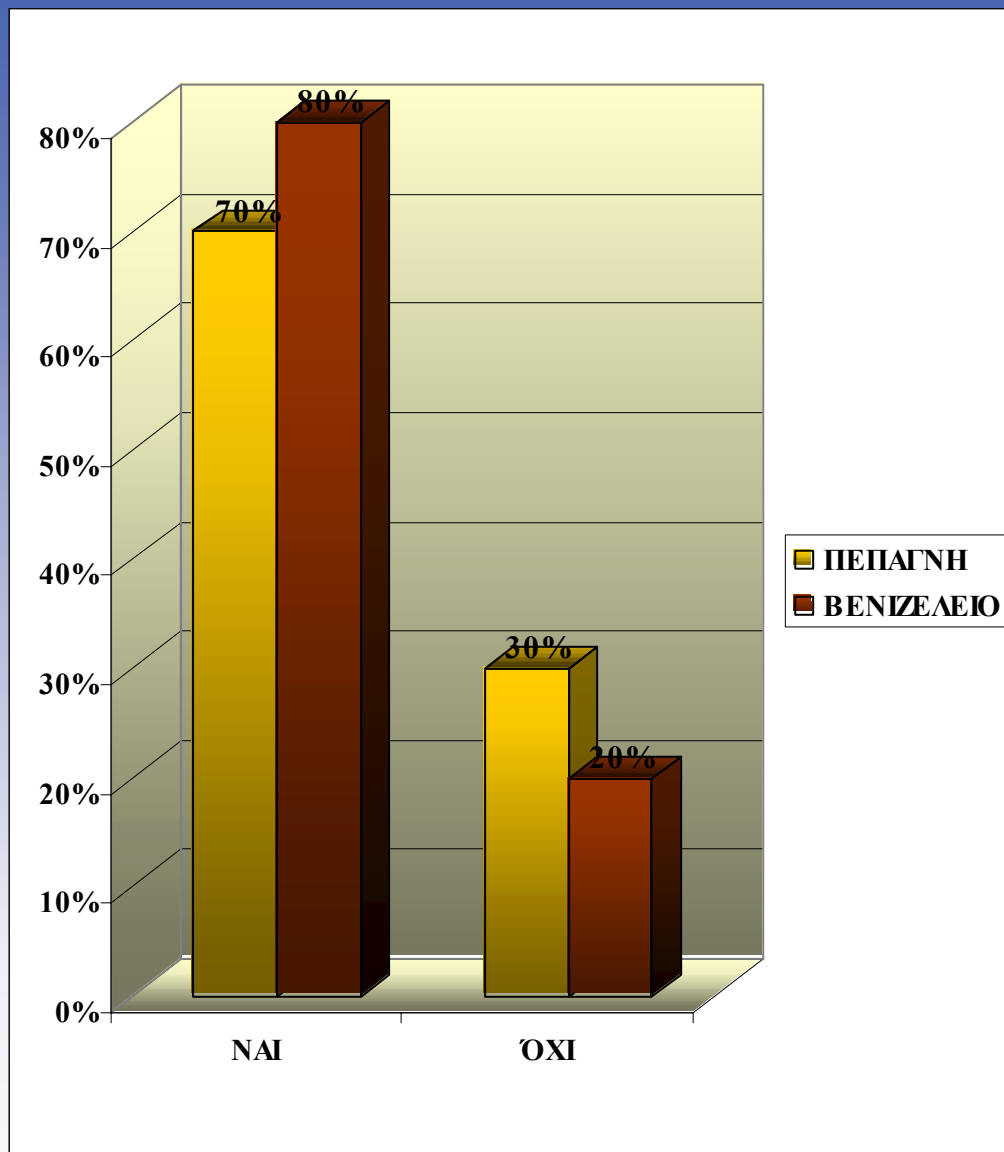
ΓΡΑΦΗΜΑ 8

Από την έρευνα μας, φαίνεται ξεκάθαρα, ότι το μάθημα το οποίο κατά την γνώμη τους, τους έχει βοηθήσει περισσότερο, εκείνο το οποίο τους έχει δώσει τα απαραίτητα εφόδια για να σταθούν άξια στο χώρο εργασίας του ήταν το μάθημα της Νοσηλευτικής (95-100%).

Αναμφίβολα, είναι ένα μάθημα το οποίο έχει προσφέρει τα μέγιστα σε θεωρητικό επίπεδο και σε συνδυασμό με την εξάσκηση στον χώρο του νοσοκομείου, στάθηκαν ικανά ώστε να προσφέρουν αυτά τα εφόδια στον κάθε επαγγελματία νοσηλευτή να ανταποκριθεί με υπευθυνότητα στην επιστήμη του.

Επειδή όμως είναι άμεσα συνδεδεμένη με όλους τους τομείς της ιατρικής, ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών/τριών απάντησαν ότι τόσο η ανατομία (70-79%), όσο και η νοσολογία (62-70%), και άλλα μαθήματα που είχαν διδαχθεί ήταν αρκετά χρήσιμα και αναγκαία να στηρίξουν τις γνώσεις τους στο επάγγελμα που εξασκούν.

ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΟΥΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ



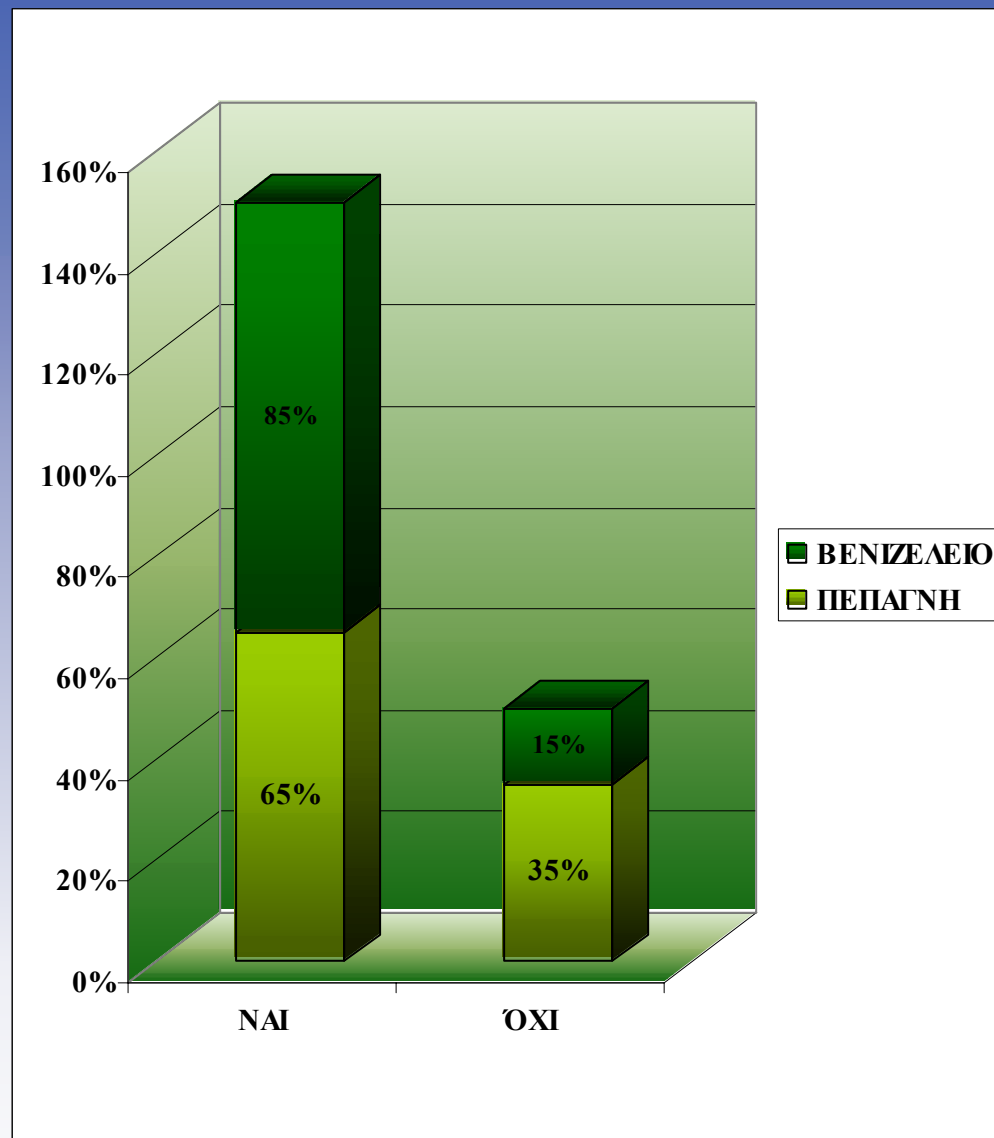
ΓΡΑΦΗΜΑ 9

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 9

Απ' ότι φαίνεται, προκύπτει ότι και στα δύο μεγάλα νοσοκομεία με μικρή διαφορά 10%, κατά την διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης χρειάζεται περισσότερος χρόνος εκπαίδευσης για να μπορέσουν να ολοκληρώσουν το κομμάτι αυτό που θα τους δώσει τις δυνατότητες πάνω στον άρρωστο να εμπεδώσουν αυτά που έχουν θεωρητικώς διδαχθεί.

ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΠΩΣ ΧΡΕΙΑΖΕΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 10

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

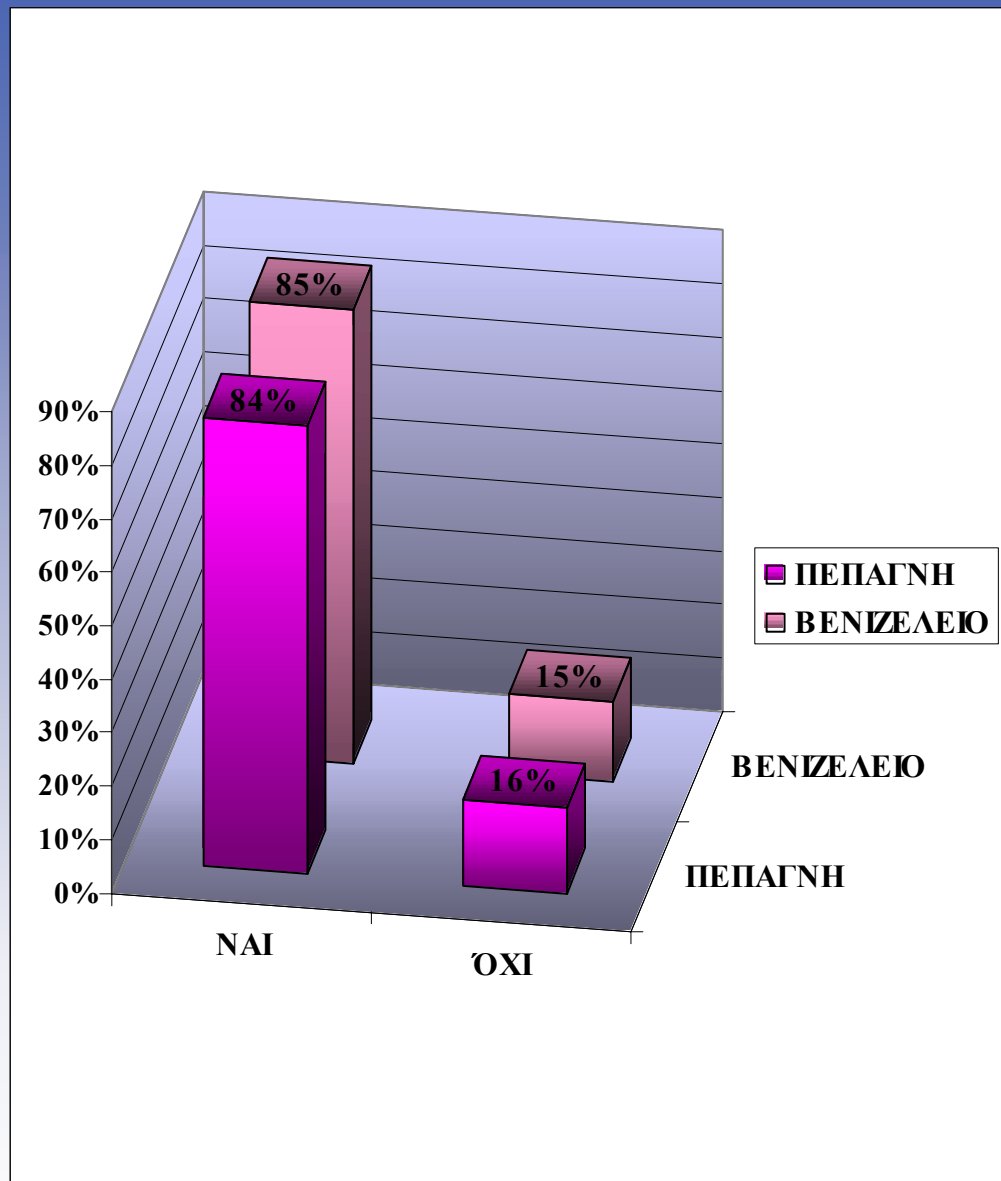
ΓΡΑΦΗΜΑ 10

Σε αντίθεση με την προηγούμενη ερώτηση από το γράφημα μας προκύπτει ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές/τριες και στα δυο μεγάλα νοσοκομεία επιζητούν θεωρία διότι βλέπουν ότι μέσα στο χώρο που εργάζονται στην παρούσα φάση πόσο σημαντική ήταν η θεωρία έτσι ώστε να εργαστούν με υπευθυνότητα στον χώρο τους.

