



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ
ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ
ΣΥΚΙΩΤΗ ΘΗΡΕΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
Κ. Δ. ΧΑΤΖΑΚΗΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΜΑΡΤΙΟΣ 2005

Ευχαριστούμε θερμά για την υποστήριξή τους και για
τα εφόδια που μας προσέφεραν αυτά τα τέσσερα χρόνια ,
τους γονείς μας και τους καθηγητές μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... 4

Κεφάλαιο πρώτο: Πρώτες Βοήθειες και η σημασία τους για το γενικό
πληθυσμό.....5-11

Κεφάλαιο δεύτερο: Παροχή Πρώτων Βοηθειών.....12-27

Κεφάλαιο τρίτο: Τοποθέτηση και διακομιδή.....28-33

Κεφάλαιο τέταρτο: Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση.....35-61

Κεφάλαιο πέμπτο: Αναφορά σε στατιστικές έρευνες.....62-70

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....71-100

Κεφάλαιο έκτο:

- Υλικό
- Μέθοδος
- Αποτελέσματα
- Συζήτηση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (ΑΠΛΑ ΚΑΙ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΠΟΣΟΣΤΑ).....101-143

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....144-146

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι: << Το επίπεδο γνώσεων ΚΑΡΠΑ στο γενικό πληθυσμό του Ηρακλείου. >>

Οι Πρώτες Βοήθειες μπορούν να αποβούν καθοριστικές για τη ζωή και την υγεία των ατόμων τα οποία βρίσκονται σε κατάσταση εκτάκτου ανάγκης.

Γνώσεις Πρώτων Βοηθειών και ΚΑΡΠΑ διαθέτουν επιλεγμένες ομάδες του πληθυσμού όπως νοσηλευτές και ιατροί, ενώ μικρό ποσοστό του γενικού πληθυσμού έχουν εκπαιδευτεί ή έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια .

Ανεξάρτητα από εκπαίδευση 2,6%-3,5% των πολιτών υπολογίζεται ότι μπορούν να παρέχουν επαρκείς Πρώτες Βοήθειες. Παρότι τα αποτελέσματα της ΚΑΡΠΑ παρουσιάζουν πάντα πολύ μεγάλη μεταβλητότητα, οφειλόμενη κυρίως στην υποκείμενη νόσο, είναι βέβαιο ότι η ποιότητα ζωής είναι καλύτερη στους επιβιώσαντες οι οποίοι έλαβαν ΚΑΡΠΑ από πολίτες, ακριβώς διότι την έλαβαν άμεσα.

Εξαιτίας της άγνοιας προσφοράς Πρώτων Βοηθειών από το γενικό πληθυσμό χάνονται ζωές και τα άτομα τα οποία τελικά επιβιώνουν φέρουν αναπηρίες. Οι συνέπειες είναι συνήθως τραγικές για την προσωπική ζωή των εμπλεκομένων και των συγγενών τους. Ιδιαίτερα σοβαρές είναι επίσης και οι συνέπειες (άμεσες και έμμεσες) για τον κοινωνικό περίγυρο, την περίθαλψη, τα ασφαλιστικά ταμεία και την κρατική οικονομία . Η γνώση παροχής ΚΑΡΠΑ (το ουσιαστικότερο σκέλος των Πρώτων Βοηθειών) από πολίτες θα δρούσε αποτρεπτικά και προληπτικά αυτού του είδους των συνεπειών.

Πρόσφατη πτυχιακή μελέτη η οποία έγινε στη Σχολή μας ανέδειξε την αδυναμία της πλειοψηφίας των εργαζομένων στο Βιομηχανικό κλάδο να προσφέρει επαρκείς Π.Β. σε περίπτωση ατυχήματος, κατάσταση η οποία μας έκανε να θελήσουμε να μελετήσουμε αν αυτή η διαπίστωση επεκτείνεται και στο γενικό πληθυσμό του Ηρακλείου.

Εν κατακλείδι, η πτυχιακή μας μελέτη θα προσπαθήσει να αποκαλύψει το ποσοστό των ατόμων τα οποία γνωρίζουν να παρέχουν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, στο γενικό πληθυσμό, ποιες είναι οι πηγές γνώσης τους και κατά πόσο έχουν εμπεδώσει αυτό το οποίο έχουν διδαχθεί. Τέλος θα γίνει σύγκριση των δεδομένων μας σε σχέση με δεδομένα από χώρες του εξωτερικού και προσπάθεια διατύπωσης προτάσεων για την καλύτερη ενημέρωση του κοινού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ
ΠΛΗΘΥΣΜΟ

- Γενικά
- Ορισμός και σκοπός Πρώτων Βοηθειών
- Προτεραιότητες
- Υποχρεωτική παροχή βοήθειας
- Γενικές οδηγίες για τις Πρώτες Βοήθειες



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Γενικά :

Είναι αδύνατο σε κάθε ατύχημα να παρέχονται άμεσα πρώτες βοήθειες από ιατρό ή από κάποιο ιατρικά εκπαιδευμένο πρόσωπο, και αναγκαστικά αυτή πρέπει, σε ένα μεγάλο ποσοστό να παρασχεθεί από απλούς, μη έχοντες ειδικές γνώσεις πολίτες.

Τα πρώτα βοηθητικά μέτρα πρέπει να εφαρμόζονται επί τόπου στον πάσχοντα από οποιοδήποτε συνάνθρωπό του, πολύ πριν υποβληθεί σε οποιαδήποτε ιατρική ή παραϊατρική θεραπεία.

Η αναγκαία γνώση παροχής πρώτων βοηθειών μπορεί να αποκτηθεί από τον οποιοδήποτε, με απλή διαδικασία και πρακτικές ασκήσεις, από εξειδικευμένο ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό.

Ο παρέχων πρώτες βοήθειες πρέπει με τους χειρισμούς του να αποτρέψει τον επικείμενο κίνδυνο απώλειας ζωής του πάσχοντος και να φροντίσει ώστε να αποφευχθεί κάθε επιπλέον βλάβη από πόνο ή από λοίμωξη μέχρι το άτομο να μεταφερθεί ή να υποβληθεί σε ιατρική θεραπεία. Την ευθύνη για την περαιτέρω εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του τη φέρει το εξειδικευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό.

Με αυτές τις προϋποθέσεις καθίστανται απολύτως σαφή τα όρια τα οποία ορίζουν το πεδίο ενέργειας του παρέχοντα πρώτες βοήθειες. Κάθε υπέρβαση πέρα από τα όρια αυτά καθιστά τον παρέχοντα πρώτες βοήθειες επιβλαβή, και πιθανά αντί να προκαλέσει καλό προκαλεί βλάβες στον πάσχοντα.

Ορισμός και σκοπός Πρώτων Βοηθειών :

Οι Πρώτες Βοήθειες είναι η φροντίδα η οποία παρέχεται από ένα ενδιαφερόμενο πρόσωπο τόσο γρήγορα όσο είναι δυνατό μετά από ένα ατύχημα ή ασθένεια. Είναι η άμεση φροντίδα και προσοχή η οποία μερικές φορές σημαίνει τη διαφορά μεταξύ ζωής και θανάτου ή μεταξύ μιας πλήρους ή μερικής αποκατάστασης. Οι Πρώτες Βοήθειες αρχικά

δεν παρέχονται από εξειδικευμένο προσωπικό όπως ο ιατρός, αλλά από κάποιο ανειδίκευτο άτομο (Πυροσβεστική, Αστυνομία, απλό πολίτη).

Ενώ για τον απλό πολίτη ο όρος << Πρώτες Βοήθειες >> παραπέμπει συνήθως στην άμεση αντιμετώπιση μικροπροβλημάτων υγείας τα οποία παρουσιάζονται στις καθημερινές δραστηριότητες, είναι προφανές ότι το σκεπτικό αυτό παραβλέπει την ουσία του όρου.

Ο όρος <<Πρώτες Βοήθειες>> αποτελεί την αποδεκτή μέθοδο επείγουσας αντιμετώπισης των αιφνιδίως πασχόντων ατόμων, η οποία εφαρμόζεται με τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων εκείνη τη στιγμή μέσων και υλικών. Αφορά την άμεση αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων όπου η άμεση επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια από απλές κινήσεις. Εξαρτάται από αυτές πολλές φορές αν ο τραυματίας ή ο πάσχων από οξεία νόσο θα επιζήσει ή θα πεθάνει. (το είδος των πρώτων βοηθειών)

Αν και προϋποθέτει απλή εκπαίδευση, για την αποτελεσματική πρώτη εκπαίδευση πρέπει να είναι και καλή η εκπαίδευση γιατί μια αιφνίδια, άμεση ανάγκη για πρώτη βοήθεια δεν αφήνει περιθώρια χρόνου να σκεφτεί κανείς ποιο θα πρέπει να είναι το είδος της πρώτης βοήθειας που θα παρασχεθεί.

Σκοπός των Πρώτων Βοηθειών είναι :

- Να διατηρήσουμε στη ζωή τον πάσχοντα
- Να εμποδίσουμε ή να απομακρύνουμε καταστάσεις οι οποίες απειλούν τη ζωή του (ανακοπή αναπνοής, ξένο σώμα, μαλάξις)
- Να σταματήσουμε αιμορραγίες
- Να προφυλάξουμε τον πάσχοντα από πόνους, υπέρ- υπό- θερμία
- Να προετοιμάσουμε την ασφαλή και γρήγορη μεταφορά σε νοσοκομείο

Να φροντίσουμε συγχρόνως και για τη δική μας (και όχι μόνο) ασφάλεια π.χ. σε ένα τροχαίο ατύχημα.

Προτεραιότητες είναι να γίνουν τα ακόλουθα :

1. Κατάκλιση του τραυματία, προστασία του από υπερθέρμανση ή υποθερμία και σταθεροποίηση των ζωτικών του σημείων.
2. Να παραμείνουν ελεύθερες ή να απελευθερωθούν οι αναπνευστικές οδοί.
3. Σε περίπτωση αναπνευστικής ανακοπής ή ανεπαρκούς αναπνοής δίνουμε τεχνητή αναπνοή.

4. Επί κυκλοφορικής ανακοπής, κάνουμε εξωτερική μάλαξη της καρδιάς συνδυαζόμενοι με τεχνητή αναπνοή.
5. Αιμόσταση και καταπολέμηση ενός σοκ ιδίως αιμορραγικού. Η επικίνδυνη για τη ζωή αιμορραγία παίρνει προτεραιότητα από την τεχνητή αναπνοή και τη μάλαξη της καρδιάς. Είναι παράλογο όμως να αναβάλλομε την ανάνηψη λόγω μίας μικρής αιμορραγίας.
6. Μεταφορά του ασθενούς μετά από σταθεροποίηση ζωτικών σημείων ή με εφαρμογή ΚΑΡΠΑ.

Υποχρεωτική παροχή βοήθειας

Στην Ευρωπαϊκή νομοθεσία υπάρχουν άρθρα όπως το παρακάτω αναφερόμενο, τα οποία καθιστούν υποχρεωτική την παροχή πρώτων βοηθειών στους χρήζοντες της.

<<Οποιος σε περίπτωση ατυχήματος ή κοινού κινδύνου ή εκτάκτου ανάγκης δεν παρέχει βοήθεια, αν και τούτο είναι αναγκαίο και, ανάλογα με την περίπτωση, του ζητηθεί, ιδιαιτέρως όταν η παροχή βοήθειας είναι δυνατή χωρίς μεγάλο ατομικό κίνδυνο ή χωρίς βλάβη άλλων σημαντικών καθηκόντων, αυτός τιμωρείται με φυλάκιση ενός έτους ή με πρόστιμο.>>

Ωστόσο, η αναφορά στο θεσμό παροχής πρώτων βοηθειών δε θα πρέπει να αναφέρεται ως κάτι το υποχρεωτικό αλλά κυρίως ως δείγμα ποιότητας πολιτισμού.

Γενικές οδηγίες για τις πρώτες βοήθειες :

Πρώτες βοήθειες όπως προαναφέραμε, στις περισσότερες των περιπτώσεων παρέχονται από κάποιο ανειδίκευτο άτομο το οποίο τυχαίνει να βρίσκεται κοντά στο χώρο του ατυχήματος. Οι αποτελεσματικές πρώτες βοήθειες προϋποθέτουν καλή εκπαίδευση. Όλα τα άτομα επιφορτισμένα με την παροχή Πρώτων Βοηθειών, θα πρέπει σαφώς να γνωρίζουν τις ικανότητες τους αλλά και τα όρια των δυνατοτήτων τους , για να αποφευχθούν λανθασμένες αποφάσεις και ως εκ τούτου και λανθασμένες ενέργειες.

Συχνά υπάρχουν σε ένα τραυματία περισσότερες από μια κακώσεις. Τότε πρέπει να αναγνωρίσει κανείς και να αποφασίσει πια κάκωση χρειάζεται να αντιμετωπίσει πρώτη. Είναι εσφαλμένο να χάσει κανείς πολύτιμο χρόνο προσπαθώντας να καταστείλει μια μικρή

αιμορραγία, όταν υπάρχει απόφραξη των αναπνευστικών οδών και ο τραυματίας ή ο ασθενής, κινδυνεύει να πεθάνει από πνιγμονή.

Είναι πολύ προτιμότερο να περιορίζεται κανείς σε απλά ευκόλως ενεργούμενα μέσα αντιμετώπισης και να αποφεύγει μέτρα τα οποία είναι προορισμένα για το εξειδικευμένο προσωπικό.

Εδώ πρέπει να έχει κανείς υπόψη του :

1. Να φροντίσει να ειδοποιηθεί το ΕΚΑΒ.
2. Να ενεργήσει γρήγορα, αλλά όχι υπό το κράτος βίας κι άγχους.
3. Να καθησυχάσει τον τραυματία ή ασθενή.
4. Να λάβει ακριβή γνώση για το πώς έγινε το ατύχημα, πράγμα το οποίο θα διευκολύνει πολύ την αντιμετώπιση των βλαβών και την πρόληψη τους. Εάν οι περιστάσεις υποδηλώνουν ότι σκοπίμως ο τραυματίας έχει τραυματισθεί, πρέπει να ειδοποιηθεί και η αστυνομία. Με τις διαπιστώσεις όμως αυτές, δε θα πρέπει καθόλου να χαθεί χρόνος και να καθυστερήσουν οι ενέργειες της παροχής πρώτων βοηθειών.

Επείγουσα ιατρική

Η αντιμετώπιση των απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων κυριαρχείται από το πρόβλημα του ελάχιστου διαθέσιμου χρόνου επέμβασης, που ιδανικά πρέπει να τείνει προς το μηδέν.

Έτσι η πρώτη αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης, τις περισσότερες φορές δε μπορεί να γίνει παρά μόνο από τους παρευρισκόμενους, δεδομένου ότι είναι σχεδόν αδύνατο να υπάρχει πίσω από κάθε πιθανό βαρέως πάσχοντα ένας ειδικός υγειονομικός, ο οποίος θα μπορούσε να την αντιμετωπίσει.

Είναι δεδομένο ότι με οποιαδήποτε εξελιγμένο σύστημα επείγουσας προνοσοκομειακής βοήθειας δε μπορεί να είναι δυνατή η επέμβαση στον τόπο του ατυχήματος πριν από 5 – 7 λεπτά.

Ακραίο αλλά όχι σπάνιο παράδειγμα τέτοιας κατάστασης, η οποία απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, είναι η καρδιακή ανακοπή ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Είναι γνωστό, ότι κατά την καρδιακή ανακοπή, κάθε 1 λεπτό το οποίο περνάει, οι πιθανότητες ανάνηψης ελαττώνονται κατά 5% περίπου. Η εφαρμογή της βασικής καρδιοαναπνευστικής

αναζωογόνησης το ταχύτερο δυνατό, είναι αυτή που θα δώσει μια στοιχειώδη άρδευση /οξυγόνωση των ζωτικών οργάνων του βαρέως πάσχοντος και άρα χρόνο για την εξειδικευμένη βοήθεια.

Ανεξαρτήτως αιτιολογίας, τρεις είναι οι κύριες κατηγορίες βαρέως πασχόντων οι οποίοι απαιτούν άμεση αντιμετώπιση :

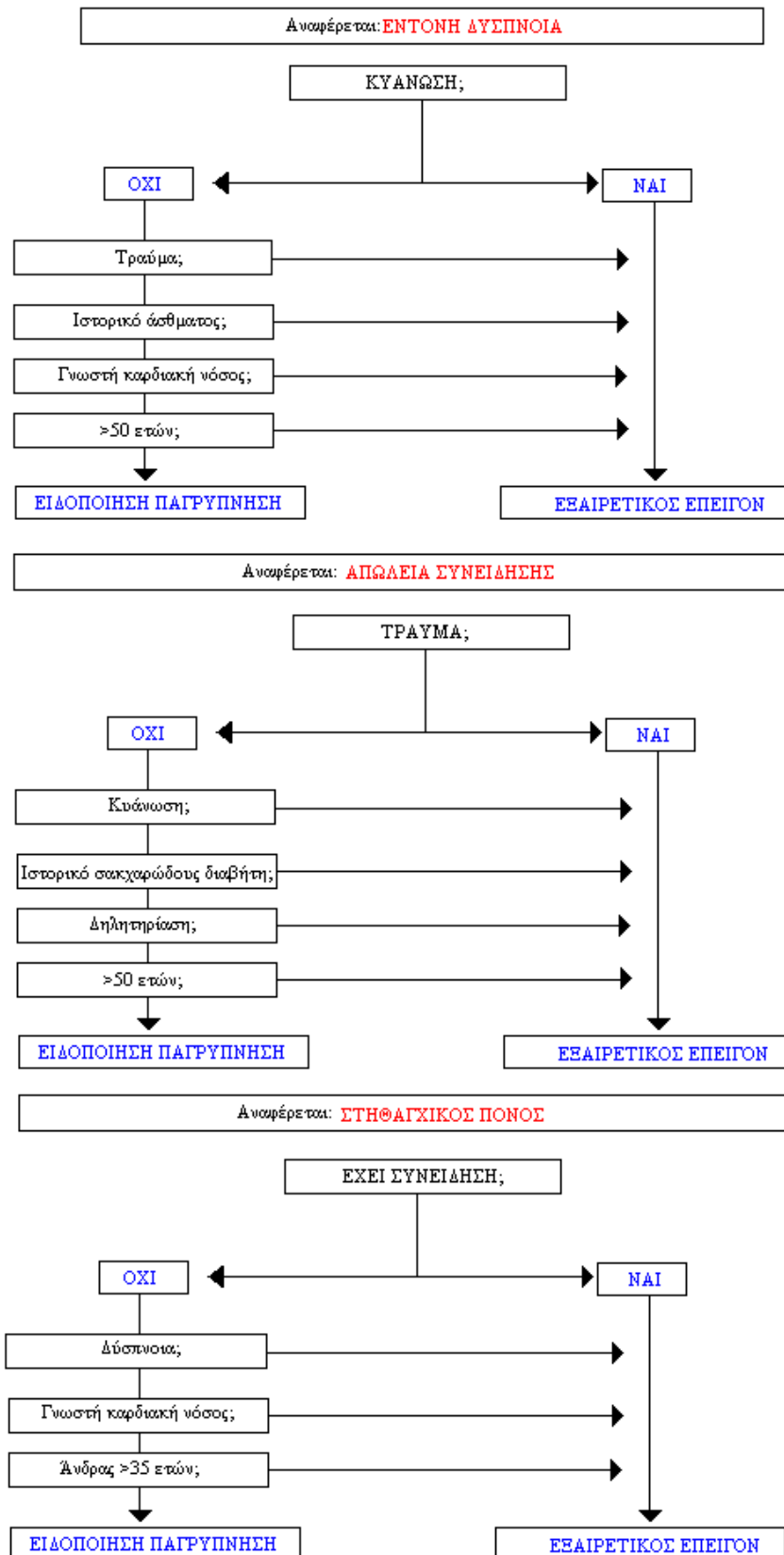
1. Στηθαγχικός πόνος – ανακοπή
2. Διαταραχή συνείδησης (κώμα)
3. Διαταραχή της αναπνοής (άπνοια – δύσπνοια)

Ένας ενδεικτικός αλγόριθμος για τον χαρακτηρισμό της βαρύτητας, ο οποίος χρησιμοποιείται από το Ε.Κ.Α.Β. (Ειδικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας), είναι αυτός ο οποίος παρατίθεται. **Εικόνα 1.**

Το πρώτο βήμα για τον απλό παρευρισκόμενο ή τον μη εκπαιδευμένο υγειονομικό είναι η άμεση κινητοποίηση του συστήματος Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής. Ο παρευρισκόμενος οφείλει επίσης, αμέσως μετά την κινητοποίηση του συστήματος, να προσπαθήσει να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες, αφού βεβαίως φροντίσει για την ασφάλειά του, καθώς και αυτήν του πάσχοντος. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή των πρώτων βοηθειών είναι η προηγηθείσα εκπαίδευση.

Ο αλγόριθμος της βασικής Αναζωογόνησης εμπεριέχει πάντα και την αντιμετώπιση των διαταραχών συνείδησης και αναπνοής. Η φιλοσοφία του έγκειται στην κατά τον δυνατό απλούστερη και «αυτοματοποιημένη» διαδικασία, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Πίνακας: Αλγόριθμος χαρακτηρισμού βαρύτητας



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

- Ικανότητες ατόμων που παρέχουν Πρώτες Βοήθειες
- Τραυματισμοί – οξείες νόσοι. Συμπτώματα και παρεμβάσεις
 - α) αιμορραγία
 - β) ανακοπή της αναπνοής
 - γ) απώλεια της συνείδησης
 - δ) σπασμοί
 - ε) αλλοιώσεις του δέρματος
 - στ) κόρες των οφθαλμών
 - ζ) αιμόπτυση
 - η) εμετοί
- Παροχή Πρώτων Βοηθειών σε ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα
 - α) ανάνηψη στόμα με στόμα
 - β) αιμορραγία
 - γ) καθαρισμός χυμένου αίματος
 - δ) πρόσθετα μέτρα
- Εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών
- Εκτίμηση του σφυγμού, της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής
 - α) σφυγμός
 - β) αρτηριακή πίεση
 - γ) αναπνοή
- Φαρμακείο Πρώτων Βοηθειών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ

Τα άτομα που παρέχουν πρώτες βοήθειες θα πρέπει :

- Σαφώς να γνωρίζουν τις ικανότητές τους
- Αλλά και τα όρια των δυνατοτήτων τους, για ν' αποφευχθούν εσφαλμένες αποφάσεις και εσφαλμένες ενέργειες.
- Να ιεραρχούν – αναγνωρίζουν και να αποφασίζουν ποια κάκωση πρέπει να αντιμετωπιστεί πρώτη χρησιμοποιώντας την κοινή λογική.
- Π.χ. είναι λάθος να χάσει κανείς πολύτιμο χρόνο προσπαθώντας να ειδοποιήσει το ΕΚΑΒ, όταν ο ασθενής, κινδυνεύει να πεθάνει από ασφυξία από ξένο σώμα.
- Να περιορίζονται σε απλά ευκόλως ενεργούμενα μέσα αντιμετώπισης.
- Να αποφεύγουν μέτρα τα οποία είναι προορισμένα για τον ιατρό.
- Να ενεργούν γρήγορα αλλά όχι υπό το κράτος βίας και άγχους.
- Να καθησυχάζουν τον τραυματία ή ασθενή.
- Να φροντίζουν να ειδοποιηθεί και να ενημερωθεί σωστά ιατρός, ΕΚΑΒ.
- Να λάβουν ακριβή γνώση του τρόπου κατά τον οποίο έγινε το συμβάν (χάπια, λιποθύμηση, έγκλημα) χωρίς να χάσει χρόνο ή να καθυστερήσει τις Π.Β.

Τραυματισμοί – Οξείες νόσοι. Συμπτώματα και παρεμβάσεις .

Για να είμαστε σε θέση να παράσχουμε πρώτες βοήθειες, πρέπει να αναγνωρίζουμε και να εκτιμάμε τα σημαντικότερα συμπτώματα επί τραυματισμών και οξέων νοσημάτων.

Αιμορραγία

Η αιμορραγία αποτελεί συχνά ένα ανησυχητικό σύμπτωμα.

Μια αιμορραγία από ανοιχτό τραύμα αναγνωρίζεται πιο εύκολα από μία αιμορραγία μέσα σε κοιλότητα του σώματος, π.χ. στην κοιλιακή ή τη θωρακική κοιλότητα, ή από αιμορραγία του εγκεφάλου.

Συνθλίψεις του θώρακα ή της κοιλιάς δεν προκαλούν συνήθως ανοιχτά τραύματα, πρέπει όμως να θεωρούνται ως βαριές καταστάσεις, διότι μπορούν να επιφέρουν το θάνατο λόγω σοκ από μεγάλη απώλεια αίματος μέσα στη θωρακική κοιλότητα – π.χ. από κάταγμα των πλευρών – και στην κοιλιακή κοιλότητα – π.χ. από ρήξεις του ήπατος ή του σπλήνα.

Οι αιμορραγίες μέσα στα μαλακά μόρια επί καταγμάτων των οστών υποτιμώνται κατά κανόνα, είναι δυνατόν όμως να προκαλούν απώλεια πολλών λίτρων αίματος.

Η αντιμετώπιση η οποία πρέπει να γίνει αμέσως συνίσταται στην εφαρμογή μεγάλης πίεσης με τα χέρια ή με τη βοήθεια μιας μεγάλης γάζας στο σημείο στο οποίο εντοπίζεται η αιμορραγία.

Τα παραπάνω, μπορούν να πραγματοποιηθούν, μετά από απλή και μικρής διάρκειας (3–7 ώρες) εκπαίδευση αλλά και εκπαίδευση των εμπλεκόμενων οργάνων σε τακτά χρονικά διαστήματα (6 – 12 μήνες).

Η μετακίνηση του τραυματία, εφ' όσον επιβάλλεται για την ασφάλεια του, πρέπει να γίνεται με τη μεγαλύτερη δυνατή προσοχή, για την αποφυγή περαιτέρω κακώσεων.

Ανακοπή της αναπνοής

Η ανακοπή της αναπνοής, χωρίς την παροχή αμέσου βοήθειας, επιφέρει το θάνατο.

Σε πολλά νοσήματα ή τραυματισμούς που επέρχεται ανακοπή της αναπνοής, η καρδιά αρχικώς εξακολουθεί να λειτουργεί. Η ζωή τότε μπορεί να διασωθεί εάν διενεργηθεί αμέσως απελευθέρωση των αναπνευστικών οδών και εφαρμοστεί τεχνητή αναπνοή.

Πολλές αιτίες μπορούν να προκαλέσουν ανακοπή της αναπνοής, όπως βαρύ σοκ, απόφραξη των αναπνευστικών οδών από ξένα σώματα ή πτώση προς τα πίσω της γλώσσας και της κάτω γνάθου σε απώλεια της συνείδησης.

Αντιθέτως, σε σωματική εξάντληση, σοκ, νόσους της καρδιάς και μερική απόφραξη των αναπνευστικών οδών επιταχύνεται η αναπνοή. Παθολογικοί αναπνευστικοί ήχοι, όπως ήχος συριγμού ή ρόγχου είναι ενδεικτικοί μερικής απόφραξης των αναπνευστικών οδών.

Σε ακανόνιστη αναπνοή, πρέπει να κατευθυνθεί η σκέψη μας προς κακώσεις του εγκεφάλου καθώς επίσης και προς αποπληξία.

Απώλεια της συνείδησης

Η απώλεια της συνείδησης είναι βαριά επιπλοκή.

Αυτή επέρχεται από πάρα πολλές αιτίες όπως π.χ. σε κακώσεις της κεφαλής στις οποίες συμμετέχει και ο εγκέφαλος (κρανιοεγκεφαλική κάκωση), σε αποπληξία, σε ηπατικό κώμα και σε διαβητικό κώμα. Απώλεια της συνείδησης μπορεί να παρατηρηθεί και σε υπογλυκαιμικό σοκ και δηλητηριάσεις. Ομοίως απώλεια της συνείδησης επέρχεται σε καρδιοπάθειες, σε έλλειψη οξυγόνου λόγω παράλυσης των αναπνευστικών μυών και τραυματισμού ή απόφραξης των αναπνευστικών οδών. Εδώ καταλήγουν όλες οι επείγουσες καταστάσεις εάν δεν αντιμετωπιστούν.

Σπασμοί

Οι σπασμοί εμφανίζουν συχνά δραματική εικόνα.

Οι σπαστικές προσβολές μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες :

1. Συμπτωματικοί σπασμοί γνωστής αιτιολογίας.

Οι συμπτωματικοί σπασμοί είναι πολύ συχνότεροι από τους ιδιοπαθείς.

Στα παιδιά εμφανίζεται συχνά προσβολή σπασμών αντί για ρίγος.

Επίσης, σε παιδιά και βρέφη, κάθε βαριά γενική νόσος μπορεί να αρχίσει με σπασμούς. Ο κοκκύτης, η μέση ωτίτιδα και η πνευμονία πολύ συχνά επιφέρουν σπασμούς, καθώς και η δηλητηρίαση με ατροπίνη.

Στους ενήλικους, σπασμοί μπορεί να παρατηρηθούν κατά τη διαδρομή ή μετά την αποδρομή βαριών κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, σε ουραιμία (λόγω οξείας ή χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας), σε βαριά υπέρταση, σε τοξιναιμία της κύησης, σε εγκεφαλικούς όγκους, σε θερμοπληξία και, επίσης σε υστερία.

2. Ιδιοπαθείς σπασμοί (επιληψία).

Σε μεγάλη επιληπτική προσβολή (grand mal) επέρχεται απώλεια συνείδησης, σπασμοί, ακράτεια ούρων, δάγκωμα της γλώσσας, κυάνωση και ενδεχομένως παροδική καρδιακή ανακοπή.

Σε μικρή επιληπτική προσβολή (petit mal) η απώλεια της συνείδησης διαρκεί μόνο λίγα λεπτά. Σπασμοί δεν παρουσιάζονται.

Σε επιληπτική κατάσταση – η οποία είναι η πιο βαριά μορφή – εμφανίζονται συνεχείς σπασμοί. Στην επιληπτική κατάσταση μπορεί να επέλθει θάνατος από οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Μια οξεία καρδιακή ανεπάρκεια, επερχόμενη σε επιληπτική κατάσταση, μπορεί να επιφέρει το θάνατο.

Σε υστερική προσβολή, σε αντίθεση προς την επιληψία λείπουν η απώλεια συνείδησης, η ακράτεια ούρων και το δάγκωμα της γλώσσας.

Πρέπει να προφυλάξουμε τον ασθενή από περαιτέρω κακώσεις, τοποθετώντας τον σε κατάλληλη θέση και βάζοντας στο στόμα κατάλληλο πρόθεμα προς αποφυγή δαγκώματος της γλώσσας. Σε καρδιακή ανακοπή κάνουμε ΚΑΡΠΑ .

Αλλοιώσεις του δέρματος

Μεταβολή της χροιάς και της θερμοκρασίας του δέρματος πρέπει να παρατηρηθούν προσεκτικά, καθώς μπορούν να αποτελέσουν ουσιώδη υποδηλωτικά σημεία της κατάστασης του τραυματία ή του οξέως πάσχοντος. Ψυχρό και υγρό δέρμα υποδηλώνει κατάσταση σοκ ή έντονους πόνους. Κυανή χροιά του δέρματος (κυάνωση) παρατηρείται σε καρδιακές νόσους, σε ανεπαρκή αναπνοή και σε μερικές δηλητηριάσεις. Δηλητηριάσεις από φωταέριο μπορούν να επιφέρουν τόσο ερυθρότητα όσο και κυάνωση του δέρματος του προσώπου. Σε δηλητηρίαση από ατροπίνη, το δέρμα γίνεται ξηρό, θερμό και πορφυρό. Επίσης πρέπει να έχουμε υπόψη, ότι υπερβολική σωματική καταπόνηση, πυρετός και χρήση οινοπνευματωδών ποτών μπορούν να επιφέρουν ερυθρότητα του δέρματος.

Κόρες των οφθαλμών

Οι κόρες των οφθαλμών δίνουν ουσιώδεις πληροφορίες. Μετά την επέλευση του θανάτου και οι δύο κόρες είναι διευρυμένες, δεν αντιδρούν στο φως και έχουν χάσει το στρογγυλό σχήμα τους.

Μια μονόπλευρα διευρυμένη κόρη υποδηλώνει εγκεφαλική αιμορραγία ή συμπίεση του εγκεφάλου της ίδιας πλευράς (π.χ. επί κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων).

Αλλοιώσεις των κορών ανευρίσκονται επίσης σε δηλητηριάσεις.

Στενωμένες...κόρες υποδηλώνουν λήψη μορφίνης ή μορφινοειδών φαρμάκων ή κατάχρηση ναρκωτικών (ηρωίνη) καθώς και επί δηλητηριάσεων με γεωργικά φάρμακα (π.χ. E 605).

Διευρυνόμενες κόρες παρατηρούνται σε δηλητηρίαση από ατροπίνη. Συχνότερα πρόκειται για δηλητηριάσεις από υπνωτικά, όπου οι κόρες διευρύνονται όμως μόνο μετά από παράλυση της αναπνοής.

Αιμόπτυση

Αιμόπτυση – το αίμα είναι συνήθως ζοηρά ερυθρό και ελαφρώς αφρώδες – μπορεί να επέλθει σε τραυματισμούς των πνευμόνων, ατυχήματα από κατάδυση (βαροτραύμα), σε φυματίωση των πνευμόνων ή καρκίνο του πνεύμονα και σε διάφορες άλλες προχωρημένες νόσους. Σε τροχαία ατυχήματα, προκαλούνται αιμοπτύσεις από κατάγματα των πλευρών τα οποία προκαλούν τραυματισμούς των πνευμόνων.

Εμετοί

Εμετοί παρατηρούνται σε πολυάριθμες κακώσεις και νόσους. Η πιο συχνή αιτία είναι το σοκ, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (διάσειση του εγκεφάλου, κάταγμα του κρανίου) κυρίως όμως όταν το άτομο είχε φάει ή πει λίγο πριν το ατύχημα.

Επίσης, εμετοί προκαλούνται από χημικά δηλητήρια και δηλητηριάσεις από τρόφιμα, καθώς επίσης σε διάφορους νόσους του γαστρεντερικού σωλήνα. Σε αντίθεση προς την αιμόπτυση, το αίμα το οποίο βγαίνει με εμετό λόγω αιμορραγίας του στομάχου ή από κατάποση αίματος από αιμορραγίες της μύτης, του στόματος και του φάρυγγα έχει σκούρο χρώμα, λόγω δράσης του υδροχλωρικού οξέος του στομάχου.

Παροχή Πρώτων Βοηθειών σε ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα

Οι κυριότεροι λόγοι ανησυχίας κατά την παροχή Πρώτων Βοηθειών σε ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα είναι η ανάνηψη στόμα με στόμα και η αντιμετώπιση των αιμορραγιών, δυο περιπτώσεις όπου μπορεί να συμβεί επαφή με υγρά του σώματος άλλου ατόμου.

Ανάνηψη στόμα με στόμα

Σε ασθενή ο οποίος είναι αναισθητός και χωρίς φυσική αναπνοή (π.χ. εξαιτίας καρδιακής προσβολής, ηλεκτροπληξίας ή κτυπήματος στο κεφάλι), είναι πιθανόν να απαιτηθεί ανάνηψη στόμα με στόμα. Η ανάνηψη πρέπει να αρχίσει αμέσως. Είναι πράξη διάσωσης της ζωής και δεν πρέπει να καθυστερεί εξαιτίας του φόβου προσβολής από τον HIV ή από άλλη λοίμωξη.

Μετάδοση του HIV έχει αναφερθεί ως τώρα από ανάνηψη στόμα με στόμα. Παρότι ο HIV έχει ανιχνευθεί στο σάλιο, η παρουσία του είναι σε εξαιρετικά μικρή ποσότητα και καμιά περίπτωση μετάδοσης του ιού δεν έχει αναφερθεί, κατά την οποία να αποδεικνύεται ότι η μετάδοση έχει συμβεί με το σάλιο.

Αν και δεν έχει τεκμηριωθεί ποτέ, θεωρητικά υπάρχει κίνδυνος δυνητικής μετάδοσης του HIV, αν το άτομο το οποίο χρειάζεται ανάνηψη, αιμορραγεί από το στόμα. Το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών θα μπορούσε, στην περίπτωση αυτή, να χρησιμοποιήσει καθαρό ύφασμα ή μαντήλι, όταν υπάρχει, για να απομακρύνει το αίμα από το στόμα του πάσχοντος. Επιστόμια, ασκοί ανάνηψης ή άλλα αναπνευστικά μηχανήματα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο από άτομα τα οποία έχουν ειδικά εκπαιδευτεί στη χρήση τους. Η χρήση τους από το γενικό προσωπικό Πρώτων Βοηθειών δε συστήνεται, επειδή ο λαθεμένος χειρισμός τους πιθανόν να δημιουργήσει μεγαλύτερες βλάβες και αιμορραγία. Η απουσία τέτοιου εξοπλισμού δε θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί σα λόγος άρνησης της ανάνηψης στόμα με στόμα.

Αιμορραγία

Πολίτες ή πάσχοντες οι οποίοι αιμορραγούν, πρέπει να τυγχάνουν άμεσης περίθαλψης. Το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών δεν πρέπει να διστάσει να τους βοηθήσει, αφού μερικά τραύματα μπορεί να απειλήσουν τη ζωή των αιμορραγούντων (όπως π.χ. αιμορραγούσα αρτηρία).

Όταν είναι εφικτό το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να καθοδηγήσει το άτομο που αιμορραγεί, να πιέσει το ίδιο με δύναμη το τραύμα του χρησιμοποιώντας ένα καθαρό χονδρό ύφασμα. Αν το άτομο είναι αναισθητό ή δε συνεργάζεται ή αν το τραύμα είναι υπερβολικά μεγάλο ή έχει γίνει σε τέτοιο σημείο του σώματος που το άτομο δε το

φθάνει, το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών θα πρέπει να πιέσει στο σημείο του τραύματος με ένα καθαρό ύφασμα ή άλλο υλικό, αποφεύγοντας την απευθείας επαφή με το αίμα. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια, πρέπει να χρησιμοποιούνται. Αν δεν υπάρχουν ένα άλλο υλικό, όπως ύφασμα ή ρούχα, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να εμποδίσει την επαφή του δέρματος με το αίμα. Παρόλα αυτά, αν η αιμορραγία απειλεί πραγματικά τη ζωή του ατόμου, η απουσία γαντιών δεν πρέπει να αποτελέσει λόγο άρνησης παροχής Πρώτων Βοηθειών. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να ληφθεί, για να εμποδιστεί η απευθείας επαφή του αίματος του τραυματία με μη ανέπαφο δέρμα ή με τους βλεννογόνους των ατόμων που χορηγούν τις Πρώτες Βοήθειες. Αν τα χέρια των ατόμων οι οποίοι χορηγούν τις Πρώτες Βοήθειες έλθουν σε επαφή με αίμα, πρέπει να προσέξουν να μη το φέρουν σε επαφή με τα μάτια ή το στόμα τους.