Από τα δύο μεγάλα νοσοκομεία, συμπεραίνουμε, ότι μεγαλύτερη ανάγκη θεωρητικής κατάρτισης προέρχεται από το Βενιζέλειο και αυτό δικαιολογεί την απουσία συνεχόμενης θεωρητικής εκπαίδευσης στον χώρο του νοσοκομείου σε αντίθεση με το ΠΕΠΑΓΝΗ.

Γίνεται μεγάλη προσπάθεια και από τα δυο μεγάλα νοσοκομεία με την χορήγηση ειδικοτήτων στους νοσηλευτές, αναβάθμιση και εξειδίκευση του τομέα όπου εργάζονται σημείο ενθαρρυντικό για την θεωρητική αναβάθμιση και βελτίωση των γνώσεων τους. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να σταματήσει να διδάσκεται ούτε να εφησυχάζεται, διαρκώς πρέπει να εκπαιδεύεται και να εκπαιδεύει.

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΜΑΘΗΜΑ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΓΡΑΦΗΜΑ 11

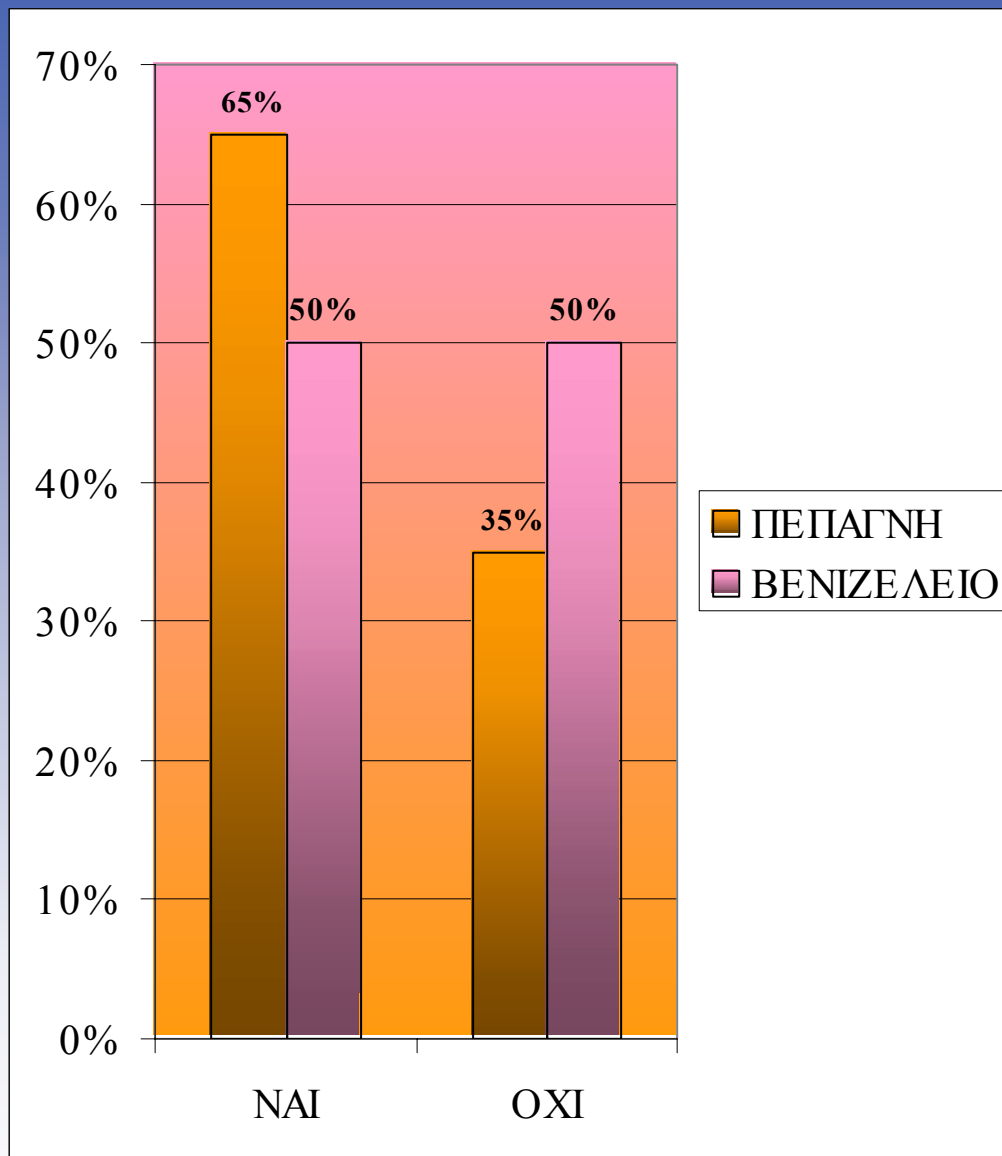
ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 11

Απ' ότι βλέπουμε εδώ, το μάθημα Προληπτικής Ιατρικής κατά την διάρκεια των σπουδών είναι σημαντικό να υπάρχει και η αναγκαιότητα του φαίνεται μέσα από τα προγράμματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όσο και από τις άλλες βαθμίδες.

Η πρόληψη είναι αποτελεσματικότερη από την καταπολέμηση και αυτό το γνωρίζουν απ' ότι φαίνεται οι νοσηλευτές.

ΝΙΩΘΕΤΕ ΑΠΟΚΟΜΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΡΑ ΜΕ ΤΟ ΠΤΥΧΙΟ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 12

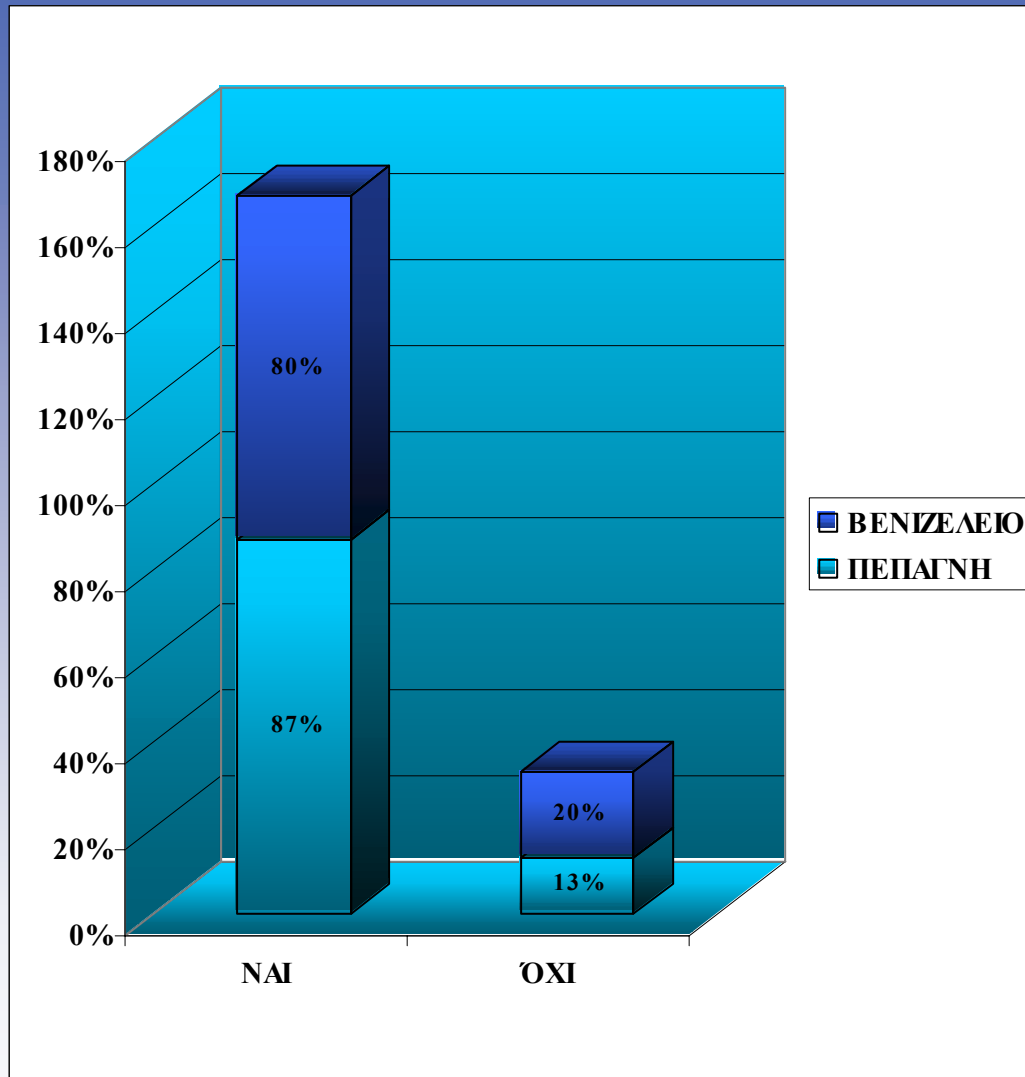
ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 12

Από την έρευνα μας φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτών /τριών που ερωτήθηκαν, απάντησαν ότι νιώθουν αποκομμένοι από τους φορείς γνώσης όπως είναι η εκπαίδευση, η ανάγνωση, η συμμετοχή σε συνέδρια –σεμινάρια -ημερίδα, λόγω του φόρτου εργασίας και των προγραμμάτων. Επίσης λόγω ανειλημμένων οικογενειακών υποχρεώσεων, δεν έχουν την δυνατότητα να συμμετέχουν στις παραπάνω πηγές γνώσης.

Όμως ένα μεγάλο ποσοστό, εξακολουθεί από ότι φαίνεται στον βαθμό και στο μέτρο που μπορεί να συμμετέχει είτε επειδή έχει τον χρόνο και την δυνατότητα, είτε επειδή παραβλέπει υποχρεώσεις δίνοντας προτεραιότητα στην ενημέρωση. Επίσης, ένα άλλο στοιχείο που παίζει σημαντικό ρόλο είναι η οικονομική δυνατότητα που έχει ο καθένας.

ΜΗΠΩΣ ΑΝΤΙΘΕΤΑ ΟΙ ΦΟΡΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΚΟΜΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΙΣ ΠΗΓΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ;(ΔΗΛΑΔΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΕΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ;)



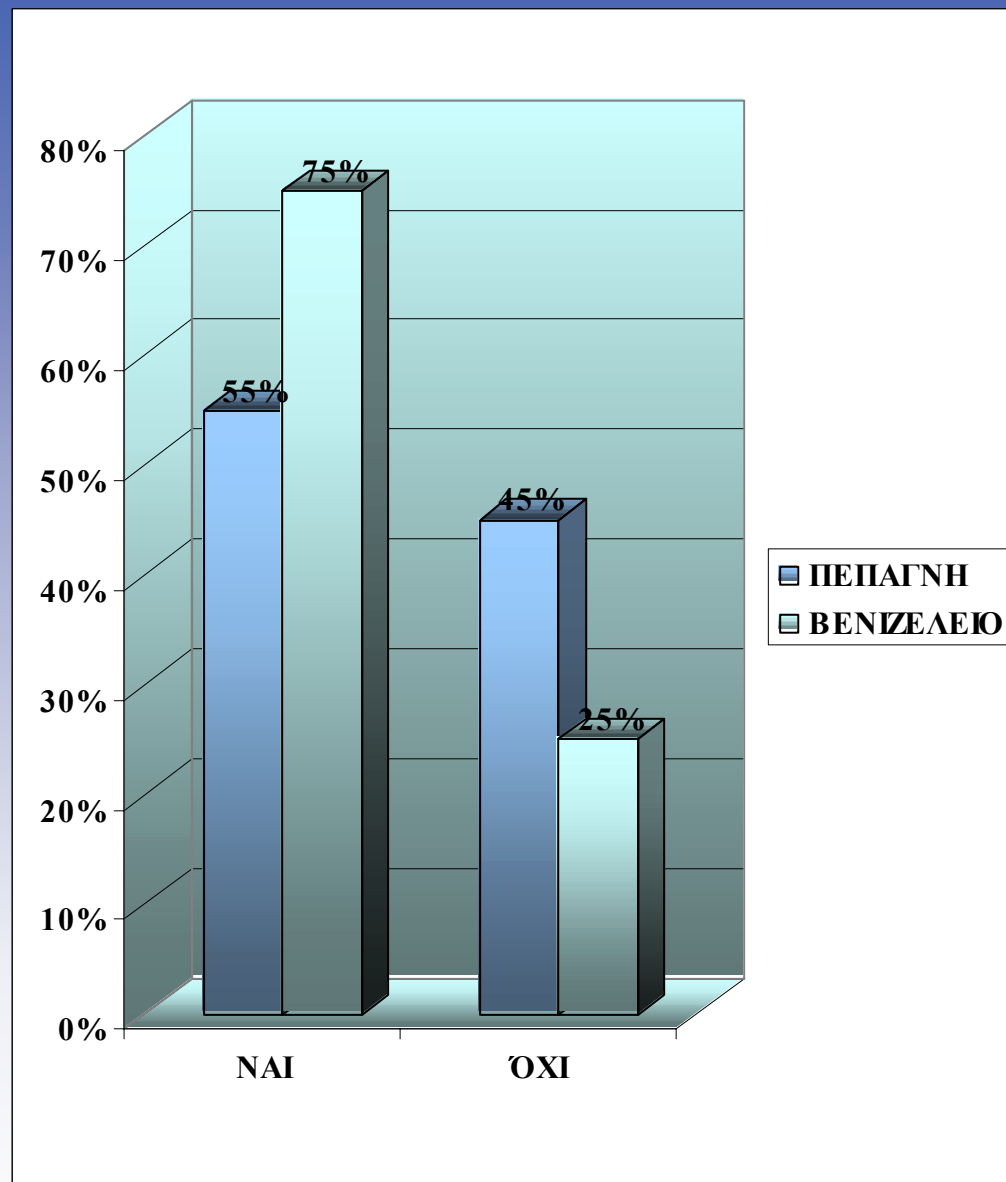
ΓΡΑΦΗΜΑ 13

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 13

Από το γράφημα μας φαίνεται, ότι και οι φορείς είναι αποκομμένοι πολλές φορές κυρίως από το νοσηλευτικό προσωπικό δεδομένου ότι είναι αρκετά δύσκολο πολλές φορές να οργανωθούν τόσο χρονικά όσο και οικονομικά προκειμένου να δοθεί η δυνατότητα σε κάποιον φορέα να παρέχει είτε συστηματικά είτε κατά μεγάλα χρονικά διαστήματα μια μορφή ενημέρωσης (σεμινάρια- ημερίδες- διαλέξεις) κατά κάποιο τρόπο διαρκή εκπαίδευση.