Τα χέρια πρέπει να πλυθούν με σαπούνι και νερό όσο το δυνατό γρηγορότερα μετά την παροχή των Πρώτων Βοηθειών.

Καθαρισμός γυμένου αίματος

Το χυμένο αίμα πρέπει να απορροφηθεί με απορροφητικό υλικό, όπως ύφασμα, ένα κουρέλι, χαρτί τουαλέτας ή πριονίδι, προσέχοντας να αποφευχθεί η απευθείας επαφή με το δέρμα. Το διαποτισμένο με αίμα υλικό πρέπει να απορριφθεί προσεκτικά σε πλαστικό σάκο και να καεί σε αποτεφρωτικό κλίβανο ή να θαφτεί. Η περιοχή η οποία μολύνθηκε με το χυμένο αίμα, πρέπει να πλυθεί με κάποιο απολυμαντικό (κατά προτίμηση υποχλωριώδες νάτριο – λευκαντικό οικιακής χρήσης – διαλυμένο σε νερό σε αναλογία 1:10, ώστε να δώσει 0,1 – 0,5% ελεύθερο χλώριο), για να καθαριστεί το υπόλοιπο αίμα. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια οικιακής χρήσης, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται για τον καθαρισμό του υπόλοιπου αίματος. Αν δεν υπάρχουν, τότε θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μεγάλη ποσότητα χαρτιού τουαλέτας, ώστε να αποφευχθεί η απευθείας επαφή του δέρματος με το μολυσμένο αίμα. Τα χέρια πρέπει να πλένονται πάντα με σαπούνι και νερό μετά τον καθαρισμό του αίματος ή άλλων υγρών του σώματος.

Ρούχα αλλά και υφάσματα τα οποία είναι εμφανώς μολυσμένα με αίμα, δεν πρέπει να πιάνονται με γυμνά χέρια. Αν υπάρχουν διαθέσιμα γάντια οικιακής χρήσης, πρέπει να χρησιμοποιούνται και τα ρούχα και τα υφάσματα πρέπει να μαζεύονται και στη συνέχεια να τοποθετούνται και να μεταφέρονται σε αδιάτρητους σάκους. Τα ρούχα αυτά πρέπει να

πλυθούν με απορρυπαντικό και ζεστό νερό (τουλάχιστον στους 70°C – 160°F), με απορρυπαντικό κατάλληλο για χαμηλή θερμοκρασία πλυσίματος.

Πρόσθετα μέτρα

Το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό όσον αφορά σπασμένα γυαλιά ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα που πιθανόν βρίσκονται στο χώρο του ατυχήματος. Θα πρέπει να βεβαιωθούν ότι κάθε ανοικτή πληγή ή τραύμα που έχουν, είναι καλυμμένα, ώστε να μην εκτεθούν στο αίμα, όταν θα παρέχουν τις Πρώτες Βοήθειες.

Εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών

Η εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών προσφέρει μια ευκαιρία να διαδοθούν ακριβείς πληροφορίες για τη λοίμωξη από τον ιό HIV και το AIDS στο κοινωνικό σύνολο. Άτομα τα οποία εκπαιδεύονται στην παροχή Πρώτων Βοηθειών θα έχουν τη δυνατότητα τα ίδια να μεταδώσουν ακριβείς πληροφορίες στην κοινότητα.

Η εκπαίδευση στην παροχή Πρώτων Βοηθειών στους χώρους εργασίας πρέπει να περιλαμβάνει σαφείς πληροφορίες για τους τρόπους, με τους οποίους μεταδίδεται ο HIV και πως δε μεταδίδεται. Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, αφού οι μύθοι που περιβάλλουν αυτό το θέμα, μπορεί να εμποδίσουν την παροχή Πρώτων Βοηθειών που δυνητικά είναι απαραίτητες για τη διάσωση της ζωής.

Κατά την εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες. Πρέπει να τονίζεται ότι μετά από παρεντερική έκθεση σε αίμα μολυσμένο από τον HIV, ο κίνδυνος μόλυνσης είναι εξαιρετικά χαμηλός, περίπου 1 στις 250 εκθέσεις. Το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να διδαχθεί τις προφυλάξεις οι οποίες είναι αναγκαίες, για να αποφευχθεί επαφή με το αίμα ή τα υγρά του σώματος αφού τέτοιες προφυλάξεις μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο αιματογενούς λοίμωξης.

Γενικά, οι Πρώτες Βοήθειες παρέχονται για να ανακουφίσουν τους πάσχοντες και με πνεύμα συμπάθειας. Αυτό πρέπει να υπογραμμιστεί ιδιαίτερω. Έτσι, το προσωπικό των Πρώτων Βοηθειών πρέπει να παροτρυνθεί να σταθμίσει τον εξαιρετικά αλλά και θεωρητικά μικρό κίνδυνο της λοίμωξης από τον HIV, όταν παρέχει Πρώτες Βοήθειες, με το όφελος που αποκομίζεται από το άτομα που δέχεται τις Πρώτες Βοήθειες.

Ένας αριθμός οργανώσεων σε αρκετές χώρες εκπαιδεύει μεγάλο αριθμό ατόμων στις Πρώτες Βοήθειες, μέσα και έξω από τους χώρους εργασίας. Οι εργοδότες πρέπει να ενθαρρύνουν την αξιοποίηση της πείρας των οργανώσεων σχεδιάζοντας σειρές μαθημάτων Πρώτων Βοηθειών στους χώρους εργασίας.

Εκτίμηση του σφυγμού, της πίεσης του αίματος και της αναπνοής.

Σφυγμός

Πρόκειται για το αίσθημα που δημιουργούν στην ψηλάφηση οι ρυθμικές κινήσεις των τοιχωμάτων των αρτηριών που προκαλούνται από τις συστολές της καρδιάς.

Για να ψηλαφίσουμε το σφυγμό, εφαρμόζουμε δύο τουλάχιστον δάχτυλά μας (το δείκτη και το μέσο) στον καρπό στην πλευρά του μεγάλου δαχτύλου, όπως δείχνει η εικόνα. .

Πρόκειται για μια «κίνηση», που από τη μία δίνει πολύτιμες πληροφορίες, από την άλλη «πλησιάζει» συναισθηματικά φέρνει σε επαφή αυτόν που εξετάζει με αυτόν που εξετάζεται.

Καθώς «αισθανόμαστε» την αρτηρία που ψηλαφούμε, ταυτόχρονα κοιτάμε το ρολόι μας για ένα λεπτό και μετράμε τους σφυγμούς.



Σφυγμό δεν πιάνουμε μόνο στο χέρι (κερκιδικός σφυγμός). Ο σφυγμός ψηλαφάται όπου υπάρχει αρτηρία κοντά στο δέρμα. Μια άλλη γνωστή θέση που ψηλαφάμε σφυγμό είναι στο «λαιμό» (σφυγμός της καρωτίδας) . Σε ένα άτομο που βρίσκεται σε ηρεμία, οι σφυγμοί φυσιολογικά είναι 72 σε ένα λεπτό και έχουν ρυθμό. Υπάρχουν όμως και φυσιολογικές διακυμάνσεις.

Όλες τις παθολογικές τιμές θα τις εκτιμήσει ο γιατρός σας. Σε περίπτωση που ένα άτομο έχει πολύ χαμηλές σφύξεις (κάτω από 40 ανά λεπτό) ή πολύ ψηλές (πάνω από 120 ανά λεπτό) χρειάζεται να εκτιμηθεί επείγοντως από ειδικό.

Έλλειψη σφυγμού και αναπνοής δε θα πρέπει να μας αναστείλουν από του να εφαρμόσουμε προσπάθεια αναζωογόνησης, αν και αυτά μπορεί να αποτελούν ενδείξεις θανάτου. Σε βαρύ σοκ ποικίλης αιτιολογίας μπορεί να λείπει ο κερκιδικός σφυγμός, συνήθως όμως μπορεί ο καρωτιδικός σφυγμός να είναι ασθενώς ψηλαφητός.

Οξείες καρδιακές προσβολές μπορούν να προκαλέσουν διάφορες αλλοιώσεις του σφυγμού: ασφυγμία, βραδυσφυγμία (βραδυκαρδία), ταχυσφυγμία (ταχυκαρδία) και αρρυθμία. Μείωση της καρδιακής συχνότητας παρατηρείται σχετικά σπάνια, σε ορθοστατική πτώση της κυκλοφορίας [π.χ. σε παρατεταμένη ορθοστασία], ή κατά την αύξηση της εγκεφαλικής πίεσης [π.χ. λόγω ενδοκρανιακής αιμορραγίας λόγω βαριάς σύνθλιψης του εγκεφάλου].

Αρτηριακή Πίεση

Η ασκούμενη πίεση του αίματος στα τοιχώματα των αρτηριών κατά την έξοδο του αίματος από την καρδιά. Η πίεση του αίματος μετριέται συνήθως από τη βραχιόνιο αρτηρία, στην έσω πλευρά του βραχίονα ή στην καμπτική επιφάνεια της άρθρωσης του αγκώνα. Κατά τη συστολή της καρδιάς, η πίεση φθάνει στο μεγαλύτερο ύψος της. Κατά τη διαστολή της καρδιάς η πίεση κατέρχεται στη χαμηλότερη της τιμή. Η πίεση του αίματος μετριέται με μανόμετρο και δίνεται σε mmHg (χιλιοστά στήλης υδραργύρου). Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης αποτελεί μια από τις πλέον συνηθισμένες ιατρικές πράξεις. Παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος και της καρδιάς. Τόσο οι ψηλές όσο και οι χαμηλές τιμές είναι κάτι που θα πρέπει να εκτιμηθεί από το γιατρό σας.

Σήμερα οι συσκευές που μετράνε την αρτηριακή πίεση (τα γνωστά πιεσόμετρα, είτε τα κλασσικά είτε τα πλέον σύγχρονα ηλεκτρονικά) βρίσκονται στα περισσότερα σπίτια. Άραγε μετράμε σωστά την πίεση; Ας δούμε κάποιες βασικές αρχές για τη μέτρηση της πίεσης με ένα κλασσικό πιεσόμετρο.



Εικόνα 1. Μέρη πιεσόμετρου

1. Βάζετε το άτομο να καθίσει αναπαυτικά (αναγκαστική εξαίρεση αποτελούν οι επείγουσες περιπτώσεις).
2. Ελευθερώστε το χέρι του από τα ρούχα.
3. Βάζετε την περιχειρίδα γύρω από το βραχίονα και πάνω από τον αγκώνα (όπως δείχνει η εικόνα).
4. Σταθεροποιήστε το μανόμετρο (όπως δείχνει η εικόνα).
5. Ψηλαφίστε το σφυγμό στο χέρι (καρπός).
6. Κλείστε τη βαλβίδα.
7. Φουσκώνετε σιγά - σιγά τον αεροθάλαμο της περιχειρίδος με τη βοήθεια της αντλίας.
Παρακολουθήστε τις τιμές στο μανόμετρο να ανεβαίνουν. Από τη στιγμή κατά την οποία δε θα ψηλαφάτε σφυγμό, ανεβάστε την πίεση τρεις μονάδες ακόμα (π.χ. από 14 στο 17). Εκεί σταματήστε.
8. Τοποθετείτε το ακουστικό στον αγκώνα, εκεί που ψηλαφάτε σφυγμό (όπως δείχνει η εικόνα).
9. Ανοίγετε προσεκτικά τη βαλβίδα.
10. Ο αεροθάλαμος της περιχειρίδος ξεφουσκώνει σιγά – σιγά. Οι τιμές της πίεσης στο μανόμετρο κατεβαίνουν και αυτές. Κάποια στιγμή θα ακούσετε το χαρακτηριστικό ρυθμικό ήχο από τη ροή του αίματος μέσα στην αρτηρία. Το μανόμετρο τότε δείχνει τη συστολική (ή μεγάλη) πίεση. Σύντομα ο ήχος αυτός εξασθενεί απότομα ή χάνεται εντελώς. Το μανόμετρο τότε δείχνει τη διαστολική (ή μικρή) πίεση.

Οι φυσιολογικές τιμές της αρτηριακής πίεσης για τον ενήλικα είναι μέχρι 140 χιλιοστά στήλης υδραργύρου (140 mm Hg) η συστολική και μέχρι 90 χιλιοστά στήλης υδραργύρου (90 mm Hg) η διαστολική, (ή όπως συνηθίζεται να λέγεται, 14 με 9).

Ο πρακτικός κανόνας $100 + \text{τα έτη του ατόμου} = \text{συστολική πίεση}$ δεν ισχύει απολύτως, επιτρέπει όμως ένα μικρό προσανατολισμό. Σε περίπτωση που η διαστολική πίεση είναι πάνω από 100 mmHg πρέπει να στραφεί η σκέψη σε νόσο των νεφρών εκτός από την ιδιοπαθή υπέρταση.

Όταν σε αιμορραγίες η συστολική πίεση κατέβει κάτω από 100 mmHg και ο αριθμός των σφύξεων ανέβει πάνω από 100 το λεπτό, τότε θα πρέπει να εκτιμηθεί ότι υπάρχει απώλεια αίματος περί του 30% της συνολικής ποσότητας του αίματος, στα δε 70 mmHg η απώλεια του αίματος είναι περί το 40% και σε πίεση κάτω των 70 mmHg, η απώλεια του αίματος είναι περί το 50%.

Αναπνοή

Αναπνοή είναι η λειτουργία μεταφοράς Οξυγόνου από τον ατμοσφαιρικό αέρα στους πνεύμονες και από εκεί στο αίμα, και του Διοξειδίου του Άνθρακα αντίθετα, δηλαδή από το αίμα στους πνεύμονες και από εκεί στον ατμοσφαιρικό αέρα.

Η αναπνοή επηρεάζεται από:

- Ηλικία
- Φύλο
- Άσκηση
- Φάρμακα
- Στρες
- Στάση του σώματος
- Αρρώστιες
- Περιβάλλον
- Αλλαγές ατμοσφαιρικής πίεσης

Η φυσιολογική αναπνοή είναι ρυθμική και ήρεμη. Κάθε εισπνοή και εκπνοή ακολουθείται από ένα μικρό χρονικό διάλειμμα. Η φυσιολογική συχνότητα της αναπνοής είναι :

- Στα βρέφη και μικρά παιδιά 32 – 40 αναπνοές το λεπτό.
- Στα παιδιά σχολικής ηλικίας 24 – 28 αναπνοές το λεπτό.
- Σε νεαρά άτομα και ενήλικους 16 – 20 αναπνοές το λεπτό.

✚ Φαρμακείο πρώτων βοηθειών

Το φαρμακείο πρέπει να βρίσκεται σε ειδικό κουτί, το οποίο διαθέτει ειδική σήμανση, και να τοποθετείται μακριά από χώρους με υψηλή θερμοκρασία, υγρασία και έντονες οσμές.



Απαραίτητα φάρμακα για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών

- Αντισηπτικά φάρμακα

- Φυσιολογικός ορός. Χρησιμοποιείται για καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής (εκδορές, πληγές).
- Οινόπνευμα (αιθυλική αλκοόλη). Το οινόπνευμα σε διάλυμα νερού αποτελεί καλό αντισηπτικό. Το ίδιο και το ξυλόπνευμα.
- Οξυζενέ (υπεροξειδίο του υδρογόνου). Χρησιμοποιείται για τον καθαρισμό και την απομάκρυνση ξένων σωμάτων από τις πληγές.
- Ερυθρό βάμμα του ιωδίου (Betadine). Χρησιμοποιείται για την απολύμανση των τραυμάτων.

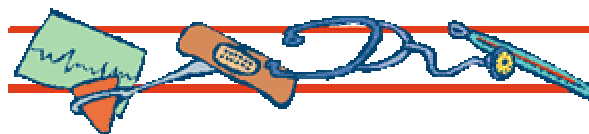
- Αντιβιοτικά φάρμακα

- Αντιβιοτικά φάρμακα σε σκόνη, αλοιφή ή σπρέι Νεομικίνη, κοραμισίνη, σουφλαμιδαμίνες κ.ά.

- Βαμβάκι, γάζες (μεγάλες, μικρές), επίδεσμοι ελαστικοί, απλοί, συγκολλητικές ταινίες (λευκοπλάστ), ψαλίδι, παραπάνες, αυχενικό κολάρο, προστατευτικό δαγκώματος γλώσσας.

➔ Φάρμακα για εγκαύματα

- Βαζελινούχες αντιβιοτικές γάζες (Fucidine), που εναποτίθενται στην πάσχουσα περιοχή χωρίς επικόλληση.
 - Αντιισταμινικά φάρμακα
- Αντιισταμινικά σκευάσματα κατάλληλα σε περίπτωση αλλεργίας από διάφορες αιτίες, όπως δήγματα εντόμων, μεδουσών κ.ά.
- Fenistil
- Αμμωνία (δράση στην περιοχή του δήγματος λόγω μεγάλης πτητικότητας)
- Αντιεμετικά φάρμακα
- Αντιδιαρροϊκά φάρμακα
- Οφθαλμικά κολλύρια
- Αντιοφικοί οροί
- Παυσίπωνα και αναλγητικά φάρμακα και απαραίτητος εξοπλισμός
- Σαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη κ.ά.).
- Παρακεταμόλη (Depon, Ponstan κ.ά.) ή και μείξη των ανωτέρω.
- Ισχυρότερα παυσίπωνα (Lonarid χορηγείται με ιατρική συνταγή).
- Γάντια μιας χρήσεως .
- Σύριγγες
- Ψαλίδι



Είναι απαραίτητο να ελέγχουμε σε τακτά χρονικά διαστήματα την ημερομηνία

λήξης των φαρμάκων και να τα ανανεώνουμε εγκαίρως.

Καλό είναι να μην πετάμε τη συσκευασία τους, στην οποία περιέχονται οι οδηγίες χρήσης που πρέπει να συμβουλευόμαστε, και να τα τοποθετούμε σε εμφανή σημεία, δυσπρόσιτα στα μικρά παιδιά.

Προσοχή: ορισμένα φάρμακα (π.χ., οφθαλμικά κολλύρια κ.ά.), μετά την πρώτη χρήση έχουν περιορισμένη διάρκεια, ημερών ή εβδομάδων. Κάποια είναι ευαίσθητα στις υψηλές θερμοκρασίες, στην υγρασία και στην έκθεση στον ήλιο.

Ένα φαρμακείο περιλαμβάνει φάρμακα που κυριολεκτικά μπορούν να σώσουν μια ανθρώπινη ζωή. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι η αλόγιστη και η άσκοπη χρήση τους μπορεί να αποβεί μοιραία.

Παραπάνω αναγράφεται ο συνήθης εξοπλισμός για τις πρώτες βοήθειες, που συνιστάται για το σπίτι. Το μεγαλύτερο μέρος του αφορά την αντιμετώπιση μικροατυχημάτων. Δεν έχει ουσιαστική συμβολή στην αντιμετώπιση του απειλητικού για τη ζωή προβλήματος, αλλά κυρίως επιδρά ευνοϊκά στην ψυχολογία των απλών ανθρώπων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ
ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

- Γενικές οδηγίες

- α) χαλάρωση των ενδυμάτων πριν μετακινηθεί ο ασθενής
- β) αφαίρεση ενδυμάτων
- γ) ανάσυρση αναισθητού πάσχοντα από όχημα ή από επικίνδυνη ζώνη
- δ) τα κατάγματα των οστών πρέπει να σταθεροποιούνται με νάρθηκα
- ε) τοποθέτηση
- στ) τραυματίες οι οποίοι είναι ξύπνιοι
- ζ) τοποθέτηση του τραυματία στο φορείο
- η) πρόχειρο φορείο
- θ) μεταφορά χωρίς φορείο
- ι) δεν υπάρχει λόγος βιασύνης
- ια) το είδος της μεταφοράς εξαρτάται από τον τραυματισμό

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η σημασία της σωστής τοποθέτησης και της κατάλληλης διακομιδής όταν αυτή είναι αναγκαία να γίνει πρέπει να επισημανθούν. Πρέπει εδώ να τονιστεί άλλη μια φορά ότι η σημαντικότερη δουλειά του προσφέροντας πρώτες βοήθειες είναι η εξασφάλιση ησυχίας και η παρεμπόδιση της συγχυσμένης εφαρμογής λανθασμένων και βεβιασμένων μέτρων βοήθειας. Σε καταστροφές, όπως εκρήξεις, πυρκαγιές και σιδηροδρομικά ατυχήματα, ο προσφέρων πρώτες βοήθειες πρέπει να προσέξει να μην πάθει βλάβες και ο ίδιος.

Γενικές οδηγίες :

1. Χαλάρωση των στενών ενδυμάτων, πριν μετακινηθεί ο ασθενής.

Εκτός αν το πρόσωπο είναι κόκκινο και το σώμα πολύ ζεστό, ο ασθενής πρέπει κατά τη διακομιδή να είναι σκεπασμένος. Συμπλήρωση της επείγουσας λίστας ελέγχου, ώστε αργότερα ο ιατρός να διευκολυνθεί στην αξιολόγηση.

2. Αφαίρεση ενδυμάτων.

Πρέπει να αφαιρούνται μόνο τα απαραίτητα ρούχα. Το ξήλωμα των ρούχων του βαριά τραυματισμένου είναι ασφαλέστερο από το τράβηγμα. Τα ενδύματα τα οποία περισφίγγουν έναν τραυματισμένο και εξοιδημένο άκρο πρέπει να αφαιρούνται. Ζώνες και τιράντες πρέπει να χαλαρώνονται. Σε τραυματισμούς των χεριών πρέπει να αφαιρούνται δακτυλίδια και ρολόγια, πριν το οίδημα κάνει αδύνατη την απομάκρυνση. Τα παπούτσια του τραυματία πρέπει αν είναι δυνατό να ανοίγονται, όχι να βγαίνουν, επειδή κατόπιν συχνά χάνονται. Προσεκτική φύλαξη των πολύτιμων αντικειμένων, καλύτερα με μάρτυρες, επειδή αργότερα η απώλεια ρολογιών, κοσμημάτων ή χρημάτων προκαλεί συχνά δυσάρεστες αντιπαραθέσεις.

3. Ανάσυρση αναίσθητου από όχημα ή από επικίνδυνη ζώνη.

Ο Βοηθών στέκεται πίσω από τον τραυματία με ανοιχτά πόδια, κάμπει προς τα εμπρός τον κορμό του τραυματία, τα χέρια του βοηθούτος περνούν κάτω από τις μασχάλες του τραυματία και πιάνουν το ένα άκρο του τραυματία το οποίο είναι λυγισμένο σε ορθή γωνία εμπρός από το στήθος (λαβή Rautek). Κατόπιν ο τραυματίας ανυψώνεται καθώς ο βοηθών υποστηρίζει το βάρος του τραυματία με τα

γόνατα γέρνοντας προς τα πίσω. Με τον τρόπο αυτό, ο τραυματίας μπορεί να απομακρυνθεί από την επικίνδυνη ζώνη.

4. **Τα κατάγματα των οστών πρέπει να σταθεροποιούνται με νάρθηκα** και να διακομίζονται με ιδιαίτερη προσοχή. Σε αναισθητους ασθενείς, τα κατάγματα συχνά δε μπορούν να διαπιστωθούν αμέσως. Εδώ, αν δε δοθεί προσοχή, μπορεί ένα απλό κάταγμα να μετατραπεί σε βαρύ.



Εικόνα 1. Σταθεροποίηση κατάγματος

5. **Τοποθέτηση.**

Οι αναισθητοι ασθενείς τοποθετούνται στο πλάι, οπότε το προς τα κάτω άκρο κάμπτεται, ώστε να εμποδίζει τη στροφή του σώματος προς την κοιλιά. Το πρόσωπο του ασθενούς στρέφεται σε γωνία 45° προς το έδαφος. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να εκρέουν τα εμέσματα. Πρέπει να αφαιρείται και να φυλάσσεται τυχόν υπάρχουσα οδοντοστοιχία .

6. **Τραυματίες οι οποίοι είναι ξύπνιοι**, αλλά υπάρχει κίνδυνος σοκ, πρέπει να τοποθετούνται έτσι ώστε τα πόδια να βρίσκονται ψηλότερα από την κεφαλή. Επίσης, οι τραυματίες αυτοί πρέπει να διατηρούνται ζεστοί με σκεπάσματα. Σε καμιά περίπτωση, όμως, δεν πρέπει να επιχειρείται η θέρμανση του τραυματία.

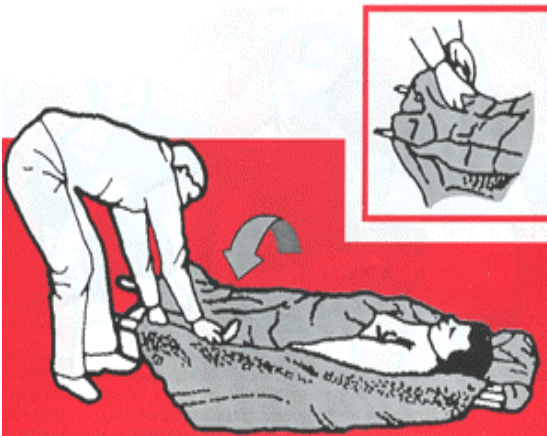
7. **Τοποθέτηση του τραυματία στο φορείο.**

Κατά την τοποθέτηση του τραυματία στο φορείο πρέπει, ιδιαίτερα όταν υποθέτουμε την ύπαρξη τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης ή σπλάχνου, να δίνεται μεγάλη προσοχή, ώστε κατά την ανασήκωση να μη γίνει κάμψη. Σε τραυματισμούς της σπονδυλικής στήλης, η κάμψη μπορεί να τραυματίσει το νωτιαίο μυελό και να προκληθεί παράλυση. Σε τραυματίες δε με εσωτερικό τραυματισμό μπορεί να προκληθούν βαριές αιμορραγίες. Για τη σωστή τοποθέτηση στο φορείο χρειάζονται πάντα τουλάχιστον 3 έως 4 βοηθοί. Αυτοί μπορούν είτε να γονατίσουν ο ένας δίπλα

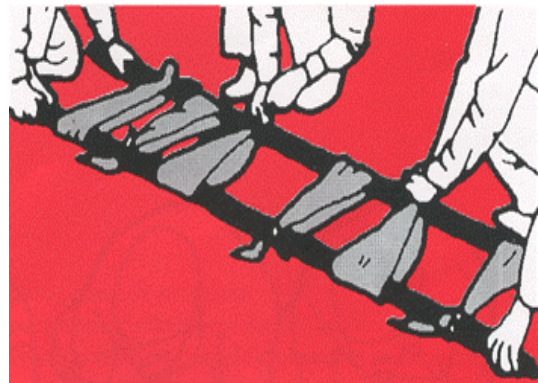
στον άλλο και να ανυψώσουν και να μετακινήσουν τον ασθενή βάζοντας τα χέρια τους από κάτω του. Είτε να τοποθετηθούν ο ένας πίσω από τον άλλο με ανοιχτά τα πόδια πάνω από τον ασθενή και να τον ανυψώσουν από τα ρούχα, ενώ ένας άλλος βοηθός σύρει το φορείο από κάτω. Σε κάθε ανύψωση τραυματία πρέπει να προσέχουμε τα χέρια του να είναι σταυρωμένα επάνω στο στήθος και να μην πέφτουν προς τα κάτω.

8. Πρόχειρο φορείο.

Όταν δεν υπάρχει φορείο, μπορεί κανείς να φτιάξει εύκολα πρόχειρο φορείο από δύο κοντάρια και ένα κάλυμμα *εικόνα 1*. Σε έκτακτη περίπτωση, μπορεί να φτιάξει κανείς φορεία από παλτά ή σακάκια ή απλό ύφασμα και δύο κοντάρια *εικόνα 2*. Τα μανίκια του σακακιού αναποδογυρίζονται προς τα μέσα και το σακάκι κουμπώνεται, κατόπιν τα κοντάρια περνιούνται από τα μανίκια. Αν δεν υπάρχουν κοντάρια μπορεί κανείς να πτυχώσει το σκέπασμα και να κυλήσει επάνω του τον τραυματία. Για τη μεταφορά όμως μέσα σε σκέπασμα χρειάζονται έξι βοηθοί. Αν χρειάζεται να γίνει μεταφορά σε μεγαλύτερες αποστάσεις, είναι ενδεδειγμένο να δεθούν τα πόδια στους αστραγάλους με μαντήλι ή κασκόλ, για να εμποδιστεί η πτώση του ενός ποδιού.



Εικόνα 2. Πρόχειρο φορείο από δυο κοντάρια και ένα κάλυμμα.



Εικόνα 3. Πρόχειρο φορείο από απλό ύφασμα και δυο κοντάρια.

9. *Μεταφορά χωρίς φορείο.*

Αν δεν είναι δυνατό να κατασκευαστεί φορείο, οι αναίσθητοι ασθενείς μπορούν να μεταφερθούν από αρκετούς βοηθούς προσεκτικά αφού ανασηκωθούν με τον τρόπο κατά τον οποίο ανασηκώνονται για να τοποθετηθούν σε φορείο, κατόπιν όμως πιέζονται στο στήθος των βοηθών και έτσι μεταφέρονται σε μικρή απόσταση. Εδώ, πρέπει να προσέξει κανείς να μην καμφθεί η σπονδυλική στήλη, και ο αυχένας και η κεφαλή του τραυματία να υποστηρίζονται από ένα βοηθό. Κατά το είδος αυτό της μεταφοράς, τα πόδια και τα χέρια είναι σκόπιμο να δένονται μεταξύ τους με μαντίλι ή γραβάτα.

Θα αναφερθούν οι δυνατότητες μεταφοράς τραυματία από ένα μόνο βοηθό. Αναφέρθηκε ήδη η χειρολαβή Rautek για τη γρήγορη απομάκρυνση από τη ζώνη κινδύνου. Ένας αναίσθητος μπορεί να μεταφερθεί είτε επάνω στον ώμο, οπότε φορτώνει κανείς τον τραυματία στον ώμο έτσι ώστε τα κάτω άκρα κρέμονται προς τα εμπρός και η κεφαλή προς τα πίσω. Το ένα χέρι του τραυματία ο βοηθός το τραβάει πάνω από τον άλλο ώμο. Είναι αυτονόητο ότι ασθενείς με πιθανό τραυματισμό της ράχης δεν πρέπει να μεταφέρονται με τον τρόπο αυτό. Μπορεί κανείς να μεταφέρει έναν τραυματία τραβώντας τα χέρια του τραυματία πάνω από τους ώμους, και σταυρώνοντάς τα εμπρός από το στήθος. Ο βοηθός κλείνοντας το σώμα του προς τα εμπρός μπορεί να σηκώσει τον τραυματία από το έδαφος. Ένας τραυματίας ο οποίος διατηρεί τις αισθήσεις του μπορεί να μεταφερθεί στα χέρια, οπότε ο τραυματίας αγκαλιάζει τον αυχένα του βοηθού. Τα παιδιά είναι εύκολο να μεταφερθούν με τον τρόπο αυτό. Σε πολύ βαριά τραυματισμένους, ο τρόπος αυτός της μεταφοράς απαγορεύεται από μόνος του. Τραυματίες οι οποίοι μπορούν ακόμη να περπατούν και είναι λίγο μόνο ζαλισμένοι μεταφέρονται περνώντας το χέρι του τραυματία γύρω από τον αυχένα και κρατώντας το με το ένα χέρι, ενώ το άλλο χέρι αγκαλιάζει τον τραυματία από πίσω, περνώντας κάτω από τη μασχάλη. Έτσι προλαβαίνουμε να μην πέσει ο τραυματίας στο έδαφος, αν χάσει ξαφνικά τις αισθήσεις του. Μπορεί κανείς σε οποιαδήποτε στιγμή να τον εναποθέσει αργά και ελεγχόμενα.

Αν υπάρχουν δύο βοηθοί, μπορούν να μεταφέρουν τον τραυματία έτσι ώστε ο ένας περνά τα χέρια του από πίσω κάτω από τις μασχάλες και τα ενώνει εμπρός από

το στήθος του τραυματία. Η κεφαλή του τραυματία ακουμπά στον ώμο του βοηθού. Ο άλλος βοηθός κρατάει τα κάτω άκρα του τραυματία. Αν ο τραυματίας δεν είναι βαριά και διατηρεί τις αισθήσεις του, οι δύο βοηθοί μπορούν να φτιάξουν ένα κάθισμα για τον τραυματία στεκόμενοι ο ένας απέναντι στον άλλο και βάζοντας το ένα χέρι στον ώμο του άλλου και κρατώντας τα άλλα χέρια από τους καρπούς. Στη θέση αυτή όμως κουράζονται γρήγορα τα χέρια των βοηθών και είναι δυνατή η μεταφορά μόνο σε μικρές αποστάσεις. Καλύτερα γίνονται αυτά αν έχουν ένα στεφάνι μεταφοράς και να πιάνουν αυτό αντί για τον πήχη του άλλου βοηθού. Αν υπάρχει κοντά κάποιο σπίτι, βάζουμε απλώς τον ασθενή επάνω σε καρέκλα. Ο ένας βοηθός πιάνει την πλάτη της καρέκλας και ο άλλος τα εμπρός πόδια, κάτω από το κάθισμα. Ένας τραυματίας ο οποίος διατηρεί τις αισθήσεις του μπορεί να μεταφερθεί με τον τρόπο αυτό σε μεγαλύτερη απόσταση χωρίς μεγάλο κόπο.

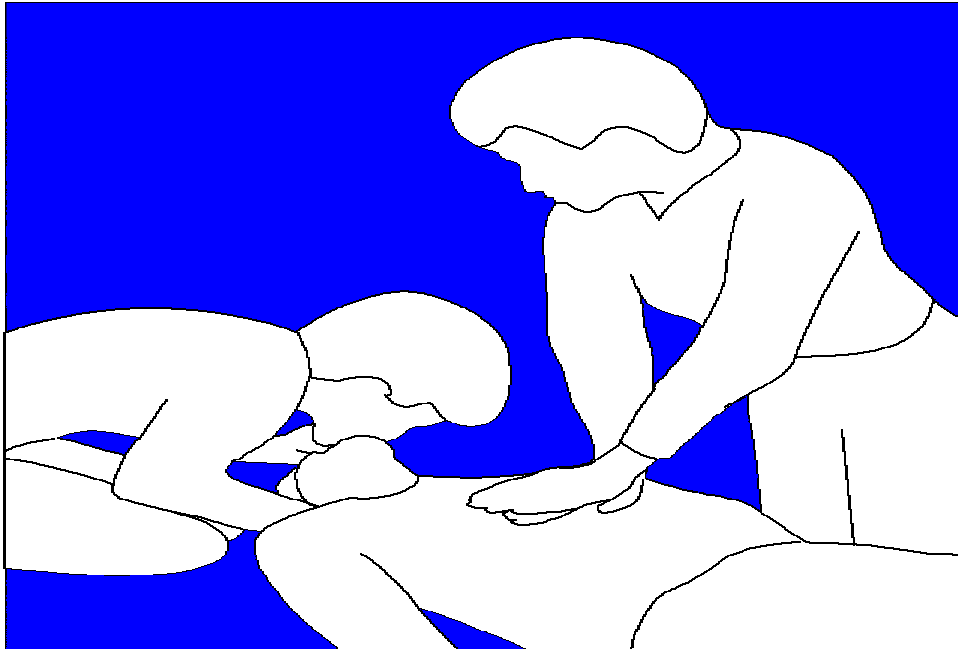
10. *Δεν υπάρχει λόγος υπερβολικής βιασύνης* όταν έχουν παρασχεθεί κατάλληλες πρώτες βοήθειες. Είναι καλύτερο να περιμένουμε το ασθενοφόρο, παρά να στριμώξουμε έναν ασθενή μέσα σε επιβατικό αυτοκίνητο. Πάρα πολλοί τραυματισμοί επιδεινώνονται, επειδή δεν περίμεναν το κατάλληλο μεταφορικό μέσο.

11. *Το είδος της μεταφοράς εξαρτάται από τον τραυματισμό*, καθώς και από την αναγκαιότητα για βιασύνη (κίνδυνος εκρήξεων κ.α.) και από τα υπάρχοντα μέσα μεταφοράς (π.χ. ελικόπτερο).

12. *Είναι ανόητο και λανθασμένο το ασθενοφόρο να μεταφέρει με μεγάλη ταχύτητα και αναβοσβήνοντας το μπλε φως ένα βαριά τραυματισμένο* στο κοντινότερο νοσοκομείο. Τα τραντάγματα που προκαλεί αυτός ο τρόπος μεταφοράς έχουν προκαλέσει συχνά τη θανατηφόρο εσωτερική αιμορραγία την οποία θέλαμε να προλάβουμε, χωρίς να υπολογίσουμε τον κίνδυνο νέου δυστυχήματος!

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

- Ορισμός Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης
- Σκοπός και εφαρμογή
- Κίνδυνοι από την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση
- Στάδια της Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης
- Βήματα Καρδιοαναπνευστικής Αναζωογόνησης



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ (ΚΑΡΠΑ)

Η σύγχρονη ΚΑΡΠΑ δηλαδή η ΚΑΡΠΑ με τη μορφή που τη γνωρίζουμε σήμερα , αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '50 και αρχές του '60. Οι Drs. James Elam και Peter Safar περιέγραψαν την αποτελεσματικότητα του αερισμού στόμα με στόμα. Μολονότι η αναπνευστική αναζωογόνηση με αερισμό στόμα-στόμα αναφέρεται στην Παλαιά Διαθήκη και εμπειρικά εφαρμοζόταν από τις μαίες στο Μεσαίωνα στα νεογνά με αναπνευστική παύση, η γενίκευση της μεθόδου έγινε στα μέσα του 1950. Νωρίς στην δεκαετία του '60 οι Drs. Kouwenhoven, Knickerbocker, και Jude ανακάλυψαν την δυνατότητα των μαλάξεων στον θώρακα να υποκαταστήσουν έστω και προσωρινά την αντλιακή λειτουργία της καρδιάς. Στην πορεία ο συνδυασμός του αερισμού στόμα με στόμα , με τις καρδιακές μαλάξεις έδωσε στην ΚΑΡΠΑ την οριστική γνωστή της μορφή.

Όλοι πρέπει να έχουν γνώση των βασικών στοιχείων της ανάνηψης μια και πολλές καταστάσεις μπορεί να απειλήσουν τη ζωή και παρουσιάζονται στην καθημερινή ζωή και απροσδόκητα .