Η ΣΧΟΛΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ;



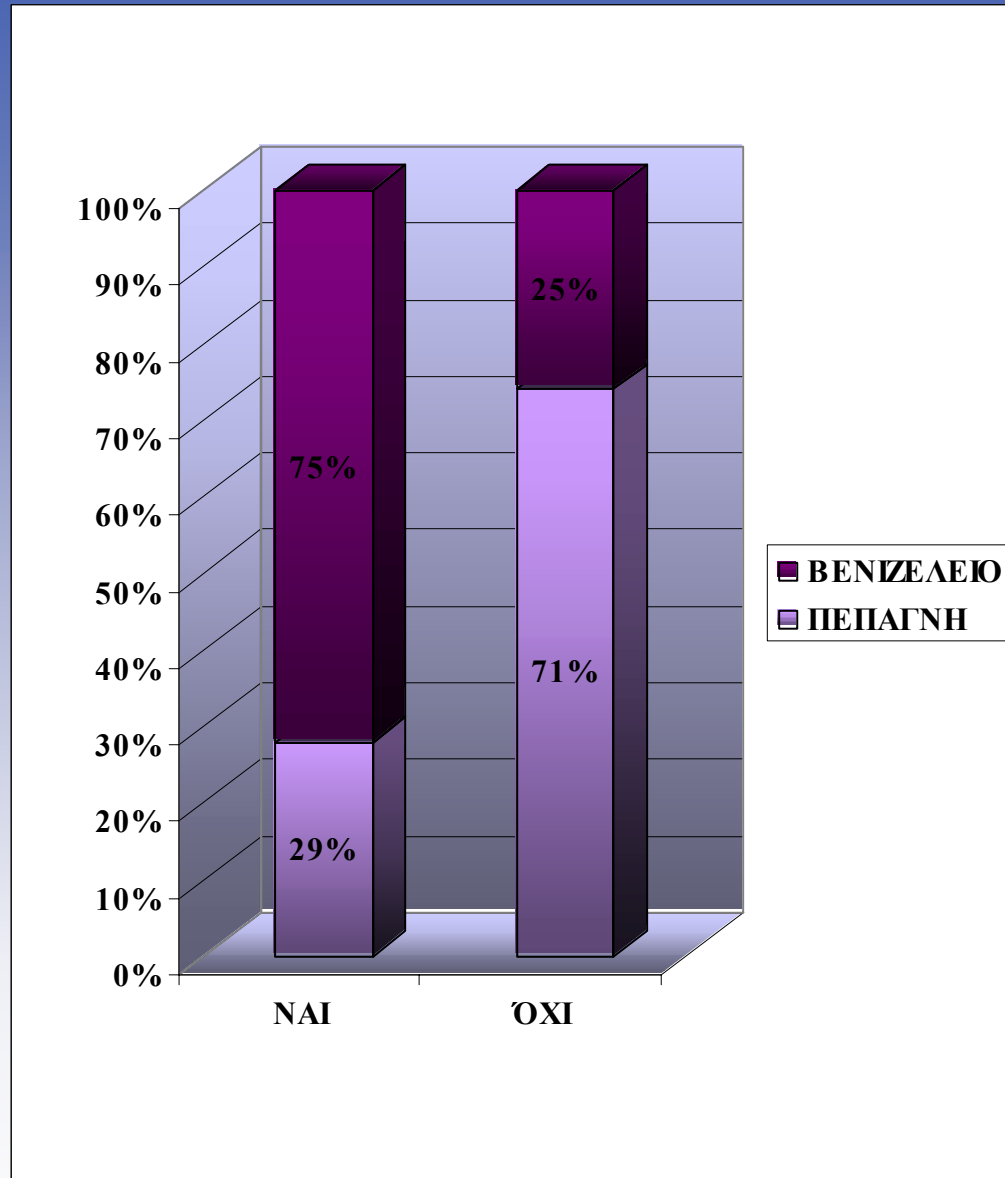
ΓΡΑΦΗΜΑ 14

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 14

Εδώ βλέπουμε, ότι το Τ.Ε.Ι έχει αλλάξει σημαντικά την στάση των νοσηλευτών /τριών απέναντι στην εθελοντική αιμοδοσία καλλιεργώντας ένα θετικό κυρίως κλίμα, απέναντι στο πρόβλημα που υφίστανται η κοινωνία μας, και αφορά την έλλειψη αιμοδοτών.

Η ΣΧΟΛΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΔΩΡΕΑ ΟΡΓΑΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 15

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

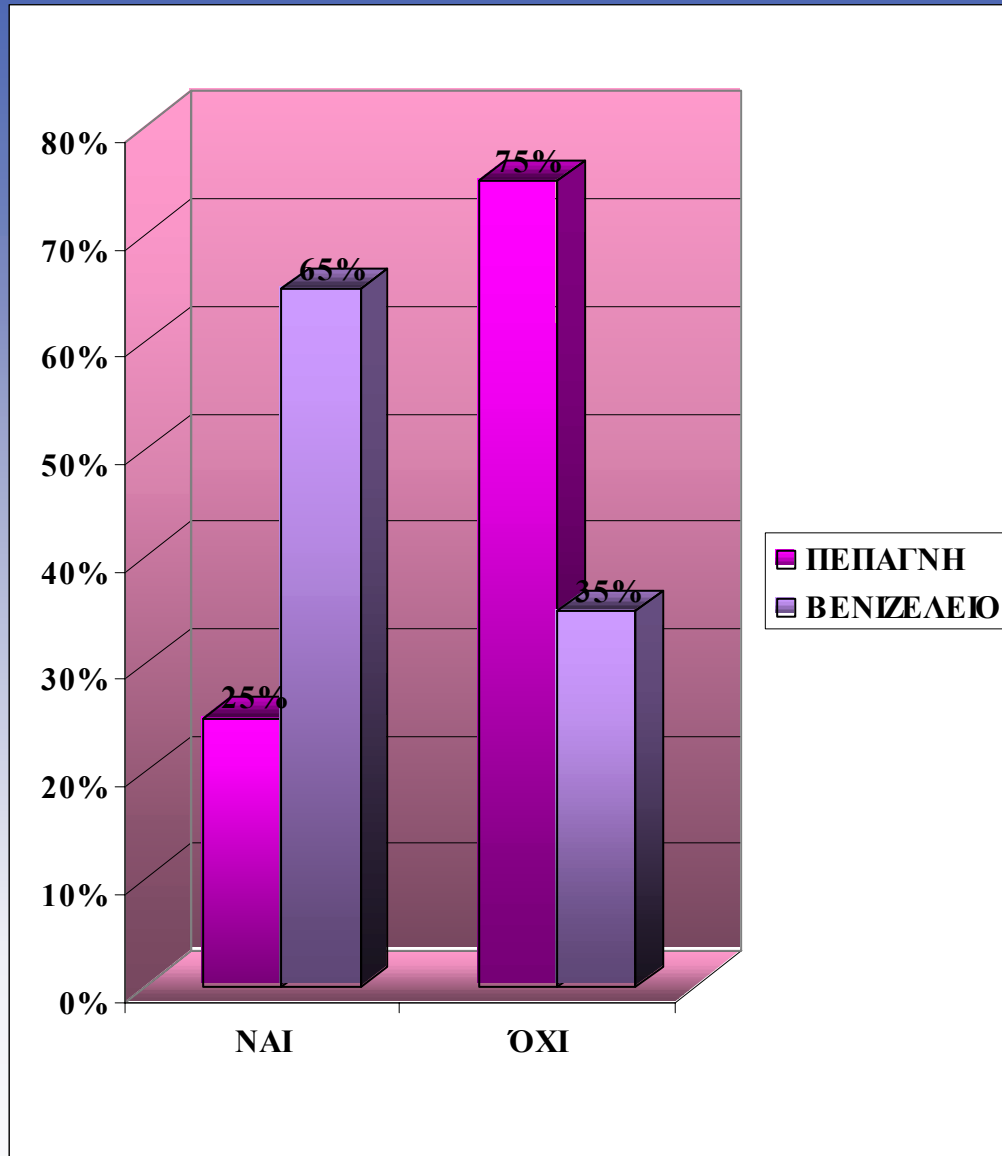
ΓΡΑΦΗΜΑ 15

Από το γράφημα μας φαίνεται η ευαισθησία των νοσηλευτών/τριών όσον αφορά την δωρεά οργάνου σώματος, όπου ένα μεγάλο ποσοστό 75% στο Βενιζέλειο, ένα 30% στο ΠΕΠΑΓΝΗ, είναι σύμφωνοι με την προσφορά οργάνων.

Πιστεύουμε ότι η σχολή έχει βοηθήσει σημαντικά στην απόφαση των νοσηλευτών/τριών από την εκπαίδευση τους ακόμη να μπορούν συνειδητά να σκέφτονται την σπουδαιότητα και αναγκαιότητα της προσφοράς οργάνου σώματος.

Δυστυχώς όμως από όλους αυτούς που απάντησαν θετικά όσον αφορά την δωρεά οργάνων σώματος, ενώ είναι σύμφωνοι, ένα πολύ μικρό ποσοστό το έχει δηλώσει επίσημα.

Η ΣΧΟΛΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕ ΤΗΝ ΣΤΑΣΗ ΣΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ;



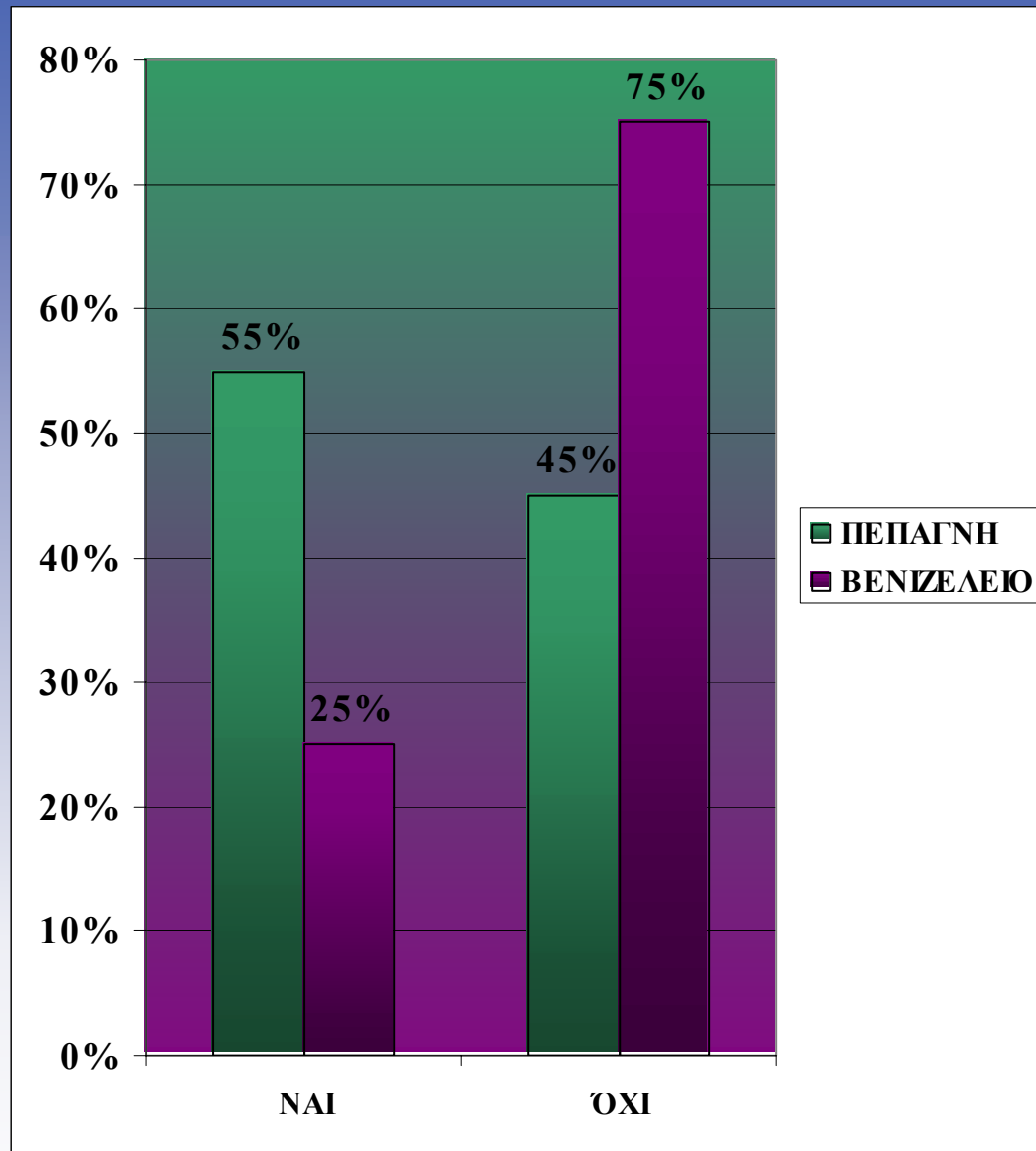
ΓΡΑΦΗΜΑ 16

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 16

Φαίνεται από το γράφημα μας ότι ένα πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό έχει διδαχθεί για τις βλαβερές συνέπειες του τσιγάρου, όμως παρόλα ταύτα και από ότι δείχνει δεν ήταν αρκετό για να τους αλλάξει τις καπνιστικές τους συνήθειες, διότι όπως ξέρουμε, είναι μια εξαρτησιογόνα ουσία η οποία για αυτούς δυστυχώς άρχισε νωρίτερα.