ΚΑΡΠΑ

Τι ακριβώς είναι η Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση :

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) είναι μια διαδικασία υποστήριξης και διατήρησης της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος σε έναν άνθρωπο που έχει σταματήσει να αναπνέει (αναπνευστική παύση) και/ ή να λειτουργεί η καρδιά του (καρδιακή ανακοπή).



Εικόνα 1. Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

Εφαρμόζονται μέθοδοι ενίσχυσης ή προσωρινή τεχνητής υποκατάστασης των εξασθενημένων ζωτικών λειτουργιών, σε ένα άτομο το οποίο δεν αντιδρά στα εξωτερικά ερεθίσματα το οποίο δεν αναπνέει ή / και που δεν έχει σφυγμό.

Τα βασικά της σκέλη είναι η τεχνητή αναπνοή και η εξωτερική καρδιακή μάλαξη (κυκλοφορική ανάνηψη) τα οποία μαζί αποτελούν την καρδιοπνευμονική ανάνηψη.

Η Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εφαρμόζεται σε όλα τα άτομα κάθε ηλικίας και προσφέρεται οπουδήποτε υπάρχει περιστατικό εκτάκτου ανάγκης είτε στο νοσοκομείο είτε έξω από αυτό.

Μόνο η καταστολή μαζικής αιμορραγίας έχει το προβάδισμα από την καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση.

Που αποσκοπεί και πότε εφαρμόζεται η ΚΑΡΠΑ :

Η καρδιακή και η αναπνευστική ανακοπή μπορεί να προκληθεί από πληθώρα καταστάσεων, όπως: συστηματική αλλεργική αντίδραση, μη αποτελεσματική καρδιακή λειτουργία, ασφυξία, πνιγμός, πνιγμονή, απόφραξη των αεραγωγών οποιασδήποτε αιτιολογίας, φαρμακευτική αντίδραση, υπερδοσολογία φαρμάκων, ηλεκτροπληξία, έκθεση σε υπερβολικό κρύο, βαρύ σοκ ή τραυματισμός.

Όλα τα παραπάνω προκαλούν διακοπή της αναπνοής και της κυκλοφορίας η οποία οδηγεί με τη σειρά της σε διακοπή της μεταφοράς οξυγόνου προς τους ιστούς και της μεταφοράς διοξειδίου του άνθρακα από τους ιστούς. Είναι γνωστό ότι το οξυγόνο είναι απαραίτητο για τη ζωή και πρέπει αδιάκοπα να μεταφέρεται στα όργανα και τους ιστούς για να διατηρούνται λειτουργικά, καθώς και ότι ο εγκέφαλος είναι το πιο ευαίσθητο όργανο στην έλλειψη οξυγόνου. Σε αιφνίδια διακοπή μεταφοράς οξυγόνου στον εγκέφαλο, επέρχεται μέσα σε λίγα δευτερόλεπτα απώλεια συνείδησης.

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος μπορεί να αντέξει στην έλλειψη οξυγόνου μέχρι τέσσερα λεπτά χωρίς να υποστεί εγκεφαλικές βλάβες οι οποίες δε μπορούν να αποκατασταθούν. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα το άτομο στο οποίο δε θα έχουν παρασχεθεί οι πρώτες βοήθειες μπορεί να μείνει φυτό ή και να χάσει τη ζωή του.

Μόνο κάτω από ορισμένες ευνοϊκές συνθήκες, όπως η έντονη ψύξη, π.χ. επί ναυαγών, επί ορειβατών σε χιονοστιβάδες ή επί δηλητηριάσεων με υπνωτικά, μπορεί να είναι μεγαλύτερος ο χρόνος μέσα στον οποίο έχουν εύνοια τα μέτρα ανάνηψης.

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, λοιπόν, εφαρμόζεται με στόχο την αποκατάσταση και τη διατήρηση της αναπνοής και της κυκλοφορίας του αίματος, μέσω της παροχής οξυγόνου και αιματικής ροής στα ζωτικά όργανα του σώματος.

Πρέπει να γίνεται όταν ο πάσχων είναι αναίσθητος και δεν αναπνέει από εκπαιδευμένα άτομα ή επαγγελματίες υγείας, ιδίως από το πιο πεπειραμένο άτομο το οποίο βρίσκεται στο συμβάν.

Η ΚΑΡΡΙΑ δεν πρέπει να γίνεται σε ένα υγιές άτομο καθώς είναι δυνατό να προκληθεί σοβαρός τραυματισμός της πάλλουσας καρδιάς ή και να υποστεί το άτομο καρδιακή ανακοπή.

Ποιοι είναι οι κίνδυνοι της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης :

Οι έντονες μη συντονισμένες πιέσεις του θώρακα μπορεί να προκαλέσουν κατάγματα των πλευρών και τραυματισμό των πνευμόνων.

Μικρό ποσοστό των ατόμων που ανένησαν έπειτα από ένα επεισόδιο καρδιοαναπνευστικής ανακοπής επανέρχονται πλήρως στην προηγούμενη φυσιολογική τους κατάσταση. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν κάποια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας, ιδίως αν η προσπάθεια καρδιοαναπνευστικής ανάνηψης καθυστέρησε να ξεκινήσει.

Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (CPR) εφαρμόζεται κυρίως όταν έχουμε ανακοπή της αναπνοής ή της καρδιάς .

Η Ανακοπή της αναπνοής έχει ως συμπτώματα :

- Καμμία αναπνοή – κίνηση του θωρακικού τοιχώματος
- Κυανή χρώση του δέρματος
- Απώλεια συνείδησης

Με συχνότερα αίτια

1. Μερική ή πλήρη απόφραξη των αναπνευστικών οδών.
 - Από πτώση της γλώσσας προς τα πίσω επί ασθενών με απώλεια της συνείδησης ή με παράλυση.
 - Από ξένα σώματα (π.χ. τεχνητή οδοντοστοιχία, αίμα, εμέσματα κ.λ.π.)
 - Από σπασμό ή οίδημα των φωνητικών χορδών.
 - Από τραυματισμούς των αναπνευστικών οδών.
2. Καταστολή του αναπνευστικού κέντρου.

Η καταστολή του αναπνευστικού κέντρου συνεπάγεται προοδευτική έλλειψη των ηλεκτρικών σημάτων προς τους μύες της αναπνοής με σταδιακό αποτέλεσμα τη μείωση του οξυγόνου και αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Αρχικώς τούτο ενεργεί ως ερέθισμα για το κέντρο της αναπνοής, αργότερα όμως η αναπνοή περιορίζεται και τελικώς επέρχεται παύση της αναπνοής.

 - Από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο / εμβολή.
 - Από βλάβη του αναπνευστικού κέντρου από νοσήματα ή κακώσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.
 - Από υπερβολική δόση υπνωτικών, ηρεμιστικών και ναρκωτικών ουσιών.
3. Καρδιακή ανακοπή.
 - Από κυκλοφορική καταπληξία – shock.
 - Από δηλητηρίαση με χημικές ουσίες π.χ. υδροκυάνιο.
 - Από ηλεκτροπληξία.
 - Από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η Ανακοπή της κυκλοφορίας έχει ως συμπτώματα :

- Αναπνευστική ανακοπή.
- Ασφυγμία.
- Απώλεια συνείδησης.

Και ως αίτια

1. Μειωμένη καρδιακή λειτουργία.

Η ποσότητα του αίματος η οποία εκτοξεύεται σε κάθε καρδιακό παλμό είναι πολύ μικρή. Δεν ψηλαφάτε σφυγμός στις τραχηλικές / κερκιδικές αρτηρίες. Η κατάσταση αυτή παρατηρείται σε βαρύ σοκ λόγω απώλειας αίματος, σε έντονη ψύξη, σε δηλητηρίαση με υπνωτικά αλλά επίσης και σε ορθοστατική καταπληξία (λιποθυμία).

2. Ασυστολία.

Όπου η καρδιά παραμένει τελείως ακίνητη και δεν εκτοξεύει καθόλου αίμα.

3. Κοιλιακή μαρμαρυγή.

Όπου οι επιμέρους μυϊκές ίνες δεν συστέλλονται πλέον ρυθμικά την ίδια χρονική στιγμή, οπότε η καρδιά ως εκ τούτου δεν αντλεί αίμα προς τη σωματική και πνευμονική κυκλοφορία. Τούτο π.χ. συμβαίνει επί ηλεκτροπληξίας, εμφράγματος του μυοκαρδίου και επί πνιγμού σε γλυκό νερό.

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση περιλαμβάνει τρία διαδοχικά στάδια (I, II, III), με συγκεκριμένο στόχο το καθένα.

Στάδιο I

Το πρώτο στάδιο της καρδιοαναπνευστική αναζωογόνησης ονομάζεται Βασική Υποστήριξη των Ζωτικών Λειτουργιών (Basic Life Support =BLS) και έχει στόχο την επείγουσα οξυγόνωση των ζωτικών οργάνων. Αυτή επιτυγχάνεται με εξωτερική υποστήριξη της κυκλοφορίας (με εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις = ΕΚΜ) και της αναπνοής (με διάνοιξη των ανώτερων αεροφόρων οδών και εφαρμογή τεχνητής αναπνοής), μέχρις ότου υπάρξουν ο προϋποθέσεις για οριστική ιατρική βοήθεια.

Η εφαρμογή των ενεργειών αυτών δεν απαιτεί ειδικό προσωπικό ή εξοπλισμό και μπορεί να γίνει οπουδήποτε: στο δρόμο, στο σπίτι, στον τόπο της δουλειάς, στο

νοσοκομείο, από οποιοδήποτε άτομο έχει εκπαιδευθεί γι' αυτόν το σκοπό : πολίτη, ιατρό, νοσηλεύτη.

Στάδιο II

Το δεύτερο στάδιο της ΚΑΡΠΑ απαιτεί ειδικές γνώσεις και εξοπλισμό και γι' αυτό μπορεί να εφαρμοστεί μόνο από ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενδονοσοκομειακά ή εξωνοσοκομειακά με ειδικές κινητές μονάδες. Γι' αυτούς τους λόγους το στάδιο αυτό ονομάζεται Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Καρδιάς και των Ζωτικών Οργάνων (Advanced Cardiac Life Support = ACLS). Σκοπός του είναι η επίτευξη αυτοδύναμης οξυγόνωσης των ιστών , με την αποκατάσταση της καρδιακής λειτουργίας και της καρδιακής παροχής με τη βοήθεια φαρμακευτικής και ηλεκτρικής θεραπείας και ειδικών τεχνικών.

Αντίθετα, δηλαδή, από το στάδιο I, το οποίο έχει ως στόχο την επείγουσα οξυγόνωση, το στάδιο II έχει στόχο την έναρξη της αυτόνομης λειτουργίας της καρδιάς (και της αναπνοής, εάν είναι δυνατόν) και κατ' επέκταση την αυτοδύναμη οξυγόνωση των διαφόρων οργάνων.

Στάδιο III

Το τρίτο στάδιο της ΚΑΡΠΑ εφαρμόζεται μέσα στις μονάδες Εντατικής Θεραπείας και αφορά τα προβλήματα ασθενών οι οποίοι έχουν ήδη τύχει βασικής και εξειδικευμένης ΚΑΡΠΑ. Όλοι οι ασθενείς οι οποίοι υπέστησαν ανακοπή, ανεξάρτητα από το εάν έχουν επανέλθει ή όχι όλες οι ζωτικές τους λειτουργίες, πρέπει να νοσηλευθούν σε μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Σκοπός του σταδίου III είναι η διατήρηση και υποστήριξη (εφόσον χρειάζεται) της κυκλοφορίας, της ανταλλαγής των αερίων, της νευρολογικής και νεφρικής λειτουργίας και ταυτόχρονα η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αιτιών και επιπλοκών της ανακοπής. Γι' αυτούς τους λόγους το τρίτο στάδιο ονομάζεται Υποστήριξη των Ζωτικών Λειτουργιών μετά την Αναζωογόνηση (Post – Resuscitation Life Support).

Η πτυχιακή μας εργασία αναφέρεται στη Βασική Υποστήριξη των Ζωτικών Λειτουργιών η οποία θα αναλυθεί λεπτομερειακά παρακάτω .Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση περιλαμβάνει τα επιμέρους βήματα :

Βήμα Πρώτο = Ασφαλής προσέγγιση

Αρχικά διασφαλίζεται η ασφαλής προσέγγιση του πάσχοντα η οποία περιλαμβάνει :

- Την απομάκρυνση της αιτίας που προκάλεσε τη βλάβη
- Την αναζήτηση βοήθειας από άλλα παρευρισκόμενα άτομα.

Ο γενικός κανόνας που πρέπει πάντοτε να εφαρμόζεται είναι ότι: απομακρύνεται ο κίνδυνος από τον πάσχοντα και μόνο εάν αυτό είναι αδύνατο απομακρύνεται ο πάσχων από τον κίνδυνο.

Βήμα Δεύτερο = Έλεγχος ζωτικών λειτουργιών - Κανόνας **1ABC**.

Ο έλεγχος των ζωτικών λειτουργιών του πάσχοντα είναι πρωταρχικής σημασίας και επιτυγχάνεται με την εφαρμογή του Κανόνα **1ABC**, με τον οποίο περιγράφονται τα ακόλουθα :

1. Το Επίπεδο Της Συνείδησης. Η ελαφρά ενόχληση του πάσχοντα και η ερώτηση " εάν αισθάνεται καλά" διευκρινίζει το επίπεδο της συνείδησής του. Εάν το άτομο έχει τις αισθήσεις του τότε εφαρμόζεται ο Κανόνας **2DEF**.

A = Αεροφόροι οδοί (AIRWAY) Ελέγχονται και διατηρούνται βατές οι αεροφόροι οδοί του πάσχοντα.

B = Η Αναπνοή (BREATHING) Ελέγχεται η αναπνοή του πάσχοντα και εφαρμόζεται ανάλογα η τεχνητή αναπνοή.

C = Η κυκλοφορία (CIRCULATION) Ελέγχεται ο αρτηριακός σφυγμός, εφαρμόζονται ανάλογα οι εξωτερικές μαλάξεις της καρδιάς και λαμβάνονται μέτρα για να σταματήσει η μεγάλη εξωτερική αιμορραγία.

Βήμα Τρίτο = Εκτίμηση και βελτίωση της κατάστασης - Κανόνας **2DEF**.

Μετά τη διασφάλιση της ζωής του πάσχοντα ακολουθεί η εκτίμηση της γενικής και τοπικής κατάστασής του, με την εφαρμογή του Κανόνα **2DEF**.

2 = Η Κλήση Για Βοήθεια στο σημείο αυτό αναζητείται και καλείται αμέσως η πλησιέστερη υπηρεσία σωμάτων ασφαλείας και ιατρικής βοήθειας, συνήθως με τηλεφώνημα στο νούμερο 166 (EKAB), στο 100 (Αστυνομία), ή στο 199 (Πυροσβεστική).

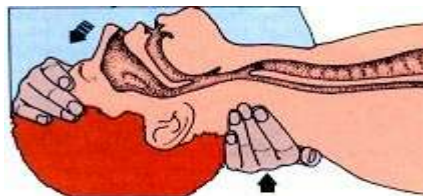
D = Η Διάγνωση (DIAGNOSIS) Καταβάλλεται προσπάθεια για πληρέστερη διάγνωση της κατάστασης του πάσχοντα, λαμβάνοντας υπόψιν το ιστορικό, τα συμπτώματα, τα σημεία και την ανταπόκρισή του στις διαγνωστικές δοκιμασίες.

E = Οι Επείγουσες Θεραπευτικές Μέθοδοι (EMERGENCY) Παρεμποδίζεται η επιδείνωση της κατάστασης του πάσχοντα με την αντιμετώπιση της οξείας κυκλοφορικής ανεπάρκειας (Shock) και των τραυμάτων και την ακινητοποίηση των καταγμάτων του.

F = Η Διακομιδή (FERRY TREATMENT) Επιλέγεται η καλύτερη, ασφαλής και ταχύτερη διακομιδή του πάσχοντα στην πλησιέστερη νοσηλευτική μονάδα για να τεθεί κάτω από εντατική ιατρική φροντίδα.

AIRWAY ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ – ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ

Η καλύτερη, ταχύτερη και απλούστερη μέθοδος διατήρησης των αναπνευστικών οδών ανοιχτών είναι η ελαφρά υπερέκταση της κεφαλής. Σε πολλές περιπτώσεις ειδικά αν ο ασθενής διατηρεί αυτόματη αναπνοή οι αποφραγμένες αναπνευστικές οδοί απελευθερώνονται ή διατηρούνται ελεύθερες με την υπερέκταση αυτή.



Επίσης η χειρολαβή Esmarch-Heiberg απελευθερώνει τις αναπνευστικές οδούς.

Η διαδικασία εφαρμόζεται με τη διατήρηση της κάτω γνάθου προς τα εμπρός με ισχυρή

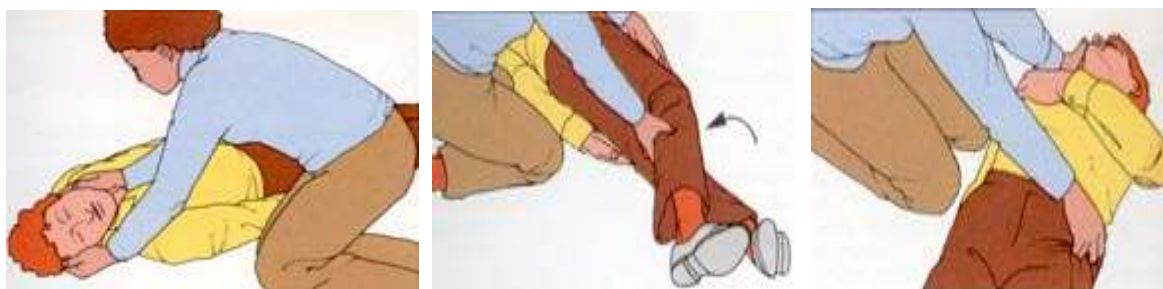
Εικόνα 2. Χειρολαβή απελευθέρωσης του αεραγωγού

έλξη αναλαμβάνουν τα τέσσερα δάκτυλα και των δύο χεριών, τα οποία συλλαμβάνουν τις γωνίες των κάτω γνάθων, οι δε αντίχειρες σε ελαφρά απαγωγή έρχονται στις παρειές στο ύψος της γωνίας του στόματος.

Αν ο τραυματίας αναπνέει αυτομάτως, πρέπει να στρέφεται από την ύπτια θέση σε σταθερή πλάγια. Σε κατάσταση βαριάς απώλειας της συνείδησης, οι πολύ σημαντικοί προστατευτικοί μηχανισμοί, όπως τα αντανακλαστικά του βήχα, του φταρνίσματος και της πνιγμονής, έχουν καταργηθεί. Το μυϊκό σύστημα είναι χαλαρωμένο. Έτσι μπορεί να εισχωρήσουν στην τραχεία σάλιο, βλέννη, αίμα και εμέσματα και να προκαλέσουν το θάνατο από ασφυξία μέσα σε μερικά λεπτά. Με τη «σταθερή πλάγια θέση» αυτό μπορεί να προληφθεί.

Το 15% περίπου των θανάτων από οδικά ατυχήματα δεν οφείλονται στα τραύματα, αλλά στην είσοδο αίματος ή εμεσμάτων στις αναπνευστικές οδούς και τους πνεύμονες (εισρόφηση). Η αντιμετώπιση γίνεται με τοποθέτηση του αναίσθητου τραυματία στο πλάι.

Ο αναίσθητος τραυματίας ανασηκώνεται κάπως στο ύψος του ισχίου και το αντίστοιχο χέρι του εισάγεται κάτω από το γλουτό του. Κάμπτεται το αντίστοιχο κάτω άκρο και το άκρο πόδι φτάνει κοντά στο γλουτό. Πιάνοντας τον ώμο και το ισχίο της άλλης πλευράς στρέφουμε προσεκτικά τον ασθενή προς το μέρος μας και τον υποστηρίζουμε, ώστε να μη στραφεί με την κοιλιά προς τα κάτω.



Εικόνα 3. Βήματα της θέσης ανάνηψης

Τραβάμε το χέρι το οποίο βρίσκεται τώρα κάτω από τον ασθενή κάπως προς τα πίσω και τον κάμπουμε στον αγκώνα. Υπερεκτείνουμε την κεφαλή του αναίσθητου στον αυχένα και στρέφουμε το πρόσωπο κάπως προς το έδαφος.



Εικόνα 4. Συνέχεια των βημάτων για την τοποθέτηση του ασθενούς σε θέση ανάνηψης

Το χέρι του προς τα πάνω άνω άκρου ωθείτε κάτω από την παρειά με την παλάμη επάνω στο έδαφος.



Εικόνα 5. Τελική θέση ανάνηψης ασθενούς

Απελευθέρωση των αναπνευστικών οδών

Όταν ο αναισθητός ασθενής, μετά από σωστά διενεργηθείσα χειρολαβή Esmarch-Heiberg για την απελευθέρωση των αναπνευστικών οδών, δεν αναπνέει αυτομάτως ή δε μπορεί να υποστεί τεχνητή αναπνοή σε περίπτωση αναπνευστικής ανακοπής ή εμφανίζει θορυβώδη και βεβιασμένη αναπνοή, τότε πρέπει να υποθέσουμε την απόφραξη των αναπνευστικών οδών π.χ. βλέννα, αίμα, εμέσματα ή οδοντοστοιχία.

Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ανοιχτεί ευρέως το στόμα με τη χειρολαβή την οποία προαναφέραμε και να αφαιρεθεί το ξένο σώμα με το δείκτη, ή με το δείκτη και το μέσο δάκτυλο.

Σε περίπτωση εισρόφησης (είσοδος ξένων σωμάτων στην τραχεία) ως πρώτες βοήθειες σκεφτόμαστε αν ο ασθενής έχει συνείδηση είναι σε εγρήγορση την πρόκληση τεχνητού βήχα με ισχυρά χτυπήματα μεταξύ των ωμοπλάτων. Υπάρχει κίνδυνος βαθύτερης ενσφίνωσης του ξένου σώματος, ενώ με τη χειρολαβή Heimlich μπορεί να προκληθεί τεχνητός βήχας. Ο βοηθός στέκεται πίσω από τον ασθενή και με τις γροθιές τη μία πάνω στην άλλη πιέζει επανειλημμένα ισχυρά το επιγάστριο κάτω από το στέρνο. Υπάρχει κίνδυνος εσωτερικών κακώσεων. Αν ο ασθενής είναι αναισθητός, οι συμπίεσεις του επιγαστρίου γίνονται σε ύπτια θέση. Αν και η αποτελεσματικότητα των δύο διαδικασιών δεν έχει αποδειχθεί (πολύ αδύνατος βήχας) και είναι μεγάλος ο κίνδυνος για σοβαρές επιπλοκές σε απελπιστικές περιπτώσεις μπορεί να γίνει οποιαδήποτε προσπάθεια για απελευθέρωση των αναπνευστικών οδών. (τραχειοτομή)

BREATHING ΑΝΑΠΝΟΗ – ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

Αν μετά την απελευθέρωση των αναπνευστικών οδών ο πάσχων δεν αναπνέει , πρέπει αμέσως να εφαρμοστεί τεχνητή αναπνοή .



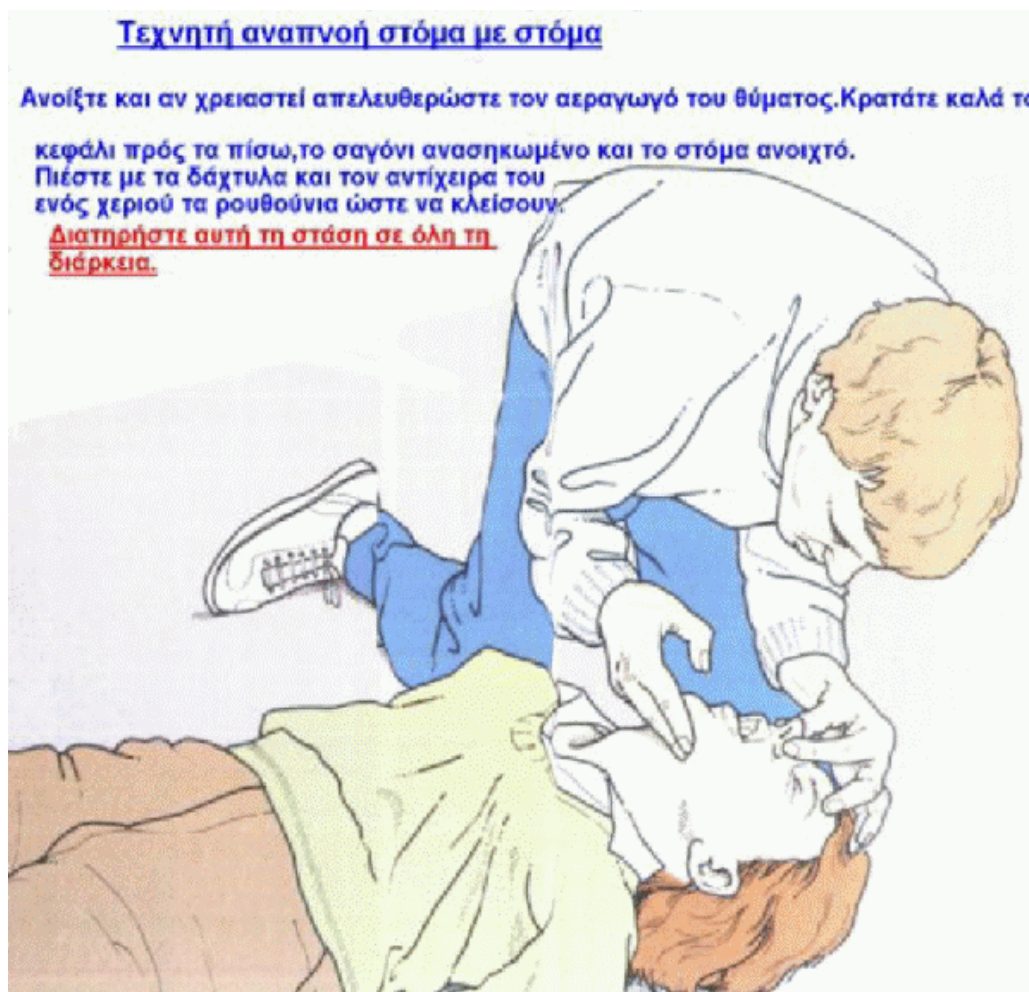
Εικόνα 6. Έλεγχος της αναπνοής

Αυτή διενεργείται ως εμφύσηση στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη ειδικότερα το τελευταίο στα παιδιά. Στην τεχνητή αναπνοή, τα χέρια του βοηθούτος συμμετέχουν μόνο έμμεσα, φροντίζουν δε για τη σωστή συγκράτηση της κεφαλής ώστε να διατηρούνται ελεύθερες οι αναπνευστικές οδοί.

Εμφύσηση στόμα με στόμα .

Ο βοηθών γονατίζει δίπλα στην κεφαλή του ασθενούς ή του τραυματία. Το ένα χέρι πιέζει το μέτωπο προς τα πίσω, ενώ το άλλο ανυψώνει ταυτόχρονα τον αυχένα ή ανοίγει ευρέως το στόμα. Με ισχυρές, αλλά όχι υπερβολικές και βίαιες ώσεις, ο βοηθών φυσά τον

εκπνεόμενο αέρα του μέσα στο στόμα, προσκολλώντας σε αυτόν τα χείλη του έτσι ώστε να μη διαφεύγει ο αέρας από τα πλάγια. Οι ρώθωνες του τραυματία πρέπει κατά



Εικόνα 7. Παροχή τεχνητής αναπνοής στόμα με στόμα σε ενήλικα

την εμφύσηση να αποφράσσονται με την παρειά ή με το δείκτη και τον αντίχειρα του βοηθού. Μετά από επιτυχή εμφύσηση, ο βοηθός απελευθερώνει το στόμα και τη μύτη για να γίνει παθητική εκπνοή, ο ίδιος παίρνει βαθιά εισπνοή και ελέγχει με μια γρήγορη ματιά αν ο θώρακας του τραυματία κατέρχεται πάλι. Με δώδεκα έως δεκαπέντε αναπνευστικές ώσεις ανά λεπτό επιτυγχάνεται επαρκής αερισμός. Κατά την έναρξη όμως της τεχνητής αναπνοής, οι πρώτες δέκα ώσεις πρέπει να διενεργούνται με συντομότερη και ταχύτερη ακολουθία.

Εμφύσηση στόμα με μύτη

Είναι τεχνικά απλούστερη από την εμφύσηση στόμα με στόμα. Εδώ, το ένα χέρι του βοηθού συγκρατεί την κάτω γνάθο και έτσι κλείνει το στόμα, ενώ ο βοηθός διενεργεί την τεχνητή αναπνοή από τη μύτη.



Τεχνητή αναπνοή στόμα - μύτη

Μπορείτε να φουσήξετε αέρα μέσα στη μύτη του θύματος αντί για το στόμα. Σ' αυτή τη περίπτωση, κλείστε το στόμα του θύματος με τον αντίχειρά σας και σφραγίστε τα χείλη σας γύρω από τη μύτη του.

Εικόνα 8. Παροχή τεχνητής αναπνοής στόμα με μύτη σε ενήλικα

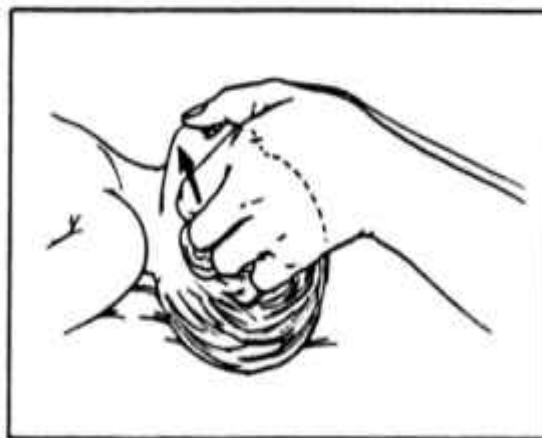
Τεχνητή αναπνοή σε παιδιά και βρέφη

Σε παιδιά και βρέφη, η θέση και η συγκράτηση της κεφαλής είναι η ίδια. Ο αεραγωγός διανοίγεται με τον χειρισμό κλίση της κεφαλής προς τα πίσω και ανύψωση του σαγονιού. Αυτός ο χειρισμός εφαρμόζεται σε βρέφη και παιδιά τα οποία δεν έχουν τραυματισθεί.



Εικόνα 9. Έλεγχος της αναπνοής σε παιδί

Σε υποψία τραύματος ο αεραγωγός διανοίγεται με το χειρισμό συνδυασμένης ώσης της σιαγόνας και σταθεροποίηση της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

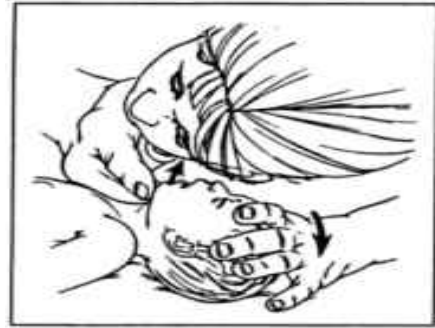


Εικόνα 10. Κατάσπαση γνάθου σε περίπτωση αυχενικής κάκωσης

Όταν ο αεραγωγός έχει ανοιχθεί με τους παραπάνω χειρισμούς, θα πρέπει να γίνει εκτίμηση της αναπνοής του ασθενούς με παρατήρηση του θωρακικού τοιχώματος, ύπαρξη ακουστής ροής του εκπνεόμενου αέρα, αίσθηση ροής αέρα πάνω από το στόμα.

Εάν ΔΕΝ υπάρχει αυτόματη αναπνοή
θα πρέπει να εξασφαλισθεί αερισμός ανά-
λογα με τον υπάρχοντα εξοπλισμό.

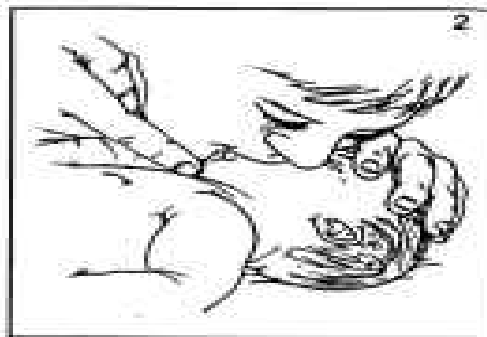
- Αναπνοή στόμα με στόμα και στόμα με στόμα και μύτη.
- Αναπνοή στόμα με μάσκα.
- Αναπνοή με συσκευή μάσκας και βαλβίδας και ασκού (ambu).
βρέφους



Εικόνα 11. Έλεγχος αναπνοής

Στην αναπνοή στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη η θέση εξασφάλισης ανοικτού αεραγωγού θα πρέπει να διατηρείται συνεχώς όσο γίνεται αερισμός.

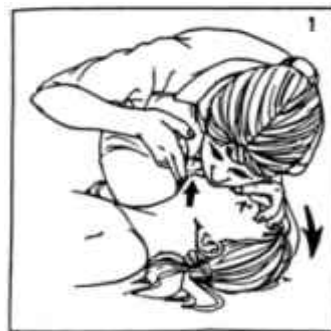
Για βρέφη μικρότερα των δώδεκα μηνών το στόμα του ανανήπτη θα πρέπει να καλύπτει και το στόμα και τη μύτη του βρέφους, ενώ τα δυο χέρια του θα διατηρούν τη θέση ανοικτού αεραγωγού.



Εικόνα 12. Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα και μύτη σε βρέφος

Για παιδιά ηλικίας 1-8 ετών το στόμα του ανανήπτη καλύπτει μόνο το στόμα του παιδιού, το ένα του χέρι ανυψώνει τη σιαγόνα του, ενώ ο δείκτης και αντίχειρας του άλλου χεριού κλείνουν τη μύτη του παιδιού και μαζί με τα υπόλοιπα δάκτυλα βοηθούν στην κλίση της κεφαλής προς τα πίσω.

Τότε δίνονται 2 αναπνοές, η κάθε μία από τις οποίες διαρκεί 1-1 1/2 sec, με μία παύση ανάμεσα στις 2 αναπνοές. Κατά τη διάρκεια των 2 αυτών αναπνοών ο ανανήπτης παρατηρεί το θωρακικό τοίχωμα και προβαίνει στα εξής :



- Εάν υπάρχει ικανοποιητικός αερισμός ανάνηψης, συνεχίζει με ρυθμό 20 αναπνοές το λεπτό και για βρέφη και για παιδιά.
- Εάν η κίνηση του θωρακικού τοιχώματος είναι ανεπαρκής, γίνεται νέα προσπάθεια ανάκτησης της βατότητας του αεραγωγού και τότε ξαναπροσπαθείτε εκ νέου αερισμός. Εάν και τώρα δεν επιτευχθεί ικανοποιητικός αερισμός ανάνηψης τίθεται υποψία απόφραξης αεραγωγού με ξένο σώμα.

Εικόνα 13. Τεχνητή αναπνοή

Για να αποφευχθεί η σωματική επαφή κατά τη διάρκεια της τεχνητής αναπνοής, σε περιπτώσεις στις οποίες κρίνεται φρόνιμο μπορεί να παρεμβάλλεται ένα μαντήλι αλλά η αποτελεσματικότητα αμφισβητείται. Ένα φύλλο πλαστικού τρυπημένου είναι πιο αποτελεσματικό. Χρησιμοποιώντας διπλό σωλήνα (σωλήνας safar) ή στοματικό σωλήνα μπορεί να αποφευχθεί πλήρως η επαφή με τον τραυματία. Η χρησιμοποίηση τέτοιου σωλήνα, όταν υπάρχει, είναι πολύ απλή για τον εξασκημένο χορηγό βοήθειας.

Επάνοδος της αυτόματης αναπνοής

Σε ευνοϊκές περιπτώσεις, η αυτόματη αναπνοή επανέρχεται μετά από λίγα λεπτά τεχνητής αναπνοής. Εντούτοις, η τεχνητή αναπνοή πρέπει να σταματήσει μόνο μετά από πλήρη αποκατάσταση φυσιολογικής αυτόματης αναπνοής.

Σημεία φυσιολογικής αναπνοής είναι :

- εξάλειψη της κυανής χρώσης του δέρματος,
- επάνοδος του ρόδινου χρώματος του δέρματος,
- σαφής άνοδος και κάθοδος του θωρακικού τοιχώματος.

Κατά τη μεταφορά στην κλινική, είναι απαραίτητο οι έλεγχοι της συχνότητας και του βάθους της αναπνοής. Αρκετές φορές, κατά την τεχνητή αναπνοή επέρχεται κένωση του στομάχου με εμετό. Προς αποφυγή εισρόφησης πρέπει τότε να στραφεί αμέσως η κεφαλή προς τα πλάγια και κάτω, στη συνέχεια καθαρίζεται η στοματική κοιλότητα και συνεχίζεται η τεχνητή αναπνοή.

CIRCULATION ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ – ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΜΑΛΑΞΕΙΣ

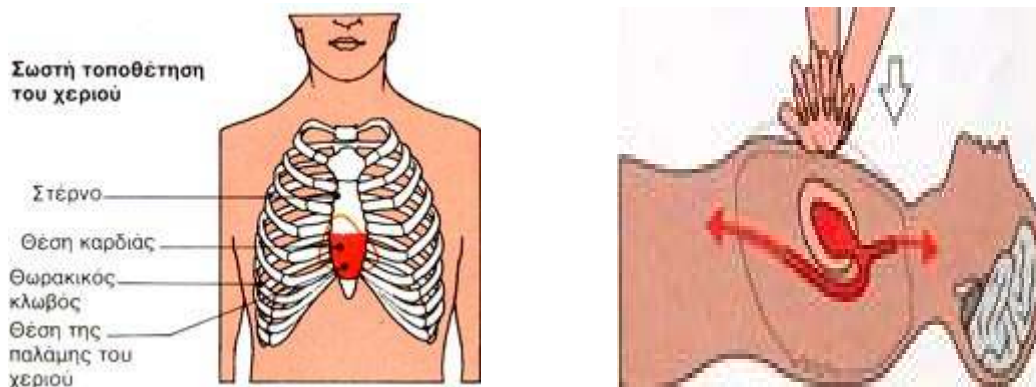
Σκοπός της εξωτερικής καρδιακής μάλαξης είναι η επείγουσα αποκατάσταση μιας ελάχιστης κυκλοφορίας του αίματος και η ελάχιστη παροχή οξυγόνου στα ζωτικά όργανα, καρδιά και εγκέφαλο. Γι' αυτό πρέπει να γίνεται μαζί με τεχνητή αναπνοή.

Ο μηχανισμός δράσης της καρδιακής μάλαξης βασίζεται τόσο στην αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης με την άμεση συμπίεση της καρδιάς, όσο και στην αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης με την εμφύσηση αέρα. Η χρονική σχέση της καρδιακής συμπίεσης (τεχνητή συστολή) προς τη χαλάρωση (τεχνητή διαστολή) πρέπει να είναι 1:1. Κατά την καρδιακή μάλαξη, η τεχνητή καρδιακή παροχή (ποσότητα εξώθησης της καρδιάς προς την κυκλοφορία ανά λεπτό) είναι το 1/3 του φυσιολογικού κυκλοφορούντος όγκου αίματος. Η αιμάτωση του εγκεφάλου είναι κάτω από 20% και η αιμάτωση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς κάτω από 10-20% της φυσιολογικής αιμάτωσης.

Η προκάρδια πλήξη δε συνίσταται για χρήση εκτός κλινικής. Ένδειξη υπάρχει μόνο σε περίπτωση άμεσης παρατήρησης καρδιακής ανακοπής σε κοιλιακή ταχυκαρδία ή πτερυγισμό. Η πλήξη γίνεται με τη γροθιά από απόσταση 30 cm δυνατά επάνω στο κάτω ένα τρίτο του στέρνου.

Αν υπάρξει αποτυχία πρέπει αμέσως να αρχίσει τεχνητή αναπνοή και καρδιακή μάλαξη. Ο ασθενής ξαπλώνεται ανάσκελα επάνω σε όσο γίνεται πιο σκληρό υπόστρωμα (π.χ. σανίδα). Για βελτίωση της ελάχιστης κυκλοφορίας πρέπει τα πόδια να είναι ανυψωμένα. Ο

βοηθών γονατίζει δίπλα στον ασθενή και πιέζει με τους δύο καρπούς τον ένα επάνω στον άλλο με ισχυρές ώσεις τακτικά κάθετα επάνω στο κάτω μισό του στέρνου.



Εικόνα 14. Σωστή θέση εξωτερικής καρδιακής μάλαξης

Το στέρνο πρέπει σε κάθε ώση να συμπιέζει κατά 3-4 cm τη σπονδυλική στήλη.

Η συχνότητα πρέπει να είναι 80-100 το λεπτό. Σε επαρκή καρδιακή μάλαξη μπορεί κανείς να ψηλαφίσει το σφυγμό της καρωτίδας και της μηριαίας.

Από λανθασμένη τεχνική της εξωτερικής καρδιακής μάλαξης μπορεί, ιδιαίτερα σε δύσκαμπτο θώρακα, να προκληθούν κατάγματα πλευρών, η σημασία όμως των οποίων είναι μικρή σε σχέση με τη διατήρηση της ζωής.

Πρέπει ιδιαίτερα να τονιστεί ότι με τη συμπίεση της θωρακικής κοιλότητας κατά την καρδιακή μάλαξη δεν επιτυγχάνεται τεχνητός αερισμός των πνευμόνων, καθώς και ότι χωρίς επαρκή εμφύσηση αέρα δε μπορεί να είναι επιτυχής η καρδιακή μάλαξη. Επομένως πρέπει να διενεργείται ταυτόχρονα επαρκής τεχνητή αναπνοή με την τεχνική στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη.

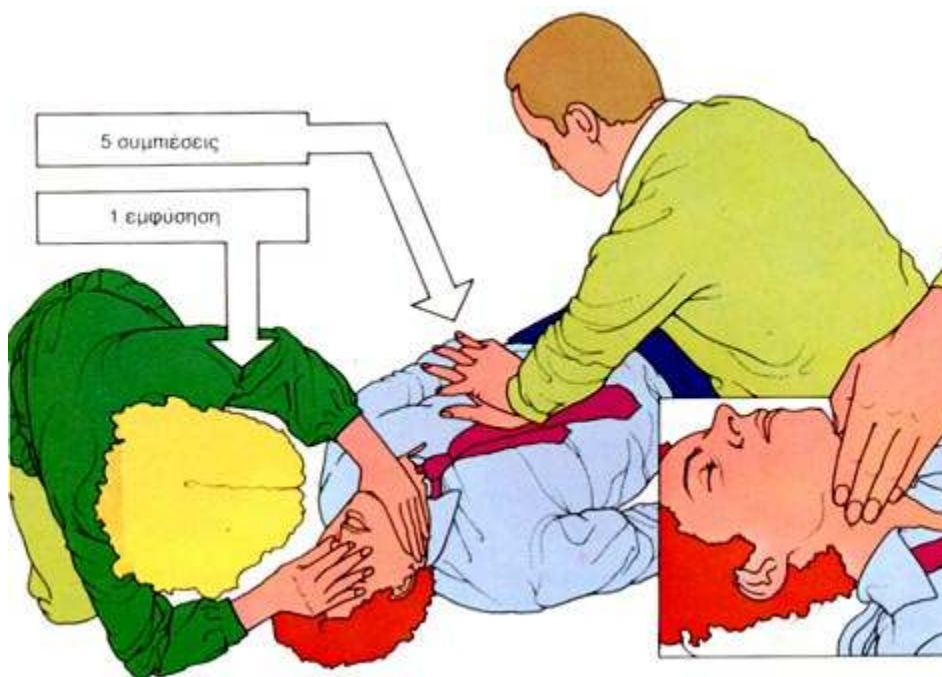
Μέθοδος δύο βοηθών

Όταν οι πρώτες βοήθειες παρέχονται από δύο άτομα, το ένα θα αναλάβει τη διατήρηση των αεροφόρων οδών, την εκτέλεση της τεχνητής αναπνοής "Στόμα με Στόμα" και τον έλεγχο της καρδιακής λειτουργίας. Το άλλο θα εφαρμόσει την εξωτερική συμπίεση του θώρακα. Αν η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση παρατείνεται τα δύο άτομα μπορούν ν' αλλάζουν θέσεις για να μειώσουν την κούρασή τους. Επίσης εργάζονται πιο εύκολα αν τοποθετηθούν το ένα από τη μία και το άλλο από την άλλη πλευρά του πάσχοντα

Το ένα άτομο παίρνει θέση στο κεφάλι του πάσχοντα και το άλλο γονατίζει στα πλάγια του σώματός του στο ύψος του θώρακα.

Το πρώτο ανοίγει αμέσως τις αεροφόρες οδούς, δίνει τις πρώτες 4 εμφυσησεις και μετά ελέγχει την καρδιακή λειτουργία. Αν η καρδιά δεν λειτουργεί, το δεύτερο άτομο εκτελεί 5 συμπίεσεις του θώρακα.

Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση συνεχίζεται με τον εξής τρόπο: Το πρώτο άτομο ανοίγει τις αεροφόρες οδούς και δίνει μόνο μια εμφύσηση και το δεύτερο εκτελεί 5 συμπίεσεις του θώρακα. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται με ρυθμό 60 συμπίεσεων στο λεπτό, ώσπου η καρδιά να ξαναρχίσει να λειτουργεί. Για να έχετε σωστό ρυθμό μετράτε 1001,1002 κ.ο.κ.



Εικόνα 15. Παροχή Καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης από 2 βοηθούς

Ο έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας πρέπει να γίνεται μετά το πρώτο λεπτό και στη συνέχεια κάθε τρία λεπτά ή κάθε 12 πλήρεις κύκλους.

Προσοχή: Το άτομο που κάνει την τεχνητή αναπνοή δίνει την εμφύσηση στη φάση της χαλάρωσης κάθε πέμπτης συμπίεσης, ώστε να μην διακόπτεται η εξωτερική συμπίεση του θώρακα.

Μέθοδος ενός βοηθού

Πριν αρχίσει η εξωτερική συμπίεση του θώρακα είναι πολύ σημαντικό να διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχουν καρδιακοί παλμοί. Αν και ο πάσχων μπορεί να παρουσιάζει κύνωση γύρω από τα χείλη του, όταν η καρδιά δεν λειτουργεί, ο μόνος αξιόπιστος τρόπος για να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχουν καρδιακοί παλμοί είναι να ελεγχθεί η παρουσία σφυγμού στην καρωτίδα.

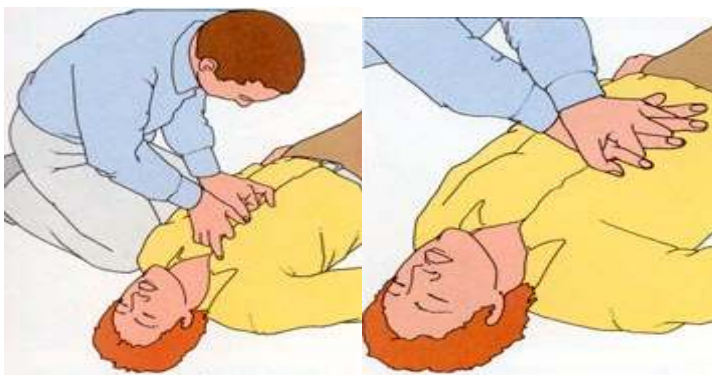


Εικόνα 16. Ανεύρεση καρωτιδικού σφυγμού

Ο καρωτιδικός σφυγμός μπορεί να ψηλαφηθεί στην κοιλότητα που σχηματίζεται μεταξύ του λάρυγγα και των γειτονικών μυών. (Ο σφυγμός του καρπού δεν είναι αξιόπιστος δείκτης). Ο έλεγχος πρέπει να ξαναγίνει μετά το πρώτο λεπτό και στη συνέχεια να επαναλαμβάνεται κάθε τρία λεπτά. Ο καρωτιδικός σφυγμός θα επανέλθει μόνο αν η καρδιά αρχίσει να ξαναλειτουργεί.

Όταν, λοιπόν, υπάρχει ένας μόνο βοηθός, τότε πρέπει να διενεργεί εναλλάξ την τεχνητή αναπνοή και την καρδιακή μάλαξη. Εδώ έχει αποδειχθεί καλύτερος ο ``κύκλος 15 : 2 ``, δηλαδή 15 συμπίεσεις σε 15 δευτερόλεπτα ακολουθούνται από δύο εμφυσήσεις. Αυτό αντιστοιχεί σε 60 συμπίεσεις και 8 εμφυσήσεις ανά λεπτό.

Ξαπλώνεται ο πάσχων ανάσκελα σε μια σκληρή επιφάνεια. Ο βοηθών γονατίζει δίπλα του, με το πρόσωπό του προς το θώρακά του στο ύψος της καρδιάς. Εντοπίζει το κάτω ημιμόριο του στέρνου, βρίσκει τη στερνική εντομή, επάνω και τη στερνοπλευρική γωνία κάτω. Τοποθετεί τους αντίχειρές του στο μέσο της απόστασής τους.



Εικόνα 17. Βήματα εύρεσης του σημείου των εξωκαρδιακών μαλάξεων

Τοποθετεί την παλάμη του ενός χεριού του στο κέντρο του ημιμόριου του στέρνου, χωρίς να ακουμπάει τα δάχτυλά του στα πλευρά. Πάνω σ' αυτό το χέρι τοποθετεί την παλάμη του άλλου του χεριού και μπλέκει τα δάχτυλα των δύο χεριών.

Κρατάει τα χέρια του τεντωμένα και κινεί το σώμα του προς τα εμπρός ώσπου αυτά να γίνουν κάθετα προς το σώμα του πάσχοντα. Πιέζει το κάτω ημιμόριο του στέρνου (3-4 εκατοστά για τους ενήλικες). Μετά ξαναγυρνάει στην προηγούμενη θέση σταματώντας την πίεση. Συμπληρώνει 15 συμπίεσεις με ρυθμό 80 το λεπτό (για να βρεθεί ο σωστός ρυθμός μετράται ένα και δύο και τρία κ.ο.κ)



Εικόνα 18. Τελική θέση χεριών για την εκτέλεση της μάλαξης

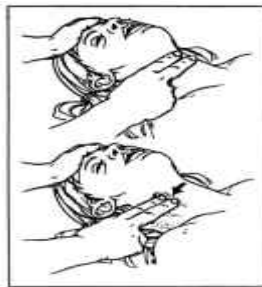
Γυρνώντας το κεφάλι του πάσχοντα ξανά και αφού ανοιχθούν πάλι οι αεροφόρες οδοί, δίνονται δύο εμφυσήσεις με τη μέθοδο "Στόμα με Στόμα".

Συνεχίζει με 15 συμπίεσεις του θώρακα και 2 ακόμα πλήρεις εμφυσήσεις και ελέγχει ξανά αν η καρδιά λειτουργεί μετά το πρώτο λεπτό. Στη συνέχεια η καρδιακή λειτουργία ελέγχεται κάθε τρία λεπτά ή μετά από 12 κύκλους συμπίεσεων-εμφυσήσεων.

Αμέσως μόλις η καρδιά ξαναρχίσει να λειτουργεί, διακόπτονται οι συμπίεσεις και συνεχίζεται η τεχνητή αναπνοή μέχρι να αποκατασταθεί η φυσιολογική αναπνοή του πάσχοντα, υποβοηθώντας την, αν προσαρμόζοντας το ρυθμό του στο ρυθμό του πάσχοντα. Έπειτα τοποθετείται ο πάσχοντας σε θέση ανάνηψης.

Για παιδιά

Γίνεται έλεγχος ύπαρξης σφυγμού στην καρωτίδα για τα παιδιά.

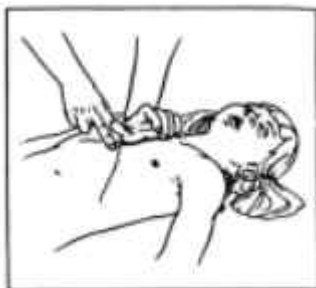


Εικόνα 19. Ανεύρεση σφυγμού σε παιδιά

Η διάρκεια ελέγχου του σφυγμού πρέπει να είναι 5 - 10 sec, μετράμε δηλαδή μέχρι το 10. Εάν υπάρχει σφυγμός αλλά όχι αναπνοή, συνεχίζουμε τις τεχνητές αναπνοές. Δίνουμε 20 αναπνοές /min (περίπου 1 κάθε 3 δευτερόλεπτα). Εάν διαπιστώσουμε αραιό ή βραδύ ή άρρυθμο σφυγμό συνεχίζουμε και πάλι εντατικά τις αναπνοές, επειδή γνωρίζουμε ότι η οφειλόμενη στην έλλειψη οξυγόνου βραδυκαρδία μπορεί να υποχωρήσει με την επαρκή οξυγόνωση του αίματος που κάνουμε εμείς χορηγώντας τεχνητές αναπνοές. Εάν δεν ανιχνευθεί σφυγμός σημαίνει ότι η καρδιά δεν συστέλλεται, δεν χτυπά και τότε πρέπει να αρχίσουμε τις εξωτερικές θωρακικές πιέσεις (μαλάξεις).

Με τις εξωτερικές θωρακικές πιέσεις που εμείς κάνουμε με τα χέρια μας υποκαθιστούμε την κυκλοφορία και έτσι εξασφαλίζεται παροχή αίματος στα ζωτικά όργανα (καρδιά, εγκέφαλος, πνεύμονες, νεφρά).

Λόγω της θέσης της καρδιάς οι μαλάξεις πρέπει να γίνονται σε συγκεκριμένη θέση του θωρακικού τοιχώματος. Στα μεγαλύτερα παιδιά, όπως και στους ενήλικες, η θέση των μαλάξεων ανευρίσκεται ως εξής: Ανιχνεύουμε τα πλευρικά τόξα και την ξιφοειδή απόφυση του στέρνου. Από το σημείο αυτό πηγαίνουμε δύο δάκτυλα πιο πάνω επί του στέρνου. Πλάι στα δύο δάκτυλα αυτά και προς τα πάνω τοποθετούμε το κάτω μέρος της παλάμης μας. Αυτή είναι η θέση που θα εφαρμόσουμε τις μαλάξεις, όπως φαίνεται στην εικόνα 8.



Εικόνα 20. Εύρεση σημείου μαλάξεως σε παιδί

Στην επιφάνεια του χεριού αυτού μπορούμε να τοποθετήσουμε το κάτω μέρος της παλάμης του άλλου μας χεριού.

Προσοχή! Τα χέρια μας θα είναι τεντωμένα - ο πήχης με τον βραχίονα σε μία ευθεία - και οι αγκώνες μας πρέπει να είναι "κλειδωμένοι". Η πίεση που ασκείται πρέπει να είναι βάθους 2.5-3.5 cm στα μεγαλύτερα παιδιά (όπως και στους ενήλικες). Το σώμα μας σε γονατιστή θέση στα πλάγια του παιδιού.

Για νεογνά, βρέφη και παιδιά 1-8 ετών

Στα μικρότερα παιδιά η θέση των εξωτερικών θωρακικών πιέσεων ανευρίσκεται ως εξής: Βρίσκουμε τη νοητή γραμμή που ενώνει τις δύο θηλές. Στη μέση της γραμμής αυτής και ένα δάκτυλο πιο κάτω τοποθετούμε τα δύο μας δάκτυλα (μεσαίο και παράμεσο) και με τα δάκτυλα αυτά κάνουμε μαλάξεις.



Εικόνα 21. Ανεύρεση σφυγμού και εκτέλεση μαλάξεων σε βρέφος

Η πίεση που ασκείται πρέπει να είναι "βάθους" 2.5 - 3.5cm στα μεγαλύτερα παιδιά (όπως και στους ενήλικες) και 1.5 - 2.5cm στα μικρότερα παιδιά. Σημειώνεται ότι η διάρκεια της πίεσης πρέπει να είναι το μισό του κύκλου μάλαξης για να εξασφαλίζεται χρόνος για την επαναφορά του αίματος.

Ο ρυθμός μαλάξεων ή εξωτερικών θωρακικών πιέσεων πρέπει να είναι : 100/min .Η αναλογία αναπνοών - μαλάξεων είναι: 1:5 (1 αναπνοή και στη συνέχεια 5 μαλάξεις). Η εκτίμηση του σφυγμού και της κατάστασης του παιδιού πρέπει να γίνεται ξανά μετά από 1 min ανάνηψης, δηλαδή μετά το τέλος 20 κύκλων εναλλαγής 1 αναπνοής - 5 μαλάξεων.

Επισημάνσεις

- Έναρξη της ανάνηψης μέσα σε λιγότερο από 5 λεπτά κατά το δυνατό πριν την πάροδο 3 λεπτών.
- Έναρξη της τεχνητής αναπνοής με δύο ισχυρές εμφυσήσεις.
- Έναρξη της εξωτερικής καρδιακής μάλιαξης και χορήγησης μιας εμφύσησης μετά από 5 συμπίεσεις.
- Ποτέ να μη διακόπτεται την τεχνητή αναπνοή και την καρδιακή μάλιαξη πάνω sec πριν αποκατασταθούν η αναπνοή και η καρδιακή λειτουργία.

Αποτελεσματικότητα της καρδιακής μάλιαξης

Σημαντικότερες ενδείξεις ότι γίνεται καλή καρδιακή μάλιαξη είναι οι:

- μεταβολές των κορών,
- οι μεταβολές του χρώματος του δέρματος και
- η δυνατότητα ψηλάφησης σφυγμού.

Μόλις ο εγκέφαλος προμηθευθεί οξυγόνο, οι κόρες γίνονται πιο στενές και αντιδρούν στο φως. Η γκριζα χροιά του δέρματος μεταβάλλεται τουλάχιστον σε κυανή. Σε επαρκή καρδιακή μάλιαξη πρέπει να ψηλαφάται ο σφυγμός στην καρωτίδα ή τη μηριαία αρτηρία. Όταν αποκατασταθεί η φυσιολογική καρδιακή λειτουργία, το δέρμα γίνεται ρόδινο και ο σφυγμός ψηλαφάται. Τα σημεία έναρξης αυτόματης αναπνοής είναι περαιτέρω κριτήριο της επιτυχούς καρδιακής μάλιαξης και στο ΗΚΓ εμφανίζονται δυναμικά ενεργείας.

Σύνοψη της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης

- Φάση I : Θεμελιώδη μέτρα ανάνηψης (επείγουσα οξυγόνωση)
 - Σε απώλεια της συνείδησης: Διατήρηση των αναπνευστικών οδών ελεύθερων ή απελευθέρωση τους από εμπόδια.
 - Υπερέκταση της κεφαλής, έλξη της κάτω γνάθου προς τα εμπρός.
 - Σταθερή πλάγια θέση εφόσον διατηρεί αισθήσεις.
 - Καθαρισμός του στόματος και του φάρυγγα .
 - Σε εισρόφηση ξένου σώματος: χειρολαβή Heimlich.

- Σε έλλειψη αυτόματης αναπνοής: Τεχνητή αναπνοή.
 - Υπερέκταση της κεφαλής .
 - Δυο φορές εμφύσηση (στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη).
 - Κατόπιν, ψηλάφηση του σφυγμού της καρωτίδας.
 - Σε ψηλαφητό σφυγμό συνέχιση της εμφύσησης.
 - Συχνότητα 12 ανά λεπτό.
 - Σε έλλειψη σφυγμού, διατήρηση της κυκλοφορίας.
 - Μέθοδος ενός βοηθού: 2 εμφυσησεις, 15 μαλάξεις.
 - Μέθοδος δύο βοηθών : 1 εμφύσηση, 5 μαλάξεις.
 - Συχνότητα συμπίεσης 80 – 100 το λεπτό.
 - Σχέση συμπίεσης προς χαλάρωση 1:1.
 - Φάση II : Περαιτέρω ιατρικά μέτρα για αποκατάσταση της κυκλοφορίας.

Η εξωτερική καρδιακή μάλαξη δε διακόπτεται, αν είναι δυνατό γίνεται ενδοτραχειακή διασωλήνωση και εμφύσηση και άλλα τα οποία αφορούν το ιατρικό – παραϊατρικό προσωπικό.

Με απλά λόγια

- Διαπιστώνουμε ότι ο αναίσθητος, τραυματισμένος ή ασθενής δεν αντιδρά.
- Καλούμε σε βοήθεια όποιον μπορούμε δίνοντας σωστά στοιχεία.
- Ελέγχουμε τον αεραγωγό. Αν αναπνέει, διατηρούμε ελεύθερες τις αναπνευστικές οδούς τοποθετώντας τον σε σταθερή πλάγια θέση με την κεφαλή και τον κορμό σε ελαφρά κεκλιμένη θέση ή σε ύπτια θέση με εκτεταμένη την κεφαλή και κλειστό στόμα (π.χ. επί τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης).
- Σε ανεπαρκή αναπνοή ή άπνοια ενεργούμε τεχνητή αναπνοή (στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη) 10 εμφυσησεις ανά λεπτό και κάθε τόσο επανελέγχουμε αν άλλαξε κάτι. ABC ξανά.
- Σε ανεπαρκή κυκλοφορία ενεργούμε καρδιακές μαλάξεις, 15 μαλάξεις το λεπτό.
- Σε συνδυασμό με τεχνητή αναπνοή οι κύκλοι είναι 15 : 2 (όταν είναι ένας) ή 5 : 1 (όταν είναι δύο βοηθοί). Κάθε τόσο επανελέγχουμε αν άλλαξε κάτι. ABC ξανά.

Με όλα αυτά σκοπεύουμε να αντιμετωπίσουμε με άμεσα μέτρα την καρδιακή και / ή αναπνευστική ανακοπή:

- Με προστασία του εγκεφάλου από έλλειψη οξυγόνου.
- Με επαναφορά της κανονικής καρδιακής λειτουργίας μέχρι να μεταφερθεί ο ασθενής σε κλινική ή νοσοκομείο.
- Χρειάζεται να θυμόμαστε ότι δεν έχει τόση σημασία
- Τι προκάλεσε την ανακοπή εκτός σημαντικών εξαιρέσεων.
- Τα βήματα είναι τα ίδια.
- Δεν πρέπει να χάσουμε χρόνο γιατί έχουμε 3 λεπτά στη διάθεση μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ
ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Κατά καιρούς έχουν λάβει μέρος στις διάφορες χώρες του κόσμου έρευνες οι οποίες προάγουν τις γνώσεις των επιστημόνων σχετικά με το επίπεδο γνώσης το οποίο έχουν οι πολίτες πάνω στα διάφορα θέματα αυτών των ερευνών. Μια σειρά ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί από διάφορους φορείς σε ποικίλες χώρες / πόλεις του εξωτερικού οι οποίες προσπαθούν να ελέγξουν με ακρίβεια τις γνώσεις τις οποίες έχουν οι απλοί πολίτες επάνω στο θέμα των πρώτων βοηθειών και ειδικότερα αναφερόμενες στο σπουδαιότερο κομμάτι αυτών, την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Με αφορμή αυτές επιλέξαμε και το θέμα έρευνας της πτυχιακής μας εργασίας και τα αποτελέσματα αυτών παραθέτουμε σε αυτές τις σελίδες προκειμένου να αποκτηθεί μια πρώτη άποψη για το θέμα.

Η καρδιακή ανακοπή, κοινώς ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος είναι μία από τις συχνότερες αιτίες θανάτου των ενηλίκων.

Η ΚΑΡΠΑ πολλαπλασιάζει όπως έχει στατιστικά αποδειχθεί την πιθανότητα επιβίωσης ενός ανθρώπου με καρδιακή ανακοπή.

Το 70% των καρδιακών ανακοπών συμβαίνουν στα σπίτια των ασθενών.

Συνήθως το υπόστρωμα είναι μία λανθάνουσα καρδιακή νόσος και πολλές φορές η πρώτη εκδήλωση είναι ο αιφνίδιος θάνατος.

Η καρδιακή ανακοπή συμβαίνει στους άνδρες σε διπλάσια συχνότητα σε σχέση με τις γυναίκες.

Η ΚΑΡΠΑ πρωτοπεριγράφηκε περίπου στα 1960.

Ουδέποτε έχει αναφερθεί μετάδοση HIV (AIDS) στον στόμα με στόμα αερισμό.

Στην καρδιακή ανακοπή η καρδιά στα 2/3 των περιπτώσεων λόγω ενός φαινομένου που ονομάζεται ηλεκτρική αστάθεια, χάνει το φυσιολογικό της ρυθμό και παρουσιάζει ένα χαοτικό ρυθμό που ονομάζεται κοιλιακή μαρμαρυγή. Η καρδιά με το ρυθμό αυτό ουσιαστικά δεν κάνει καμία συστολή και έτσι δε μπορεί να αιματώσει το σώμα του θύματος.

Όπως είναι ευνόητο, η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι μοιραία, εκτός αν ένα ηλεκτρικό shock που ονομάζεται απινίδωση δοθεί από ειδικευμένο προσωπικό στην καρδιά.

Η ΚΑΡΠΑ δε σταματά την κοιλιακή μαρμαρυγή, αλλά αυξάνει κατά πολύ το χρόνο στον οποίο η απινίδωση μπορεί να έχει αποτέλεσμα.

Η ΚΑΡΠΑ προσφέρει κάποιου βαθμού αιματική κυκλοφορία στην καρδιά και στον εγκέφαλο με αποτέλεσμα τα όργανα αυτά να μένουν ζωντανά, μέχρι η απινίδωση να επαναφέρει την καρδιά σε φυσιολογικό ρυθμό.

Αν η ΚΑΡΠΑ εφαρμοστεί στα 4 πρώτα λεπτά της ανακοπής και η απινίδωση στα πρώτα 10 το θύμα έχει ποσοστό επιβίωσης που αγγίζει το 40%.

Το προσδόκιμο επιβίωσης των εμφραγματιών που επέζησαν από κοιλιακή μαρμαρυγή με τη βοήθεια απινίδωσης και της ΚΑΡΠΑ, δεν διαφέρει από αυτό των εμφραγματιών που δεν παρουσίασαν κοιλιακή μαρμαρυγή.

Η εξονοσοκομειάκη καρδιακή ανακοπή είναι πολύ κοινό πρόβλημα με πάνω από 300.000 υποθέσεις οι οποίες απασχολούν τις ΗΠΑ.

Κατόπιν συνεργασίας του Πανεπιστημίου της Οτάβα στον Καναδά και της Αριζόνα στο Τουσόν καθώς και των τμημάτων επειγόντων περιστατικών της Οτάβα διενεργήθηκε μια έρευνα η οποία μελετούσε την ποιότητα ζωής την οποία είχαν ασθενείς οι οποίοι υπέστησαν καρδιακή ανακοπή, μετά ένα χρόνο και τους είχε δοθεί καρδιαναπνευστική αναζωογόνηση.

Η έρευνα διεξάχθηκε σε 20 αστικές και ημιαστικές κοινότητες του Ontario. Ο πληθυσμός τους ήταν από 16.000 έως 750.000, συνολικά $2,7 \cdot 10^6$. Από αυτούς 8091 άτομα είχαν υποστεί καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου. Από τους 8091 μελετήθηκαν οι περιπτώσεις των ενηλίκων οι οποίοι είχαν υποστεί καρδιακή ανακοπή, τους δόθηκε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση και επέζησαν μετά ένα χρόνο. Η ηλικία των ασθενών ήταν πάνω από 16 ετών, δεν είχαν τραύμα και η αιτία της ανακοπής είχε καθαρά καρδιολογικό υπόβαθρο.

Από αυτούς οι 418 ασθενείς, ποσοστό 5,2 % είχαν βγει από το νοσοκομείο ενώ στο διάστημα ενός χρόνου είχαν φτάσει στους 324, ποσοστό 4 %. Το δείγμα ήταν 268 από τους 324 ποσοστό 84,8 %.

Σε αυτούς εκτιμήθηκε ο δείκτης χρησιμότητας της υγείας (HIU 3). Για να εκτιμηθεί, πτυχιούχος νοσηλεύτρια ήρθε σε επαφή με τους ασθενείς μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας μετά 12 μήνες για να πάρει προφορική συγκατάθεση. Οι συγγενείς ή όσοι τους πρόσεχαν

απάντησαν στις ερωτήσεις της νοσηλεύτριας για την ικανότητα των ασθενών να δώσουν συνέντευξη.

Οι 268 από αυτούς όπως προαναφέρθηκε μπορούσαν να εκτιμηθούν και είχαν τέλεια αποτελέσματα.

Η συνέντευξη η οποία τους έγινε δια του τηλεφώνου αφορούσε 8 ιδιότητες για την αξιολόγηση της υγείας τους και της ποιότητας ζωής μετά την παροχή ΚΑΡΠΑ σε αυτούς και την επιβίωσή τους μετά ένα χρόνο. Οι ιδιότητες αυτές ήταν η όραση, η ακοή, η ομιλία, η κινητικότητα, η δεξιότητα, η αισθητικότητα, η σκέψη και ο πόνος.

Όλες αυτές οι ιδιότητες συνέθεταν τον (HIU 3) του οποίου η μέση τιμή βρέθηκε 0,80 με όριο (0,50 – 0,97). Η τιμή αυτή εξάχθηκε κατόπιν σύγκρισης με την ηλικία και το φύλο.

Τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας ήταν αρκετά σημαντικά και είναι πολλά.

Ασθενείς ηλικίας πάνω από 80 ετών οι οποίοι είχαν δεχθεί ΚΑΡΠΑ από πολίτες είχαν επιβίωση 0,3 με όρια (0,1 – 0,8) η οποία ήταν η χαμηλότερη.

Ασθενείς ηλικίας 63 με 65 ετών οι οποίοι είχαν δεχθεί ΚΑΡΠΑ από πολίτες είχαν πολύ καλό δείκτη (HIU 3). Οι ασθενείς αυτοί ήταν αρσενικοί σε ποσοστό 86 – 79 %. Από αυτούς το 42 – 48 % είχαν δεχθεί ΚΑΡΠΑ.

Οι 159 ασθενείς είχαν τιμή (HIU 3) κάτω από 0,90 ενώ οι 109 είχαν τιμή (HIU 3) πάνω από 0,90.

Οι περισσότεροι επιβιώσαντες από καρδιακή ανακοπή οι οποίοι είχαν δεχθεί ΚΑΡΠΑ είναι φτωχοί, σε ποσοστό 1 % - 20 %.

Μετά ένα χρόνο το 86 % των επιζώντων ήταν στην καλύτερη εγκεφαλική τάξη. Λέγοντας τάξη νοείται η κατανομή των ασθενών ανάλογα με την εγκεφαλική τους λειτουργία. Όρια είναι μία κλίμακα από το 1 (καλή) έως το 5 (εγκεφαλικός θάνατος). Δεν υπήρχαν περιπτώσεις από την 4^η και 5^η τάξη οι οποίες είναι η φυτική κατάσταση και ο εγκεφαλικός θάνατος αντίστοιχα.

Καλύτερη επιβίωση μπορεί να επιτευχθεί εάν έχουν ληφθεί υπ' όψιν όλοι οι παρακάτω παράγοντες : α) γρήγορη πρόσβαση, β) γρήγορη παροχή ΚΑΡΠΑ, γ) γρήγορη απινίδωση και δ) γρήγορη προχωρημένη υποστήριξη ζωής.

Σε έρευνα του παρελθόντος είχε βγει το συμπέρασμα ότι η επιβίωση σχετίζεται με 3 τροποποιήσιμους παράγοντες : α) παροχή ΚΑΡΠΑ από πολίτες , β) παροχή ΚΑΡΠΑ από πυροσβέστες, αστυνομία και γ) απινίδωση σε 8 λεπτά.

Η υγεία αυτών στους οποίους είχε δοθεί ΚΑΡΠΑ και επιβίωσαν μετά 1 χρόνο επηρεάζεται από παθολογικά, ψυχολογικά προβλήματα, τις εμπειρίες τους, τα πιστεύω τους, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις τους.

Ο μόνος τροποποιήσιμος παράγοντας διαπραγματευόμενος με πολλή καλή ποιότητα ζωής ήταν οι παρεχόμενες από πολίτες ΚΑΡΠΑ.

Εν κατακλείδι οι επιζώντες διαπιστώθηκε ότι είχαν πολύ καλό λειτουργικό επίπεδο. Είναι ευγνώμονες στους διασώστες τους οι οποίοι τους χάρισαν μία σχετικά χωρίς περιορισμούς ζωή. Οι πολίτες, λοιπόν, χρειάζεται να δίνουν ΚΑΡΠΑ. Το 2 % από όσους έλαβαν ΚΑΡΠΑ επέζησαν. Άρα οδηγούμαστε στο συμπέρασμα δημιουργίας προγραμμάτων εκμάθησης ΚΑΡΠΑ στους πολίτες.

Σε μια άλλη έρευνα η οποία διεξάχθηκε στο Λονδίνο ερευνήθηκαν οι ικανότητες του γενικού πληθυσμού του στη διάσωση.

Η διάσωση ενός ατόμου το οποίο έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου εκτός του νοσοκομείου από κάποιον περαστικό ο οποίος έχει γνώσεις καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης μπορεί να αποβεί καθοριστική στην επιβίωσή του. Πάνω από 40 % από τα θύματα μπορεί ενδεχομένως να συνέρθουν εντελώς εάν η βασική υποστήριξη ζωής ξεκινήσει μέσα σε 4 λεπτά από την καταπληξία και δοθεί η προχωρημένη καρδιακή υποστήριξη ζωής μέσα σε 8 λεπτά. Η βασική υποστήριξη ζωής παρ' όλα αυτά μπορεί να έχει έναν αντίκτυπο στη θνητότητα μόνο εάν ένας επαρκής αριθμός ανθρώπων έχουν αυτές τις ικανότητες. Στο Σιάτλ των Ηνωμένων Πολιτειών πάνω από το μισό του πληθυσμού είναι εκπαιδευμένοι στην υποστηρικτική διάσωση.

Η πόλη του Λονδίνου έχει έναν ημερήσιο πληθυσμό 300.000 περίπου. Μια υπολογίσιμη αναλογία από αυτόν τον αριθμό είναι μέσης ηλικίας άνδρες οι οποίοι έχουν υψηλότερο κίνδυνο οξέος καρδιακού επεισοδίου από το μέσο όρο.

Το Barts City Life Saver Group είχαν σκοπό να εκπαιδεύσουν 100.000 άτομα στην πόλη. Κατά τη διάρκεια αυτής της μελέτης, η οποία πήρε πληροφορίες για τις ικανότητες του γενικού πληθυσμού, περίπου 8000 άτομα (2 – 7 % του ημερήσιου πληθυσμού) είχαν εκπαιδευτεί.

Οι εκπαιδευτές αυτοί στάθηκαν σε πολυσύχναστους δρόμους με μια κούκλα διάσωσης. Περίπου το 80 % των ανθρώπων οι οποίοι σταμάτησαν τυχαία συμφώνησαν να εξεταστούν τόσο στη θεωρητική, όσο και στην πρακτική της διάσωσης.

Από τους 212 ανθρώπους οι οποίοι ερωτήθηκαν, 72 % ήταν άνδρες, οι 103 είχαν παρακολουθήσει ένα μάθημα Πρώτων Βοηθειών και 79 από αυτούς ισχυρίζονταν ότι είχαν διδαχθεί βασικά υποστήριξη ζωής. Μόνο 56 είχαν περάσει μια σειρά μαθημάτων πρώτων βοηθειών 5 χρόνια πριν, 37 από τους οποίους είχαν εκπαιδευτεί στη βασική υποστήριξη ζωής.

Τα αντικείμενα ρωτήθηκαν πως θα μπορούσαν να διαγνώσουν μια καρδιακή προσβολή. Για μια σωστή διάγνωση οι εκπαιδευτές περίμεναν να ακούσουν για έναν τυπικό ισχαιμικό διαρκή θωρακικό πόνο 10 λεπτών ή περισσότερο. Αυτός περίμεναν να ακούσουν ότι σχετίζεται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω συμπτώματα, της ακτινοβολίας του πόνου, της εφίδρωσης, της δύσπνοιας και της ναυτίας.

Η καρδιακή προσβολή περιγράφηκε με αυτούς τους όρους από τους 138 ερωτηθέντες. Παρόλα αυτά όμως 12 μόνο από τους συνεντευξιαζόμενους είπαν ότι μπορεί να έκαναν ένα επείγον τηλεφώνημα εάν υποψιάζονταν ότι κάποιος είχε καρδιακή προσβολή.

Όταν ρωτήθηκαν σχετικά με τη διάσωση 143 από τους ερωτηθέντες είχαν κάποια ιδέα σχετικά με το τι να κάνουν. Οι 29 μόνο από αυτούς μπορούσαν να περιγράψουν επαρκώς την ΚΑΡΠΑ στην κούκλα. Περισσότεροι από 31 έδωσαν μια μη πειστική αναπαράσταση όπου το πιο κοινό λάθος ήταν η ακατάλληλη θέση των χεριών για τις εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις. Από όλους αυτούς μόνο 8 από το δείγμα είχαν συμμετάσχει στη σειρά μαθημάτων η οποία είχε γίνει από τους εκπαιδευτές που προαναφέραμε. Όλοι αυτοί αποδεδειγμένα είχαν μια αποτελεσματική τεχνική.

Ο αληθινός έλεγχος κάθε σχεδίου εκπαίδευσης στη διάσωση είναι όταν ένα εκπαιδευμένο άτομο θα είναι έτοιμο και ικανό να δώσει βοήθεια εάν κάποιος καταρρεύσει. Σε αυτή τη μελέτη τα 2/3 των ανθρώπων οι οποίοι ρωτήθηκαν αν είχαν κάποια ιδέα για τη διάσωση του πάσχοντος, μόνο 1 στους 8 ήταν ικανοί να δώσουν βασική υποστήριξη ζωής αποδοτικά. Ανησυχητικά, όμως, ένας ίσος αριθμός ατόμων φαίνεται να ξέρουν τι να κάνουν αλλά η αποτελεσματικότητά τους ήταν αμφίβολη.

Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι ο πληθυσμός καταλαβαίνει την αξία της διάσωσης από έναν υποστηρικτή αλλά δεν έχουν τις αναγκαίες πρακτικές δυνατότητες. Σε αυτό το

αποτέλεσμα οδηγούνται οι περισσότερες από τις έρευνες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί κατά διαστήματα.

Η βιβλιογραφία μας πληροφορεί πως περίπου 1.000.000 Αμερικανοί παθαίνουν έμφραγμα του μυοκαρδίου και περισσότεροι από 650.000 πεθαίνουν από την ισχαιμική αυτή καρδιοπάθεια. Απ' αυτούς 350.000 πεθαίνουν εκτός Νοσοκομείου, συνήθως μέσα σε 2 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων τους και επομένως δεν προλαβαίνουν να τύχουν οργανωμένης ιατρικής φροντίδας.

Το 60-70%ο των αιφνίδιων θανάτων που οφείλονται σε καρδιοπνευμονική ανακοπή, συμβαίνουν πριν καν ο άρρωστος φτάσει στο νοσοκομείο. Στους θανάτους αυτούς συνυπολογίζονται και εκείνοι που οφείλονται σε πνιγμό, ηλεκτροπληξία, απόφραξη των αεραγωγών από ξένο σώμα, δηλητηριάσεις και τροχαία ατυχήματα. Τι γίνεται όμως με τον παιδικό πληθυσμό; Είναι γνωστό πως η παιδική ηλικία είναι η υγιέστερη των άλλων ηλικιών. Μετά από τη βρεφική μάλιστα ηλικία, το ποσοστό θανάτων είναι το χαμηλότερο από οποιαδήποτε μετέπειτα χρονική περίοδο. Παρ'όλα αυτά, περίπου 40.000 βρέφη (ηλικίας μικρότερης του έτους) και 16.000 παιδιά (μεταξύ 1 έτους και 14 χρόνων) πεθαίνουν ετησίως στις ΗΠΑ. Πολλές μελέτες που έχουν γίνει, έχουν δείξει πως η καρδιοπνευμονική ανάνηψη τις περισσότερες φορές παρέχεται στις πολύ μικρές ηλικίες. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς είναι ηλικίας κάτω του έτους και μέσα σ' αυτή την ηλικιακή περίοδο, τα περισσότερα περιστατικά αφορούν παιδιά ηλικίας μικρότερης των 4 μηνών.

Στους ενηλίκους η καρδιακή ανακοπή συνήθως προηγείται και ακολουθεί η αναπνευστική παύση. Στα παιδιά όμως η καρδιοπνευμονική ανακοπή σπανίως οφείλεται σε καρδιακά αίτια. Τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα υποξαιμίας που οφείλεται σε αναπνευστικά αίτια και ακολουθεί η καρδιακή ανακοπή. Αυτό είναι σημαντικό να το γνωρίζει ο παιδίατρος ο οποίος μπορεί να άρει το αναπνευστικό αίτιο και έτσι να μην οδηγηθεί ο πάσχων σε αναπνευστική και πολύ γρήγορα και σε καρδιακή ανακοπή. Είναι εξ άλλου πολύ καλύτερης πρόγνωσης η αμιγής αναπνευστική παύση από την συνδυασμένη καρδιοπνευμονική ανακοπή.

Εργασίες δείχνουν πως η θνητότητα από καρδιοπνευμονική ανακοπή κυμαίνεται από 75-96%, ενώ το ποσοστό αυτό μειώνεται σημαντικά όταν υπάρχει επιτυχής ανάνηψη από μόνο την αναπνευστική ανακοπή όπου η θνητότητα κυμαίνεται από 15-43%.

Η ανάγκη λοιπόν για εκμάθηση της βασικής τουλάχιστον καρδιοπνευμονικής ανάνηψης είναι αναγκαία και επιτακτική. Γίνεται ακόμα πιο υποχρεωτική στα επαγγέλματα εκείνα όπου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να εμφανιστεί κατά την εξάσκηση του επαγγέλματος μία τέτοια κατάσταση (πίνακας 6)

Πίνακας 6. Επαγγέλματα που πρέπει να γνωρίζουν την καρδιοπνευμονική ανάνηψη

- ΟΛΟΙ οι ιατροί
- νοσηλευτές - παραϊατρικό προσωπικό - βρεφοκόμοι
- νηπιαγωγοί
- δάσκαλοι, καθηγητές
- γυμναστές, ναυαγοςώστες
- σώματα ασφαλείας, πυροσβέστες

Γύρω στα 60.000.000 Αμερικανοί είναι ικανοί να προσφέρουν σήμερα πρώτες βοήθειες με την μορφή της βασικής καρδιοπνευμονικής ανάνηψης. Βεβαίως την ανάνηψη αυτή γνωρίζουν και όλοι οι ιατροί όπως επίσης γνωρίζουν και στοιχεία της προχωρημένης καρδιοπνευμονικής ανάνηψης. Οι γνώσεις αυτές ανανεώνονται με ολιγόωρα σεμινάρια ανά 2 έτη, έτσι ώστε να υπενθυμίζεται στον εκπαιδευόμενο ο αλγόριθμος της ανάνηψης αυτής. Αυτό σημαίνει ότι το ένα τέταρτο περίπου του πληθυσμού της χώρας αυτής, μπορεί να βοηθήσει τον παθόντα στο τόπο του ατυχήματος, έως ότου φτάσει οργανωμένη ιατρική βοήθεια.

Τέλος σε μία άλλη έρευνα η οποία διεξάχθηκε και αυτή στο Λονδίνο φαίνεται η άγνοια των γονέων στην παροχή Καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης η οποία γνώση θα μπορούσε να σώσει τα παιδιά τους σε μια περίπτωση εκτάκτου ανάγκης.

Λονδίνο: Σχεδόν οι εννέα στους δέκα γονείς δεν έχουν ούτε καν τις στοιχειώδεις γνώσεις πρώτων βοηθειών ώστε να βοηθήσουν το παιδί τους σε κάποια έκτακτη ανάγκη, όπως καταδεικνύεται από σχετικό άρθρο του βρετανικού περιοδικού Mother and Baby.

Η έρευνα συμπεριέλαβε συνολικά 2.000 γονείς και, σύμφωνα με τα στοιχεία που αντλήθηκαν, μόνο το 14% των γονέων γνώριζαν τι ακριβώς έπρεπε να κάνουν αν τα παιδιά τους αντιμετώπιζαν κάποιον έκτακτο κίνδυνο.

Επιπλέον, περισσότεροι από το 1/3 των γονέων είχαν στο παρελθόν δει το παιδί τους να πνίγεται και το 70% δεν ήξεραν τι να κάνουν.

Ακόμη, το 81% των μητέρων ανέφεραν πως όταν έγιναν γονείς διαπίστωσαν ότι η εν λόγω ιδιότητα σήμαινε πολύ περισσότερες ευθύνες από ότι φαντάζονταν, ενώ το 73% είπαν ότι η ανησυχία για την αρτιμέλεια του παιδιού τους, τους δημιουργούσε έντονο στρες.

Σε άλλα σημεία της έρευνας αποδείχθηκε ότι περίπου τα 3/4 των παππούδων και γιαγιάδων δεν είχαν ποτέ δεχθεί κάποιου είδους εκπαίδευση σχετική με τις πρώτες βοήθειες. Επιπλέον, τα 2/3 των γονέων αισθάνονται ότι τα παιδιά τους είναι ανασφαλής όταν οι ίδιοι βρίσκονται στη δουλειά, καθώς δεν θεωρούν ότι η τροφός ή το συγγενικό πρόσωπο που έχει αναλάβει την ευθύνη του παιδιού θα ξέρει τι να κάνει αν το τελευταίο πάθει κάτι κακό.

"Το φαινόμενο είναι πραγματικά πάρα πολύ ανησυχητικό, ιδίως αν συνυπολογίσει κάποιος ότι κάθε χρόνο περισσότερα από μισό εκατομμύριο παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών χρειάζονται επείγουσα ιατρική φροντίδα εξαιτίας κάποιου τραυματισμού και περισσότερα από 100 βρίσκουν τραγικό θάνατο", λέει χαρακτηριστικά ο εκδότης του περιοδικού Mother and Baby, Ντάνι Ζουρ.

Έπειτα από τη δημοσίευση των στοιχείων της έρευνας, το περιοδικό Mother and Baby, σε συνεργασία με τον εθελοντικό φιλανθρωπικό οργανισμό St John Ambulance, ανακοίνωσαν ότι θα οργανώσουν σεμινάρια πρώτων βοηθειών ανά τη χώρα, με στόχο την ταχεία επιμόρφωση των Βρετανών γονέων.

Να βάλουμε λοιπόν και εμείς σαν στόχο την εκπαίδευση στην ανάνηψη όλων των ιατρών καταρχήν και τουλάχιστον των επαγγελματιών που προαναφέρθηκαν ώστε από την τυχόν εμφάνιση της ανακοπής να βγούμε με τις λιγότερες δυνατές απώλειες .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

- Υλικό
- Μέθοδος
- Αποτελέσματα
- Συζήτηση



ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΔΙΚΟ

Για την διεκπεραίωση του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας πραγματοποιήσαμε μια τυχαία, διατομική, τηλεφωνική έρευνα στο νομό Ηρακλείου. Ο πληθυσμός στόχος αποτελέστηκε από τους μόνιμους κατοίκους του νομού Ηρακλείου (συνολικός πληθυσμός 228.291), ηλικίας 18 ετών και πάνω.

Η έρευνα έγινε σε 1506 οικογένειες στο χρονικό διάστημα μεταξύ των μηνών Μαΐου και Ιουλίου του 2004.

Από τους 1506 σταθερούς τηλεφωνικούς αριθμούς οι $n=658$ ήταν άκυροι, $n=204$ παρότι ήταν υπαρκτοί δεν έδωσαν καμία απάντηση μετά από 3 προσπάθειες επικοινωνίας, οι οποίες έλαβαν μέρος σε διαφορετικές ώρες της ημέρας αλλά και σε διαφορετικές ημέρες της εβδομάδος. Σε $n=160$ περιπτώσεις δεν υπήρξε κανένα επιλέξιμο άτομο (δήλωναν ανικανότητα).

Από τους $n=484$ επιλέξιμους ερωτώμενους, οι $n=390$ πέρασαν από πλήρη συνέντευξη και αποτέλεσαν το δείγμα μας (ποσοστό απάντησης 80,5%).

Οι άνδρες οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 118 δηλαδή 49,8% και οι γυναίκες ήταν 272 οι οποίες αποτελούν το 50,2% του συνολικού ποσοστού. Η μέση ηλικία του δείγματος μας ήταν 44,8 έτη.

Τα κριτήρια αποκλεισμού των αποκρινόμενων στην έρευνα ήταν 1) άτομα ηλικίας <18 ετών, 2) άτομα τα οποία εμφανίστηκαν ανίκανα να κατανοήσουν το λεκτικό πρόλογο σχετικά με τη φύση της μελέτης και 3) μη μόνιμοι κάτοικοι της περιοχής της μελέτης.

Απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης από τους συμμετέχοντες μας ήταν το 47,7%, Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το 35,7%, Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το 13,1% και ένα ποσοστό 3,5% είχαν τελειώσει μεταλυκειακά.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα είχαμε στα χέρια μας 2000 τυχαία σταθερά νούμερα τηλεφωνικών αριθμών του νομού Ηρακλείου. Όλα τα τυχαία νούμερα τα οποία είχαμε στην κατοχή μας είχαν ως αρχικό ψηφίο τα νούμερα 2 και 3. Οι τηλεφωνικοί αριθμοί εξάχθηκαν μέσω ειδικού προγράμματος ανάλυσης στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

Τα τηλέφωνα μοιράστηκαν δια 2 (σε μας που ενεργούσαμε την έρευνα). Κατόπιν, κατά τη διάρκεια όλης της εβδομάδας από το Μάιο ως τον Ιούλιο ερχόμασταν σε τηλεφωνική επικοινωνία με τους υποψήφιους ερωτηθέντες μας. Η τηλεφωνική επικοινωνία ήταν διατομική, διάρκειας από 10 έως 15 λεπτά το ανώτερο και όλα τα έξοδα ήταν δικά μας. Καθημερινά από τις 10π.μ. μέχρι τις 2μ.μ. και από τις 6μ.μ. μέχρι τις 9μ.μ καλούσαμε αριθμούς προκειμένου να συμπληρωθεί ικανός αριθμός ερωτηματολογίων (τουλάχιστον 385) έτσι ώστε να θεωρηθεί η έρευνα έγκυρη και αξιόπιστη.

Χρησιμοποιώντας την απλή τυχαία δειγματοληψία των τηλεφωνικών αριθμών καλούσαμε κάθε επιλεγμένο αριθμό μέχρι τρεις φορές κατά τη διάρκεια των διαφόρων ωρών της ημέρας και των διαφόρων ημερών της εβδομάδας έως ότου επιτευχθεί η τηλεφωνική επικοινωνία.

Στους πολίτες οι οποίοι απαντούσαν στην κλήση μας συστηνόμασταν, εξηγούσαμε το σκοπό της επικοινωνίας μας, για τι θέμα επρόκειτο να ζητηθούν οι απαντήσεις τους και επιπλέον ρωτούσαμε εάν έχουμε καλέσει σπίτι ή επαγγελματικό χώρο.

Οι επαγγελματικοί χώροι απορρίπτονταν. Εάν όμως ο αριθμός ο οποίος καλείτο άνηκε σε οικογένεια τότε γινόταν η επιλογή του προσώπου από το οποίο θα παίρναμε τη συνέντευξη με βάση την ερώτηση “ ποιος έχει τα πιο πρόσφατα γενέθλια” στην οικογένεια εκείνη τη στιγμή. Έτσι ο επιλέξιμος της έρευνας ήταν το νεώτερο μέλος της οικογενείας.

Στην περίπτωση άρνησης του ερωτώμενου λαμβάνονταν τα βασικά δημογραφικά στοιχεία δηλαδή η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο καθώς επίσης και πληροφορίες για τον αριθμό των μελών της οικογενείας και τον αριθμό των σταθερών τηλεφωνικών γραμμών της οικίας.

Η αξιολόγηση της γνώσης των απλών πολιτών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση έγινε μέσω ενός τυποποιημένου σχήματος συνέντευξης, χρησιμοποιώντας ένα δομημένο πολλαπλής επιλογής ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο διακρίνονταν σε 3 τμήματα. Το πρώτο τμήμα με τα δημογραφικά στοιχεία, το δεύτερο τμήμα με στοιχεία σχετικά με την προγενέστερη γνώση και εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ και χειρισμός της ΚΑΡΠΑ σε πραγματικές συνθήκες και τέλος το τρίτο τμήμα του ερωτηματολογίου το οποίο περιείχε 12 ερωτήσεις με τις οποίες έγινε η αξιολόγηση των πολιτών για τη θεωρητική γνώση τους σχετικά με την ΚΑΡΠΑ.

Όλες οι ερωτήσεις στο τρίτο τμήμα περιελάμβαναν την απάντηση "δε γνωρίζω". Οι απαντήσεις περάστηκαν με τη μορφή κωδικών στοιχείων στα στατιστικά φύλλα Excel της εταιρείας λογισμικού Microsoft. Στη συνέχεια κωδικοποιήθηκαν ως "σωστές" ή "λάθος" και με την απάντηση "δε γνωρίζω" να συγκαταλέγεται στην κατηγορία των "λάθος" απαντήσεων. Ένα ευρετήριο αποτελεσμάτων το οποίο εκφράζει το συνολικό επίπεδο γνώσεων στην ΚΑΡΠΑ δημιουργήθηκε για κάθε ερωτηθέντα, βασισμένο στον αριθμό των σωστών απαντήσεων τους στο τρίτο τμήμα (η σειρά ερωτήσεων 0-12). Επαρκής γνώσεις στην ΚΑΡΠΑ θεωρήθηκαν αυτές που ανταποκρίνονται σε ένα αποτέλεσμα τουλάχιστον 7 απαντήσεις από τις 12 σωστές.

Στη στατιστική ανάλυση για να υπολογιστεί το συγκεκριμένο άνισο σχέδιο δειγματοληψία πιθανότητας, οι ερωτηθέντες εκτιμήθηκαν από την αμοιβαιότητα της πιθανότητας συνυπολογισμού τους. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία τα οποία πάρθηκαν σχετικά με τον αριθμό των μελών της οικογένειας και των τηλεφωνικών γραμμών της οικίας. Για αντιστάθμιση όσων δεν απάντησαν και όσων ερωτήσεων δεν καλύφθηκαν, πραγματοποιήθηκαν περαιτέρω έλεγχοι εκτίμησης του πληθυσμού με βάση το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο. Για τις ρυθμίσεις αυτές χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από την απογραφή του 2001. Τα σταθμισμένα αυτά στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν για όλες τις αναλύσεις οι οποίες έγιναν. Πληθυσμιακές εκτιμήσεις για κατηγορικά δεδομένα εκφράστηκαν σαν εκτιμώμενα ποσοστά με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ). Συνεχείς εκτιμήσεις δεδομένων περιγράφηκαν ως σταθμισμένα μέσα με 95%ΔΕ. Για συνοψισμένες απαντήσεις (π.χ. σύνολο σωστών απαντήσεων σε 12 ερωτήσεις που αξιολογούν τις γνώσεις στην ΚΑΡΠΑ), τα «Η» μεταξύ των υποομάδων και το αντίστοιχο 95%ΔΕ υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας λογιστική ανάλυση

παλινδρόμησης πολλών μεταβλητών. Οι μεταβλητές υπολογίστηκαν με τη χρήση της μεθόδου αντιγραφής (Jackknife JK1). Η λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης πολλών μεταβλητών κατευθύνθηκε για την αξιολόγηση των μεταβλητών που ήταν σχετικά ανεξάρτητες με την ανεπάρκεια της γνώσης ΚΑΡΠΑ (αποτέλεσμα >7) μεταξύ εκείνων οι οποίες εξέθεταν την κατάρτιση στην ΚΑΡΠΑ. Οι μεταβλητές που μελετήθηκαν περιλαμβάνουν την ηλικία, το γένος, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική θέση, το χρονικό παρελθόν από την εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ, εάν ήταν επιστήμονας υγείας/φοιτητής και εάν υπήρξε παριστάμενος σε ατύχημα. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις εκτελέστηκαν με SPSS της 12.0.2 και Wes Var 4.2. Όλες οι δοκιμές ήταν διμερείς και μια καθαρή αξία (<0,05) θεωρήθηκε σημαντική.

Το σύνολο των ερωτηθέντων ομαδοποιήθηκε σε δυο υποομάδες.

Η ομάδα Α η οποία περιλάμβανε 112 πολίτες οι οποίοι είχαν παρακολουθήσει στο παρελθόν μαθήματα καρδιοαναπνευστική αναζωογόνησης από άρτια και εξουσιοδοτημένη ομάδα είτε του Ε.Κ.ΑΒ. ή του Ερυθρού Σταυρού ή από γιατρό και νοσηλεύτη και στην ομάδα Β η οποία αποτελούνταν από 278 πολίτες οι οποίοι δεν είχαν παρακολουθήσει μαθήματα καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Κατά τη διάρκεια της διεκπεραίωσης της πτυχιακής μας εργασίας συναντήσαμε αρκετές δυσκολίες.

Μια σοβαρή δυσχέρεια ήταν η έλλειψη εμπιστοσύνης στο σκοπό της έρευνας μας από τους ερωτηθέντες, γεγονός που τους οδηγούσε στην άρνηση απάντησης. Πολλές φορές μόνο που άκουγαν το λόγο της επικοινωνίας μας έκλειναν το τηλέφωνο τους.

Μια άλλη δυσκολία αφορούσε στο κόστος των τηλεφωνημάτων το οποίο ήταν εξολοκλήρου δικό μας και έφτασε τα 150 ευρώ μαζί με τη φωτοτύπηση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, σημαντικό εμπόδιο, ήταν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των πολιτών και οι ελλιπείς πληροφορίες τις οποίες μας έδωσαν σε ορισμένες περιπτώσεις, με αποτέλεσμα να χρειαστεί να επικοινωνήσουμε δυο φορές μαζί τους για τη διευκρίνιση ορισμένων στοιχείων.

Παρόλα αυτά όμως, κατορθώσαμε να ολοκληρώσουμε την έρευνά μας εγκαίρως και να ξεκινήσει η επεξεργασία των δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν σε 3 ενότητες.

Στην πρώτη ενότητα ανήκουν όλοι οι πολίτες οι οποίοι απάντησαν στη συνέντευξη μας, ανεξαρτήτως εκπαίδευσης στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Στη δεύτερη ενότητα ανήκουν όλοι όσοι πολίτες έχουν εκπαιδευθεί στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ειδικευμένο και εξουσιοδοτημένο προσωπικό στο παρελθόν.

Τέλος, στην τρίτη ενότητα ανήκουν όσοι πολίτες δεν είχαν εκπαιδευθεί ποτέ στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από ειδικευμένο και εξουσιοδοτημένο φορέα.

Λέγοντας ειδικευμένο φορέα εννοείτε το Ε.Κ.Α.Β., ο Ερυθρός Σταυρός ή κάποιος ιατρός ή νοσηλεύτης.

Ενότητα πρώτη:

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων θα γίνει με βάση το ερωτηματολόγιο τα έρευνας το οποίο χωρίζεται σε τρία τμήματα.

Το πρώτο τμήμα αναφέρεται στα δημογραφικά στοιχεία των πολιτών, το δεύτερο αναφέρεται στην ύπαρξη ή όχι προγενέστερης γνώσης και εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΙΑ καθώς επίσης και εάν υπήρξαν ή όχι μάρτυρες ατυχήματος στο οποίο παρέχονταν ΚΑΡΠΙΑ και τέλος το τρίτο τμήμα το οποίο περιλαμβάνει τις 12 ερωτήσεις αξιολόγησης της γνώσης τους σχετικά με το αντικείμενο της μελέτης μας.

Όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου σταθμίστηκαν με βάση κάποιους παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και άλλους οι οποίοι προαναφέρθηκαν στην ενότητα στην οποία αναλύεται η μέθοδος που ακολουθήθηκε στην έρευνά μας. Το πρώτο και δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου θα παρουσιαστεί αμέσως με τα σταθμισμένα στοιχεία ενώ στο τρίτο τμήμα πρώτα θα δοθούν τα απλά ποσοστά απαντήσεων των ερωτηθέντων σε κάθε μία ερώτηση του ερωτηματολογίου και στη συνέχεια θα παρουσιαστούν σταθμισμένες μόνο οι σωστές απαντήσεις της κάθε ερώτησης. Η τακτική αυτή θα συνεχιστεί και στις επόμενες ενότητες ανάλυσης που θα ακολουθήσουν.

Πρώτο τμήμα:

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν $n=390$ και πέρασαν από πλήρη συνέντευξη.

Εργαζόμενοι ήταν οι 220 από τους 390 δηλαδή ποσοστό ίσο με 51,1%, ενώ άνεργοι ήταν οι 170 που αντιστοιχούν σε ποσοστό 48,9%.

Σχέση με τις επιστήμες υγείας - δηλαδή ήταν ιατροί, το επάγγελμα τους άνηκε σε παραϊατρικό ή ιατρικό κλάδο, είχαν συγγενείς με ανάλογα επαγγέλματα και ήταν σπουδαστές επιστημών υγείας – είχαν οι 24 (2,6%) από τους 390, ενώ καμία σχέση δεν είχαν οι 366 (97,4%) από το σύνολο των συμμετεχόντων.

Στην ερώτηση για την ηλικία των αποκρινόμενων στην έρευνα, υπήρξε διαχωρισμός σε 4 κατηγορίες για τη διευκόλυνση των αποτελεσμάτων. Έτσι, στην κατηγορία των 18-29 ετών ανήκουν 107 άτομα (24,8%), στη δεύτερη κατηγορία των 30-49 ετών ανήκουν 160 άτομα (35,5%), στην τρίτη των 50-69 ετών 98 (26,6%) και στην τελευταία κατηγορία των >70 ετών ανήκουν 25 άτομα (13,1%).

Άνδρες στην έρευνα ήταν 118 από τους 390, ποσοστό το οποίο αγγίζει το 49,8% ενώ γυναίκες ήταν οι 272 (50,2%).

Τέλος, στην τελευταία ερώτηση του πρώτου τμήματος του ερωτηματολογίου, το οποίο αφορά το μορφωτικό επίπεδο, έγινε κατάταξη της εκπαίδευσης σε 4 βαθμίδες. Αυτές είναι η Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, η Δευτεροβάθμια, η Τριτοβάθμια και τα μεταλυκειακά.

Στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση ανήκουν 104 άτομα από τα 390, ποσοστό ίσο με (47,7%), στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση βρέθηκαν 143 άτομα (35,7%), στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ανήκουν 103 άτομα (13,1%) ενώ μεταλυκειακό έχουν κάνει 40 άτομα (3,5%).

Δεύτερο τμήμα:

Εκπαιδευμένοι στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ήταν οι 112 από τους 390, ποσοστό ίσο με (24,8%) ενώ ανεκπαιδευτοι ήταν οι 278 (75,2%).

Από τους εκπαιδευμένους οι 21 (15,5%) είχαν εκπαιδευθεί από το Ε.Κ.Α.Β. και τον Ερυθρό Σταυρό, οι 75 (62,1%) από ιατρό ή νοσηλεύτη και 16 (22,4%) ήταν αυτοδίδακτοι. Οι τελευταίοι ανέφεραν ως πηγές εκπαίδευσης ιατρικές εγκυκλοπαίδειες, την τηλεόραση, το γεγονός ύπαρξης κάποιου απωθημένου και ύπαρξης άρρωστου ατόμου στην οικογένεια γεγονός το οποίο τους οδηγούσε στην ενημέρωσή τους.

Από τους εκπαιδευμένους οι 17 (10,2%) εκπαιδεύτηκαν εξαιτίας της επικινδυνότητας της εργασίας τους, οι 10 (6,3%) εξαιτίας απαίτησης του εργοδότη, οι 45 (44,2%) από

προσωπικό ενδιαφέρον ενώ 40 (39,3%) εξαιτίας κάποιου άλλου λόγου. Άλλος λόγος ήταν ο στρατός, κάποια σχολή την οποία είχαν παρακολουθήσει ή ακόμα και οι εξετάσεις για δίπλωμα οδήγησης.

Στην ερώτηση η οποία απευθυνόταν στους ανεκπαιδευτους για το λόγο της μη εκπαίδευσης τους οι 124 απάντησαν ότι δεν εκπαιδεύθηκαν διότι δεν υπάρχει υποδομή, ποσοστό σταθμισμένο ίσο με (42,9%). Επίσης 54 (19,42%) απάντησαν ότι δεν είχαν χρόνο να κάνουν κάτι τέτοιο, 83 (29,86%) δεν γνώριζαν που ν' απευθυνθούν ενώ μόνο 17 (6,12%) δεν θεωρούσαν σημαντικό να μάθουν.

Τέλος μάρτυρες σε ατύχημα στο οποίο παρέχονταν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ήταν 57 (15,3%) από τους 390 ενώ οι υπόλοιποι 333 (84,7%) δεν υπήρξαν ποτέ μάρτυρες.

Τρίτο τμήμα:

Το τρίτο τμήμα περιλαμβάνει τις 12 ερωτήσεις με τις οποίες έγινε η αξιολόγηση των γνώσεων των ερωτηθέντων.

Πρώτα θα παρουσιαστούν αστάθμιστα τα αποτελέσματα και μετά σταθμισμένα μόνο οι σωστές απαντήσεις.

Πρώτη ερώτηση: Πώς καθορίζετε αν ένα άτομο είναι αναίσθητο και θέλει βοήθεια; 125 άτομα (32,05%) θεώρησαν ότι αναίσθητο είναι το άτομο το οποίο «είναι πεσμένο στο έδαφος και δεν κινείται», ενώ 19 (4,87%) άτομα απάντησαν ότι είναι αυτό το οποίο «δεν απαντάει στις ερωτήσεις μας εάν είναι καλά». Το μεγαλύτερο ποσοστό 182 (46,66%) απάντησαν ότι είναι αυτό το οποίο «αν το ταρακουνήσουμε ελαφρά στους ώμους και του φωνάξουμε δυνατά δεν κινείται και δεν βγάζει ήχους» που είναι η σωστή απάντηση. Οι 65 (16,66%) δήλωσαν ότι «δεν γνωρίζουν».

Δεύτερη ερώτηση: Τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναίσθητο άτομο; 155 άτομα (39,74%) ανέφεραν ότι «πρέπει να του ρίξουμε λίγο νερό στο πρόσωπο», 72 άτομα (18,46%) είπαν ότι «θα του έδιναν τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα», τη σωστή απάντηση η οποία είναι «θα φωνάξουμε βοήθεια από οποιονδήποτε είναι κοντά» έδωσαν 139 άτομα (35,64%) ενώ «δε γνώριζαν» τα 24 (6,15%).

Τρίτη ερώτηση: Για να εξασφαλίσουμε ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναίσθητο άτομο τι κάνουμε πρώτο;

“Υπερέκταση του αυχένα” που είναι η σωστή απάντηση είπαν ότι κάνουμε πρώτα οι 92 (23,58%), οι 82 (21,02%) είπαν ότι γίνεται πρώτα “απομάκρυνση ξένων σωμάτων ή εμεσμάτων από το στόμα” και ότι “ανασηκώνουμε το πιγούνι” πρώτα απάντησαν οι 61 (15,64%) , ενώ οι 155 (39,74%) δε γνώριζαν.

Τέταρτη ερώτηση: Υπερέκταση του αυχένα και ανασήκωμα του πιγουριού είναι τεχνικές για...

“Ανακούφιση από τον πόνο” απάντησαν οι 12 (3,07%), τη σωστή απάντηση δηλαδή για “καλύτερη διέλευση του αέρα στους πνεύμονες” απάντησαν οι 229 (58,71%), ενώ για την “προστασία του πάσχοντα από εμέσματα” οι 16 (4,10%) και 133 εξίσου μεγάλο ποσοστό (34,10%) με τη σωστή απάντηση, δήλωσαν ότι δε γνωρίζουν.

Πέμπτη ερώτηση: Ποιος δεν είναι σωστός τρόπος για να διαπιστώσουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει;

87 άτομα (22,30%) απάντησαν ότι είναι “η ψηλάφηση του θώρακα”, 100 άτομα (25,64%) έδωσαν τη σωστή απάντηση η οποία είναι “βλέπουμε την κοιλιά να κινείται πάνω-κάτω”. 55 άτομα (14,10%) θεώρησαν ότι είναι “η αίσθηση του αέρα που εκπνέει ο πάσχοντας στο μάγουλο του διασώστη” ενώ 148 άτομα (37,95%) , το μεγαλύτερο ποσοστό δε γνώριζε.

Έκτη ερώτηση: Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε αναπνοή στον πάσχοντα;
Οι 156 ερωτηθέντες (40%) απάντησαν ότι δίνουμε τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα σε κάποιον που δεν αναπνέει, που είναι και η σωστή απάντηση. Ποσοστό 26,15% που αντιστοιχεί σε 102 άτομα από τα 390 θα έκαναν πέντε εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα, 35 άτομα (8,97%) Θα του χορηγούσαν οξυγόνο με φιάλη και 97 άτομα (24,87%) δεν γνώριζαν.

Έβδομη ερώτηση: Που ελέγχουμε καλύτερα το σφυγμό ενός πάσχοντα;
187 άτομα (47,94%) θα έλεγχαν το σφυγμό στην καρωτίδα, που είναι και το καλύτερο σημείο ελέγχου του σφυγμού. Εξίσου μεγάλο ποσοστό (46,41%) δηλαδή 181 άτομα θα έλεγχαν το σφυγμό στον καρπό που είναι το πιο συνηθισμένο μέρος το οποίο επιλέγουν όλοι. Μόλις ένα άτομο (0,26%) θα τον έλεγχε στο μηρό και 21 άτομα (5,38%) δε γνώριζαν που.

Όγδοη ερώτηση: Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα;

Σε αυτήν την ερώτηση 89 (22,82%) απάντησαν ότι θα έδιναν στον πάσχοντα τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα. Εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα, που είναι η σωστή απάντηση θα έκαναν 162 άτομα (41,54%), γροθιά στην περιοχή της καρδιάς δε θα έδινε κανείς (0%) ενώ 21 (5,38%) δεν ήξεραν τι θα έκαναν.

Ένατη ερώτηση: Ποια είναι η καλύτερη θέση για εξωτερικές μαλάξεις;

Στις τέσσερις πιθανές απαντήσεις της ερώτησης, στο κάτω μέρος του στέρνου δήλωσαν ότι θα έκαναν τις εξωτερικές μαλάξεις οι 135 (39,23%) οι οποίοι έδωσαν και τη σωστή απάντηση. 20 ερωτηθέντες (5,13%) θα τις εφαρμόζαν στο πάνω μέρος της κοιλιάς, 121 άτομα (31,03%) απάντησαν ότι το καλύτερο μέρος για αυτές είναι η θέση αριστερά στο θώρακα πάνω από την καρδιά ενώ 96 (24,61%) δήλωσαν ότι δεν ήξεραν ποιο από όλα τα σημεία είναι το καλύτερο.

Δέκατη ερώτηση: Ξέρετε πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις οι οποίες πρέπει να γίνουν στο λεπτό σε ένα άτομα που έχει υποστεί καρδιακή ανακοπή;

Οι απαντήσεις σε αυτή την ερώτηση ήταν απογοητευτικές. Ποσοστό 90,25% δηλαδή 352 άτομα στα 390 δε γνώριζαν ενώ μόνο 15 άτομα (3,85%) απάντησαν σωστά δηλαδή 80-100 ανά λεπτό. Ποσοστό 5,64% το οποίο αντιστοιχεί σε 22 άτομα δήλωσε ότι η σωστή απάντηση είναι 40-60 το λεπτό ενώ 1 άτομο (0,26%) είπε ότι είναι 120-140 ανά λεπτό.

Ενδέκατη ερώτηση: Πόσες τεχνητές αναπνοές πρέπει να κάνουμε στο λεπτό σε ένα άτομα που έχει πάθει αναπνευστική ανακοπή;

Η προηγούμενη και αυτή η ερώτηση δυσκόλεψαν τους ερωτηθέντες μας πιο πολύ από όλες. Είναι μεν λίγο εξειδικευμένες αλλά οι εκπαιδευμένοι θα μπορούσαν να είχαν συγκεντρώσει καλύτερα ποσοστά. 16 άτομα (4,10%) και άλλα τόσα αντίστοιχα, ισχυρίστηκαν ότι η σωστή συχνότητα είναι 10-15 ανά λεπτό και 15-20 το λεπτό αντίστοιχα. Όμως τη σωστή απάντηση έδωσαν 7 μόνο άτομα (1,80%) η οποία είναι 30-40 το λεπτό ενώ 351 άτομα (90%) δε γνώριζαν.

Δωδέκατη Ερώτηση: Πόσες μαλάξεις και εμφυσησεις γίνονται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;

Βασικότατη γνώση της ΚΑΡΠΑ με εξίσου απογοητευτικά αποτελέσματα. 6 ερωτηθέντες (1,54%) ισχυρίστηκαν ότι θα έκαναν 1 εμφύσηση και 1 μάλαξη. 47 άτομα (12,05%) έδωσαν τη σωστή απάντηση δηλαδή 2 εμφυσησεις και 15 μαλάξεις. Την απάντηση 3

δήλωσαν 16 άτομα (4,10%) τα οποία θα έκαναν 1 εμφύσηση και 5 μαλάξεις ενώ 321 ερωτηθέντες, ποσοστό ίσο με (82,31%) δε γνώριζαν την αναλογία αυτή.

Τα στοιχεία αυτά τα οποία παρουσιάστηκαν στο τρίτο μέρος δεν ήταν τα σταθμισμένα αλλά τα απλά ποσοστά των πολιτών στην κάθε απάντηση. Τώρα θα παρουσιαστούν και τα σταθμισμένα βάση το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο, για τις σωστές, μόνο απαντήσεις.

Στην πρώτη ερώτηση για το πώς καθορίζετε αν ένα άτομο είναι αναίσθητο και θέλει βοήθεια 182 έδωσαν τη σωστή απάντηση από τους 390, που αντιστοιχεί σε 44,7% σταθμισμένο ποσοστό.

Στη δεύτερη ερώτηση για το «τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναίσθητο άτομο» δήλωσαν ότι θα το ταρακουνούσαν ελαφρά στους ώμους και θα του φώναζαν δυνατά για να δουν αν κινείται και αν βγάζει ήχους. Οι 139 οι οποίοι έδωσαν τη σωστή απάντηση αντιστοιχούν σε σταθμισμένο ποσοστό 38,9%.

92 άτομα απάντησαν ότι η πρώτη κίνηση την οποία θα έκαναν για να εξασφαλίσουν ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναίσθητο άτομο θα ήταν η υπερέκταση του αυχένα, ποσοστό σταθμισμένο ίσο με 22,2% ενώ 229 από τους 390 δήλωσαν ότι η τεχνική αυτή είναι για την καλύτερη διέλευση του αέρα στους πνεύμονες και αποτελούν σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 52,1%

Ακόμα, 100 ερωτηθέντες, σχετικά μικρός αριθμός, δήλωσε ότι λάθος τρόπος για να διαπιστώσουμε ότι ο πάσχοντας δεν αναπνέει είναι να δούμε την κοιλιά του να κινείται πάνω-κάτω. Σε αυτήν την απάντηση το σταθμισμένο ποσοστό είναι 24,4%.

Επίσης, 156 πολίτες αποκρίθηκαν ότι θα έδιναν τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα σε έναν πάσχοντα ο οποίος δεν έχει αναπνοή. Το σταθμισμένο ποσοστό της απάντησης αυτής είναι 37,3%.

Στην ερώτηση πού ελέγχουμε καλύτερα το σφυγμό, 187 άτομα έδωσα τη σωστή απάντηση η οποία είναι η καρωτίδα και το σταθμισμένο ποσοστό είναι 44,2%.

162 ερωτηθέντες, σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 39,6% δήλωσαν ότι θα έκαναν εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις σε κάποιο πάσχοντα ο οποίος δεν έχει σφυγμό.

Το κάτω μέρος του στέρνου είναι η καλύτερη θέση για να κάνουν τις εξωτερικές μαλάξεις δήλωσαν 153 άτομα, 37,2% σταθμισμένο ποσοστό.

Στην ερώτηση «πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις οι οποίες πρέπει να γίνουν σε ένα λεπτό σε άτομο το οποίο έχει υποστεί καρδιακή ανακοπή» σωστά απάντησαν δυστυχώς μόνο 15 οι οποίοι εξάγουν σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 3,4%.

Παράλληλα, 7 μόνο άτομα, δήλωσαν ότι η σωστή συχνότητα αναπνοών τις οποίες θα έδιναν σε άτομο με αναπνευστική ανακοπή το λεπτό είναι 80-100 και εξάγουν ποσοστό σταθμισμένο μόλις 0,8%.

Τέλος, απάντησαν ότι η αναλογία εμφυσησεων-μαλάξεων τις οποίες θα δώσουν για να σώσουν ένα αναισθητο άτομο είναι 2 με 15, 47 άτομα δηλαδή 10,6% σταθμισμένο ποσοστό.

Αυτά ήταν τα σταθμισμένα ποσοστά των σωστών απαντήσεων τις οποίες έδωσαν οι 390 ερωτηθέντες της έρευνας.

Για να διαπιστώσουμε εάν οι συμμετέχοντες (n=390) είχαν επαρκή γνώση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης ορίσαμε ένα αριθμό (>7) σωστών απαντήσεων από τις 12 ερωτήσεις οι οποίες τους παρατέθηκαν .

Βρέθηκε, λοιπόν, ότι 50 μόνο ερωτηθέντες από τους 390, σταθμισμένο ποσοστό 11,7% είχαν αποτέλεσμα (>7) απαντήσεις σωστές. Όλοι αυτοί ανήκουν στην ομάδα των εκπαιδευμένων ενώ κανένας από τους 278 ανεκπαίδευτους δεν είχε φτάσει το αποτέλεσμα (>7) που είχε οριστεί για να θεωρηθεί κάποιος από τους συμμετέχοντες ότι γνωρίζει το αντικείμενο της ΚΑΡΠΑ τουλάχιστον θεωρητικά.

Αυτό, εξάλλου είναι και το αποτέλεσμα μας, δηλαδή 11,7% του γενικού πληθυσμού αποδείχθηκε ότι είχε γνώσεις καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Επίσης, οι 24 από τους 50 εκπαιδευμένους συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν σχέση με τις επιστήμες υγείας εμφάνιζαν ποσοστό επάρκειας (>7), πάντα σταθμισμένο ίσο με 50.9%.

Από τους 366 στους 390 οι οποίοι δεν είχαν καμία σχέση με τις επιστήμες υγείας, είχαν απαντήσει σε 7 τουλάχιστον ερωτήσεις σωστά οι 40, σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 10,7%.

Επίσης, από τους 118 άνδρες και τις 272 γυναίκες, ποσοστό σταθμισμένο ίσο με 15,4% και 8,1% αντίστοιχα, είχαν επαρκή γνώση ΚΑΡΠΑ.

Ένα ποσοστό 17,5% από τους 107 ερωτηθέντες ηλικίας 18-29 ετών είχαν επάρκεια γνώσης (>7) στην ΚΑΡΠΑ. Στην κατηγορία των 30-49 ετών το σταθμισμένο ποσοστό επάρκειας είναι 9,5% ενώ στην κατηγορία των 50-69 ετών και >70 ετών αυτό φτάνει το 14,3% και 1,8% αντίστοιχα.

Ανάλογα με την εκπαίδευση τους, το πιο χαμηλό ποσοστό επάρκειας συγκέντρωναν τα άτομα τα είχαν τελειώσει το δημοτικό, με ποσοστό το οποίο αγγίζει μόλις το 6,3% στα 104 άτομα Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση το ποσοστό επάρκειας αγγίζει το 12,9% (v=143) αν και σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα περισσότερα άτομα. Το μεγαλύτερο ποσοστό επάρκειας συγκέντρωναν τα άτομα της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (v=103) το οποίο έφθανε 27,5% και αμέσως μετά ακολουθούσαν τα άτομα με τη μεταλυκειακή εκπαίδευση (v=40) τα οποία είχαν 15%.

Από τους εργαζόμενους (v=220), ποσοστό 14,3% είχε δώσει τουλάχιστον 7 απαντήσεις σωστές στις 12 ερωτήσεις τις οποίες τους υποβλήθηκαν ενώ από τους (v=170) ανέργους το ποσοστό επάρκειας ήταν χαμηλότερο (9,1%).

Τέλος, οι μάρτυρες ατυχήματος (v=57) στο οποίο παρέχονταν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είχαν ποσοστό επάρκειας 21,35 αισθητά μεγαλύτερο από αυτούς οι οποίοι δεν υπήρξαν ποτέ μάρτυρες (v=333) και παρουσίασαν επάρκεια ίση με 10%.

Αυτά, είναι, λοιπόν, τα αποτελέσματα τα οποία εξάχθηκαν για το σύνολο των συμμετεχόντων (v=390), ενώ αμέσως μετά θα αναλυθούν τα αποτελέσματα τα οποία βρέθηκαν για τους 112 εκπαιδευμένους συμμετέχοντες.

Ενότητα δεύτερη:

Σε αυτή την ενότητα θα αναλυθούν τ' αποτελέσματα τα οποία εξάχθηκαν για τη ομάδα των εκπαιδευμένων (v=112) ατόμων στα οποία δόθηκε και το μεγαλύτερο βάρος. Τα στοιχεία και πάλι θα δοθούν ως σταθμισμένα για το πρώτο και δεύτερο μέρος, ενώ για το τρίτο τμήμα, πρώτα, αστάθμιστες μόνο οι 12 ερωτήσεις και μετά σταθμισμένες οι σωστές απαντήσεις.

Πρώτο τμήμα:

Οι εκπαιδευμένοι οι οποίοι βρέθηκαν στην έρευνα μας, όπως προαναφέρθηκε ήταν 112. Από αυτούς τους 112, σχεδόν το μισό, δηλαδή οι 50 (47,3%) αποδείχθηκε ότι είχαν επαρκή γνώση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Αυτό σημαίνει ότι είχαν απαντήσει σε τουλάχιστον 7 από τις 12 ερωτήσεις του τρίτου τμήματος σωστά. Το μέσο αποτέλεσμα γνώσης της ΚΑΡΠΑ ήταν 6,1%.

Εργαζόμενοι από τους 112 ήταν οι 83 (69,5%) και άνεργοι ήταν οι 29 (30,5%). Σχέση με ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα είχαν μόλις οι 20 (9,2%) και οι υπόλοιποι 92 (90,8%) δεν είχαν καμία σχέση με τις επιστήμες υγείας.

Η μέση ηλικία των εκπαιδευόμενων (n=112) ατόμων ήταν 36,1 έτη. Στην πρώτη κατηγορία των 18-29 ετών περιλαμβάνονται 40 άτομα (41,6%), στην κατηγορία των 30-49 ετών με το μεγαλύτερο αριθμό συμμετοχής (n=53) το σταθμισμένο ποσοστό ήταν 34,7%). Επίσης, στην κατηγορία των 50-69 ετών άνηκαν 18 άτομα (22,7%) και στην τελευταία των >70 ετών μόνο 1 (1,0%).

Άνδρες ήταν οι 41 (59,4%) από τους 112 και γυναίκες ήταν 71 (40,6%), γεγονός λογικό αφού το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού το κατέχουν οι γυναίκες.

Επίσης, και το μορφωτικό επίπεδο των εκπαιδευμένων χωρίστηκε σε τέσσερα τμήματα. Στο πρώτο τμήμα, συμπεριλαμβάνεται η πρωτοβάθμια εκπαίδευση, στο δεύτερο η δευτεροβάθμια, στο τρίτο τα μεταλυκειακά και στο τέταρτο η τριτοβάθμια. Την πρωτοβάθμια εκπαίδευση είχαν τελειώσει 11 άτομα (29,9%), το γυμνάσιο-λύκειο είχαν ολοκληρώσει 36 άτομα (36,9%), από μεταλυκειακά είχαν αποφοίτηση 16 άτομα (5,8%) ενώ τέλος ΑΕΙ και ΤΕΙ είχαν τελειώσει 49 άτομα (27,4%).

Δεύτερο τμήμα:

Για τους εκπαιδευμένους υπήρχαν κάποιες επιπλέον ερωτήσεις. Η πρώτη από αυτές ήταν «ποιος τους είχε εκπαιδεύσει στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση». Οι 75 (62,1%) ανέφεραν ως πηγή της εκπαίδευσης τους κάποιο γιατρό ή νοσηλεύτη, οι 21 (15,5%) το ΕΚΑΒ και τον Ερυθρό Σταυρό, ενώ οι 16 (22,4%) δήλωσαν ότι είναι αυτοδίδακτοι. Οι 16 αυτοί είχαν μέσο αποτέλεσμα γνώσης ίσο με 7,5% σε αντίθεση με τους 21 οι οποίοι είχαν εκπαιδευτεί από εξειδικευμένο προσωπικό και είχαν μέσο αποτέλεσμα γνώσης ίσο με 4,8%, χαμηλότερο δηλαδή από τους αυτοδίδακτους. Παρ' όλα αυτά κανένας από τους αυτοδίδακτους (0%) δεν είχε φτάσει την επάρκεια γνώσης της ΚΑΡΠΑ την οποία είχαμε ορίσει (>7) και μόλις (9%) από τους εκπαιδευμένους (n=21) από ΕΚΑΒ και Ε.Σ. είχαν επάρκεια γνώσης. Τη μεγαλύτερη επάρκεια γνώσης 37,7% προσέγγιζαν τα 75 άτομα τα οποία εκπαιδεύθηκαν από κάποιο γιατρό ή νοσηλεύτη.

Η δεύτερη από τις επιπλέον ερωτήσεις ήταν «πριν πόσο καιρό είχαν εκπαιδευθεί. Οι 34 από τους εκπαιδευμένους (n=112) ποσοστό ίσο με 26,3% είχαν δεχθεί εκπαίδευση πρόσφατα (<1 χρόνος), οι 39 (46,8%) πριν 1-5 χρόνια και τέλος άλλοι 39 (26,9%) πριν 5

χρόνια και πάνω. Όλοι τους εμφάνισαν επάρκεια γνώσης στην ΚΑΡΠΑ με μεγαλύτερο ποσοστό (79,7%) οι πρόσφατα εκπαιδευμένοι (<1 χρόνο). Οι υπόλοιποι είχαν 41,6% και 25,5% ποσοστό επάρκειας γνώσης (>7). Το συμπέρασμα είναι ότι όλοι τους είχαν διατηρήσει σε σημαντικό ποσοστό τη γνώση της εκπαίδευσης που είχαν πάρει.

Τέλος η τελευταία από τις επιπλέον ερωτήσεις οι οποίες τους έγιναν ήταν «για ποίο λόγο οδηγήθηκαν στην εκπαίδευση». Από τις τέσσερις πιθανές απαντήσεις που τους δίνονται ένα ποσοστό 68,2%, το μεγαλύτερο, αντιστοιχεί και στα περισσότερα άτομα (n=45) οδηγήθηκαν στην εκπαίδευση από απλό ενδιαφέρον. Εξαιτίας της επικινδυνότητας της εργασίας τους δήλωσαν ότι εκπαιδεύθηκαν 17 άτομα (42,2%). 10 άτομα (39,9%) ακολούθησαν την εκπαίδευση στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση λόγω απαίτησης του εργοδότη και τέλος 40 άτομα (39,3%) οδηγήθηκαν σε αυτή εξαιτίας κάποιου άλλου λόγου (π.χ. δίπλωμα οδήγησης σε χώρα του εξωτερικού, σχολή ιστιοπλοΐας, άρρωστος ο ίδιος ή κάποιο άτομο στην οικογένεια κ.α.).

Επανερχόμαστε στο τέλος των ερωτήσεων του δεύτερου τμήματος του ερωτηματολογίου. Η τελευταία ερώτηση αναφέρεται στην ύπαρξη τους ως μάρτυρες ατυχήματος ή όχι, στο οποίο παρέχονταν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Οι 22 από τους 112 το (21,4%) είχαν υπάρξει μάρτυρες ενώ ένα ποσοστό (78,6%) δηλαδή 90 άτομα δεν είχε τύχει να παρευρίσκονται μπροστά τη στιγμή ανάλογου συμβάντος.

Τελειώνοντας το πρώτο και δεύτερο τμήμα, με δοσμένα τα στοιχεία μετά από Στάθμιση βάση του φύλου, της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου, όπως έχει γίνει εξάλλου σε όλα τα στοιχεία, θα προχωρήσουμε στην ανάλυση του τρίτου τμήματος, το οποίο περιλαμβάνει τις 12 ερωτήσεις αξιολόγησης της γνώσης των συμμετεχόντων. Ξανά θα δοθούν τα απλά ποσοστά όλων των απαντήσεων των 112 εκπαιδευμένων χωρίς στάθμιση και μετά με στάθμιση μόνο οι σωστές απαντήσεις των 112.

Τρίτο τμήμα:

Πρώτη ερώτηση: Πως καθορίζεται αν ένα άτομο είναι αναίσθητο και θέλει βοήθεια; Στην ερώτηση αυτή αμελητέο ποσοστό (6,25%) το οποίο αντιστοιχεί σε 7 άτομα έδωσε την απάντηση ότι δε γνωρίζει. Εξίσου 7 άτομα με το ίδιο ποσοστό δήλωσαν ότι αναίσθητο είναι το άτομο το οποίο δεν απαντάει στις ερωτήσεις μας εάν είναι καλά. Το μεγαλύτερο

ποσοστό (66,07%) των εκπαιδευμένων (n=74) δήλωσε ότι αναίσθητο είναι το άτομο το οποίο εάν το ταρακουνήσουμε ελαφρά και του φωνάξουμε δυνατά δε θα ανταποκριθεί σ τίποτα από τα δύο, ενώ 24 άτομα (21,42%) εξέφρασαν την άποψη ότι είναι το πεσμένο στο έδαφος άτομο το οποίο δεν κινείται.

Δεύτερη ερώτηση: Τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναίσθητο άτομο; Στη δεύτερη αυτή ερώτηση η οποία απευθύνθηκε στους συμμετέχοντες μας οι 24 (21,42%) δήλωσαν ότι θα του έριχναν λίγο νερό στο πρόσωπο ενώ οι 25 (22,32%) θα του έδιναν τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα. Παρόλα αυτά οι 57 (50,89%) από τους 112 θα φώναζαν βοήθεια από οποιονδήποτε είναι κοντά, δίνοντας τη σωστή απάντηση ενώ 6 (5,36%) δε γνώριζαν τι θα έκαναν.

Τρίτη ερώτηση: Για να εξασφαλίσουμε ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναίσθητο άτομο, τι κάνουμε πρώτο;

Οι 49 (43,75%) από τους εκπαιδευμένους πρώτα θα έκαναν ελαφρά υπερέκταση του αυχένα, οι 31 (27,67%) θα απομάκρυναν ξένα σώματα ή εμέσματα από τη στοματική κοιλότητα του πάσχοντα. Επίσης, 21 (18,75%) πρώτα θα ανασήκωναν το πηγούνι του και 11 εκπαιδευμένοι (9,82%) δε γνώριζαν.

Τέταρτη ερώτηση: Υπερέκταση του αυχένα και ανασήκωμα του πηγουνιού είναι τεχνικές για....

Μικρό ποσοστό, μόλις 3 άτομα (2,68%) θα εφαρμόζαν την τεχνική αυτή για να ανακουφίσουν τον πάσχοντα από τον πόνο και εξίσου αμελητέος αριθμός συμμετεχόντων-εκπαιδευμένων 2 (1,78%) θα εκτελούσαν την τεχνική αυτή για να προστατεύσουν τον ασθενή από εμέσματα τα οποία θα μπορούσαν να προκαλέσουν πνιγμό. 94 άτομα (83,93%) ικανοποιητικό ποσοστό δήλωσαν ότι η τεχνική αυτή είναι για την καλύτερη διέλευση του αέρα και 13 (11,60%) δε γνώριζαν.

Πέμπτη ερώτηση: Ποιος δεν είναι σωστός τρόπος για να διαπιστώσουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει;

Στην ερώτηση αυτή 34 (30,35%) δήλωσαν ότι με την ψηλάφηση του θώρακα δε θα διαπίστωναν αν ο πάσχοντας αναπνέει. 44 από τους εκπαιδευμένους δηλαδή (39,29%) απάντησαν ότι δε θα μπορούσαν να ξεκαθαρίσουν αν ο πάσχοντας αναπνέει στην περίπτωση που στηριζόταν μόνο στην εκτίμηση της κοιλιάς η οποία κινείται πάνω-κάτω.

12 εκπαιδευμένοι (10,71%) Δε γνώριζαν ενώ 22 (19,64%) Δε θα εμπιστευόταν την αίσθηση του αέρα του πάσχοντα στο μάγουλο τους.

Έκτη ερώτηση: Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε αναπνοή στον πάσχοντα;

Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα θα έδιναν 68 (60,71%) εκπαιδευμένοι ενώ 30 (26,79%) θα έκαναν πέντε εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα, στην περίπτωση κατά την οποία δεν ανίχνευαν αναπνοή 6 άτομα (5,36%) δήλωσαν ότι θα χορηγούσαν 02 με φιάλη και 8 (7,14%) δε γνώριζαν.

Έβδομη ερώτηση: Που ελέγχουμε καλύτερα το σφυγμό ενός πάσχοντα;

Είναι μια βασική γνώση και ταυτόχρονα εύκολη ερώτηση στην οποία οι γνώμες των εκπαιδευμένων κυμάνθηκαν ανάμεσα σε δύο απαντήσεις. Στην πρώτη η οποία αναφέρεται στην καρωτίδα, τη οποία επέλεξαν 86 άτομα (76,79%) και στη δεύτερη η οποία είναι ο καρπός, την οποία θεώρησαν ως σωστή απάντηση 26 άτομα (23,21%) εκπαιδευμένα. Εν τω μεταξύ κανένας από τους εκπαιδευμένους δεν επέλεξε το μηρό ή Δε γνώριζε.

Όγδοη ερώτηση: Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα;

Σε αυτήν την ερώτηση κανένας από τους εκπαιδευμένους συμμετέχοντες δεν επέλεξε τη γροθιά πάνω στην καρδιά, ενώ 31 άτομα (27,68%) δήλωσαν ότι σε αυτήν την περίπτωση η τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα είναι αρκετή. Ο μεγαλύτερος αριθμός εκπαιδευμένων 71 άτομα (63,39%) θα έκαναν εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα ενώ 10 άτομα (8,93%) δήλωσαν ότι δε γνωρίζουν.

Ένατη ερώτηση: Ποια είναι η καλύτερη θέση για τις εξωτερικές μαλάξεις;

4 άτομα (3,57%) δε γνωρίζουν την καλύτερη θέση για τις εξωτερικές μαλάξεις ενώ 3 εκπαιδευμένοι (2,68%) δήλωσαν ότι η καλύτερη θέση είναι στο πάνω μέρος της κοιλιάς. 75 εκπαιδευμένοι (66,96%) δήλωσαν ότι στο κάτω μέρος του στέρνου γίνονται οι εξωτερικές καρδιακές συμπίεσεις και 30 (26,79%) επέλεξαν την απάντηση «αριστερά στο θώρακα πάνω από την καρδιά».

Δέκατη ερώτηση: Ξέρετε πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις που πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο το λεπτό που έχει πάθει καρδιακή ανακοπή;

Αυτή η ερώτηση ήταν μια από τις 3 οι οποίες δυσκόλεψαν όλους τους συμμετέχοντες εκπαιδευμένους και μη. Την Τρίτη απάντηση η οποία έδινε τη συχνότητα 120-140/min δεν την επέλεξε κανένας εκπαιδευμένος, ενώ οι 84 (75%) από τους 112 δε γνώριζαν τη σωστή

απάντηση. 17 (15,18%) δήλωσαν ότι η σωστή συχνότητα είναι 40-60/min ενώ μόνο 11 (9,82%) απάντησαν σωστά, δηλαδή 80-100/min.

Ενδέκατη ερώτηση: Πόσες τεχνητές αναπνοές πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο το λεπτό, που έχει πάθει αναπνευστική ανακοπή;

Στη δεύτερη αυτή, πιο δύσκολη ερώτηση και πάλι το ποσοστό των εκπαιδευμένων το οποίο δε γνώριζε τη σωστή απάντηση ήταν μεγάλο (79,46%) δηλαδή 89 άτομα στα 112. Μόνο 4 άτομα (3,57%) έδωσαν τη σωστή απάντηση δηλαδή 30-40/min. 11 εκπαιδευμένοι (9,83%) είπαν ότι η σωστή συχνότητα είναι 10-15/min και 8 (7,14%) ότι είναι 15-20/min.

Δωδέκατη ερώτηση: Πόσες μαλάξεις και εμφυσησεις γίνονται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;

Μια από τις βασικές γνώσεις της ΚΑΡΠΑ και ταυτόχρονα εύκολη ερώτηση η οποία δυσκόλεψε τους συμμετέχοντες της έρευνας. 2 από τους εκπαιδευμένους δηλαδή (1,79%) θα έκανε 1 εμφύσηση και 1 μάλαξη, ενώ 33 (29,46%) δήλωσαν ότι το σωστό απ όλα αυτά είναι 2 εμφυσησεις και 15 μαλάξεις. Δεν γνώριζαν τη σωστή απάντηση 68 άτομα (60,71%) ενώ τέλος 9 θα έκαναν 5 εμφυσησεις και 1 μάλαξη.

Αφού δόθηκαν απλά τα ποσοστά απάντησης των εκπαιδευμένων της έρευνας, τώρα θα γίνει η παρουσίαση των σταθμισμένων ποσοστών των σωστών μόνο απαντήσεων τις οποίες έδωσαν οι 112 εκπαιδευμένοι στις 12 ερωτήσεις του τρίτου τμήματος.

Στην πρώτη ερώτηση για το πώς καθορίζεται εάν ένα άτομο είναι αναισθητο και θέλει βοήθεια 74 εκπαιδευμένοι, σταθμισμένο ποσοστό 59% δήλωσαν ότι εάν τον ταρακουνούσαν ελαφρά και του φώναζαν δυνατά και ο πάσχοντας δεν αντιδρούσε σε κανένα από τα δύο ερεθίσματα τότε θα τον θεωρούσαν αναισθητο.

Σταθμισμένο ποσοστό 62,6% το οποίο αντιστοιχεί στα 57 εκπαιδευμένα άτομα τα οποία απάντησαν σωστά δήλωσε ότι το πρώτο που θα έκαναν για να βοηθήσουν ένα αναισθητο άτομο ήταν να καλέσουν βοήθεια από οποιονδήποτε είναι κοντά τη στιγμή του περιστατικού.

Για να εξασφαλίσουν ανοικτό τον αεραγωγό ενός αναισθητου ατόμου 49 εκπαιδευμένοι, δηλαδή σταθμισμένο ποσοστό 51,9%, το πρώτο βήμα που θα εκτελούσαν θα ήταν η υπερέκταση του αυχένα.

94 δήλωσαν ότι η υπερέκταση του αυχένα και το ανασήκωμα του πηγουνιού είναι τεχνικές για να εξασφαλιστεί καλύτερη διέλευση του αέρα στους πνεύμονες. Οι 94 αυτοί

εκπαιδευμένοι από τους 112 εξάγουν ένα σταθμισμένο ποσοστό βάση της ηλικίας, του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου και όλων των υπολοίπων παραγόντων ίσο με 87,7%.

Δε θα πρέπει να στηριζόμαστε στην κίνηση της κοιλιάς πάνω-κάτω για να διαπιστωθεί αν ο πάσχοντας αναπνέει δήλωσαν 44 εκπαιδευμένοι συμμετέχοντες, οι οποίοι δημιουργούν σταθμισμένο ποσοστό στη σωστή αυτή απάντηση ίσο με 35,8%.

Όταν κάποιος δεν έχει αναπνοή μετά τον απαραίτητο έλεγχο (βλέπω, ακούω, αισθάνομαι) του δίνεται τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα δήλωσαν 68 από τους 112 εκπαιδευμένους, σταθμισμένο ποσοστό, ίσο με 55,6%.

Το σφυγμό σε ένα αναισθητο άτομο πρέπει να τον ελέγχουμε στην καρωτίδα, απάντησαν σωστά 86 άτομα, σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 78,4%.

Στην ερώτησή μας τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα, σωστά απάντησαν 71 άτομα (75,1%) τα οποία θα έκαναν εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις στο θώρακα.

75 άτομα τα οποία μας οδήγησαν σε σταθμισμένο ποσοστό 62,1% δήλωσαν ότι η καλύτερη θέση για εξωτερικές καρδιακές μαλάξεις είναι το κάτω μέρος του στέρνου.

Ερχόμενοι στις δύο πιο δύσκολες ερωτήσεις αξιολόγησης της γνώσης των πολιτών για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, 11 δήλωσαν ότι οι ελάχιστες μαλάξεις στο λεπτό τις οποίες πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο που έχει υποστεί καρδιακή ανακοπή είναι 80-100 δίνοντας τη σωστή απάντηση η οποία αντιστοιχεί σε σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 10,2%.

Στην προτελευταία ερώτηση, η οποία αναφέρεται στην συχνότητα των τεχνητών αναπνοών που πρέπει να δοθούν στο λεπτό σε κάποιον που έχει υποστεί αναπνευστική ανακοπή μόνο 4 άτομα έδωσαν τη σωστή απάντηση η οποία είναι 30-40 το λεπτό. Το σταθμισμένο ποσοστό των τεσσάρων αυτών ατόμων είναι 1,7%.

Τέλος, στη δωδέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου τα αποτελέσματα ήταν κάπως καλύτερα από τις δυο προηγούμενες ερωτήσεις. 33 εκπαιδευμένοι, σταθμισμένο ποσοστό 31,9% θα έδιναν 2 εμφυσήσεις και 15 μαλάξεις, γεγονός το οποίο τους οδήγησε και στη σωστή απάντηση,

Μετά από την παρουσίαση των σταθμισμένων ποσοστών των σωστών απαντήσεων θα γίνει αναφορά στους εκπαιδευμένους συμμετέχοντες μας λίγο πιο λεπτομερειακά.

Αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα ότι επάρκεια γνώσης έχουν όσοι συμμετέχοντες είχαν συγκεντρώσει τουλάχιστον 7 απαντήσεις σωστές. Έτσι οι 50 από τους 112 εκπαιδευμένους παρουσιάζουν επάρκεια γνώσης στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση 47,3%.

Αυτοί οι 50 είχαν μέση ηλικία 38,8 έτη και οι 24 από αυτούς άνηκαν στο ανδρικό φύλο ενώ οι υπόλοιποι 26 στο γυναικείο. Ο ένας μόνο εκπαιδευμένος ο οποίος άνηκε στην κατηγορία ηλικίας >70 ετών είχε επάρκεια γνώσης 100%.

Δημοτικό, γυμνάσιο ή λύκειο και μεταλυκειακά είχαν τελειώσει τα 27 από τα 50 άτομα τα οποία γνώριζαν το αντικείμενο ενώ οι υπόλοιποι 23 άνηκαν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Από αυτούς οι 5 οι οποίοι είχαν τελειώσει το δημοτικό είχαν απαντήσει σε 7 τουλάχιστον ερωτήσεις σωστά, άρα το ποσοστό επάρκειας τους ήταν 40,4%. Οι 18 από τους τελειόφοιτους γυμνασίου ή λυκείου είχαν απαντήσει επίσης σωστά σε 7 τουλάχιστον ερωτήσεις και η επάρκεια τους ήταν 50,2% και τέλος 4 μόνο από τα άτομα τα οποία είχαν τελειώσει μεταλυκειακά (36,4%) απάντησαν επαρκώς. Οι 23 της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν επάρκεια 53% αφού μόνο αυτοί από τους 49 είχαν δώσει 7 και πάνω απαντήσεις σωστές.

Στη συνέχεια 16 από τους άνεργους (v=29) εκπαιδευμένους είχαν απαντήσει επαρκώς ποσοστό το οποίο φτάνει το 58,8% όλων των ανέργων. Από την άλλη πλευρά από τους 83 εργαζόμενους οι οποίοι ήταν και εκπαιδευμένοι μόνο οι 34 συγκέντρωσαν τις 7 και πάνω σωστές απαντήσεις για να κριθούν ότι γνωρίζουν το αντικείμενο της ΚΑΡΠΑ και εξάγουν 42,2% ποσοστό στάθμισης.

Από τους 50 εκπαιδευμένους οι 40 δεν είχαν σχέση με τις επιστήμες υγείας ενώ οι 10 είχαν. Από αυτούς τους 50 οι 16 ήταν αυτοδίδακτοι, όπως δήλωσαν, και προς έκπληξη όλων και οι 16 (100%) είχαν φτάσει τον αριθμό σωστών απαντήσεων (>7) οι οποίες είχαν οριστεί για να διαπιστωθεί η γνώση της ΚΑΡΠΑ. Το γεγονός αυτό γίνεται, ακόμα, πιο αξιοπρόσεκτο αφού μόνο 3 από τους 21 εκπαιδευμένους από εξουσιοδοτημένο φορέα (Ε.Κ.Α.Β, Ερυθρό Σταυρό) είχαν παρουσιαστεί επαρκείς (9%).

Οι 23 από τους 50 είχαν πρόσφατα (<1έτος) εκπαιδευθεί και οι υπόλοιποι 27 είχαν δεχθεί την εκπαίδευση στο απώτερο παρελθόν (>1 έτος). Παρόλα αυτά και οι 50 είχαν διατηρήσει τη γνώση τους αν και είχε περάσει καιρός από όταν εκπαιδεύθηκαν.

Μάρτυρες ατυχήματος στο οποίο παρέχεται ΚΑΡΠΑ ήταν μόνο οι 12 ενώ οι 38 δεν είχαν υπάρξει ποτέ μάρτυρες ατυχήματος στο οποίο να παρέχεται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Τέλος, από αυτούς τους 50 εκπαιδευμένους οι οποίοι διαπιστώθηκε ότι είχαν γνώση της ΚΑΡΠΑ οι 25 είχαν οδηγηθεί στην εκπαίδευση εξαιτίας της επικινδυνότητας της εργασίας τους, της απαίτησης του εργοδότη τους ή εξαιτίας κάποιου άλλου λόγου. Οι υπόλοιποι 25 είχαν οδηγηθεί στην εκπαίδευση από προσωπικό ενδιαφέρον και παρουσίαζαν το υψηλότερο ποσοστό (68,2%) επάρκειας γνώσεων σε σχέση με όλους τους άλλους οι οποίοι εκπαιδεύθηκαν από άλλη αιτία.

Διαπιστώνεται, λοιπόν, ότι οι αυτοδίδακτοι αλλά και όσοι ακολούθησαν την εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ από προσωπικό ενδιαφέρον «έβαλαν τα γυαλιά» σε όλους τους άλλους, αφού ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων τους ήταν ο μεγαλύτερος, 7,5% και 6,7% αντίστοιχα, σε σχέση με όσους είχαν δεχθεί εκπαίδευση από πιο αρμόδιο όργανο για αυτό το σκοπό.

Ενότητα Τρίτη:

Στην τρίτη και τελευταία αυτή ενότητα μας θα γίνει αναφορά στα αποτελέσματα τα οποία βρέθηκαν για τους ανεκπαιδευτους συμμετέχοντες της έρευνας. Η αξιολόγηση πιστά τον τρόπο ο οποίος εφαρμόστηκε και στις άλλες δυο ενότητες. Σταθμισμένα ποσοστά βάση το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και όλους τους άλλους παράγοντες θα δοθούν στο πρώτο και δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου ενώ απλά, αλλά και σταθμισμένα ποσοστά απαντήσεων θα δοθούν ειδικά για το τρίτο τμήμα όπως έγινε ως τώρα στην όλη μας ανάλυση.

Πρώτο τμήμα:

Από τους 390 συμμετέχοντες στην έρευνα οι 278 (75,2%), αρκετά μεγάλος αριθμός, ήταν ανεκπαιδευτοι. Θεωρήθηκαν ανεκπαιδευτοι αφού κανένας δεν είχε αποτέλεσμα απαντήσεων από 7 και πάνω σωστές για να μεταφερθεί αυτομάτως στους εκπαιδευμένους.

Εργαζόμενοι από τους 278 ανεκπαιδευτους πολίτες ήταν οι 137 και άνεργοι οι 141 από τους 278, αμέσως λίγο περισσότεροι από αυτούς οι οποίοι εργάζονταν.

Η μέση ηλικία των ανεκπαιδευτων κυμαίνεται στα 47,7 έτη. Σε κάθε κατηγορία από αυτές τις οποίες ορίστηκαν, στην πρώτη των 18-29 ετών άνηκαν 67 ανεκπαιδευτα άτομα ενώ στη δεύτερη των 30-49 ετών περιλαμβάνονταν 107 που είναι και η μεγαλύτερη συγκέντρωση ανεκπαιδευτων ατόμων. 80 άνηκαν στην τρίτη κατηγορία των 50-69 ετών και στην τελευταία των >70 ετών 24 άτομα.

Άνδρες ήταν μόνο οι 77 από τους 278 ενώ οι γυναίκες ήταν σχεδόν τριπλάσιες.

Το μορφωτικό επίπεδο επίσης, είναι χωρισμένο στις 3 βαθμίδες της εκπαίδευσης και τα μεταλυκειακά. Την Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, δηλαδή το δημοτικό είχαν τελειώσει 93 ανεκπαιδευτοι στους 278, το γυμνάσιο-λύκειο (Δευτεροβάθμια) είχαν βγάλει οι περισσότεροι ενώ στην Τριτοβάθμια άνηκαν 54 άτομα και στα μεταλυκειακά 24 από τα 278 τα οποία αντιστοιχούν και στο μικρότερο αριθμό ανεκπαιδευτων.

Δεύτερο τμήμα:

Σχέση με τις επιστήμες υγείας ως σπουδαστές ή επιστήμονες είχαν μόλις 4 ενώ οι υπόλοιποι 274 εκ των 278 δεν είχαν καμιά σχέση με ιατρικά ή παραϊατρικά επαγγέλματα.

Μάρτυρες σε ατύχημα στο οποίο παρέχονταν ΚΑΡΠΙΑ στον πάσχοντα ήταν είχαν γίνει οι 35 ενώ οι 243 δεν είχαν υπάρξει ποτέ.

Οι 278 δήλωσαν στην ερώτηση μας γιατί δεν είχαν εκπαιδευθεί ότι δεν είχαν χρόνο σε ποσοστό 20%, το οποίο αντιστοιχεί σε 54 άτομα ενώ 17 άτομα 6,7% δήλωσαν Δε θεωρούν σημαντικό να μάθουν κάτι τέτοιο. Το μεγαλύτερο ποσοστό (49,2%) ανεκπαιδευτων ερωτηθέντων απάντησαν ότι ο λόγος για τον οποίο δεν εκπαιδεύθηκαν σε κάτι τόσο σημαντικό όσο η ΚΑΡΠΙΑ είναι η έλλειψη υποδομής και το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε 124 άτομα ενώ 83 (24,2%) θεώρησαν ότι υπάρχουν προγράμματα αλλά δεν ήξεραν που να απευθυνθούν προκειμένου να εκπαιδευθούν.

Τρίτο τμήμα:

Θα γίνει αναφορά με απλά ποσοστά πρώτα, στις απαντήσεις τις οποίες έδωσαν οι ανεκπαιδευτοι στις 12 ερωτήσεις που τους παραθέσαμε και στη συνέχεια θα δοθούν τα σταθμισμένα ποσοστά μόνο για τις σωστές απαντήσεις.

Πρώτη ερώτηση: Πως καθορίζετε αν ένα άτομο είναι αναίσθητο και θέλει βοήθεια;

Σε αυτήν την ερώτηση 101 ανεκπαιδευτα άτομα (36,33%) δήλωσαν ότι αναίσθητο είναι το άτομο όταν βρίσκεται πεσμένο στο έδαφος και δεν κινείται ενώ 12 (4,31%) θεώρησαν ότι είναι αυτό το οποίο δεν απαντάει στις ερωτήσεις που του γίνονται εάν είναι καλά. Οι περισσότεροι όμως, 108 (38,84%) απάντησαν ότι όταν ένα άτομο δεν κινείται και δεν βγάζει ήχους όταν ταρακουνηθεί ελαφρά ή του φωνάξει δυνατά, το άτομο που του παρέχει Πρώτες Βοήθειες, θεωρείται και αναίσθητο ενώ 57 άτομα (20,50%) δε γνώριζαν.

Δεύτερη ερώτηση: Τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναίσθητο άτομο; 18 ανεκπαιδευτοι (6,48%) Δε γνώριζαν ενώ 131 (47,12%), το μεγαλύτερο ποσοστό θα έριχναν νερό στο πρόσωπο του αναίσθητου ατόμου για να συνέρθει. Από την άλλη πλευρά 47 από τους 278, ποσοστό δηλαδή (16,90%) θα του έδιναν τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα και οι 82 (29,49%) θα φώναζαν βοήθεια από οποιονδήποτε ήταν κοντά.

Τρίτη ερώτηση: Για να εξασφαλίσουμε ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναίσθητο άτομο, τι πρέπει να κάνουμε πρώτο;

Στην επόμενη, αυτή ερώτηση και μια από τις βασικότερες γνώσεις της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης 43 (15,47%) δήλωσαν ότι θα έκαναν υπερέκταση του αυχένα ως πρώτη κίνηση και 51 (18,34%) ανεκπαιδευτοι απάντησαν ότι θα απομάκρυναν πρώτα τα ξένα σώματα από το στόμα του πάσχοντα. Οι 144 (51,79%) από τους 278 δε γνώριζαν τι έπρεπε να κάνουν και 40 (14,39%) δήλωσαν ότι το ανασήκωμα του πηγουνιού είναι η πρώτη κίνηση σε αυτή την περίπτωση.

Τέταρτη ερώτηση: Υπερέκταση του αυχένα και ανασήκωμα του πηγουνιού είναι τεχνικές για

9 άτομα (3,24%) απάντησαν ότι οι δυο αυτές κινήσεις γίνονται για να ανακουφίσουν τον πάσχοντα από τον πόνο ενώ 135 (48,56%), ο μεγαλύτερος αριθμός των ανεκπαιδευτων, θα εφαρμόζε την τεχνική αυτή για να υπάρχει καλύτερη διέλευση αέρα στους πνεύμονες. Μόλις 14 (5,04%) ανεκπαιδευτοι θα προστάτευαν από τα εμέσματα το αναίσθητο άτομο με την τεχνική αυτή ενώ αρκετά μεγάλος αριθμός 120 άτομα (43,17%) Δε γνώριζαν γιατί εφαρμόζεται η τεχνική αυτή.

Πέμπτη ερώτηση: Ποιος δεν είναι σωστός τρόπος για να διαπιστώσουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει;

53 άτομα (19,06%) δήλωσαν ότι η ψηλάφηση του θώρακα δεν είναι ο σωστός τρόπος για να ανιχνεύσουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει ενώ 56 (20,14%) Δε θα εμπιστεύονταν την

κίνηση της κοιλιάς πάνω-κάτω για αυτήν την αξιολόγηση. Επίσης, 33 (11,9%) έκριναν ως λάθος τρόπο διαπίστωσης ελέγχου της αναπνοής του αναίσθητου ατόμου, την αίσθηση του αέρα που εκπνέει ο πάσχοντας στο μάγουλο τους ενώ 136 (48,29%) δε γνώριζαν ποιος είναι ο λάθος τρόπος.

Έκτη ερώτηση: Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε αναπνοή στον πάσχοντα;
Δυο αργές εμφυσήσεις στόμα με στόμα θα έδιναν 88 (31,65%) ανεκπαιδευτοι ενώ 72 (25,90%) θα έκαναν πέντε εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα του Πάσχοντα για να τον βοηθήσουν. Από την άλλη πλευρά 29 (10,43%) θα του χορηγούσαν οξυγόνο με φιάλη ενώ 89 (32,01%), οριακά οι περισσότεροι Δε γνώριζαν με ποιο από όλους τους τρόπους που τους παρατέθηκαν θα μπορούσαν να προσφέρουν βοήθεια σε ένα αναίσθητο άτομο με αυτό το πρόβλημα.

Έβδομη ερώτηση: Που ελέγχουμε καλύτερα το σφυγμό ενός πάσχοντα;
Το σφυγμό ενός πάσχοντα 101 (36,33%) τον ανιχνεύουν καλύτερα στην καρωτίδα ενώ οι περισσότεροι, 155 (55,76%) στον καρπό και μόλις 1 άτομο (0,36%) στο μηρό. 21 άτομα (7,55%) δε γνώριζαν σε ποιο σημείο ανιχνεύεται ο σφυγμός.

Όγδοη ερώτηση: Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα;
Στην όγδοη, αυτή ερώτηση, στην οποία υποβλήθηκαν οι ερωτηθέντες 58 (20,86%) θα έκαναν τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα για να βοηθήσουν κάποιο χωρίς σφυγμό ενώ 91 (32,73%) θα εφαρμόζαν εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα του πάσχοντα. Κανένας δε θα του έδινε γροθιά πάνω στην καρδιά ενώ 129 (46,41%) ανεκπαιδευτοι δε γνώριζαν.

Ένατη ερώτηση: Ποια είναι η καλύτερη θέση για εξωτερικές μαλάξεις;
Η καλύτερη θέση για εξωτερικές μαλάξεις είναι το κάτω μέρος του στέρνου δήλωσαν 78 (28,06%) άτομα ενώ το πάνω μέρος της κοιλιάς απάντησαν 17 (6,12%). Από την άλλη πλευρά, 91 (32,73%) αξιοσημείωτο ποσοστό, θεώρησε ως καλύτερη θέση για τις μαλάξεις, τη θέση αριστερά στο θώρακα πάνω από την καρδιά ενώ 92 (33,09%) δε γνώριζαν μία από τις εξίσου βασικές ερωτήσεις της ΚΑΡΠΑ.

Δέκατη ερώτηση: Ξέρετε πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις που πρέπει να δώσουμε σε κάποιον το λεπτό, που έχει πάθει καρδιακή ανακοπή;
Τα ποσοστά αποδεικνύουν ότι σε αυτή την ερώτηση όπως και στις δυο επόμενες που ακολουθούν επικράτησε πανικός τόσο από την πλευρά των εκπαιδευμένων όσο και πολύ περισσότερο από πλευρά των ανεκπαιδευτων. 268 (96,40%) ανεκπαιδευτοι δε γνώριζαν, 5

(1,80%) δήλωσαν ότι είναι 40-60 το λεπτό, 4 (1,44%) έδωσαν τη σωστή απάντηση η οποία είναι 80-100 το λεπτό και 1 (0,36%) δήλωσε ως σωστή τη συχνότητα 120-140 το λεπτό.

Ενδέκατη ερώτηση: Πόσες τεχνητές αναπνοές πρέπει να δώσουμε σε ένα άτομο που έχει πάθει αναπνευστική ανακοπή στο λεπτό;

Στη δεύτερη δυσκολότερη ερώτηση σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα οποία βρέθηκαν 262 (94,25%) δε γνώριζαν τη σωστή απάντηση, 5 (1,78%) δήλωσαν ότι είναι 10-15 το λεπτό, 8 (2,88%) ότι είναι 15-20 το λεπτό και 3 (1,09%) έδωσαν η σωστή απάντηση δηλαδή 30-40 το λεπτό.

Δωδέκατη ερώτηση: Πόσες μαλάξεις και εμφυσησεις γίνονται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;

Αυτή είναι η τρίτη πιο δύσκολη ερώτηση και τελευταία του ερωτηματολογίου. Σε αυτή οι ανεκπαιδευτοι δήλωσαν τα εξής: 4 (1,44%) ότι η σωστή αναλογία εμφυσησεων-μαλάξεων είναι 1 προς 1 ενώ 14 (5,04%) έδωσαν τη σωστή απάντηση δηλαδή 2 εμφυσησεις και 15 μαλάξεις. 7 (2,52%) δήλωσαν τη σωστή απάντηση δηλαδή 2 εμφυσησεις και 15 μαλάξεις. 7 (2,52%) δήλωσαν ως σωστή την αναλογία 1 μάλαξη και 5 εμφυσησεις ενώ 253 (91%) δε γνώριζαν.

Εδώ τέλειωσαν τα απλά ποσοστά των απαντήσεων των ανεκπαιδευτων μας και θα δοθεί η επίσημη ανάλυση των σωστών απαντήσεων κατόπιν στάθμισης όπως και στις προηγούμενες ενότητες.

Έτσι, λοιπόν, 108 από τους ανεκπαιδευτους θα ταρακουνούσαν ελαφρά τον αναίσθητο πάσχοντα καθώς επίσης, θα του φώναζαν και δυνατά και εάν δεν ανταποκρινόταν θα τον θεωρούσαν αναίσθητο. Το σταθμισμένο ποσοστό το οποίο εξάγεται σε αυτή την περίπτωση είναι 39,9%.

Στη δεύτερη ερώτηση, το πρώτο το οποίο θα έκαναν οι 82 ανεκπαιδευτοι μας με σταθμισμένο ποσοστό 31% για να βοηθήσουν το αναίσθητο άτομο είναι να φωνάξουν βοήθεια από οποιονδήποτε είναι κοντά ενώ 43 από τους 278 οι οποίοι δίνουν σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 12,3% θα έκαναν υπερέκταση του αυχένα προκειμένου να εξασφαλίσουν ανοικτό αεραγωγό δίνοντας παράλληλα και τη σωστή απάντηση.

Από την άλλη πλευρά 135 με ποσοστό στάθμισης 40,3% δήλωσαν σωστά ότι η υπερέκταση του αυχένα και το ανασήκωμα του πηγουνιού γίνονται για να υπάρχει καλύτερη διέλευση του αέρα στους πνεύμονες και μόλις 56 από τους 278 με ποσοστό

20,6% αναγνώρισαν ότι ο λάθος τρόπος για να διαπιστώσουν αν ο πάσχοντας αναπνέει είναι η κίνηση της κοιλιάς πάνω-κάτω.

Παράλληλα, 88 άτομα (31,2%) σταθμισμένο ποσοστό, θα έκαναν τεχνητή αναπνοή σε κάποιον, ο οποίος δεν αναπνέει ενώ 101 από τους 278 απάντησαν σωστά ότι η καλύτερη θέση για τον έλεγχο του σφυγμού είναι η καρωτίδα δίνοντας σταθμισμένο ποσοστό ίσο με 32,8%.

Επίσης, 27,8% ποσοστό στάθμισης που αντιστοιχεί σε 91 άτομα ανεκπαίδευτα δήλωσε ότι αν δεν είχε σφυγμό ο αναισθητός πάσχοντας, θα του έκαναν εξωτερικές μαλάξεις και 78 (28,9%) έδωσαν σωστή απάντηση στην επόμενη ερώτηση, λέγοντας ότι η καλύτερη θέση για τις εξωτερικές μαλάξεις είναι το κάτω μέρος του στέρνου.

Τέλος, στις τρεις τελευταίες και πιο δύσκολες ερωτήσεις το σταθμισμένο ποσοστό των σωστών απαντήσεων πέφτει κατακόρυφα μόλις στο 1,2%, 0,6% και 3,5% για τη συχνότητα των μαλάξεων που κάνουμε στο λεπτό, τη συχνότητα τεχνητών αναπνοών στο λεπτό και την αναλογία εμφυσήσεων-μαλάξεων που δίνονται σε ένα αναισθητό άτομο χωρίς αναπνοή και σφυγμό αντίστοιχα.

Αυτά ήταν τα σταθμισμένα ποσοστά των απαντήσεων των ανεκπαίδευτων ατόμων οι οποίοι παρουσίασαν μέσο αποτέλεσμα γνώσης της ΚΑΡΠΑ ίσο με 2,7% ενώ όλοι τους κρίθηκαν ανεπαρκείς (<7) για τη γνώση της ΚΑΡΠΑ.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από όσο γνωρίζουμε δεν έχει πραγματοποιηθεί παρόμοια μελέτη με τη δική μας στον ελλαδικό χώρο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης προσεγγίζουν κατά πολύ αυτά ολόκληρης της χώρας. Το γεγονός αυτό, μας κάνει να υποστηρίζουμε ότι τα αποτελέσματα τα οποία εξάχθηκαν από την ερευνά μας είναι αξιόπιστα και έγκυρα. Επίσης, μας δίνει τη δυνατότητα να υποστηρίζουμε ότι η εικόνα η οποία επικρατεί στο Ηράκλειο σχετικά με το επίπεδο γνώσεων των πολιτών στην ΚΑΡΠΑ, μπορεί να εμφανίζεται και σε άλλες μεγάλες πόλεις της Ελλάδας σε ανάλογο βαθμό.

Στην Ελλάδα υπάρχουν λίγα οργανωμένα προγράμματα κατάρτισης στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Η ύπαρξη των ολιγάριθμων κοινοτικών

προγραμμάτων ενισχύει το αποτέλεσμα της μελέτης μας, ότι δηλαδή μόνο το 11,7% του γενικού πληθυσμού του Ηρακλείου γνωρίζει, έστω θεωρητικά, για την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Το αποτέλεσμα της γνώσης κρίθηκε για όσους συμμετέχοντες απάντησαν σε τουλάχιστον 7 από τις 12 ερωτήσεις που τους υποβλήθηκαν, σωστά. Παρόλα αυτά το ποσοστό το οποίο βρέθηκε (11,7%) παραμένει ακόμα χαμηλό. Το γεγονός ακόμα, ότι κρίθηκε η γνώση των ερωτηθέντων μας από μόνο θεωρητικές ερωτήσεις και όχι από πρακτική άσκηση πάνω σε μοντέλο κούκλας ή από μια υποθετική κατάσταση εκτάκτου ανάγκης, μας καθιστά ακόμα πιο σκεπτικούς. Αφού θα μπορούσαμε να περιμένουμε ένα πιο χαμηλό ποσοστό γνώσης από αυτό που βρέθηκε.

Από την άλλη πλευρά, διαπιστώθηκε ότι 112 από τους 390 συμμετέχοντες στην ερευνά μας, ποσοστό ίσο με 24,8% είχε μια προγενέστερη εκπαίδευση επάνω στο αντικείμενο της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Από τους 112 εκπαιδευμένους πολίτες, όπως δήλωσαν, οι 50 ποσοστό ίσο με 47,3% είχαν διατηρήσει την προγενέστερη γνώση τους πάνω στην ΚΑΡΠΑ, αρκετό καιρό μετά την εκπαίδευση τους. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι 1 στους 2 εκπαιδευμένους διατήρησαν τις γνώσεις τους στην ΚΑΡΠΑ.

Αξιοσημείωτο, είναι, επίσης το γεγονός ότι μόνο 9% δηλαδή 21 άτομα από τους εκπαιδευμένους του Ε.Κ.Α.Β. και του Ερυθρού Σταυρού κατάφεραν να συγκεντρώσουν τις 7 σωστές απαντήσεις, οι οποίες είχαν οριστεί, για να θεωρηθεί η γνώση των ερωτηθέντων επαρκής. Το μέσο αποτέλεσμα των απαντήσεων όλων των εκπαιδευμένων από το Ε.Κ.Α.Β. και τον Ερυθρό Σταυρό ήταν 4,8% σε αντίθεση με τους αυτοδίδακτους εκπαιδευμένους οι οποίοι όλοι στο σύνολο τους συγκέντρωναν (>7) απαντήσεις σωστές στις 12 ερωτήσεις που τους υποβλήθηκαν. Το μέσο αποτέλεσμα γνώσης των αυτοδίδακτων ήταν υψηλότερο ακόμα και από αυτούς οι οποίοι είχαν σχέση με τις επιστήμες υγείας (6,5%). Πιστεύουμε ότι αυτή η ιδιαιτερότητα εξαρτάται από το γεγονός του "ποιος στοχεύει στην εκπαίδευση της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης". Επίσης σωστή εκπαίδευση πέτυχαν τα άτομα τα οποία είναι πρόθυμα να μάθουν και όσα έτυχε να είναι παρόντα σε συμβάν στο οποίο παρεχόταν καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι αυτοδίδακτοι συμπεριλαμβάνονταν σε αυτή την κατηγορία.

Αυτή τη στιγμή κανένα πρόγραμμα κατάρτισης δεν έχει οργανωθεί από το Ε.Κ.Α.Β. ή τον Ερυθρό Σταυρό. Σε αυτό το γεγονός ίσως επιδρά η πρόσφατη απόφαση η οποία πάρθηκε και ορίζει ως το μοναδικό εξουσιοδοτημένο όργανο για την εκμάθηση της

ΚΑΡΠΑ, το Ε.Κ.Α.Β. Μεταξύ των οργανισμών αυτών επίσης, υπάρχει διάσταση για τον αριθμό ωρών τις οποίες χρειάζεται να παρακολουθήσει ένα άτομο για να πάρει την κατάλληλη κατάρτιση. Ο λόγος αυτός, μαζί με τη διαφορά μεταξύ τους, για τη μορφή της εκπαίδευσης, τους εκπαιδευτές που θα ηγούνται και το αντικείμενο της εκπαίδευσης το οποίο κατευθύνεται από λόγους αναγκαιότητας της εργασίας ή της προοπτικής για εργασία, συμβάλλουν στην ανυπαρξία προγραμμάτων εκμάθησης της ΚΑΡΠΑ.

Διαπιστώνει κανείς, ότι αφού το αντικείμενο της ΚΑΡΠΑ κατευθύνεται από τη χρησιμότητα του για την εργασία ή επειδή δίνει προοπτική για εργασία, ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων στις τάξεις εκμάθησης της ΚΑΡΠΑ, είτε χρειάζονται τα μαθήματα αυτά για τη δουλειά τους, είτε τα παρακολουθούν γιατί είναι ένα εφόδιο για να βρουν δουλειά (π.χ. ναυαγισώστες).

Συνήθως την πρωτοβουλία για την οργάνωση μαθημάτων εκπαίδευσης στην ΚΑΡΠΑ αναλαμβάνουν οι εργασιακοί χώροι (π.χ. νοσοκομεία, εταιρείες κ.α.) για το προσωπικό τους και για τα οποία μαθήματα καταβάλλετε ένα μικρό ποσό συμμετοχής. Έτσι, ίσως πολλοί αποφασίζουν να μην ακολουθήσουν αυτές τις σειρές μαθημάτων για οικονομικούς λόγους καθώς επίσης και γιατί θεωρούν ότι χάνουν χρόνο από τις μετακινήσεις προκειμένου να φτάσουν εγκαίρως στα μαθήματα τους.

Ακόμα, ένα άλλο συμπέρασμα ήταν για την ανικανότητα των εκπαιδευτών της ΚΑΡΠΑ αφού οι μαθητές τους παρουσίασαν χαμηλότερο ποσοστό γνώσης από τους αυτοδίδακτους οι οποίοι αποδείχτηκε ότι είναι καλύτερα ενημερωμένοι, γεγονός το οποίο τονίζεται και σε άλλες έρευνες. Πιθανώς αυτά τα άτομα να οδηγούνται στην αναζήτηση πηγών μάθησης της ΚΑΡΠΑ εξαιτίας της ύπαρξης στην οικογένεια τους κάποιου ατόμου με πρόβλημα στην καρδιά, πράγμα που μας τόνισαν πολλοί εκπαιδευμένοι συμμετέχοντες. Το γεγονός ότι άτομα με παρόμοιες καταστάσεις παρακινούνται στη μάθηση ήταν γνωστό από παλιά. Σε αυτό πρέπει να στηριχτούν τα εξουσιοδοτημένα όργανα όπως το Ε.Κ.Α.Β. και να οργανώσουν μαθήματα εκπαίδευσης της ΚΑΡΠΑ. Ίσως και η καταβολή κάποιου ποσού ενίσχυσης από το κράτος θα βοηθούσε να ξεκινήσουν αλλά και να οργανώσουν καλύτερα ολόκληρο το πρόγραμμα τους.

Επίσης, όλοι οι συμμετέχοντες οι οποίοι αποδείχθηκε να είναι αυτοδίδακτοι είχαν ένα αποτέλεσμα σωστών απαντήσεων (>7), δηλαδή άνηκαν στους εκπαιδευμένους και είχαν φτάσει την επάρκεια της γνώσης που είχε οριστεί. Παρόλα αυτά η παρατήρηση αυτή

μπορεί να αποτελεί μια ιδιαιτερότητα στην ανάλυση μας αλλά το γεγονός των αυτοδίδακτων μπορεί να σημειωθεί ως ένας πιθανός παράγοντας επάρκειας. Πάντως οι αυτοδίδακτοι είχαν και το μεγαλύτερο μέσο αποτέλεσμα γνώσης (7,5%) τόσο από τους εκπαιδευμένους από το Ε.Κ.Α.Β. ή τον Ερυθρό Σταυρό (4,8%) μέσο αποτέλεσμα και επάρκεια μόλις 9% αλλά και από τους εκπαιδευμένους από ιατρό ή νοσηλεύτη οι οποίοι ήταν σαφώς καλύτεροι (5,9%) μέσο αποτέλεσμα και επάρκεια γνώσης 37,7%. Από την άλλη πλευρά ένα άλλο συμπέρασμα ήταν ότι οι 20 εκπαιδευμένοι συμμετέχοντες, οι οποίοι είχαν σχέση με τις επιστήμες υγείας είχαν μέσο αποτέλεσμα γνώσης 6,9% ενώ την επάρκεια πάνω από 7 ερωτήσεις συγκέντρωναν οι μισοί από αυτούς, 10 άτομα (57,1%).

Όσοι οδηγήθηκαν στην εκπαίδευση από προσωπικό ενδιαφέρον μας οδήγησαν επίσης σε μία έκπληξη αφού από τους 45 οι 25 είχαν απαντήσει σωστά σε 7 τουλάχιστον ερωτήσεις και έδιναν ένα ποσοστό επάρκειας ίσο με 68,2%.

Επίσης, μπορεί να ειπωθεί ότι δεν αναγνωρίστηκε κάποιος παράγοντας κινδύνου ο οποίος καθιστά κάποιον ανεπαρκή μετά από εκπαίδευση. Αντιθέτως, ο χρόνος ο οποίος είχε περάσει από τότε που είχαν εκπαιδευθεί οι ερωτηθέντες έπαιξε ρόλο στην επάρκεια των γνώσεων, αφού όσο πιο πρόσφατα (< 1 χρόνο) είχαν τελειώσει τα μαθήματα ΚΑΡΠΑ τόσο περισσότεροι θυμόταν τι είχαν διδαχτεί. Έτσι φάνηκε ότι οι συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν διδαχτεί την ΚΑΡΠΑ μόλις μέχρι το πολύ πριν 1 χρόνο (26,3%) είχαν μέσο αποτέλεσμα γνώσης το δεύτερο υψηλότερο (7,3%) μετά τους αυτοδίδακτους ενώ η επάρκειά τους ήταν 23 στους 34 (79,7%) εκπαιδευμένους μέσα στο χρόνο, γεγονός το οποίο ενισχύει αυτό που παρατηρήσαμε.

Εν κατακλείδι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα τελευταία 40 χρόνια μικρή πρόοδος έχει παρατηρηθεί γύρω από το θέμα της εκμάθησης της ΚΑΡΠΑ στους απλούς πολίτες και όχι μόνο. Παρ όλες όμως τις προσπάθειες για δημόσια πληροφόρηση και εκπαίδευση του κοινού πάνω στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι η επιβίωση ατόμων τα οποία υπέστησαν καρδιακή ανακοπή εκτός νοσοκομείου είναι μικρή. Το γεγονός αυτό αποτελεί μια πρόκληση για όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, όχι μόνο την Ελλάδα, έτσι ώστε να οργανώσουν πολυάριθμα και σωστά καταρτισμένα προγράμματα εκμάθησης, θεωρητικά και πρακτικά για την ΚΑΡΠΑ. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να κατευθύνονται στους κατάλληλους ανθρώπους και να τους παροτρύνουν να "ψάχνουν" και μόνοι τους για τη γνώση. Έτσι, θα οδηγούνται στην άμεση αναγνώριση

καταστάσεων εκτάκτου ανάγκης λόγω της σωστής εκπαίδευσης αλλά και θα γίνουν ικανοί να προσφέρουν αποτελεσματική βοήθεια όταν θα είναι απαραίτητο.

Εδώ τελείωσε η ανάλυση των αποτελεσμάτων της πτυχιακής μας εργασίας. Ελπίζουμε να έγινε κατανοητή. Παρακάτω παρατίθεται ένα παράρτημα με στατιστικά στοιχεία δομημένα σε διαγράμματα και για τις τρεις ενότητες των συμμετεχόντων μας των οποίων τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν.

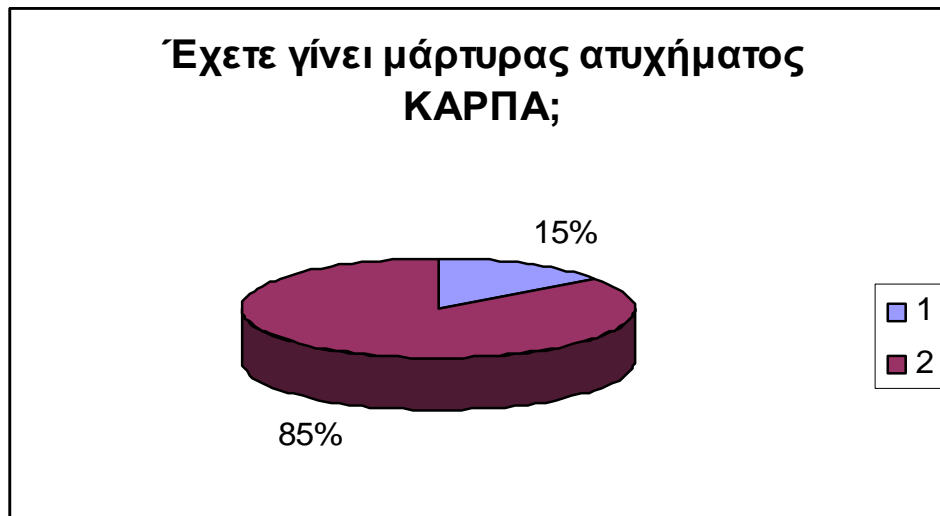
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΑΠΛΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

ΟΛΟΙ ΟΙ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ (ν=390)

Έχετε γίνει μάρτυρας ατυχήματος καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης;

1. ΝΑΙ
2. ΟΧΙ

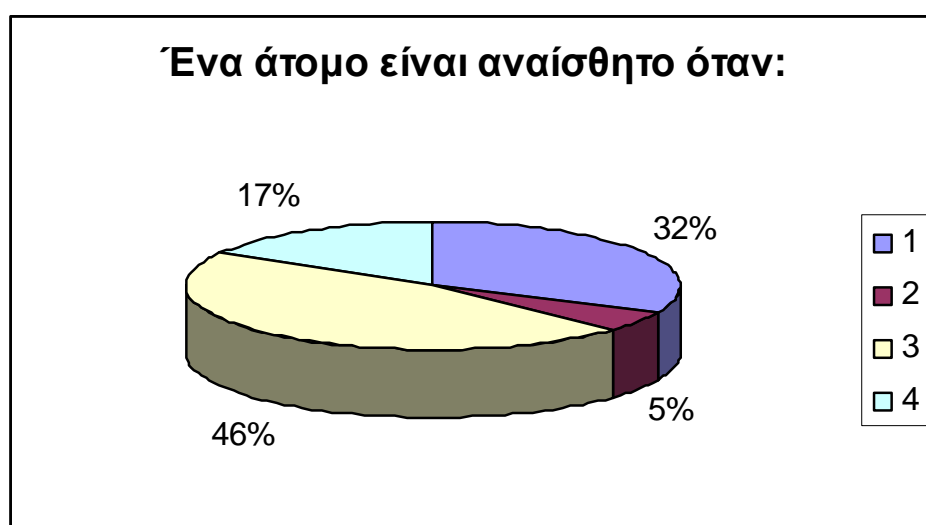
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	57	14,61%
2	333	85,39%
Σύνολο	390	100%



Πως καθορίζουμε αν ένα άτομο είναι αναίσθητο και θέλει βοήθεια;

1. Είναι πεσμένο στο έδαφος και δεν κινείται
2. Δεν απαντάει στις ερωτήσεις μας εάν είναι καλά
3. Αν τον ταρακουνήσουμε ελαφρά στους ώμους και του φωνάξουμε δυνατά δεν κινείται και δεν βγάζει ήχους
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	125	32,05%
2	19	4,87%
3	182	46,66%
4	65	16,66%
Σύνολο	390	100%



Τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναίσθητο άτομο;

1. Να ρίξετε λίγο νερό στο πρόσωπο του
2. Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα
3. Να φωνάξετε βοήθεια από οποιονδήποτε είναι κοντά
4. Δεν γνωρίζω

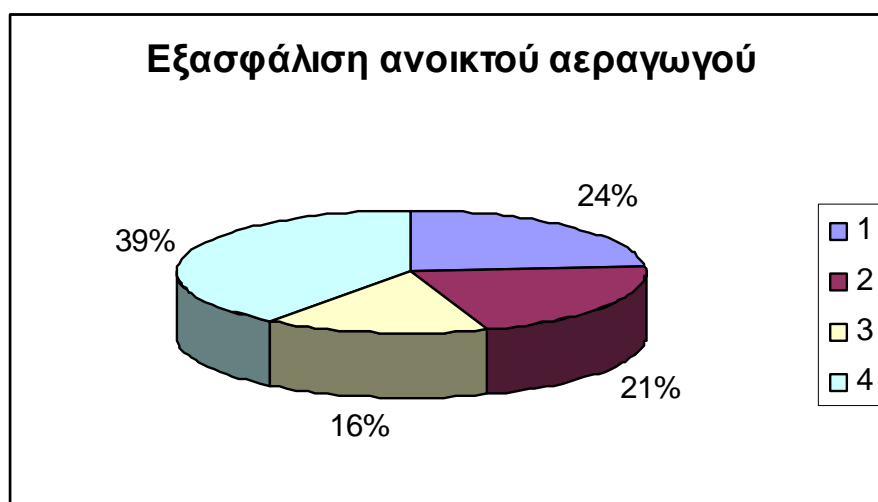
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	155	39,74%
2	72	18,46%
3	139	35,64%
4	24	6,15%
Σύνολο	390	100%



Για να εξασφαλίσουμε ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναίσθητο άτομο τι κάνουμε πρώτο;

1. Υπέρεκταση του αυχένα
2. Απομάκρυνση ξένων σωμάτων (π.χ. οδοντοστοιχίες) και / ή εμεσμάτων από το στόμα
3. Ανασήκωμα του πιγουνιού
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντηση	Ποσοστό
1	92	23,58%
2	82	21,02%
3	61	15,64%
4	155	39,74%
Σύνολο	390	100%



Υπερέκταση του αυχένα και ανασήκωμα του πιγουνιού είναι τεχνικές για...

1. Ανακούφιση από τον πόνο
2. Καλύτερη διέλευση του αέρα στα πνευμόνια
3. Προστασία του ασθενή από εμέσματα
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	12	3,07%
2	229	58,71%
3	16	4,10%
4	133	34,10%
Σύνολο	390	100%



Ποιος δεν είναι σωστός τρόπος για να διαπιστώσουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει:

1. Ψηλαφούμε τον θώρακα του
2. Βλέπουμε την κοιλιά του να κινείται πάνω-κάτω
3. Αισθανόμαστε τον αέρα που εκπνέει στο μάγουλο μας
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	87	22,30%
2	100	25,64%
3	55	14,10%
4	148	37,95%
Σύνολο	390	100%



Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε αναπνοή στον πάσχοντα;

1. Δυο αργές εμφυσέςεις στόμα με στόμα
2. Πέντε εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα
3. Χορηγούμε οξυγόνο με φιάλη
4. Δεν γνωρίζω

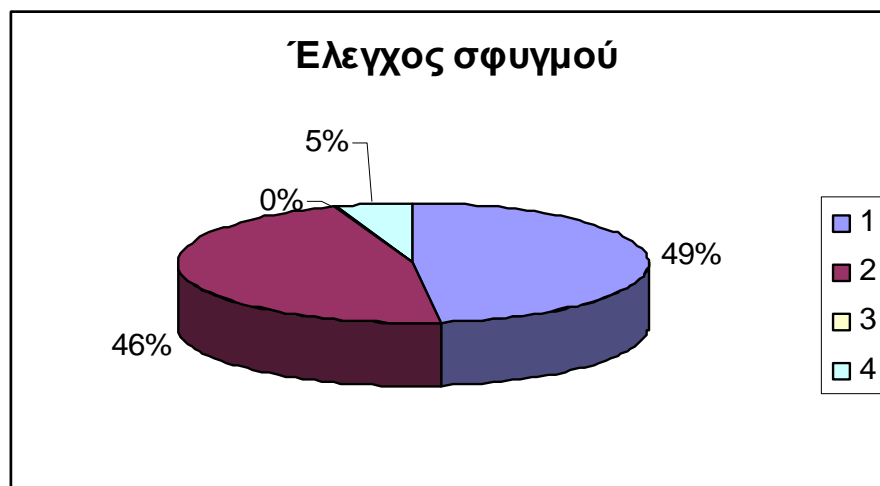
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	156	40%
2	102	26,15%
3	35	8,97%
4	97	24,87%
Σύνολο	390	100%



Που ελέγχουμε καλύτερα τον σφυγμό ενός πάσχοντα;

1. Στην καρωτίδα
2. Στον καρπό του
3. Στο μηρό του
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	187	47,94%
2	181	46,41%
3	1	0,26%
4	21	5,38%
Σύνολο	390	100%



Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα;

1. Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα
2. Εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα
3. Δίνουμε γροθιά πάνω στην καρδιά
4. Δεν γνωρίζω

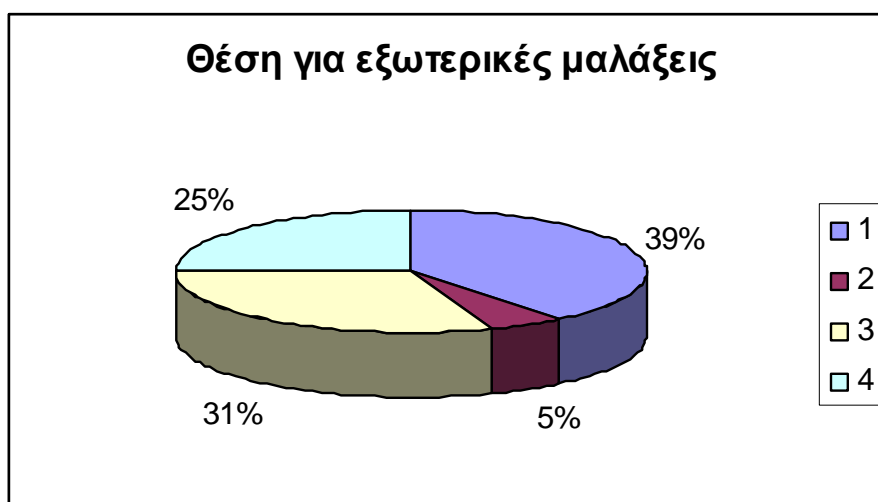
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	89	22,82%
2	162	41,54%
3	-	0
4	139	35,64%
Σύνολο	390	100%



Ποια είναι η καλύτερη θέση για εξωτερικές μαλάξεις;

1. Στο κάτω μέρος του στέρνου
2. Στο πάνω μέρος της κοιλιάς
3. Αριστερά στο θώρακα πάνω από την καρδιά
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	153	39,23%
2	20	5,13%
3	121	31,03%
4	96	24,61%
Σύνολο	390	100%



Ξέρετε πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις που πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο το λεπτό που έχει πάθει καρδιακή ανακοπή;

1. 40-60 / λεπτό
2. 80-100 / λεπτό
3. 120-140 / λεπτό
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	22	5,64%
2	15	3,85%
3	1	0,26%
4	352	90,25%
Σύνολο	390	100%



Πόσες τεχνητές αναπνοές πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο που έχει πάθει ανακοπή της αναπνοής;

1. 10-15 / λεπτό
2. 15-20 / λεπτό
3. 30-40 / λεπτό
4. Δεν γνωρίζω

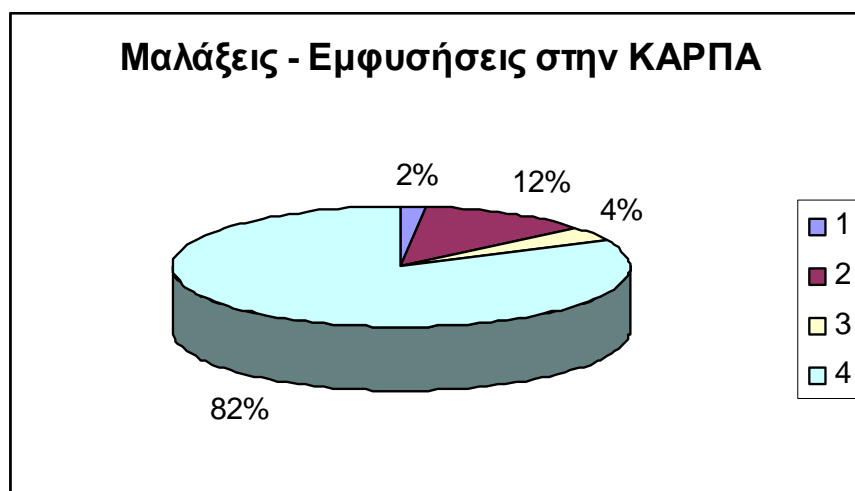
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	16	4,10%
2	16	4,10%
3	7	1,80%
4	351	90%
Σύνολο	390	100%



Πόσες μαλάξεις και εμφυσέςεις γίνονται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;

1. 1 μάλαξη και 1 εμφύσηση
2. 15 μαλάξεις και 2 εμφυσέςεις
3. 1 μάλαξη και 5 εμφυσέςεις
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	6	1,54%
2	47	12,05%
3	16	4,10%
4	321	82,31%
Σύνολο	390	100%

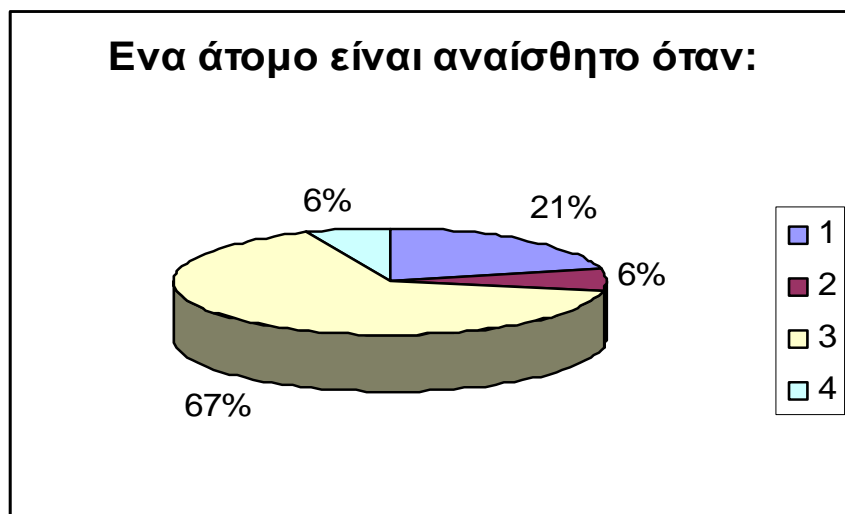


ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟΙ (N=112)

Πως καθορίζουμε αν ένα άτομο είναι αναίσθητο και θέλει βοήθεια;

1. Είναι πεσμένο στο έδαφος και δεν κινείται
2. Δεν απαντάει στις ερωτήσεις μας εάν είναι καλά
3. Αν τον ταρακουνήσουμε ελαφρά στους ώμους και του φωνάξουμε δυνατά δεν κινείται και δεν βγάζει ήχους
4. Δεν γνωρίζω

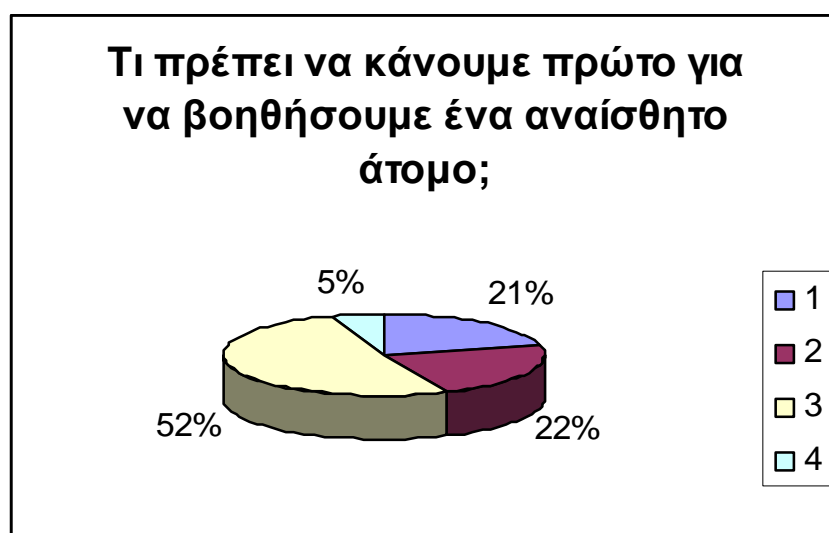
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	24	21,42%
2	7	6,25%
3	74	66,07%
4	7	6,25%
Σύνολο	112	100%



Τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναίσθητο άτομο;

1. Να ρίξετε λίγο νερό στο πρόσωπο του
2. Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα
3. Να φωνάξετε βοήθεια από οποιονδήποτε είναι κοντά
4. Δεν γνωρίζω

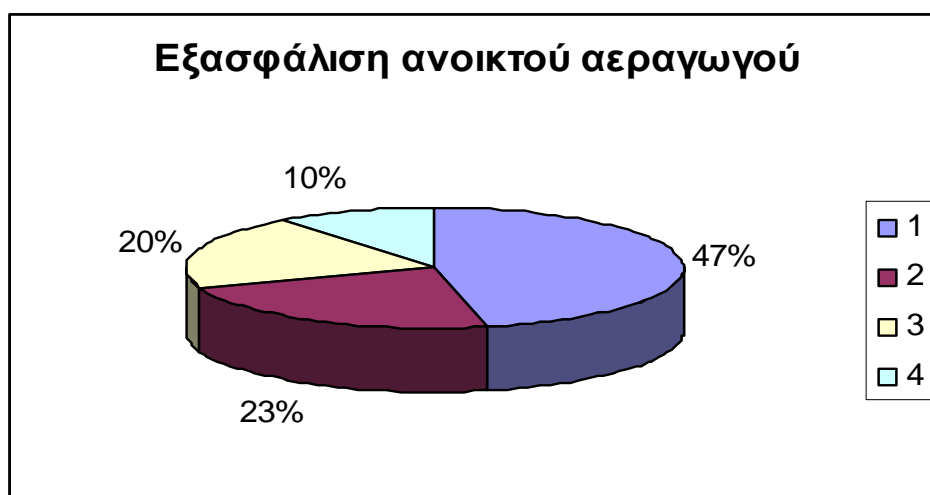
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	24	21,42%
2	25	22,32%
3	57	50,89%
4	6	5,36%
Σύνολο	112	100%



Για να εξασφαλίσουμε ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναίσθητο άτομο τι κάνουμε πρώτο;

1. Υπέρεκταση του αυχένα
2. Απομάκρυνση ξένων σωμάτων (π.χ. οδοντοστοιχίες) και / ή εμεσμάτων από το στόμα
3. Ανασήκωμα του πιγουνιού
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντηση	Ποσοστό
1	49	43,75%
2	31	21,67%
3	21	18,75%
4	11	9,82%
Σύνολο	112	100%



Υπερέκταση του αυχένα και ανασήκωμα του πιγουνιού είναι τεχνικές για...

1. Ανακούφιση από τον πόνο
2. Καλύτερη διέλευση του αέρα στα πνευμόνια
3. Προστασία του ασθενή από εμέσματα
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	3	2,68%
2	94	83,93%
3	2	1,78%
4	13	11,60%
Σύνολο	112	100%



Ποιος δεν είναι σωστός τρόπος για να διαπιστώσουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει:

1. Ψηλαφούμε τον θώρακα του
2. Βλέπουμε την κοιλιά του να κινείται πάνω-κάτω
3. Αισθανόμαστε τον αέρα που εκπνέει στο μάγουλο μας
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	34	30,35%
2	44	39,29%
3	22	19,64%
4	12	10,71%
Σύνολο	112	100%



Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε αναπνοή στον πάσχοντα;

1. Δυο αργές εμφυσέςεις στόμα με στόμα
2. Πέντε εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα
3. Χορηγούμε οξυγόνο με φιάλη
4. Δεν γνωρίζω

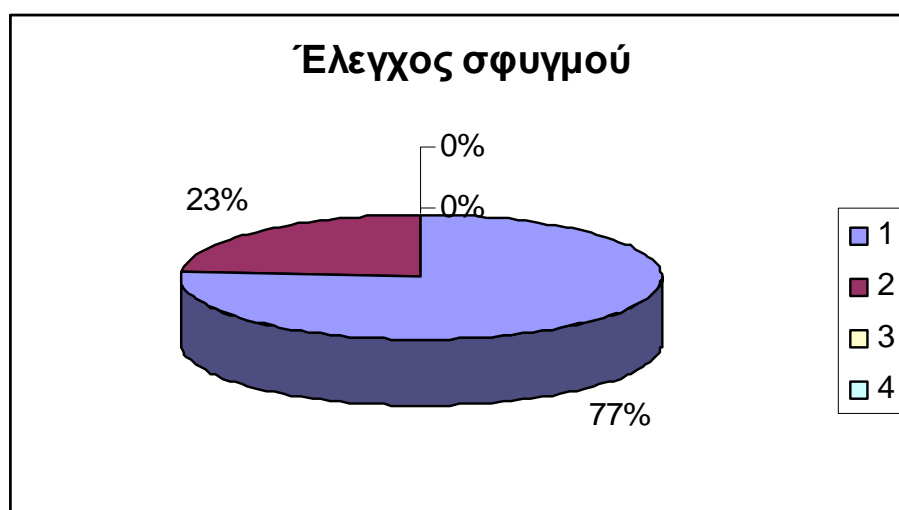
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	68	60,71%
2	30	26,79%
3	6	5,36%
4	8	7,14%
Σύνολο	112	100%



Που ελέγχουμε καλύτερα τον σφυγμό ενός πάσχοντα;

1. Στην καρωτίδα
2. Στον καρπό του
3. Στο μηρό του
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	86	76,79%
2	26	23,21%
3	-	0
4	-	0
Σύνολο	112	100%



Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα;

1. Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα
2. Εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα
3. Δίνουμε γροθιά πάνω στην καρδιά
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	31	27,68%
2	71	63,39%
3	-	0
4	10	8,93%
Σύνολο	112	100%



Ποια είναι η καλύτερη θέση για εξωτερικές μαλάξεις;

1. Στο κάτω μέρος του στέρνου
2. Στο πάνω μέρος της κοιλιάς
3. Αριστερά στο θώρακα πάνω από την καρδιά
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	75	66,69%
2	3	2,68%
3	30	26,79%
4	4	3,57%
Σύνολο	112	100%



Ξέρετε πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις που πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο το λεπτό που έχει πάθει καρδιακή ανακοπή;

1. 40-60 / λεπτό
2. 80-100 / λεπτό
3. 120-140 / λεπτό
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	17	15,18%
2	11	9,82%
3	-	0%
4	84	75%
Σύνολο	112	100%



Πόσες τεχνητές αναπνοές πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο που έχει πάθει ανακοπή της αναπνοής;

1. 10-15 / λεπτό
2. 15-20 / λεπτό
3. 30-40 / λεπτό
4. Δεν γνωρίζω]

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	11	9,83%
2	8	7,14%
3	4	3,57%
4	89	79,46%
Σύνολο	112	100%



Πόσες μαλάξεις και εμφυσέςεις γίνονται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;

1. 1 μάλαξη και 1 εμφύσηση
2. 15 μαλάξεις και 2 εμφυσέςεις
3. 1 μάλαξη και 5 εμφυσέςεις
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	2	1,79%
2	33	29,46%
3	9	8,04%
4	68	60,71%
Σύνολο	112	100%

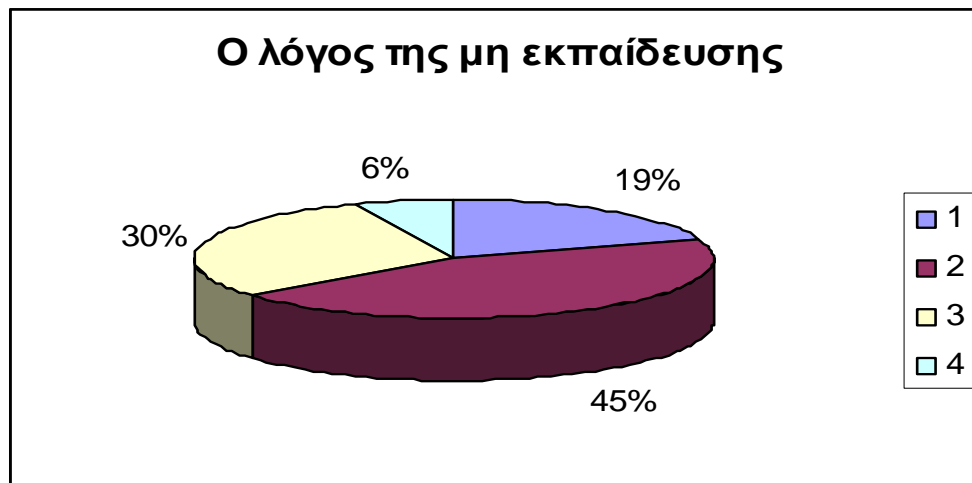


ΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΤΟΙ (v=278)

Δεν εκπαιδευτήκατε διότι:

1. Δεν έχετε χρόνο
2. Δεν υπάρχει υποδομή
3. Δεν γνωρίζω που να απευθυνθώ
4. Δεν είναι σημαντικό να μάθω-Αν είναι να τύχει θα τύχει

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	54	19,42%
2	124	44,60%
3	83	29,85%
4	17	6,11%
Σύνολο	278	100%



Πως καθορίζουμε αν ένα άτομο είναι αναίσθητο και θέλει βοήθεια;

1. Είναι πεσμένο στο έδαφος και δεν κινείται
2. Δεν απαντάει στις ερωτήσεις μας εάν είναι καλά
3. Αν τον ταρακουνήσουμε ελαφρά στους ώμους και του φωνάξουμε δυνατά δεν κινείται και δεν βγάζει ήχους
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	101	36,33%
2	12	4,31%
3	108	38,84%
4	57	20,50%
Σύνολο	278	100%



Τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναίσθητο άτομο;

1. Να ρίξετε λίγο νερό στο πρόσωπο του
2. Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα
3. Να φωνάξετε βοήθεια από οποιονδήποτε είναι κοντά
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	131	47,12%
2	47	16,90%
3	82	29,49%
4	18	6,48%
Σύνολο	278	100%



Για να εξασφαλίσουμε ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναίσθητο άτομο τι κάνουμε πρώτο;

1. Υπέρεκταση του αυχένα
2. Απομάκρυνση ξένων σωμάτων (π.χ. οδοντοστοιχίες) και / ή εμεσμάτων από το στόμα
3. Ανασήκωμα του πιγουνιού
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	43	15,47%
2	51	18,34%
3	40	14,39%
4	144	51,79%
Σύνολο	278	100%



Υπερέκταση του αυχένα και ανασήκωμα του πιγουνιού είναι τεχνικές για...

1. Ανακούφιση από τον πόνο
2. Καλύτερη διέλευση του αέρα στα πνευμόνια
3. Προστασία του ασθενή από εμέσματα
4. Δεν γνωρίζω

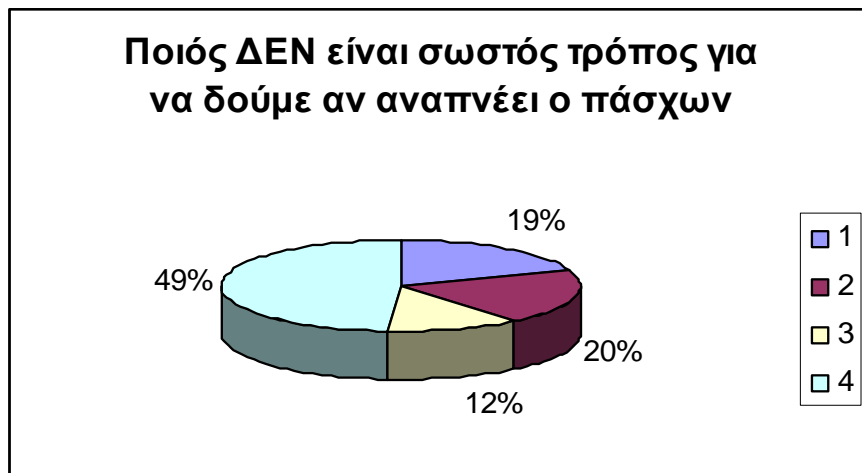
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	9	3,24%
2	135	48,56%
3	14	5,04%
4	120	43,17%
Σύνολο	278	100%



Ποιος δεν είναι σωστός τρόπος για να διαπιστώσουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει:

1. Ψηλαφούμε τον θώρακα του
2. Βλέπουμε την κοιλιά του να κινείται πάνω-κάτω
3. Αισθανόμαστε τον αέρα που εκπνέει στο μάγουλο μας
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	53	19,06%
2	56	20,14%
3	33	11,9%
4	136	48,92%
Σύνολο	278	100%



Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε αναπνοή στον πάσχοντα;

1. Δυο αργές εμφυσέςεις στόμα με στόμα
2. Πέντε εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα
3. Χορηγούμε οξυγόνο με φιάλη
4. Δεν γνωρίζω

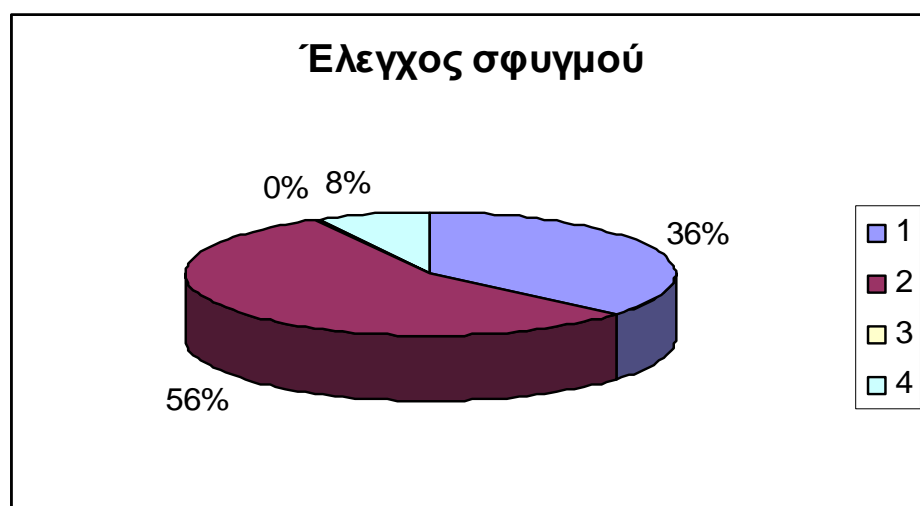
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	88	31,65%
2	72	25,90%
3	29	10,43%
4	89	32,01%
Σύνολο	278	100%



Που ελέγχουμε καλύτερα τον σφυγμό ενός πάσχοντα;

1. Στην καρωτίδα
2. Στον καρπό του
3. Στο μηρό του
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	101	36,33%
2	155	55,76%
3	1	0,36%
4	21	7,55%
Σύνολο	278	100%



Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα;

1. Τεχνητή αναπνοή στόμα με στόμα
2. Εξωτερικές μαλάξεις στο θώρακα
3. Δίνουμε γροθιά πάνω στην καρδιά
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	58	20,86%
2	91	32,73%
3	-	0%
4	129	46,41%
Σύνολο	278	100%



Ποια είναι η καλύτερη θέση για εξωτερικές μαλάξεις;

1. Στο κάτω μέρος του στέρνου
2. Στο πάνω μέρος της κοιλιάς
3. Αριστερά στο θώρακα πάνω από την καρδιά
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	78	28,06%
2	17	6,12%
3	91	32,73%
4	92	33,09%
Σύνολο	278	100%



Ξέρετε πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις που πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο το λεπτό που έχει πάθει καρδιακή ανακοπή;

1. 40-60 / λεπτό
2. 80-100 / λεπτό
3. 120-140 / λεπτό
4. Δεν γνωρίζω

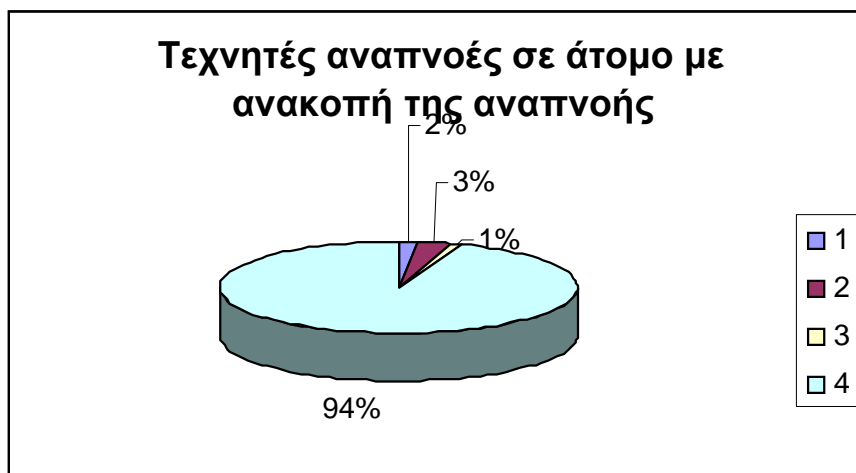
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	5	1,80%
2	4	1,44%
3	1	0,36%
4	268	96,40%
Σύνολο	278	100%



Πόσες τεχνητές αναπνοές πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο που έχει πάθει ανακοπή της αναπνοής;

1. 10-15 / λεπτό
2. 15-20 / λεπτό
3. 30-40 / λεπτό
4. Δεν γνωρίζω]

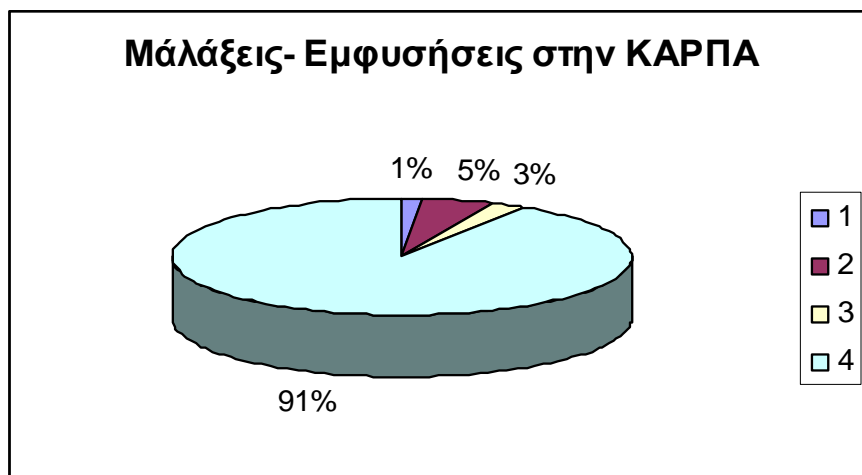
Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	5	1,78%
2	8	2,88%
3	3	1,09%
4	262	94,25%
Σύνολο	278	100%



Πόσες μαλάξεις και εμφυσέςεις γίνονται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;

1. 1 μάλαξη και 1 εμφύσηση
2. 15 μάλάξεις και 2 εμφυσέςεις
3. 1 μάλαξη και 5 εμφυσέςεις
4. Δεν γνωρίζω

Απάντηση	Άτομα που απάντησαν	Ποσοστό
1	4	1,44%
2	14	5,04%
3	7	2,52%
4	253	91%
Σύνολο	278	100%



ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πίνακας 1: Εκτίμηση του επιπέδου γνώσεων των θεωρητικών ερωτήσεων στην ΚΑΡΠΑ, σχήμα, συχνότητα και (PPEs %[#].)

Ερώτηση	Σωστές απαντήσεις					
	Όλοι οι συμμετέχοντες (v=390)		Εκπαιδευμένοι στην ΚΑΡΠΑ (v=112)		Ανεκπαιδευτοι στην ΚΑΡΠΑ (v=278)	
	No.	PPE% [#]	No.	PPE% [#]	No.	PPE% [#]
1. Πως καθορίζεται αν ένα άτομο είναι αναισθητο και θέλει βοήθεια;	182	44.7	74	59.0	108	39.9
2. Τι πρέπει να κάνετε πρώτο για να βοηθήσετε ένα αναισθητο άτομο;	139	38.9	57	62.6	82	31.0
3. Για να εξασφαλίσουμε ανοικτό τον αεραγωγό σε ένα αναισθητο άτομο τι κάνουμε πρώτο;	92	22.2	49	51.9	43	12.3
4. Υπερέκταση του αυχένα και ανασήκωμα του πηγουνιού είναι τεχνικές για...;	229	52.1	94	87.7	135	40.3
5. Ποιος δεν είναι σωστός τρόπος για να διαπιστώσουμε αν ο πάσχοντα αναπνέει;	100	24.4	44	35.8	56	20.6
6. Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε αναπνοή στον πάσχοντα;	156	37.3	68	55.6	88	31.2
7. Που ελέγχουμε καλύτερα το σφυγμό ενός πάσχοντα;	187	44.2	86	78.4	101	32.8
8. Τι κάνουμε αν δεν ανιχνεύσουμε σφυγμό στον πάσχοντα;	162	39.6	71	75.1	91	27.8
9. Ποια είναι η καλύτερη θέση για εξωτερικές μαλάξεις;	153	37.2	75	62.1	78	28.9
10. Ξέρετε πόσες είναι οι ελάχιστες μαλάξεις που πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο που έχει υποστεί καρδιακή ανακοπή το λεπτό;	15	3.4	11	10.2	4	1.2
11. Ξέρετε πόσες τεχνητές αναπνοές πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο που έχει πάθει ανακοπή της αναπνοής στο λεπτό;	7	0.8	4	1.7	3	0.6
12. Πόσες μαλάξεις και εμφυσήσεις γίνονται στην Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση;	47	10.6	33	31.9	14	3.5

[#]PPE%= Ποσοστιαία εκτίμηση στον πληθυσμό

Οι εκτιμήσεις έχουν σταθμιστεί από τις διανομές των πληθυσμών ηλικίας, φύλου και εκπαιδευτικού επιπέδου και αποτελούν το συγκεκριμένο σχέδιο δειγματοληψίας

Πίνακας 2: Αποτελέσματα δείγματος και εκτιμήσεις πληθυσμών για τις διαφορετικές υποομάδες

	Αρίθμηση δείγματος	PPE% [#]	Μέσο αποτέλεσμα (95%ΔΕ) ^{##}	Με αποτέλεσμα επάρκειας στην ΚΑΡΠΑ	PPE% [#] με αποτέλεσμα >7 (95% CI)
Σύνολο	390	100	3.6 (3.2, 3.9)	50	11.7 (8.2, 16.4)
• Εκπαιδευμένοι στην ΚΑΡΠΑ	112	24.8 (18.9, 32.0)	6.1 (5.7, 6.5)	50	47.3 (32.1, 62.9)
• Ανεκπαιδευτοι	278	75.2 (68.0, 81.1)	2.7 (2.4, 3.0) *	0	0.0 (N/A)
• Σχέση με τις επιστήμες υγείας	24	2.6 (1.6, 4.1)	6.5 (5.6, 7.3)	10	50.9 (28.7, 72.9)
• Καμία σχέση	366	97.4 (95.9, 98.4)	3.5 (3.1, 3.8) *	40	10.7 (7.3, 15.5)
• Άντρες	118	49.8 (42.6, 57.0)	3.8 (3.2, 4.4)	24	15.4 (9.4, 24.4)
• Γυναίκες	272	50.2 (43.0, 57.4)	3.3 (2.9, 3.6)	26	8.1 (5.2, 12.3)
• 18 – 29 ετών	107	24.8 (18.8, 31.9)	4.3 (3.6, 5.1)	21	17.5 (10.0, 28.8)
• 30 – 49 ετών	160	35.5 (29.4, 42.2)	3.4 (3.0, 3.8)	19	9.5 (5.7, 15.3)
• 50 – 69 ετών	98	26.6 (20.9, 33.2)	3.5 (2.8, 4.1)	9	14.3 (6.6, 28.3)
• > 70 ετών	25	13.1 (8.0, 20.8)	2.6 (1.0, 4.2)	1	1.8 (0.3, 10.2)
• Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	104	47.7 (40.4, 55.1)	2.9 (2.3, 3.6)	5	6.3 (2.4, 15.5)
• Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	143	35.7 (29.7, 42.2)	3.8 (3.3, 4.2)	18	12.9 (7.9, 20.3)
• Μεταλκειακά	40	3.5 (2.4, 5.1)	4.1 (3.3, 5.0)	4	15.0 (2.3, 35.9)
• Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	103	13.1 (10.2, 16.8)	5.0 (4.4, 5.6)	23	27.5 (17.7, 40.1)
• Εργαζόμενοι	220	51.1 (43.8, 58.3)	3.8 (3.3, 4.3)	34	14.3 (9.2, 21.5)
• Άνεργοι	170	48.9 (41.8, 56.2)	3.3 (2.8, 3.8)	16	9.1 (5.0, 16.1)
• Μάρτυρας σε ατύχημα	57	15.3 (10.9, 21.1)	4.6 (3.9, 5.4)	12	21.3 (10.2, 39.2)
• Ποτέ μάρτυρας	333	84.7 (79.0, 89.1)	3.4 (3.0, 3.7) *	38	10.0 (6.7, 14.7)

PPE%= Ποσοστιαία εκτίμηση στον πληθυσμό

Η εκτίμηση του πληθυσμού με βάση το μέσο αποτέλεσμα στην υποομάδα

Οι εκτιμήσεις έχουν σταθμιστεί από τις διανομές των πληθυσμών ηλικίας, φύλου και εκπαιδευτικού επιπέδου και αποτελούν το συγκεκριμένο σχέδιο δειγματοληψίας

* Τα μέσα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικά στο επίπεδο 5%

Πίνακας 3: Τα χαρακτηριστικά των εκπαιδευμένων ατόμων και η προηγούμενη εκπαίδευση στην ΚΑΡΠΑ

	Αρίθμηση δείγματος	PPE% [#]	Μέσο αποτέλεσμα (95%ΔΕ ^{##}	Με αποτέλεσμα επάρκειας στην ΚΑΡΠΑ	PPE% [#] με αποτέλεσμα (95%CI)
Σύνολο	112	100	6.1 (5.7, 6.5)	50	47.3 (32.1, 62.9)
• Σχέση με τις επιστήμες υγείας	20	9.2 (5.2, 15.7)	6.9 (5.9, 7.7)	10	57.1 (32.3, 78.9)
• Καμία σχέση	92	90.8 (84.3, 94.8)	6.0 (5.6, 6.5)	40	46.3 (30.0, 63.3)
• Άντρες	41	59.4 (44.8, 72.5)	6.4 (5.9, 6.9)	24	52.1 (26.8, 76.3)
• Γυναίκες	71	40.6 (27.5, 55.2)	5.7 (5.1, 6.3)	26	40.2 (27.1, 54.9)
• 18 – 29 ετών	40	41.6 (25.8, 59.5)	6.2 (5.5, 6.9)	21	41.9 (16.2, 72.9)
• 30 – 49 ετών	53	34.7 (23.1, 48.4)	5.9 (5.4, 6.4)	19	39.1 (25.0, 55.3)
• 50 – 69 ετών	18	22.7 (12.6, 37.6)	6.3 (5.4, 7.2)	9	67.3 (38.6, 87.0)
• > 70 ετών	1	1.0 (0.2, 5.3)	N/A	1	100.0 (N/A)
• Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	11	29.9 (14.2, 52.5)	6.0 (5.2, 6.8)	5	40.4 (8.6, 83.1)
• Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	36	36.9 (24.4, 51.4)	6.0 (5.2, 6.7)	18	50.2 (32.8, 67.6)
• Μεταλυκειακά	16	5.8 (3.1, 10.5)	5.5 (4.2, 6.8)	4	36.4 (13.3, 68.2)
• Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	49	27.4 (17.8, 39.7)	6.6 (6.0, 7.2)	23	53.0 (35.7, 69.7)
• Εργαζόμενοι	83	69.5 (55.0, 81.0)	6.1 (5.7, 6.5)	34	42.2 (24.4, 62.3)
• Άνεργοι	29	30.5 (19.0, 45.0)	6.2 (5.3, 7.0)	16	58.8 (35.7, 78.5)
• Μάρτυρες σε ατύχημα	22	21.4 (12.2, 34.8)	6.8 (6.0, 7.6)	12	61.3 (33.6, 83.2)
• Ποτέ μάρτυρες	90	78.6 (65.2, 87.8)	5.9 (5.5, 6.4)	38	43.4 (26.7, 61.8)
Εκπαιδευτής στην ΚΑΡΠΑ					
• ΕΚΑΒ ή Ε.Σ.*	21	15.5 (8.6, 26.2)	4.8 (4.1, 5.5)	3	9.0 (2.2, 30.0)
• Γιατρός ή Νοσηλεύτης	75	62.1 (46.7, 75.4)	5.9 (5.4, 6.4)	31	37.7 (20.8, 58.3)
• Αυτοδίδακτος	16	22.4 (12.3, 37.4)	7.5 (7.1, 8.0)	16	100.0 (N/A)
Αιτία για εκπαίδευση:					
• Επικινδυνότητα της εργασίας	17	10.2 (5.5, 18.0)	6.1 (5.3, 6.9)	5	42.2 (18.0, 70.1)
• Απαίτηση του εργοδότη	10	6.3 (3.1, 12.5)	5.8 (4.2, 7.5)	4	39.9 (13.4, 73.9)
• Προσωπικό ενδιαφέρον	45	44.2 (29.6, 59.9)	6.7 (5.9, 7.2)	25	68.2 (49.5, 82.4)
• Άλλοι λόγοι	40	39.3 (23.6, 57.6)	5.7 (5.1, 6.3)	16	26.2 (9.8, 53.7)
Χρόνος που έχει περάσει από την εκπαίδευση:					
• < 1 year	34	26.3 (16.5, 39.0)	7.3 (6.6, 7.9)	23	79.7 (62.4, 90.2)
• 1 – 5 years	39	46.8 (30.9, 63.5)	6.1 (5.5, 6.6)	16	41.6 (17.2, 71.0)
• > 5 years	39	26.9 (17.1, 39.7)	5.1 (4.5, 5.8)	11	25.5 (13.3, 43.3)

[#] PPE% = Ποσοστιαία εκτίμηση στον πληθυσμό

^{##} Η εκτίμηση του πληθυσμού με βάση το μέσο αποτέλεσμα στην υποομάδα.

Οι εκτιμήσεις έχουν σταθμιστεί από τις διανομές των πληθυσμών ηλικίας, φύλου και εκπαιδευτικού επιπέδου και αποτελούν το συγκεκριμένο σχέδιο δειγματοληψίας.

* Εθνικό κέντρο άμεσης βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) και Ερυθρός Σταυρός (Ε.Σ.)

Πίνακας 4: Οι παράγοντες της επαρκούς γνώσης της ΚΑΡΠΑ μεταξύ των εκπαιδευμένων ατόμων.

Ποικιλία	Κατηγορίες	Ανεπαρκές αποτέλεσμα (n=62)	Επαρκές αποτέλεσμα (n=50)	OR [#] ή (H)	p-value (καθαρή αξία)
Ηλικία (σε έτη)	-	33.6 ^{##}	38.8 ^{##}	1.00	0.911
Φύλο	Γυναίκες Αντρες	45 17	26 24	Αναφορά 4.41	- 0.106
Μορφωτικό επίπεδο	≤ Τριτοβάθμια Εκπαίδευση Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	36 26	27 23	Αναφορά 3.07	- 0.244
Επαγγελματικό επίπεδο	Πρόσφατα άνεργοι Πρόσφατα εργαζόμενοι	13 49	16 34	Αναφορά 0.66	- 0.697
Σχέση με τις επιστήμες υγείας Επάγγελμα ή σπουδές	Όχι Ναι	52 10	40 10	Αναφορά 5.63	- 0.097
Βοηθός σε ατύχημα ή μάρτυρας	Όχι Ναι	52 10	38 12	Αναφορά 2.52	- 0.390
Χρόνος που πέρασε από την εκπαίδευση	> 1 χρόνο ≤ 1 χρόνο	51 11	27 23	Αναφορά 5.54	- 0.042
Εκπαιδευτής στην ΚΑΡΠΑ	ΕΚΑΒ ή Ε.Σ*. Γιατρός-Νοσηλεύτης ή Αυτοδίδακτος	18 44	3 47	Αναφορά 47.11	- 0.097
Αιτία της εκπαίδευσης	Άλλος λόγος** Προσωπικό ενδιαφέρον	42 20	25 25	Αναφορά 21.88	- 0.011

[#] (OR) ή (H) Πιθανότητα-αναλογία ρυθμισμένη για άλλες μεταβλητές στο πρότυπο και ζυγισμένη για το συγκεκριμένο σχέδιο δειγματοληψίας

^{##} Μέση αξία.

Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) και Ερυθρός Σταυρός (Ε.Σ.)

** Επικινδυνότητα της εργασίας, η απαίτηση του εργοδότη ή άλλος λόγος

Πίνακας 5: Παράγοντες συμμετοχής στην εκπαίδευση της ΚΑΡΠΑ.

Ποικιλία	Κατηγορίες	Εκπαιδευμένοι (n= 112)	Ανεκπαιδευτοι (n= 278)	OR [#] ή (H)	p-value (καθαρή αξία)
Ηλικία (σε έτη)	-	36.1 ^{##}	47.7 ^{##}	0.96	0.002
Φύλο	Γυναίκες Αντρες	71 41	201 77	Αναφορά 1.71	- 0.158
Μορφωτικό επίπεδο	≤ Τριτοβάθμια εκπαίδευση Τριτοβάθμια εκπαίδευση	63 49	224 54	Αναφορά 3.13	- 0.012
Επαγγελματικό επίπεδο	Πρόσφατα άνεργοι Πρόσφατα εργαζόμενοι	29 83	141 137	Αναφορά 1.27	- 0.601
Σχέση με επιστήμες υγείας Επάγγελμα ή Σπουδές	Όχι Ναι	92 20	274 4	Αναφορά 17.85	- <0.001
Μάρτυρας ατυχήματος	Όχι Ναι	90 22	243 35	Αναφορά 2.21	- 0.138

[#](OR) ή (H) Πιθανότητα-αναλογία ρυθμισμένη για άλλες μεταβλητές στο πρότυπο και ζυγισμένη για το συγκεκριμένο σχέδιο δειγματοληψίας.

^{##} Μέση αξία

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed chest cardiac massage. JAMA 1960; 173:1064-1069.
2. Copley DP, Mantle JA, Rogers WJ, Russell RO Jr, Rackley CE. Improved outcome for prehospital cardiopulmonary collapse with resuscitation by bystanders. Circulation 1977; 56:901-905.
3. Lund I, Skulberg A. Cardiopulmonary resuscitation by lay people. Lancet 1976; 2: 702-705.
4. Thompson RG, Hallstrom AP, Gobb LA. By stander initiated cardiopulmonary resuscitation in the management of ventricular fibrillation. Ann Intern Med 1979; 90: 737-740.
5. Guzy PM, Pearce ML, Greenfield S. The survival benefit of bystander cardiopulmonary resuscitation in a paramedic served metropolitan area. Am J Public Health 1983; 73:766-769.
6. Pearn JH. The management of near-drowning. Br Med J 1985; 291:14447-52.
7. Fredriksson M, Herlitz J, Nichol G. Variation in outcome in studies of out-of-hospital cardiac arrest: a review of studies conforming to the Utstein guidelines. Am J Emerg Med 2003; 21(4): 276-81.
8. Stiell I, Niscol G, Wells G, De Maio V, Nesbitt L, Blackburn J, Spaite D: OPALS Study Group . Health related quality of life is better for cardiac arrest survivors who received citizen cardiopulmonary resuscitation. Circulation 2003; 108(16): 1939-44.
9. Rasmus A, Czekajlo MS. A national survey of the Polish population's cardiopulmonary resuscitation knowledge. Eur J Emerg Med 2000; 7(1): 39-43.

10. Cheung BM, Ho C, Kou KO, Kuong EE, Lai KW, Leow PL, Tam PK, Tse KS, Tung KL, Woo PY; University Of Hong Kong Cardiopulmonary Resuscitation Knowledge Study Group. Knowledge of cardiopulmonary resuscitation among the public in Hong Kong: telephone questionnaire survey. *Hong Kong Med J* 2003; 9(5): 323-8.
11. Bury G, Murphy AW, Power R, Daly S, Sissons L, Rothwell J. Resuscitation skills among the general public in Dublin. *Ir Med J* 1990; 83(3): 119-20.
12. Stewart JA. Resuscitating an idea: prone CPR. *Resuscitation* 2002; 54(3):231-6.
13. Brennan RT, Braslow A. Skill mastery in cardiopulmonary resuscitation training classes. *Am J Emerg Med* 1995; 13:505-8.
14. Kaye W, Rallis FS, Mancini ME, Linhares KC, Angell ML, Donovan DS, Zajano NC, Finger JA. The problem of poor retention of cardiopulmonary resuscitation skills may lie with the instructor, not the learner or the curriculum. *Resuscitation* 1991; 21:67-87.
15. Kaye W, Mancini E. Teaching adult resuscitation in United States-time for a rethink. *Resuscitation* 1998; 37:177-87.
16. Brennan RT, Braslow A. Are we training the right people yet? A survey of participants in public cardiopulmonary resuscitation classes. *Resuscitation* 1998; 37:21-5.
17. Eisenburger p, Safar P. Life support first aid training of the public- review and recommendations. *Resuscitation* 1998; 41:3-18.
18. Garcia-Barbero M, Caturla-Such J. What are we doing in cardiopulmonary resuscitation training in Europe? An analysis of a survey. *Resuscitation* 1999; 41:225-236.
19. Smith KL, Cameron PA, McR Meyer AD, McNeil JJ. Is the public equipped to act in out of hospital cardiac emergencies? *Emerg Med J* 2003; 20:85-7.

20. Lester C, Donnely P, Assar D. Community life support training: does it attract the right people? Public Health 1997; 111:192-6.
21. Brennan RT. Student, instructor and course factors predicting achievement in CPR training classes. Am J Emerg Med 1991; 9:220-4.
22. Blaslow A, Brennan RT, Newman NM, Bircher NG, Batcheller AM, Kaye W. CPR training without an instructor: Development and evaluation of a video self-instructional system for effective performance of cardiopulmonary resuscitation. Resuscitation 1997; 34(3): 207-20.
23. Breivik N, Ulvik NM, Blikra G, Lind B. Life-supporting first aid self-training. Crit Care Med 1980; 8:654-8.
24. Kohnlein H-E, Weller S, Vogel W, Nobel J, Meinertz T. Πρώτες Βοήθειες. 9^η αναθεωρημένη έκδοση.
25. Engelhardt GH. Εγκόλπιο-Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρικής.
26. Σαχίνη- Καρδάση Α, Πάνου Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές διαδικασίες.