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ;



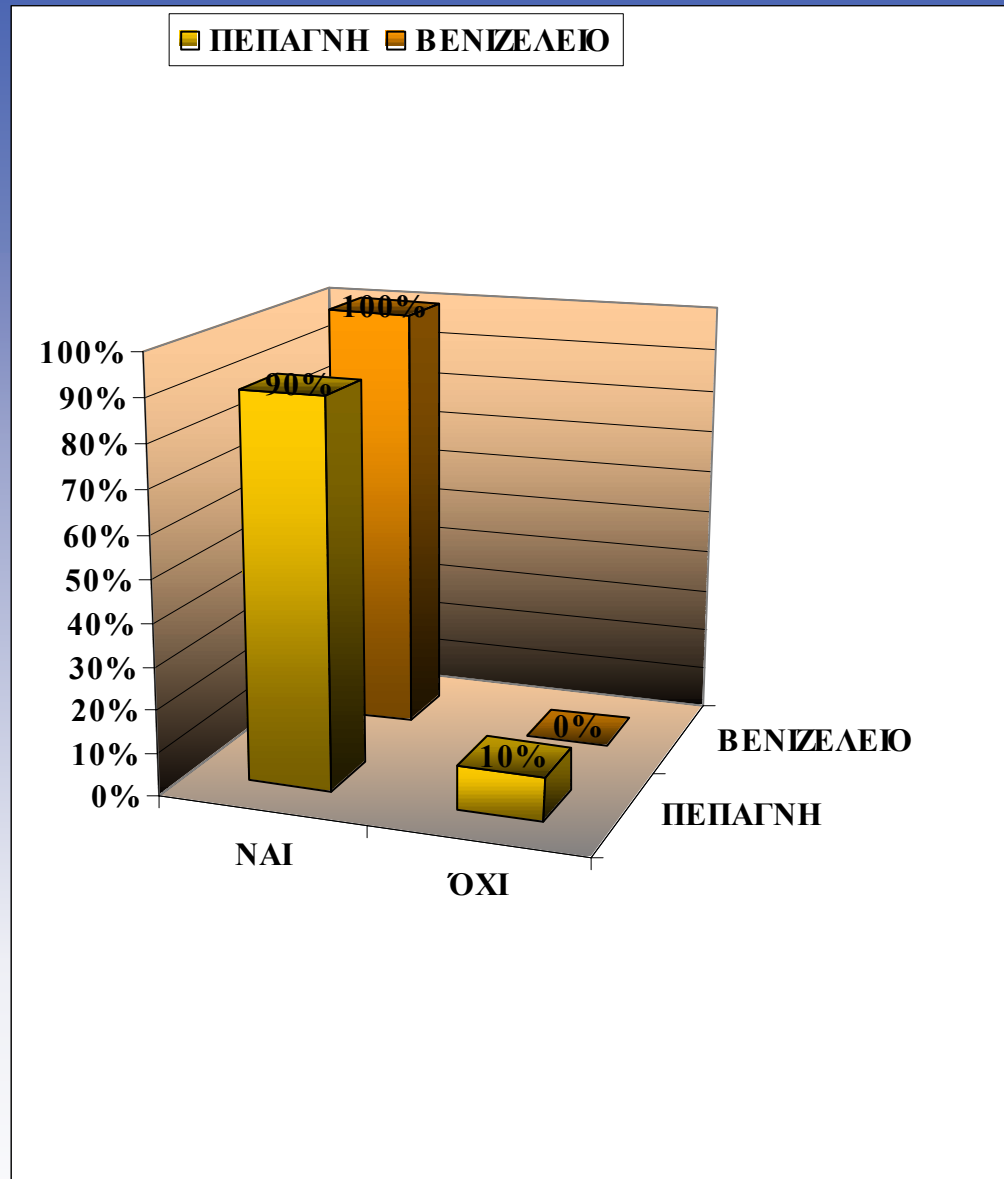
ΓΡΑΦΗΜΑ 17

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 17

Βλέπουμε ότι στο Βενιζέλειο οι καπνιστές/τριες είναι μειωμένοι κατά πολύ σε σχέση με το ΠΕΠΑΓΝΗ, που κατά την γνώμη μας οφείλεται στο χαμηλό μέσο όρο ηλικίας.

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΧΕΙ ΑΝΑΓΚΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ (MASTER);



ΓΡΑΦΗΜΑ 18

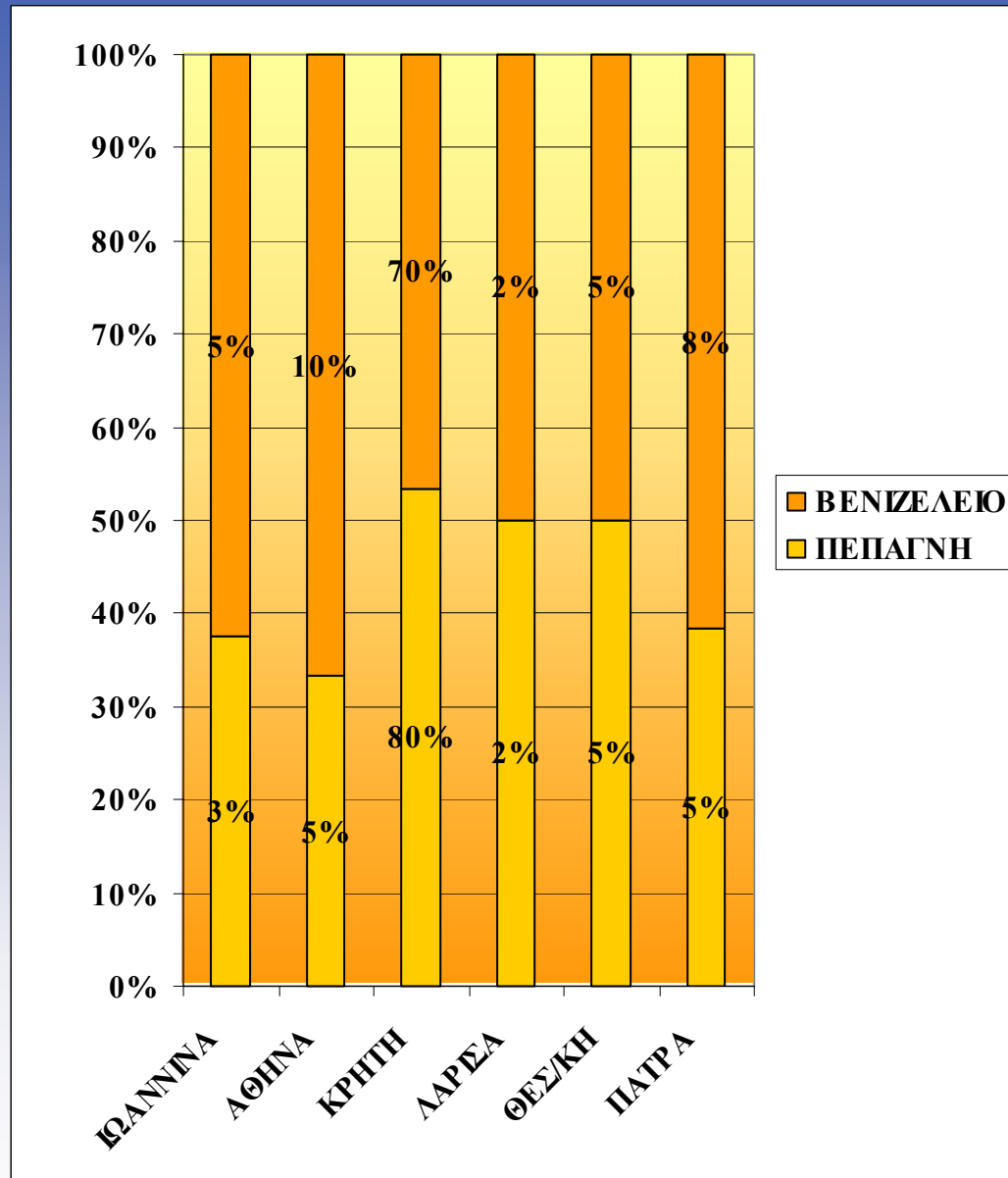
ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 18

Από το γράφημα μας, αναμφίβολα, πηγάζει η αναγκαιότητα ενός μεταπτυχιακού τίτλου επιπέδου MASTER όπου θα αναβαθμίσει τόσο σε επίπεδο γνώσεων όσο και σε επίπεδο τίτλου σπουδών την επιστήμη.

Είναι γεγονός ότι κατά καιρούς ακούγονται διάφορες προτάσεις από το υπουργείο χωρίς όμως να έχει υλοποιηθεί μια τέτοια πρόταση ικανή ώστε να δοθούν κίνητρα στους σπουδαστές και καθηγητές να συμμετέχουν στην αναβάθμιση της Νοσηλευτικής επιστήμης.

ΠΟΙΟ Τ.Ε.Ι. ΤΕΛΕΙΩΣΑΤΕ;



ΓΡΑΦΗΜΑ 19

ΣΧΟΛΙΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 19

Από το γράφημα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών/τριών, της τάξεως του 70-80%, έχουν αποφοιτήσει από το Τ.Ε.Ι Ηρακλείου.

Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι οι σημερινοί εργαζόμενοι των νοσοκομείων, Βενιζελείου - ΠΕΠΑΓΝΗ, έχουν πλήρως απορροφηθεί από αυτά.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αυτά λοιπόν που χρειάζεται, είναι ένα νέο «υπόδειγμα», μια νέα οπτική πάνω στην πραγματικότητα, στην νοσηλευτική μια θεμελιώδη μεταβολή της εκπαίδευσης.

Το ξεκίνημα αυτής της αλλαγής, η μετάθεση από την μηχανιστική στην ολιστική αντίληψη της νοσηλευτικής διακρίνεται ήδη και τείνει να επικρατήσει στην δεκαετία που βρισκόμαστε τώρα.

Πιστεύουμε πως υπάρχει μια ολοκληρωτική ασυνέπεια ανάμεσα στην άποψη του κόσμου της σύγχρονης νοσηλευτικής εκπαίδευσης και στην εικόνα που προσφέρει η σύγχρονη κλινική νοσηλευτική.

Η επιστράτευση των νοσηλευτών που θα έχουν εκπαιδευτεί στο σύγχρονο μοντέλο με βάση την πρόληψη στα πλαίσια ενός ολιστικού πλαισίου, μέριμνας για την υγεία, θα αξιοποιήσει το σημερινό ανεκμετάλλετο ανθρώπινο υλικό και θα ανοίξει τον δρόμο για την πλήρη εφαρμογή του νέου συστήματος που το κύριο στοιχείο θα είναι ένα κατανοητό, αποτελεσματικό και θαυμάσια προσαρμοσμένο στην καθημερινή ζωή, σύστημα προληπτικής φροντίδας για την υγεία.

Δεν αρκεί όμως ο εντοπισμός του νοήματος. Επιβάλλεται η μετουσίωση του σε πραγματικότητα και αυτό σημαίνει σύμπλευση με τα σημάδια των καιρών.

Η ευρύτερη συνειδητοποίηση και η κάθε ενίσχυση της νέας νοσηλευτικής στροφής, συνθέτουν σήμερα το καθήκον κάθε σκεπτόμενου νοσηλευτή, είτε αυτός βρίσκεται στον κλινικό χώρο είτε στον εκπαιδευτικό.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια μας κυρία Δαφέρμου Μαρία και τον κύριο Σαββίδη Νίκο για την αμέριστη συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθεια τους για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Επιπλέον, αισθανόμαστε την υποχρέωση να ευχαριστήσουμε το σύνολο των νοσηλευτών/τριών, των νοσοκομείων Βενιζέλειο-ΠΕΠΑΓΝΗ, που επισκεφθήκαμε, για την συμμετοχή και την συνεργασία τους στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την σχολή μας, Σ.Ε.Υ.Π, και πιο συγκεκριμένα το τμήμα Νοσηλευτικής που μας παρείχε την ευκαιρία και δυνατότητα να ερευνήσουμε και να παρουσιάσουμε το συγκεκριμένο θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Ιατρικό Λεξικό Bordas Larousse.
Οικογενειακός Γιατρός, Φυκίρης (τόμος 1+2)
- 2) Προληπτική Ιατρική (Αγωγή Υγείας, Κοινωνική Ιατρική, Δημόσια Υγιεινή), Αντωνία Τριχοπούλου-Δημήτρης Τριχόπουλος
- 3) American Medical association, Πλήρης Οδηγός Πρώτων Βοηθειών κ Επειγόντων Περιστατικών (Βαγιονάκης)
- 4) Πρώτες Βοήθειες Βρετανικού Ερυθρού Σταυρού. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα
- 5) Πρώτες Βοήθειες Τ.Ε.Ε, Τομέας Υγείας και Πρόνοιας, Μάκης Κωνσταντίνος – Μπάρλας Κωνσταντίνος – Χείλαρης Σπυρίδων
- 6) CECIL Παθολογία Α+Β τόμος, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα