



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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Μελέτη καταγραφής γνώσεων και προθυμίας γενικού πληθυσμού για την παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος.



Από τις φοιτήτριες:

Μανδακάκη Πηνελόπη

Σηφάκη Γεωργία

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΑ

ΜΕΡΟΣ 1^ο

Εισαγωγή	5
----------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός πρώτων βοηθειών	8
1.2 Στόχος πρώτων βοηθειών	8
1.3 Ποια είναι η σημασία των πρώτων βοηθειών	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ποιοι εκπαιδεύονται στις πρώτες βοήθειες	11
2.2 Οι ευθύνες και οι δεξιότητες του ατόμου με εκπαίδευση στην παροχή πρώτων βοηθειών	
2.2.α Οι ευθύνες του διασώστη στις πρώτες βοήθειες	12
2.2.β Οι δεξιότητες διασώστη στις πρώτες βοήθειες	13
2.3 Προγράμματα πρώτων βοηθειών για το γενικό πληθυσμό	13
2.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση των πρώτων βοηθειών.	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Ορισμός τροχαίου ατυχήματος	18
3.2 Γενικά για τα τροχαία ατυχήματα	19
3.3 Τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων	20
3.4 Συνέπειες τροχαίων ατυχημάτων	21
3.5 Ιστορία τροχαίων ατυχημάτων	22
3.6 Οδική συμπεριφορά και υγεία	24
3.7 3 ^η αιτία θανάτου τείνουν να γίνουν τα τροχαία ατυχήματα	28
3.8 Μέτρα μείωσης και πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων	29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1	Περιπτώσεις στις οποίες μπορεί κάποιος να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες και με ποιους τρόπους	30
4.1.α	Αντιμετώπιση μικρών τραυμάτων	33
4.2	Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση	42
4.3	Μεταφορά ασθενούς	50
4.4	Τι θα πρέπει να περιλαμβάνει το φαρμακείο αυτοκινήτου	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1	Συνήθεις λόγοι που δεν δίνονται οι πρώτες βοήθειες	57
5.2	Παροχή πρώτων βοηθειών σε θύματα με μεταδοτικά νοσήματα.	60

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1	Ψυχολογική υποστήριξη των θυμάτων	62
-----	-----------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1	Σημασία της προαγωγής υγείας και οδικής ασφάλειας των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον	63
7.2	Η θεσμική κατοχύρωση των πρώτων βοηθειών	64

ΜΕΡΟΣ 2^ο

Περίληψη έρευνας	74
Σκοπός έρευνας	74
Ανάλυση ερευνητικού εργαλείου	77
Συμπεράσματα	85
Συζήτηση	86
Περιορισμοί της μελέτης	88
Προτάσεις	88
Βιβλιογραφία	90
Παράρτημα I	94
Παράρτημα II	98

*Ευχαριστούμε θερμά για την υποστήριξή τους και
για τα εφόδια που μας προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια
η οικογένειά μας και οι καθηγητές μας.*

Και ιδιαίτερα τον κ. Γεώργιο Κριτσωτάκη για υποστήριξη και την βοήθειά του.

*Ένα τελευταίο ευχαριστώ στους φίλους μας που στάθηκαν
κοντά μας σε όλη αυτή την προσπάθεια.*

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι αδύνατο σε κάθε ατύχημα να παρέχονται άμεσα πρώτες βοήθειες από νοσηλεύτη, ιατρό ή από κάποιο ιατρικά εκπαιδευμένο πρόσωπο, και αναγκαστικά πρέπει, σε ένα μεγάλο ποσοστό να παρασχεθούν 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 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 (Bossart 1998).

Η αναγκαία γνώση παροχής πρώτων βοηθειών μπορεί να αποκτηθεί από τον οποιοδήποτε, με απλή διαδικασία και πρακτικές ασκήσεις, από εξειδικευμένο ιατρικό ή παραϊατρικό προσωπικό. Γνώσεις Πρώτων Βοηθειών και ΚΑΡΠΑ διαθέτουν επιλεγμένες ομάδες του πληθυσμού όπως νοσηλεύτες 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 (Eisenburger & Safar 1998).

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 περιθάλψη, τα ασφαλιστικά ταμεία και την κρατική οικονομία. Η γνώση παροχής πρώτων βοηθειών από πολίτες θα δρούσε αποτρεπτικά και προληπτικά αυτού του είδους των συνεπειών.

Δεν μπορεί να αμφισβητηθεί από κανένα, ότι οι Πρώτες Βοήθειες αποβαίνουν σωτήριες για τον πάσχοντα συνάνθρωπο μας. Ιδιαίτερα μάλιστα, όταν πρακτικοί λόγοι μας αναγκάζουν να προσφέρουμε την άμεση συνδρομή μας, μέχρις ότου μεταφερθεί ο άρρωστος στο πλησιέστερο νοσοκομείο, για πιο ουσιαστική αντιμετώπιση και θεραπεία.

Καθημερινά παραδείγματα τέτοιων αναγκών είναι τα τροχαία ατυχήματα.

Στην μακρινή Αυστραλία ο Dermott και ο Cordner, μελέτησαν στην Βικτόρια 137 περιπτώσεις δυστυχημάτων οι οποίες αφορούσαν σε τραυματίες που έζησαν μέχρι την άφιξη του ασθενοφόρου και απεβίωσαν αργότερα. Το δείγμα ήταν 100 άντρες και 37 γυναίκες. Στην έρευνα μελετήθηκαν οι ώρες που έγιναν τα δυστυχήματα, εάν ήταν πεζοί, μοτοσικλετιστές ή οδηγοί αυτοκινήτων. Οι ερευνητές βρήκαν ότι το ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων μπορούσαν να προληφθούν. Συμπέραναν ότι η ανίχνευση της υψηλής ταχύτητας σώζει ζωές. Ο Dermott και ο Cordner στην έρευνα τους αναφέρουν ότι από το 1988 που ενισχύθηκε ο νόμος στη Βικτόρια με τη χρησιμοποίηση μηχανημάτων ανίχνευσης υψηλής ταχύτητας και άλλων μέτρων πρόληψης, επήλθε μείωση των θανατηφόρων τροχαίων δυστυχημάτων από 776 το 1989 σε 378 το 1994. Έχει καταστεί αξίωμα πλέον ότι όσο αυξάνεται η ταχύτητα τόσο μειώνεται η ορατότητα και ο χρόνος αντίδρασης. Ένα μικρό λάθος μπορεί να στοιχίσει το νήμα μιας ζωής, ενώ υπό άλλες συνθήκες, με ελεγχόμενη χαμηλή ταχύτητα θα μπορούσε να επανορθωθεί ανώδυνα (Dermott & Cordner 2002).

Πολλές έρευνες δείχνουν τη σχέση μεταξύ οινοπνεύματος και την επίδραση που έχει στην ικανότητα οδήγησης. Το αλκοόλ είναι ένας από τους κύριους παράγοντες στην πρόκληση δυστυχημάτων, γιατί το ποτό ελαττώνει τα αντανακλαστικά, μειώνει την ικανότητα της όρασης, η αυτοσυγκέντρωση γίνεται δύσκολη, δεν μπορείς να αντιδράσεις έγκαιρα. Στην έρευνα του ο Γεωργούλης προοπτικού χαρακτήρα, στην οποία μελετήθηκαν τραυματίες από τροχαία ατυχήματα στην Ήπειρο και το νομό Λευκάδας εξετάστηκαν οι παράγοντες που έχουν σχέση με τη βαρύτητα του τραυματισμού. Η έρευνα έγινε σε 2,507 τροχαία ατυχήματα και βρήκαν ότι υπήρχε σχέση μεταξύ τροχαίων ατυχημάτων και αλκοόλ, πόρισμα με το οποίο συμφωνούν οι Dermott και Cordner (Γεωργούλης 1990).

Η ελληνική νομοθεσία σήμερα προβλέπει επιβολή χρηματικού προστίμου, ακινητοποίηση του οχήματος, αφαίρεση άδειας οδήγησης και πινακίδων, ποινή στο POINT SYSTEM ακόμα και φυλάκιση για όσους συλλαμβάνονται να οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ μετρημένο σε mg/IBrAc δηλαδή χιλιοστά γραμμαρίου οινοπνεύματος ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα.

Το σλόγκαν "η ζώνη σώζει ζωές" δεν είναι μια θεωρία, αλλά όπως δείχνουν οι έρευνες είναι μια επιβεβαιωμένη πραγματικότητα μέσα από την πρακτική. Ο Robertson ,συνέδεσε τα θανατηφόρα δυστυχήματα με τους κανόνες ασφάλειας. Μελέτησε από 1975-1991 από το σύστημα αναφοράς θανατηφόρων δυστυχημάτων διάφορες περιπτώσεις, κατά πόσο συνέβηκε σ' έναν ή περισσότερους επιβάτες του αυτοκινήτου και συμπέρανε πως όταν χρησιμοποιείται η ζώνη ασφαλείας συνέβαλε στη μείωση του ποσοστού των θανατηφόρων δυστυχημάτων (Robertson 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ορισμός των πρώτων βοηθειών

Ως πρώτες βοήθειες μπορεί να οριστεί η άμεση φροντίδα που παρέχεται σε ένα άτομο μετά από τραυματισμό ή ξαφνική ασθένεια πριν φτάσει η ιατρική βοήθεια (Τζουγκαράκης 2007).

1.2 Στόχος πρώτων βοηθειών

Οι πρώτες βοήθειες έχουν ως στόχο την άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας από μη εξειδικευμένα άτομα. Από τον ορισμό τους δηλαδή οι πρώτες βοήθειες δεν μπορούν να είναι επείγουσα θεραπευτική, αφού δεν παρέχονται από γιατρούς, και κατά συνέπεια στην άσκηση τους δεν υπάρχουν περιθώρια για τη χρησιμοποίηση φαρμάκων. Οι πρώτες βοήθειες είναι επίσης κάτι διαφορετικό από τη επείγουσα νοσηλευτική, που αποτελεί μια καθαρά νοσηλευτική ειδικότητα (Μάκος 2001).

Το αντικείμενο των πρώτων βοηθειών ορίζεται μέσα από τους αυστηρά προδιαγεγραμμένους στόχους τους που είναι:

- 1) Η διάσωση της ζωής του θύματος, που επιτυγχάνεται με τη διατήρηση ή την αποκατάσταση της αναπνευστικής και της καρδιακής λειτουργίας και την αντιμετώπιση της αιμορραγίας.
- 2) Η πρόληψη της επέκτασης της βλάβης του οργανισμού μέσα από τον έλεγχο της επίδρασης του βλαπτικού παράγοντα, που προκάλεσε την αρχική βλάβη.
- 3) Η σχετική βελτίωση της κατάστασης του θύματος, που μπορεί να προκύψει τόσο με τις προσπάθειες ανακούφισης του όσο και με τη δημιουργία κλίματος ασφάλειας και προστασίας.
- 4) Η προετοιμασία του αρρώστου για τη μετέπειτα ειδική ιατρική του αντιμετώπιση. Όσο πιο περιορισμένη είναι η δυναμική αναίρεση των πράξεων του αρωγού από το γιατρό, που στη συνέχεια θα παραλάβει τον άρρωστο, τόσο πιο επιτυχημένη θεωρείται η παροχή πρώτων βοηθειών.

5) Η ενημέρωση του γιατρού για τις συνθήκες του ατυχήματος, την κατάσταση του αρρώστου πριν δοθούν οι πρώτες βοήθειες και τις μεταβολές της κατά την μεταφορά καθώς και για τι είδος των πρώτων βοηθειών που χορηγήθηκαν. Μέσα από την ανάλυση αυτών των στόχων φαίνεται καθαρά ο προσωρινός χαρακτήρας των πρώτων βοηθειών και η ανάγκη της θεραπευτικής παρέμβασης που θα ακολουθήσει.

Οι πρώτες βοήθειες μπορούν να αποβούν σωτήριες για την ζωή ενός ανθρώπου. Στόχος των πρώτων βοηθειών είναι η διατήρηση της ζωής, η πρόληψη επιδείνωσης μιας κατάστασης και η προαγωγή της ανάρρωσης όσο το δυνατόν συντομότερα. Οι πρώτες βοήθειες είναι οι πρώτες ενέργειες που κάνουμε στον τόπο του ατυχήματος με ότι πρόχειρα μέσα διαθέτουμε με στόχο να σώσουμε τη ζωή του θύματος να ανακουφίσουμε τον πόνο του και να προλάβουμε περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης του. Πολύ σημαντική παράμετρος των πρώτων βοηθειών είναι να γνωρίζει κάποιος ότι δεν θα είναι σε θέση να βοηθήσει κάποιον συνάνθρωπό. Γι' αυτό πρώτη προτεραιότητα δίνουμε στη γνώση (Μάκος 2001).

1.3 Ποια η σημασία των πρώτων βοηθειών

Η γνώση της αντιμετώπισης μιας σοβαρής κατάστασης μπορεί να σημαίνει τη διαφορά ανάμεσα στη ζωή και τον θάνατο. Παρόλα αυτά ακόμη και αν η ζωή ενός ατόμου δεν βρίσκεται σε κίνδυνο, αν γνωρίζουμε την σωστή διαδικασία παροχής πρώτων βοηθειών μπορούμε να προλάβουμε την μόνιμη βλάβη σε ιστούς, να αποφύγουμε τις επιπλοκές ή να βοηθήσουμε κάποιον να συνέλθει όσο τον δυνατόν συντομότερα. Για το λόγο αυτό παίζει πολύ σημαντικό ρόλο να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότεροι άνθρωποι τη σωστή εφαρμογή των πρώτων βοηθειών. Ανεξάρτητα από κοινωνική θέση, φύλο, επάγγελμα ή οικονομική κατάσταση, όλοι κάποτε μπορεί να βρεθούμε ως μάρτυρες σε κάποιο τροχαίο ατύχημα. Σε μια τέτοια περίπτωση ο καθένας από εμάς εξουθενωμένος, μετά το τέλος της εργασίας του μπορεί να κάνει ότι

δεν το είδε και να περάσει αδιάφορα κλείνοντας τα μάτια στο γεγονός και μαζί την ελπίδα για ζωή σε κάποιον συνάνθρωπό του.

Για το λόγο αυτό δεν φτάνει μόνο η σωστή εκπαίδευση. Είναι εξίσου σημαντικό για κάθε άτομο να το διακρίνει η ανιδιοτέλεια και η ανάγκη προσφοράς ζωής. Όλα τα παραπάνω μας επισημαίνουν την σπουδαιότητα που έχει η γνώση πρώτων βοηθειών και η προθυμία εφαρμογής αυτών. Οι πρώτες βοήθειες κατέχουν διακεκριμένη θέση στην αντιμετώπιση των ατυχημάτων. Τα ατυχήματα διεκδικούν μια από τις 4 πρώτες θέσεις μεταξύ των αιτιών θανάτου και θεωρούνται πια το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα της σύγχρονης Προληπτικής Ιατρικής. Οι στατιστικές δείχνουν ότι, κάθε χρόνο, ένας στους τέσσερις πολίτες των Η.Π.Α. τραυματίζεται σε βαθμό, που να χρειάζεται ιατρική βοήθεια.

Υπολογίζεται ότι το 45% των ατόμων που πεθαίνουν από ατυχήματα, θα μπορούσαν να είχαν διασωθεί και ότι 25% των αναπήρων από ατυχήματα δεν θα ήταν ανάπηροι, αν τους παρέχονταν έγκαιρα Πρώτες Βοήθειες και μεταφέρονταν με ασφάλεια αμέσως μετά το ατύχημα. Αν μάλιστα ληφθεί υπόψη ότι τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου για τα άτομα 15-24 ετών και μια από τις βασικές αιτίες θανάτου για τα άτομα 25-44 ετών, που αποτελούν τα πιο παραγωγικά χρόνια της ζωής, γίνεται εύκολα κατανοητή η άμεση κοινωνική ζημία που προκαλείται (American Medical Association 1993).

Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται ότι οι τέσσερις βασικοί λόγοι, που επιβάλλουν την εκπαίδευση του πληθυσμού και την οργάνωση συστήματος Πρώτων Βοηθειών, είναι οι παρακάτω:

- 1) ΗΘΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ: Ο ανθρώπινος πόνος δεν έπαψε ποτέ να αποτελεί μια σημαντική διάσταση της ζωής που παίρνει δραματικό μέγεθος στην οξεία του έκφραση. Τα φιλόθρωνα συναισθήματα, που δημιουργεί στους τρίτους μια τέτοια κατάσταση, δεν μπορεί να είναι λυσιτελή για την αντιμετώπιση της. Η σωστή και κοινωνικά ενταγμένη τεχνική εκπαίδευση στις Πρώτες Βοήθειες είναι η μόνη, που μπορεί να προσφέρει δικαιολογημένη ηθική καταξίωση στον αρωγό.
- 2) ΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ: Η παροχή Πρώτων Βοηθειών είναι δεοντολογικά επιβεβλημένη. Η δεοντολογία αυτή παίρνει τη μορφή νομικής

υποχρέωσης στην περίπτωση συγκεκριμένων ομάδων ατόμων (αστυνομικοί, πυροσβέστες, αξιωματικοί πλοίων, κ.α.) ή φορέων (βιομηχανίες, σχολεία, εργοτάξια, κ.α.).

- 3) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ: Η επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση του επιδημιολογικού φάσματος της εποχής μας, επιβάλλει ανάλογα προσανατολισμένη προσέγγιση του προβλήματος των Πρώτων Βοηθειών στα πλαίσια ενός συστήματος αυτοφροντίδας έχει άμεσες επιπτώσεις επάνω στις διεργασίες κοινωνικοποίησης των ατόμων.
- 4) ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΛΟΓΟΙ: Η μείωση του υγειονομικού κόστους, που, όπως αναλύθηκε παραπάνω, μπορεί να προέλθει από τη σωστή και οργανωμένη παροχή Πρώτων Βοηθειών, δημιουργεί επιτακτική ανάγκη για κάλυψη του θέματος από την πλευρά της πολιτείας .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ποιοι εκπαιδεύονται στις πρώτες βοήθειες

Πρώτα απ όλα πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν δύο κατηγορίες ατόμων που εκπαιδεύονται:

- 1) ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και
- 2) άτομα χωρίς υγειονομική εκπαίδευση.

Για παράδειγμα περίπου το 80% εκείνων που συμμετέχουν στα εκπαιδευτικά προγράμματα πρώτων βοηθειών του αγγλικού ερυθρού σταυρού το κάνουν για να αποκτήσουν ένα απαραίτητο πιστοποιητικό για την δουλειά τους, το σχολείο ή για εθελοντική εργασία. Εκείνοι οι οποίοι παίρνουν μαθήματα πρώτων βοηθειών χωρίς προσωπικό ενδιαφέρον να αποκτήσουν σωστικές ικανότητες για την δουλειά τους ή επειδή τους έχει ζητηθεί είναι συνήθως γονείς μικρών παιδιών και έφηβοι που δουλεύουν σαν baby sitter (Nolan 2006).

2.2 Η ευθύνη και οι δεξιότητες του ατόμου με εκπαίδευση στη παροχή πρώτων βοηθειών.

2.2α)Οι ευθύνες του διασώστη στις Πρώτες Βοήθειες

Πρώτες Βοήθειες είναι η επιδέξια εφαρμογή αποδεκτών αρχών θεραπείας, σε περιπτώσεις κάκωσης ή ξαφνικής αρρώστιας, με τη χρησιμοποίηση των διαθέσιμων εκείνη τη στιγμή μέσων ή υλικών. Είναι, δηλαδή, η αποδεκτή μέθοδος αντιμετώπισης ενός πάσχοντα, ώσπου να αναλάβει τη φροντίδα του, αν είναι ανάγκη, ένας ιατρός ή να μεταφερθεί σε νοσοκομείο. Επειδή συχνά συμβαίνουν πολλά και σοβαρά ατυχήματα, ο ρόλος του διασώστη που έχει εκπαιδευτεί στην παροχή Πρώτων Βοηθειών είναι πολύ σημαντικός. Κατά την αντιμετώπιση ενός επείγοντος προβλήματος η ευθύνη του στην παροχή Πρώτων Βοηθειών, είναι:

1. Να εκτιμηθεί η κατάσταση του πάσχοντα
2. Να αναγνωρισθεί η νόσος ή η κάκωση από την οποία υπόφερε ο πάσχων.
3. Να εφαρμοσθούν άμεσες , σωστές και επαρκής πρώτες βοήθειες , έχοντας υπόψη ότι ο πάσχων μπορεί να έχει περισσότερες από μια κακώσεις και ότι μερικοί πάσχοντες θα χρειαστούν πιο επείγουσα περίθαλψη από άλλους.
4. Να φροντιστεί, χωρίς καθυστέρηση, για τη μεταφορά του πάσχοντα σε γιατρό, σε νοσοκομείο ή στο σπίτι του, ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του.

Η ευθύνη ενός διασώστη τελειώνει όταν ο πάσχων τεθεί υπό τη φροντίδα ιατρού ή άλλου αρμόδιου προσώπου. Ο διασώστης δεν πρέπει να φύγει από τον τόπο του ατυχήματος παρά μόνο αφού δοθεί αναφορά σε εκείνον που θα αναλάβει την ευθύνη και αφού βεβαιωθεί ότι δεν χρειάζεται πια η βοήθεια του (ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού).

2.2β) Οι δεξιότητες του Διασώστη στις Πρώτες Βοήθειες

Ένας εκπαιδευμένος διασώστης προκειμένου να παρέχει Πρώτες Βοήθειες θα πρέπει να κατέχει και να εκπληρώνει τις παρακάτω δεξιότητες:

1. Ικανότητα λήψης ακριβούς αλλά σύντομου και επικεντρωμένου ιστορικού.
2. Ικανότητα εφαρμογής βασικών και προηγμένων μέτρων διατήρησης της ζωής.
3. Γνώση όλων των ηλικιακών ομάδων και των διαφόρων προβλημάτων υγείας τους.
4. Ικανότητα γρήγορης και σφαιρικής παρατήρησης και εκτίμησης και σωστής παρέμβασης.
5. Δεξιότητα στην εκτέλεση μιας μεγάλης ποικιλίας διαγνωστικών διαδικασιών με ένα συστηματοποιημένο και γρήγορο τρόπο.
6. Ικανότητα καθορισμού προτεραιοτήτων.
7. Κατοχή γνώσεων που αφορούν τη φροντίδα υγείας και την ικανότητα διδασκαλίας.
8. Ικανότητα και δεξιότητα στη χρησιμοποίηση τεχνικών παρέμβασης κρίσης .
(ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού).

2.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

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

αυτοπεποίθηση και ψυχραιμία, ικανούς να επιδείξουν στους οξέος πάσχοντες την απαραίτητη συμπάθεια και να αποκτήσουν τα οργανωτική δεξιότητα που απαιτείται για τον έλεγχο της όλης κατάστασης σε τέτοιες περιπτώσεις.

Το European Resuscitation Council, αλλά και ο Διεθνής Σύνδεσμος Ερυθρών Σταυρών (Ligue) έχουν προχωρήσει στην κατάσταση ενιαίου προγράμματος διδασκαλίας των Πρώτων Βοηθειών, που περιλαμβάνει:

1. Την θεωρητική διδασκαλία του μαθήματος, η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από πληρότητα, σαφήνεια, ακρίβεια και ιεράρχηση των γνώσεων.
2. Την υποστήριξη αυτής της θεωρητικής διδασκαλίας με θεωρητικές εικόνες (διαφάνειες ή πίνακες), που εστιάζουν την προσοχή των εκπαιδευομένων στη συγκεκριμένη κάθε φορά ενέργεια. Ιδανική περίπτωση τέτοιων εικόνων θεωρούνται τα απλά γραμμικά σχέδια συμπληρωμένα ενδεχομένως με χρωματικό τονισμό του βασικού τους στοιχείου. Οι πίνακες, που πιθανόν θα χρησιμοποιηθούν, πρέπει να παρουσιάζονται ένας-ένας ή, αν δε γίνεται, να είναι τοποθετημένοι με τη σειρά που τα θέματα τους εμφανίζονται στο μάθημα. Η επίδειξη φωτογραφιών δεν μπορεί να εξυπηρετήσει αυτό το σκοπό.
3. Την ολοκληρωμένη παρουσίαση των θεμάτων με κινηματογραφικές ταινίες ή μαγνητοταινίες. Κύριος στόχος της χρησιμοποίησης των ταινιών δεν είναι μόνο η συγκέντρωση των επιμέρους φάσεων μιας ενέργειας (π.χ. τεχνητή αναπνοή) αλλά, πολύ περισσότερο, η κατανόηση του γεγονότος ότι η αντιμετώπιση ενός οξέος περιστατικού απαιτεί κατά κανόνα ένα σωστό συνδυασμό των ενεργειών, που διδάχθηκαν ξεχωριστά στα θεωρητικά μαθήματα (π.χ. αντιμετώπιση πολυτραυματία).
4. Την ομαδοποίηση των εκπαιδευομένων και την πρακτική τους εξάσκηση πάνω σε προπλάσματα (κούκλες). Η αναλογία εκπαιδευτών με εκπαιδευόμενων στην ΚΑΡΠΑ πρέπει να είναι 1:3 μέχρι 1:6. Οι συνθήκες του οξέος περιστατικού είναι αδύνατο να αναπαραχθούν πάνω σε ζωντανό υγιή οργανισμό, γι' αυτό και η χρήση ειδικών

προπλασμάτων είναι αναντικατάστατη και φυσικά απαραίτητη για την πρακτική εξάσκηση στις Πρώτες Βοήθειες .

Μια άλλη, τέλος, εκπαιδευτική ιδιομορφία των Πρώτων Βοηθειών είναι το γεγονός ότι πολλές φορές είναι καταδικασμένες, σαν γνώσεις, να μείνουν για πολύ καιρό αχρησιμοποίητες με κίνδυνο να ξεχαστούν. Γι' αυτό όλα τα ολοκληρωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα προβλέπουν συστηματική επανεξέταση των αρωγών, που, στη περίπτωση ορισμένων τουλάχιστον βασικών ενεργειών, γίνεται ανά εξάμηνο. Η επανεξέταση, εκτός από την ανανέωση των γνώσεων, διευκολύνει και τη γενικότερη σκοπιμότητα της ανάπτυξης του εθελοντισμού και, κατά συνέπεια, τη κοινωνικοποίηση των εκπαιδευομένων .

Σώμα εθελοντών Σαμαρειτών Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

Η Διεύθυνση Σώματος Σαμαρειτών του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ιδρύθηκε το 1932. Μέλη μπορούν να γίνουν άντρες και γυναίκες από 17 έως 35 ετών. Σήμερα, είναι ενεργή στην Πάτρα, Ηράκλειο, Ιεράπετρα, Χανιά, Πύργος, Ξάνθη, Αίγιο, Κω, Αθήνα, Χαλκίδα, Κάλυμνο, Λάρισα και Τρίπολη, και αριθμεί περίπου 2.500 ενεργά μέλη. Διαθέτει Σχολές Πρώτων Βοηθειών και Διάσωσης, διάρκειας 15 μηνών, κατά τη διάρκεια των οποίων οι εθελοντές εκπαιδεύονται σε: Ιστορία και Θεμελιώδεις Αρχές του Ερυθρού Σταυρού, Διεθνές Κίνημα Ερυθρού Σταυρού, Ιστορία του Σώματος Σαμαρειτών του ΕΕΣ, Δραστηριότητες του Σώματος Εθελοντών Σαμαρειτών, Δεοντολογία, Ανατομία, Παθολογία, Ορθοπαιδική, Πρώτες Βοήθειες, Διάσωση, Πρόληψη αντιμετώπισης καταστροφών, Επιβίωση, Ναυαγοσωστική, Καρδιοπνευμονική Αναζωογόνηση, ειδικές μεταφορές με φορεία, δημιουργία και λειτουργία καταυλισμών, Ψυχολογική Υποστήριξη, Ψυχολογία στις καταστροφές. Κατά τη δεκαπεντάμηνη εκπαίδευσή τους, οι εθελοντές εκπαιδεύονται θεωρητικά και πρακτικά 182 ώρες στην τάξη, πραγματοποιούν 218 ώρες πρακτικής άσκησης στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών των οικείων νοσοκομείων αλλά και συμμετέχουν σε υγειονομικές αποστολές των τοπικών τμημάτων του ΕΕΣ και

τελειώνουν την εκπαίδευσή τους με εθελοντική εργασία διάρκειας 70 ωρών. Η συνολική τους εκπαίδευση επομένως ολοκληρώνεται σε 470 ώρες. Οι εθελοντές Σαμαρείτες εργάζονται για τη διάδοση του ερυθροσταυρικού πνεύματος και ιδεωδών, και συμμετέχουν σε πληθώρα δραστηριοτήτων, όπως:

1. Πρώτες βοήθειες σε αθλητικούς αγώνες (ποδόσφαιρο, μπάσκετ, κολύμβηση, αγώνες δρόμου, ράλι, πυγμαχία, ιστιοπλοΐα, πόλο, καράτε, κλπ).
2. Πρώτες βοήθειες σε διάφορες διοργανώσεις όπως υπαίθριες συναυλίες, θεατρικές παραστάσεις, πολιτιστικές εκδηλώσεις κλπ.
3. Εκπαιδεύουν στις πρώτες βοήθειες μαθητές, δασκάλους, συλλόγους, προσωπικό εργοστασίων, αεροπορικών εταιριών, κλπ.
4. Οργανώνουν περιβαλλοντολογικές δραστηριότητες όπως προστασία ακτών και θαλασσών, καθώς και δραστηριότητες και ομιλίες για τα ναρκωτικά και το AIDS, κλπ.
5. Εκπαιδευμένοι ως σχολικοί τροχονόμοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε διάφορα δημοτικά σχολεία της χώρας.
6. Συνεργάζονται με την Πυροσβεστική, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοηθείας, την Ελληνική Αστυνομία, Λιμενικές Αρχές και άλλους κρατικούς φορείς για καταστροφές ή έκτακτες περιπτώσεις.
7. Επανδρώνουν παράκτιους Σταθμούς Πρώτων Βοηθειών και ναυαγοσωστικής κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, καθώς και Κινητές Υγειονομικές Μονάδες σε περιόδους αυξημένης κίνησης στις εθνικές οδούς.
(ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού).

2.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ.

2.4.a Πρωτοβάθμια Νοσηλευτική

Η Ελλάδα συμμετέχει ενεργά στις δραστηριότητες του Π.Ο.Υ. συνεργάζεται με όλα τα κράτη μέλη προκειμένου να χαραχθεί κοινή πολιτική υγείας που θα συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και την επίτευξη του στόχου Υγεία για όλους. Σε εθνικό επίπεδο οι κυριότερες δραστηριότητες που αναπτύχθηκαν είναι:

1. Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας της χώρας
2. Τροποποιήσεις και προσαρμογές στο εκπαιδευτικό σύστημα
3. Ενεργοποίηση ειδικών προγραμμάτων
4. Σύσταση διακλαδικής Επιτροπής για την Π.Φ.Υ.
5. Σύσταση Νοσηλευτικής Επιτροπής για την Π.Φ.Υ.

Με το νόμο 1397/1983 αλλάζει το Σύστημα Υγείας της χώρας και εισάγεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που προβλέπει την λειτουργία μονάδων Π.Φ.Υ. (Κέντρων Υγείας, ιατρεία κινητές μονάδες). Η Νοσηλευτική αποτελεί μια από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας (Νοσηλευτική - Ιατρική - διοικητική). Με συμπληρωματικούς και τροποποιητικούς νόμους τα έτη 1985, 1992, 1994, 1997 καθορίζονται θέματα της Π.Φ.Υ και της Νοσηλευτικής (κατ' οίκον Νοσηλεία, Αγωγή Υγείας).

Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην Κοινότητα διεθνώς επικράτησε με τον τίτλο: «Κοινοτική Νοσηλευτική». Στη χώρα μας όλα τα βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν προσαρμοσθεί προς την φιλοσοφία (στη εφαρμογή) της Π.Φ.Υ. και ιδιαίτερα στο πανεπιστημιακό επίπεδο.

Σήμερα αφενός ένας μεγάλος αριθμός ειδικών προγραμμάτων φαίνεται να βρίσκεται σε ικανοποιητική ανάπτυξη και αφετέρου, πολλά σεμινάρια έχουν οργανωθεί και οργανώνονται με σκοπό την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας και του κοινού για τη σκοπιμότητα της Π.Φ.Υ. (Μάργαρη 1999).

Ο νοσηλευτής-εκπαιδευτής παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες σε ιατρούς, νοσηλευτές και απλούς πολίτες. Για να εκπαιδεύει, όμως, θα πρέπει να κατέχει το αντικείμενο της ΚΑΑ, να αναγνωρίζει τις

ιδιαιτερότητες των εκπαιδευομένων και να αποτελεί για αυτούς τον μέντορα τους που θα τους καθοδηγεί καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσης. Από την άλλη πλευρά, έχει ως υποχρέωσή του να αντιμετωπίζει τη δυναμική της ομάδας, να είναι αντικειμενικός ως προς την αξιολόγηση των εκπαιδευομένων, να σέβεται την διαφορετική εμπειρία, να διαθέτει κίνητρο και να είναι υποστηρικτικός σε όλα τα μέλη της ομάδας (European Resuscitation Council 2007).

Έχει αποδειχθεί ότι ο νοσηλευτής-εκπαιδευτής παρέχει καλύτερα τις γνώσεις στους εκπαιδευόμενους σε σχέση με τους υπολοίπους εκπαιδευτές, καθώς οι νοσηλευτές δεν επικεντρώνονται στη μετάδοση πολύπλευρων επιστημονικών γνώσεων που αφορούν την ΚΑ, αλλά διδάσκουν και μαθαίνουν στους εκπαιδευόμενους πως την κρίσιμη ώρα θα αναγνωρίσουν ένα θύμα ΚΑ, θα καλέσουν βοήθεια, θα ξεκινήσουν να εφαρμόζουν σωστά θωρακικές συμπίεσεις και να δίνουν εμφυσήσεις και θα χορηγούν με ασφάλεια ηλεκτρικό ρεύμα (απινίδωση) (Xanthos και συν.2009)

Συμπερασματικά, η συμμετοχή του νοσηλευτή στην εκπαίδευση της ΚΑΑ στην Ελλάδα είναι ακόμα μικρή, αλλά οι νοσηλευτές δεν υστερούν σε τίποτα σε σχέση με τους υπολοίπους υγειονομικούς, καθώς διαθέτουν τα προσόντα του ιδανικού εκπαιδευτή. Επειδή, ο νοσηλευτής αποτελεί τον πρώτο αποδέκτη του επείγοντος περιστατικού που στην προκειμένη περίπτωση είναι η ΚΑ, θα πρέπει να δραστηριοποιηθεί όχι μόνο στον να εκπαιδευτεί, αλλά και να εκπαιδεύει, ώστε στην ΚΑ να μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΟΧΑΙΟΥ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ

Όπως ορίζεται στο νόμο, τροχαίο είναι το δυστύχημα στο οποίο εμπλέκονται ένα ή περισσότερα οχήματα που βρίσκονται σε κίνηση σε δημόσιο δρόμο ή όχημα, με οποιαδήποτε μονάδα τροχαίας και στο οποίο προκαλείται θάνατος ή σωματική βλάβη σε οποιοδήποτε πρόσωπο ή ζημιά σε οποιοδήποτε περιουσιακό στοιχείο (Δερβεντζής 2002).

3.2 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν ίσως την πρώτη αιτία θανάτου σε όλο τον κόσμο. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν καθημερινό φαινόμενο. Κατά μέσο όρο στην Ελλάδα 2000 άνθρωποι χάνουν την ζωή τους, 4000 είναι οι βαριά τραυματισμένοι και 30000 οι ελαφρά τραυματισμένοι κάθε χρόνο. Από τους νεκρούς το 1/3 είναι παιδιά (Χαραλαμπίδου 2009). Χωρίς φυσικά σε αυτά τα τραγικά νούμερα να υπολογίσουμε ότι πέρα απ τους επίσημους νεκρούς που καταγράφονται πολλοί από τους τραυματίες πεθαίνουν μετά από καιρό στο νοσοκομείο.

Τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Η αμέλεια, η απερισκεψία, η περιφρόνηση του κινδύνου, η άγνοια, το κακό οδικό δίκτυο, οι υποδομές που δεν υπάρχουν και φυσικά τα μέτρα πρόληψης που είναι υποχρεωτικά αλλά δεν εφαρμόζονται. Η σηματοδότηση του οδικού δικτύου κάθε νομού είναι ανύπαρκτη ενώ η κατάσταση του οδοστρώματος απελπιστική. Η οδική ασφάλεια σίγουρα απαιτεί συλλογική προσπάθεια. Απαιτεί την συνεργασία της πολιτείας, των φορέων αλλά και την ευαισθητοποίηση όλων μας. Είναι εντυπωσιακό ότι το 35,3 % του πληθυσμού σύμφωνα με έρευνες δηλώνει ότι έχει την εμπειρία ενός τροχαίου ατυχήματος ενώ το 24,3 % ότι την είχαν φίλοι ή συγγενείς. Έτσι πλέον τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν καθημερινότητα με τον αριθμό των νεκρών να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο (Χαραλαμπίδου 2009).

Η συνεχής αύξηση των οχημάτων και οδικών μεταφορών, με την τεράστια συμβολή στην πρόοδο και την οικονομική ανάπτυξη των προηγμένων χωρών έχει δυστυχώς και τις αρνητικές επιπτώσεις. Μια από αυτές είναι η αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων.

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων, που αποτελεί μία από τις κυριότερες αιτίες θανάτου.

Η ευαισθητοποίηση όλων μας είναι πολύ σημαντική. Σε ένα σοβαρό τροχαίο κάποιος ίσως να χάσει την ζωή τους αμέσως. Κάποιος ίσως παλέψουν γι αυτήν. Πόσες φορές πεθαίνει κάποιος αβοήθητος στον δρόμο; Πόσα πολύτιμα λεπτά χάνονται περιμένοντας να έρθει το ασθενοφόρο; Και

πως μπορεί κάποιος από εμάς αν βρεθεί εκείνη την στιγμή στο σημείο ενός τροχαίου ατυχήματος να προσφέρει τις πρώτες βοήθειες;

Αρκετοί από τους τραυματίες θα μπορούσαν να έχουν σωθεί ή να είχαν λιγότερες επιπλοκές εάν κάποιος από τους παρευρισκόμενους είχε τις κατάλληλες γνώσεις ώστε να παρέχει τις πρώτες βοήθειες. Γνωρίζοντας τον τρόπο να προσφέρουμε τις πρώτες βοήθειες μπορούμε να προστατεύσουμε και να σώσουμε ζωές στην καθημερινότητά μας. Όμως η βάση της μείωσης των τροχαίων ατυχημάτων είναι η σωστή ενημέρωση και πρόληψη.

3.3. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η οδική ασφάλεια αποτελεί τη συνισταμένη τεσσάρων παραγόντων (Καβαζίδης 2004) :

- A) του χρήστη της οδού (οδηγού, πεζού, επιβάτη)
- B) του οχήματος
- Γ) της οδικής υποδομής και του οδικού περιβάλλοντος
- Δ) του συστήματος ελέγχου

A) Ο χρήστης της οδού

Ο κυριότερος υπαίτιος των δυστυχημάτων είναι ο χρήστης των οδών, άνθρωπος, ο οποίος αν και έχει πετύχει σοβαρά επιτεύγματα, όμως δεν κατόρθωσε ως οδηγός η πεζός να συνειδητοποιήσει τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις του έναντι όλων των άλλων που κυκλοφορούν στους δρόμους, να περιορίσει τις αδυναμίες και τις ατέλειες του και να συμβάλει έτσι θετικά στην ασφαλή κυκλοφορία. Στους δρόμους καθημερινά συμβαίνουν τροχαία ατυχήματα και τα νοσοκομεία γεμίζουν τραυματίες με πρωταρχικό υπαίτιο τον άνθρωπο. Η εύρυθμη και ασφαλής κυκλοφορία οφείλεται κυρίως στις ικανότητες του χρήστη της οδού , τις φυσικές (σώμα, πνεύμα) και τις επίκτητες (γνώση, πείρα, θέληση, συμμόρφωση στους κανόνες του Κ.Ο.Κ.)

B) Το όχημα

Το οδικό δίκτυο της χώρας μας αποτελεί ένα αγκάθι για το οποίο συνεχώς μιλούν όλοι με όχι τόσο κολακευτικά λόγια. Και αυτό είναι πλέον δεδομένο. Το όχημα είναι αυτό που είναι καινούριο ή παλιό. Άρα οι οδηγοί πρέπει να προσαρμοστούν σ αυτούς τους δρόμους, στις καιρικές συνθήκες του τόπου. Και να προσαρμόσουν την οδική συμπεριφορά τους ανάλογα με την κατάσταση του οχήματός τους. Όμως βασικός και अपαράβατος κανόνας κάθε οδηγού- κατόχου οχήματος πρέπει να είναι η σωστή συντήρηση του οχήματος του γιατί η πλημμελής συντήρηση του οδηγεί με ακρίβεια σε δυσάρεστα αποτελέσματα.

Γ) Οδική υποδομή και οδικό περιβάλλον

Ο βαθμός ασφάλειας των περισσότερων δρόμων τις Ελλάδος δεν βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο. Με εξαίρεση τα νέα τμήματα των αυτοκινητόδρομων, οι υπόλοιποι δρόμοι είναι μικτής κυκλοφορίας. Υπάρχουν δρόμοι με επικίνδυνες κλειστές στροφές, χωρίς διαχωριστικές νησίδες, με ανεπαρκή έως καθόλου φωτισμό κ.λ.π. Ενώ τα οχήματα συνεχώς βελτιώνονται και εκσυγχρονίζονται οι δρόμοι υπολείπονται.

Δ) Έλεγχος συστήματος

Η πολιτεία και οι εμπλεκόμενοι φορείς οφείλουν να κινητοποιούνται συνεχώς και όσο υπάρχει έστω και ένας νεκρός στην άσφαλο δεν πρέπει να εφησυχάζουν (Καβαζίδης 2004).

3.4 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Πέραν από το γεγονός ότι χάνονται ανθρώπινες ζωές, τα τροχαία αποζημιώνουν τη χώρα μας και σε οικονομικό κόστος, όπου για κάθε βαριά τραυματισμένο ανέρχεται στα 9.000.000 δραχμές, σε τιμές του 1993, ενώ το αποτιμώμενο κόστος για κάθε νεκρό ανέρχεται σε 75.000.000 δραχμές.

Κόστη σημαντικά χαμηλότερα από εκείνα που ισχύουν για άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Κοντογιάννη 2009).

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα από τροχαία ατυχήματα (εκτός από τους 32,000 τραυματίες και 2,000 θανόντες) κατά μέσο όρο έχουμε ετήσιο κοινωνικοοικονομικό κόστος 115 δις δραχμές . Το κόστος αυτό ορίζεται σαν το κόστος αποζημιώσεων θετικών ζημιών (υλικές ζημιές, σωματικές βλάβες) και αποθετικών ζημιών (απώλεια εισοδήματος, ηθική βλάβη κλπ). Ο κοινωνικός αντίκτυπος μιας ζημίας προκύπτει από την απώλεια ανθρώπινου δυναμικού και από το αυξημένο κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Στα ανωτέρω ποσά δεν συνυπολογίζεται η απώλεια ανθρώπινης ζωής, η οποία σαν αγαθό έχει ανεκτίμητη αξία.

Το υλικό κόστος:

- είτε αποζημιώνεται από Ασφαλιστική Εταιρεία οπότε αυτή για να καλύψει την αποζημίωση θα πρέπει μακροπρόθεσμα να αυξήσει τα ασφάλιστρα που σημαίνει επιβάρυνση του τελικού καταναλωτή

- είτε το επιβαρύνονται τα Ασφαλιστικά Ταμεία τα οποία και για να επιβιώσουν θα πρέπει μακροπρόθεσμα να αυξήσουν τις εισφορές προς αυτά που και πάλι σημαίνει επιβάρυνση του τελικού καταναλωτή

Η κάθε πρόσθετη επιβάρυνση του τελικού καταναλωτή επηρεάζει δυσμενώς την Εθνική Οικονομία. Ο περιορισμός των Τροχαίων Ατυχημάτων εκτός από τον περιορισμό στην απώλεια ανθρώπινης ζωής έχει και μακροπρόθεσμη εθνική σημασία. Η απόδοση ευθύνης σε εκείνον που πραγματικά την φέρει:

- κατανέμει το κόστος στους πραγματικά υπευθύνους
- παραδειγματίζει και νουθετεί
- -συμβάλλει στην δημιουργία ενός κράτους δικαίου και δημοκρατικού (Κοντογιάννη 2009).

3.5 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Στις 17 Αυγούστου 1896 στην Αγγλία γίνεται το πρώτο τροχαίο ατύχημα στον κόσμο κατά το οποίο έχασε την ζωή του ο Βρετανός αυτοκινητιστής ο οποίος έτρεχε με ταχύτητα 3.7μιλίων την ώρα. Στην Αθήνα

το 1886 έκανε την εμφάνισή του το πρώτο λεωφορείο. Ήταν ένα όχημα γαλλικής κατασκευής το οποίο είχε 14 καθίσματα και λειτουργούσε με ατμό. Οι πρωτόποροι επιχειρηματίες αυτοκινητιστές το εκμεταλλεύονταν στην γραμμή Θήβα – Αθήνα, ώσπου μια μέρα από έναν σπινθήρα άρπαξε φωτιά και έληξε άδοξα η σταδιοδρομία του. Το πρώτο τροχαίο ατύχημα στην Ελλάδα και μάλιστα θανατηφόρο έγινε την Κυριακή 4 Μαρτίου και ώρα 11.30 επί της λεωφόρου Συγγρού.



Παγκόσμια ημέρα μνήμης των θυμάτων των τροχαίων ατυχημάτων. Αφορμή για την θεσμοθέτηση αυτής της ημέρας στάθηκε μια αφίσα. Μια αφίσα που δείχνει ένα κοριτσάκι, που θα γιόρταζε τα 25 τα χρόνια αν ένα τροχαίο δυστύχημα δεν έκοβε ξαφνικά το νήμα της ζωής της. Ένας τρόπος για να σκεφτούμε ότι τα τροχαία ατυχήματα, η Ελλάδα κατέχει τα πρωτεία, δεν συμβαίνουν λόγω ατυχίας, αλλά λόγω απροσεξίας και κακής οδηγικής συμπεριφοράς. Η τρίτη Κυριακή του Νοέμβρη έχει θεσμοθετηθεί παγκοσμίως ως Παγκόσμια Μέρα Μνήμης των Θυμάτων Τροχαίων Δυστυχημάτων. Μια μέρα που έχει πολύ συγκεκριμένο στόχο. Να αφυπνίσει, να ευαισθητοποιήσει και να οδηγήσει σε παγκόσμια δράση για την εξάλειψη όλων των λόγων που στερούν ζωές(κακός συντηρημένα οδοστρώματα, οδηγοί που μιλούν στο κινητό, είναι κουρασμένοι, έχουν πιει κ.ά.).

3.6 ΟΔΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Τα τροχαία ατυχήματα, λόγω του μεγάλου αριθμού τους και λόγω των συνεπειών τους, αποτελούν το βασικότερο είδος ατυχημάτων. Οι επιπτώσεις των τροχαίων ατυχημάτων επιβαρύνουν πολλαπλά την ανθρώπινη δραστηριότητα. Τα τροχαία ατυχήματα, επειδή συμβαίνουν πιο συχνά στις νεαρότερες ηλικίες, προκαλούν απώλεια περισσότερων χρόνων ζωής από οποιαδήποτε άλλη αιτία θανάτου. Κάθε χρόνο, τουλάχιστον 250.000 άτομα σε όλον τον κόσμο σκοτώνονται στους δρόμους. Οι τραυματισμοί, οι αναπηρίες και οι θάνατοι μπορεί να αποτελούν τις πιο δραματικές πτυχές ενός τροχαίου ατυχήματος, αλλά δεν είναι οι μόνες δυσάρεστες συνέπειές του. Τα τροχαία ατυχήματα μειώνουν το ανθρώπινο δυναμικό, αυξάνουν σημαντικά τις δαπάνες για την περίθαλψη, δυσχεραίνουν τις μεταφορές και καθυστερούν τις συγκοινωνίες. Τα τελευταία χρόνια το ετήσιο κόστος των τροχαίων ατυχημάτων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι διπλάσιο από τον ετήσιο προϋπολογισμό της! Κάθε χρόνο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμβαίνουν 1,2 εκατομμύρια οδικά ατυχήματα, με 50.000 θανάτους και 1,7 εκατ. τραυματίες, εκ των οποίων οι 150.000 παραμένουν ανάπηροι. Αποτέλεσμα είναι να υπάρχει οικονομική επιβάρυνση της τάξης των 70 δισ. ECU (περίπου 20 τρις. δρχ.). Για την Ελλάδα, το 1990 το κόστος υπολογίστηκε σε 18 δισ. δρχ. (8,9 δισ. άμεσο κόστος, 6,3 δισ. έμμεσο και 2,8 δισ. για επιδόματα και συντάξεις) (ΕΛΠΑ 2004).

Σε ό,τι αφορά την Ελλάδα, θα πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι μαζί με την Ισπανία είναι οι μόνες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης που κατά τη δεκαετία του 1990 παρουσίασαν αύξηση των τροχαίων ατυχημάτων και των θανάτων από αυτά. Τα τελευταία χρόνια οι θάνατοι από τροχαία στην Ελλάδα ξεπερνούν κάθε χρόνο τους 2.000. Οι νεκροί από τροχαία είναι περισσότεροι από τους επίσημους αριθμούς, γιατί η Τροχαία δεν καταγράφει τους θανάτους των θυμάτων που επέρχονται στο νοσοκομείο. Η βαρύτητα των τροχαίων ατυχημάτων είναι επίσης ιδιαίτερα μεγάλη. Το 1991, ο σχετικός δείκτης είχε υπολογιστεί σε 11 νεκρούς ανά 100 τροχαία ατυχήματα, όταν στην τότε Δυτική Γερμανία ήταν 2,5 και στην Ιταλία 4,5 (ΕΛΠΑ 2004).

Τα χαρακτηριστικά των οδικών ατυχημάτων είναι μάλλον κοινά σε όλον τον αναπτυγμένο κόσμο. Οι θανατηφόρες συγκρούσεις κυριαρχούν στις

αγροτικές περιοχές σε σχέση με τις αστικές σε αναλογία 2:1, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα ατυχήματα που προκαλούν μόνο τραυματισμούς. Η θνησιμότητα είναι τρεις φορές μεγαλύτερη τη νύχτα απ' ό,τι την ημέρα, αν και τη νύχτα συμβαίνει μόνο το 1/3 περίπου όλων των ατυχημάτων. Τα μισά θανατηφόρα ατυχήματα συμβαίνουν το τριήμερο Παρασκευή-Σάββατο-Κυριακή.

Οι κυριότεροι συντελεστές του τροχαίου ατυχήματος είναι το φυσικό περιβάλλον και ειδικότερα το οδικό δίκτυο, το όχημα και ο ανθρώπινος παράγοντας. Η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί αποκλειστική αιτία στα 3/5 των τροχαίων ατυχημάτων, ενώ συμμετέχει σημαντικά στο 95% των ατυχημάτων με ανθρώπινα θύματα και στο 80% του συνόλου των τροχαίων ατυχημάτων.

Βέβαια, η οδική συμπεριφορά, και πιο συγκεκριμένα ο τρόπος οδήγησης, αντανακλούν τον τρόπο με τον οποίο ζούμε και σκεφτόμαστε. Από σχετικές μελέτες έχει διαπιστωθεί η σημαντική επιρροή που ασκούν διάφοροι πολιτισμικοί παράγοντες. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε που ριψοκίνδυνα πρότυπα οδικής συμπεριφοράς διαπιστώνονται πιο συχνά στους μεσογειακούς και λατινοαμερικάνικους λαούς, και λιγότερο στους δυτικοευρωπαίους και τους βορειοαμερικανούς.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η συμμετοχή του ανθρώπινου παράγοντα στην πρόκληση του ατυχήματος δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας αισθησιοκινητικής αδυναμίας ή λαθεμένης αντίδρασης, αλλά της αποδοχής επικίνδυνα στενών ορίων ασφάλειας. Η υποκειμενική υποβάθμιση των κινδύνων οδηγεί στην υιοθέτηση ριψοκίνδυνης οδικής συμπεριφοράς. Η διαπίστωση αυτή αφορά κυρίως τους νέους και ορισμένα άτομα που είναι περισσότερο επιρρεπή στα ατυχήματα. Αν και πολλοί αμφισβητούν την ύπαρξη εγγενούς προδιάθεσης, ειδικά ψυχολογικά τεστ έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που σχετίζονται με την πρόκληση ατυχημάτων. Αμερικανοί ειδικοί υποστηρίζουν ότι στο 80% των ατόμων που έχουν συχνά ατυχήματα διαπιστώνεται «προσωπικότητα ατυχήματα». Τα άτομα αυτά είναι παρορμητικά, αγαπούν την περιπέτεια, ενδιαφέρονται περισσότερο για το παρόν και λιγότερο για το μέλλον, είναι επιθετικά προς τους άλλους.

Σε ό,τι αφορά τους νέους, η νεαρή ηλικία αποτελεί παράγοντα που συναρτάται με την έλλειψη εμπειρίας. Το γεγονός αυτό αυξάνει τη συχνότητα των συγκρούσεων, η οποία παρουσιάζει ανώτατη τιμή στις ηλικίες 15-25 και σταθερή μείωση εν συνεχεία.

Επίσης, συχνά η πρόκληση ατυχημάτων είναι αποτέλεσμα μειωμένης οδηγικής ικανότητας εξαιτίας της απειρίας των νέων οδηγών, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες. Οι ηλικιωμένοι οδηγοί είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν πτώση των κινητικών, αισθητηριακών και νοητικών τους λειτουργιών, γεγονός που μειώνει την ικανότητά τους για οδήγηση. Είναι όμως σε θέση, λόγω πείρας, να ισορροπούν συνήθως τις μειονεξίες τους, εφόσον αυτές δεν είναι μεγάλου βαθμού.

Ορισμένα νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η επιληψία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι ψυχικές διαταραχές, κ.ά., μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την οδική συμπεριφορά. Οδηγοί που πάσχουν από τα νοσήματα αυτά παρουσιάζουν διπλάσια συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων και περισσότερες παραβιάσεις του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας. Στην πρώην Δυτική Γερμανία, από τις παθολογικές καταστάσεις οδηγών που είχαν εμπλακεί σε τροχαίο ατύχημα, το 25% αφορούσε καρδιαγγειακές παθήσεις, το 25% ενδοκρινικές, το 25% αισθητηριακές διαταραχές, το 15% νευρολογικές και το 10% άλλα νοσήματα (Τούντας 2007).

Η κατανάλωση φαρμάκων επηρεάζει επίσης την ικανότητα για οδήγηση, διαταράσσοντας την επεξεργασία των πληροφοριών ή αυξάνοντας το χρόνο αντίδρασης. Οι επιδράσεις αυτές είναι πιο έντονες όταν ορισμένα φάρμακα λαμβάνονται σε συνδυασμό με οινοπνευματώδη ποτά. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν πρωτίστως τα ψυχορρυθμιστικά φάρμακα, όπως είναι τα υπνωτικά, τα ηρεμιστικά, τα ισχυρά αναλγητικά, τα αντικαταθλιπτικά, ουσίες που περιορίζουν την όρεξη, καθώς και οι διεγερτικές ουσίες (αμφεταμίνες, κ.ά.) που χρησιμοποιούνται συχνά από επαγγελματίες οδηγούς μεγάλων αποστάσεων. Μεγάλος είναι και ο κίνδυνος για τροχαία ατυχήματα μετά από χρήση παράνομων ναρκωτικών. Αρνητικές επιδράσεις μπορεί ακόμα να έχουν τα αντιβιοτικά, τα μυοχαλαρωτικά, τα σπασμολυτικά, τα αντιυπερτασικά και τα αντιδιαβητικά φάρμακα. Απ' όλες όμως τις προσλαμβανόμενες ουσίες, τη μεγαλύτερη ευθύνη στην πρόκληση

ατυχημάτων έχουν τα οινοπνευματώδη ποτά. Στην Αγγλία έχει διαπιστωθεί τα τελευταία χρόνια ότι το 30% των οδηγών αυτοκινήτου και μοτοσικλέτας που σκοτώνονται παρουσιάζουν συγκέντρωση αλκοόλης στο αίμα που ξεπερνά το νόμιμο όριο των 80 mg/100 ml αίματος.

Άλλοι υποκειμενικοί παράγοντες που ελαττώνουν την ικανότητα για οδήγηση είναι η υπνηλία και η κόπωση. Στις ΗΠΑ έχει εκτιμηθεί ότι περίπου ένας στους τρεις οδηγούς έχει κοιμηθεί στο τιμόνι, με αποτέλεσμα το 4% από αυτούς να προκαλέσει τροχαίο ατύχημα. Επίσης, παράγοντας κινδύνου θεωρείται και ο γαστρικός φόρτος, ο οποίος προκαλεί σωματική δυσφορία και υπνηλία, καθώς και η παροδική απόσπαση της προσοχής του οδηγού για διάφορους λόγους (άναμμα τσιγάρου, ρύθμιση ραδιοφώνου, κ.ά.).

Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο μεγαλύτερος υποκειμενικός παράγοντας κινδύνου κακώσεων στα τροχαία ατυχήματα είναι η αδιαφορία για τη χρήση περιοριστικών/προφυλακτικών μέτρων, όπως είναι η ζώνη ασφαλείας και το κράνος -αδιαφορία που τη συναντάμε σε πολλούς έλληνες οδηγούς. Με βάση τα διεθνή δεδομένα, η χρήση της ζώνης μειώνει τον κίνδυνο των κάθε είδους τραυματισμών κατά 25% περίπου, των σοβαρών τραυματισμών κατά 50% περίπου και των θανατηφόρων τραυματισμών κατά 65% περίπου. Στις ΗΠΑ, όταν το 1969 έγινε υποχρεωτική η χρήση κράνους σε 40 Πολιτείες, ο δείκτης θνησιμότητας ανά 10.000 μοτοσικλέτες μειώθηκε από 13 σε 7. Στην Ελλάδα έχει διαπιστωθεί ότι είναι τριπλάσιος ο κίνδυνος κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης και διπλάσιος ο κίνδυνος κοιλιακών και θωρακικών κακώσεων σε άτομα που δεν φορούσαν ζώνη, σε σχέση με αυτά που φορούσαν (Τούντας 2007).

Σε ό,τι αφορά τα κράνη για τους μοτοσικλετιστές, και τελευταία και για τους ποδηλάτες, υπολογίζεται ότι η χρήση τους μειώνει τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα κατά 25% περίπου (Τούντας 2007).

3.7. 3^H ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΤΕΙΝΟΥΝ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΤΑ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Το σύνολο των θανάτων από τροχαία ατυχήματα θα αυξηθεί κατά 66% τα επόμενα είκοσι χρόνια, παρουσιάζοντας τη μεγαλύτερη άνοδο στις

αναπτυσσόμενες χώρες, γεγονός που θα επιβαρύνει σημαντικά το οικονομικό και το κοινωνικό κόστος, προειδοποιούν οι επιστήμονες.

Την άμεση αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων, που αποτελούν την 11η αιτία θανάτου στον κόσμο με 1,2 εκατομμύρια νεκρούς το 2002, ζητούν οι επιστήμονες τονίζοντας πως τα ατυχήματα αυτά είναι πιθανόν να γίνουν η 3η αιτία θανάτου μέχρι το 2020, ειδικά στις φτωχές ή λιγότερο πλούσιες χώρες.

Ο αριθμός των νεκρών από τα τροχαία ατυχήματα μειώνεται στις πλούσιες χώρες, αλλά «για την πλειοψηφία του πληθυσμού της Γης το οικονομικό και κοινωνικό κόστος των ατυχημάτων αυξάνεται σημαντικά», προειδοποιούν οι ειδικοί σε άρθρο που δημοσιεύεται στη βρετανική ιατρική επιθεώρηση «Lancet». (Σαραντής 2006). Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας (2006), το σύνολο των θανάτων από τροχαία ατυχήματα θα αυξηθεί κατά 66% τα επόμενα είκοσι χρόνια: μείωση 28% αναμένεται στις πλούσιες χώρες, αλλά παράλληλα προβλέπεται άνοδος 92% στην Κίνα και 147% στην Ινδία, αποκαλύπτει ο Σάντι Αμερατούνκα από το πανεπιστήμιο του Όκλαντ στη Νέα Ζηλανδία (Σαραντής 2006).

Στις ευρωπαϊκές χώρες με υψηλά εισοδήματα, στους 100.000 κατοίκους οι 11 χάνουν τη ζωή τους στους δρόμους, ενώ η αναλογία στην Αφρική είναι 28 στους 100.000, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ). Ακόμα μεγαλύτερη είναι η αναλογία στο Σαλβαδόρ και στη Δομινικανή Δημοκρατία (42 στους 100.000) (Σαραντής 2006).

Στις αναπτυσσόμενες χώρες οι πεζοί και οι οδηγοί δικύκλων είναι τα πρώτα θύματα. «Από τους 1,2 εκατομμύρια νεκρούς το 2002, οι περισσότεροι δεν βρίσκονταν μέσα σε αυτοκίνητα», επισημαίνουν οι ερευνητές. Τα τροχαία δυστυχήματα έχουν προκαλέσει τον τραυματισμό 50 εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλον τον κόσμο το 2002 και στοίχισαν συνολικά 518 δισεκατομμύρια δολάρια, σύμφωνα με έκθεση της ΠΟΥ του 2004 που οδήγησε τον ΟΗΕ στη υιοθέτηση νέας απόφασης για την οδική ασφάλεια (Σαραντής 2006).

3.8 ΜΕΤΡΑ ΜΕΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Είναι πολύ σημαντικό όλοι μας με σύμμαχο την κοινωνία να κάνουμε ότι καλύτερο μπορούμε έτσι ώστε είτε να μειωθούν τα τροχαία ατυχήματα όσο αυτό είναι εφικτό είτε να προληφθούν. Άλλωστε η μόνη 'θεραπεία' για την μάστιγα του 21^{ου} αιώνα είναι η πρόληψη. Μερικά από τα μέτρα αυτά είναι :

- 1) Εισαγωγή μαθήματος κυκλοφοριακής αγωγής στα σχολεία. Να γίνει πλέον υποχρεωτικό μάθημα σε όλες τις τάξεις έτσι ώστε τα παιδιά να μάθουν από μικρή ηλικία τον κώδικα οδικής κυκλοφορίας και την σημασία της ασφαλούς χρήσης της οδού
- 2) Απόκτηση διπλώματος οδήγησης από την μέση εκπαίδευση
Οι μεγαλύτεροι θα έχουν δικαίωμα απόκτησης διπλώματος οδήγησης μετά από τρίμηνη υποχρεωτική εκπαίδευση και επαγγελματικό δίπλωμα μετά από εξάμηνη υποχρεωτική εκπαίδευση.
- 3) Να δημιουργηθούν δημόσιοι και ιδιωτικοί χώροι στάθμευσης στα αστικά κέντρα διότι ένα μεγάλο μέρος των ατυχημάτων γίνεται μέσα στις πόλεις
- 4) Να κατασκευαστεί διαχωριστικό κιγκλίδωμα σε όλο το εθνικό δίκτυο.
- 5) Να γίνεται συνεχής έλεγχος στη πρόληψη όλων των παραγόντων που συνεισφέρουν στη δημιουργία των τροχαίων ατυχημάτων [ταχύτητα, προσπέρασμα, αλκοόλ, δίπλωμα, ασφάλεια, ζώνη, ΚΤΕΟ (Κρατικός Τεχνικός Έλεγχος Οχημάτων), κανόνες φορτώματος, επανεξέταση φακέλων επαγγελματικών αυτοκινήτων κ.τ.λ.]
- 6) Να γίνεται έλεγχος για μεταφορές επικίνδυνων φορτίων με επιβατικά πλοία διότι λόγω έλλειψης ελέγχου υπάρχει πιθανότητα σοβαρών ατυχημάτων
- 7) Να δημιουργηθεί γραμματείας πρόληψης τροχαίων ατυχημάτων σε ένα υπουργείο, που θα ασχολείται με όλα τα επίπεδα και τους παράγοντες που συμβάλουν στη μόνιμη σφαγή των Ελλήνων στους δρόμους της χώρας μας.
- 8) Να περιοριστούν τα όρια ταχύτητας
- 9) Να κατασκευασθούν ασφαλέστεροι δίοδοι πεζών (υπόγειες διαβάσεις)

10) Να κατασκευασθούν ασφαλέστεροι οδοί κυκλοφορίας οχημάτων ,μεγάλοι, με φωτεινή σήμανση και επαρκώς φωτισμένοι .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ

Η απόφαση για προσφορά βοήθειας είναι στάση ζωής, η οποία αφορά τους ανθρώπους, τα επείγοντα περιστατικά και την δυνατότητα κάποιου να αντιμετωπίσει επείγοντα περιστατικά. Είναι μια στάση ζωής που χρειάζεται χρόνο να ανατηχθεί και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η ικανότητα αυτή αποκτάται μετά από ειδική εκπαίδευση και πρακτική άσκηση. Το άτομο που γνωρίζει να παρέχει πρώτες βοήθειες μπορεί να αναγνωρίσει μια κατάσταση ως επείγουσα και να αποφασίσει να παρέμβει για να βοηθήσει το θύμα, αφού πρώτα παρατηρήσει προσεκτικά την εξωτερική εμφάνιση του τη συμπεριφορά του και το περιβάλλον γύρω του. Επίσης παρατηρεί προσεκτικά των χώρο και συγκεντρώνει πληροφορίες κάτω από τις οποίες συμβαίνει το περιστατικό π.χ. αν το άτομο βρέθηκε στο σπίτι παρατηρεί την κατάσταση του σπιτιού: υπάρχει κάποιο φάρμακο, υπάρχουν άδεια μπουκάλια από ποτά; Αν διαπιστωθεί ότι πρόκειται για επείγον περιστατικό πρέπει να κληθεί το Ε.Κ.Α.Β. χωρίς καθυστέρηση εκτός αν πρόκειται για τραυματισμούς όπου δεν απαιτείται προχωρημένη ιατρική φροντίδα παρά μόνο πρώτες βοήθειες στον τόπο του συμβάντος. Η παράκαμψη του Ε.Κ.Α.Β. και η μεταφορά του θύματος για νοσηλεία με ιδιωτικό μέσο είναι ενέργειές που συχνά θέτουν το θύμα σε κίνδυνο. Όπως ορίζει ο ΚΟΚ, σε περίπτωση που κάποιος παραβρεθεί σε κάποιο ατύχημα, πρέπει να βοηθήσει.

Τέσσερις είναι οι προτεραιότητες που πρέπει να τεθούν με την σειρά που ακολουθούν (Ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού) :

1. Απομόνωση και εξασφάλιση χώρου
2. Απελευθέρωση τραυματιών

3. Συλλογή πληροφοριών και κλήση 166 και άλλων δημόσιων υπηρεσιών
4. Αντιμετώπιση μικρών τραυμάτων

1. Απομόνωση και εξασφάλιση χώρου

Επειδή ένα τροχαίο γίνεται σε ένα δρόμο, μικρής ή μεγάλης κυκλοφορίας, η πρώτη ενέργεια που πρέπει να γίνει είναι να απομονωθεί ο χώρος του ατυχήματος από τα διερχόμενα αυτοκίνητα. Αυτός που θα παρέχει τις πρώτες βοήθειες πρέπει να τοποθετήσει το δικό του όχημα με τα φώτα στάθμευσης αναμμένα, στην μέση του δρόμου, και σε απόσταση 8 -10 μέτρα από το ατύχημα και πίσω από αυτό το τρίγωνό μας αναπτυγμένο, στις αποστάσεις που ορίζει ο ΚΟΚ σχηματίζοντας έτσι μια «Ζώνη ασφάλειας». Αν είναι βράδυ, είναι απαραίτητη η χρήση των φώτων για να φωτιστεί ο χώρος του ατυχήματος. Οι περαστικοί θα πρέπει να μείνουν σε κάποια απόσταση από την σκηνή του ατυχήματος ή κάποιοι από αυτούς μπορούν να χρησιμεύσουν ως βοηθοί. Ακολουθεί η προσεκτική προσέγγιση στα χτυπημένα οχήματα και το σβήσιμο των κινητήρων. Πριν πλησιάσει ο διασώστης πρέπει να ελέγξει (με τις αισθήσεις του) για άλλους κινδύνους, όπως διαρροή καυσίμων, λάδια στο οδόστρωμα, τζάμια ή λαμαρίνες που μπορεί να τον τραυματίσουν. Σημαντικός κανόνας για τον διασώστη είναι να θυμάται πρωτίστως να φροντίζει για τη δική του ασφάλεια. Ταυτόχρονα, ο διασώστης μπορεί να συγκεντρώσει πληροφορίες χρήσιμες για το ατύχημα. Τέτοιες είναι:

- Ο αριθμός των τραυματιών
- Η βαρύτητα των τραυματιών (πόσο σοβαρά είναι)

2. Απελευθέρωση τραυματιών

Σοβαρά τραυματίας είναι κάποιος που :

- Δυσκολεύεται να αναπνεύσει ή πονάει στο στήθος
- Κάποιος που είναι σε κώμα
- Κάποιος που έχει σοβαρό τραύμα στην κοιλιά ή στον θώρακα

- Κάποιος με ακρωτηριασμό άκρου
- Κάποιος που παρουσιάζει σημεία αιμορραγικού σοκ, δηλαδή είναι ωχρός, έχει τάση για λιποθυμία, και πολλές σφίξεις

Στον απεγκλωβισμό των τραυματιών είναι σημαντική η ακινητοποίηση του αυχένα και η διαφύλαξη της σπονδυλικής στήλης. Επίσης απεγκλωβίζεται πρώτα το θύμα που ελευθερώνεται πιο εύκολα. Πολλές φορές κάποιος στην προσπάθεια του να βοηθήσει θέτει σε μεγαλύτερο κίνδυνο την ζωή του θύματος. Για να αποφεύγεται αυτό θα πρέπει ο οποιοσδήποτε διασώστης να κάνει μόνο αυτά για τα οποία είναι εκπαιδευμένος. Σημαντικό είναι ο διασώστης να μη μετακινήσει το θύμα (εκτός αν είναι αναγκαίο, για λόγους ασφαλείας) να το καθησυχάσει καθώς και να το σκεπάσει για να διατηρηθεί ζεστό.

3) ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΚΛΗΣΗ 166 ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ Δ.Υ.

A) συλλογή πληροφοριών

Πλησιάζοντας στον τόπο του ατυχήματος θα πρέπει ο διασώστης να έχει όλες τις αισθήσεις του σε επαγρύπνηση για να μπορέσει να αντιληφθεί έγκαιρα τυχών κινδύνους που μπορεί να υπάρχουν. Επίσης πρέπει άμεσα να ξεκινήσει την συλλογή πληροφοριών όπως πόσοι είναι οι τραυματίες, πόσοι οι εγκλωβισμένοι και πιθανές αιτίες τραυματισμών των θυμάτων καθώς και οποιαδήποτε πληροφορία η οποία θα φανεί χρήσιμη.

B) Κλήση 166 και άλλων Δ.Υ.

Είναι πολύ σημαντικό να γνωρίζουν όλοι τους αριθμούς κλήσης των υπηρεσιών εκτάκτου ανάγκης αυτή η κλήση μπορεί να γίνει από οποιοδήποτε σημείο από καρτοτηλέφωνο χωρίς να χρειάζεται τηλεκάρτα, από σταθερό ή κινητό τηλέφωνο χωρίς χρέωση. Σε κάθε περίπτωση η κλήση αυτή θα πρέπει

να περιέχει τις βασικές πληροφορίες ώστε να μπορέσει το σύστημα να ανταποκριθεί γρήγορα και αποτελεσματικά. Οι πληροφορίες αυτές θα πρέπει να δίνονται με την εξής σειρά :

- Τι περιστατικό έχει συμβεί
- Που έγινε το περιστατικό
- Πόσοι είναι οι τραυματίες
- Ποτέ έγινε
- Ποιος καλεί
- Τηλέφωνο από το οποίο γίνεται η κλήση
- Άλλες σημαντικές λεπτομέρειες

4.1.α ANTIMETΩΠISΗ MIKPΩN TPAYMATΩN

Η αντιμετώπιση των τραυμάτων είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι που πολλές φορές μπορεί να σώσει ακόμα και την ζωή στο θύμα της ασφάλτου όση ώρα θα περιμένει να έρθει το ασθενοφόρο. Για να αντιμετωπίσει κάποιος πολίτης κάποιο τραύμα πρέπει να είναι σε θέση να εντοπίσει και να αναγνωρίσει τι είδους τραύμα είναι αυτό.

Τα τραύματα κατατάσσονται στις παρακάτω κατηγορίες :

1)Ανοιχτές κακώσεις (τραύματα)

Κακώσεις Μαλακών Μορίων

Τραύμα είναι η λύση της συνεχείας του δέρματος ή και των υποκείμενων ιστών. Οι κακώσεις των μαλακών μορίων ποικίλλουν από απλές εκδορές μέχρι ενσφηνώσεις ξένων σωμάτων .

Πρώτες Βοήθειες

Τρεις γενικοί κανόνες ισχύουν στην αντιμετώπιση των ανοικτών τραυμάτων:

- 1) Προτεραιότητα στον έλεγχο της αιμορραγίας

- 2) Προφύλαξη από μόλυνση και
- 3) Ακίνητοποίηση της τραυματισμένης περιοχής.

Για να μειωθεί ο κίνδυνος της μόλυνσης:

Απαραίτητη είναι η χρήση γαντιών και η απολύμανση των χεριών. Το τραύμα πρέπει να ξεπλυθεί με άφθονο τρεχούμενο νερό και έπειτα να στεγνωθεί με αποστειρωμένη γάζα και κινήσεις από μέσα προς τα έξω. Τέλος το τραύμα πρέπει να καλυφθεί με αποστειρωμένη γάζα ή με αυτοκόλλητο επίδεσμο.

2)Κλειστές κακώσεις (Θλάσεις)

Θλάση είναι η κάκωση των μαλακών μορίων χωρίς λύση της συνεχείας του δέρματος.

Πρώτες Βοήθειες

Πρέπει να τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα για 10 λεπτά. Το ψυχρό θα προκαλέσει σύσπαση των αγγείων, και θα μειώσει το οίδημα. Για την ακίνητοποίηση είναι απαραίτητη η χρήση ελαστικού επιδέσμου. Η ακίνητοποίηση θα μειώσει τον πόνο και την αιμορραγία. Το τραυματισμένο μέλος πρέπει να ανυψώνεται λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της καρδιάς. Η ανύψωση έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση του οιδήματος

Αιμορραγίες

Γενικά για τις αιμορραγίες

Αιμορραγία είναι η διαφυγή αίματος από τις αρτηρίες, τις φλέβες ή τα τριχοειδή. Μία αιμορραγία μπορεί να είναι εξωτερική ή εσωτερική. 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 ρήξη του ήπατος

Οι αιμορραγίες διακρίνονται σε:

- Σε **αρτηριακές**, το αίμα είναι ζωηρό κόκκινο και πετάγεται με ένταση ή και ρυθμό από την πληγή.
- Σε **φλεβικές**, είναι σκούρο και απλώς κυλά έξω από την πληγή.
- Σε **τριχοειδικές**, έχει κάποιο ενδιάμεσο χρώμα και απλώνεται γύρω από την πληγή.
- Σε **μεικτές**

Συμπτώματα – σημεία αιμορραγίας

Σε μεγάλη εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία παρατηρούνται τα ακόλουθα:

- Ωχρότητα
- Δέρμα ψυχρό και υγρό
- Επιπόλαιη αναπνοή
- Γρήγορο και αδύναμο σφυγμό
- Δίψα
- Ανησυχία
- Πιθανή απώλεια των αισθήσεων

Πρώτες Βοήθειες εξωτερικών αιμορραγιών

Φορώντας γάντια ασκείται πίεση το σημείο που αιμορραγεί για 5' -10' , με τα δάχτυλα ή την παλάμη (άμεση πίεση). Εφαρμόζονται γάζες ή καθαρό ύφασμα πάνω στο τραύμα το οποίο έπειτα δένεται με επίδεσμο. Εάν ο επίδεσμος ματώσει επιπλέον γάζες τοποθετούνται. Η άμεση μεταφορά σε νοσοκομείο είναι απαραίτητη αν έχει χαθεί πολύ αίμα.

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 .

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 κοκίτης, 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 κήσης, 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 μόνον λίγα λεπτά. Σπασμοί δεν παρουσιάζονται. Σε επιληπτική κατάσταση - που είναι η πιο βαριά μορφή εμφανίζονται συνεχείς σπασμοί. Στην επιληπτική κατάσταση μπορεί να επέλθει θάνατος από οξεία καρδιακή ανεπάρκεια. Μία 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 τοποθετώντας 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, καθόσον 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

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).

Αιμόπτυση

Αιμόπτυση – το αίμα είναι συνήθως ζωηρά ερυθρό και ελαφρώς αφρώδες – μπορεί να επέλθει σε τραυματισμούς των πνευμόνων, ατυχήματα από κατάδυση, 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 πιει 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.

Κακώσεις Αρθρώσεων

Οι αρθρώσεις σχηματίζονται από την ένωση δύο ή περισσότερων οστών και διακρίνονται σε ακίνητες και κινητές. Σε μία άρθρωση συμμετέχουν οι σύνδεσμοι, ο αρθρικός χόνδρος και η αρθρική μεμβράνη. Διάστρεμμα Είναι η κάκωση και πιθανή μερική ή πλήρης ρήξη των συνδέσμων μιας άρθρωσης. Συμπτώματα:

- Πόνος και ευαισθησία της περιοχής
- Οίδημα
- Μελανιά
- Δυσκινησία

Πρώτες Βοήθειες:

- Ψυχρά επιθέματα για 10-20 λεπτά
- Επίδεση με ελαστικό επίδεσμο για ακινητοποίηση της άρθρωσης
- Ανάρτηση από το λαιμό, αν πρόκειται για χέρι, ή ανύψωση σε αναπαυτική θέση αν πρόκειται για πόδι

Εξάρθρωμα

Είναι η μόνιμη μετατόπιση των οστών μιας άρθρωσης και μπορεί να συνοδεύεται από κάκωση των μαλακών μορίων της άρθρωσης. Συμπτώματα:

- Παραμόρφωση
- Έντονος πόνος
- Έλλειψη κίνησης στη συγκεκριμένη άρθρωση
- Πιθανό οίδημα
- Πιθανή εκχύμωση

Πρώτες Βοήθειες:

Τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα στην άρθρωση για 10-15 λεπτά. Ακινητοποιείται η άρθρωση χρησιμοποιώντας κάποιο πρόχειρο νάρθηκα. Το μέλος τοποθετείται σε αναπαυτική θέση. (Ανάρτηση από τον λαιμό σε εξάρθρωμα χεριού ή ανύψωση ποδιού σε εξάρθρωμα ποδιού). Απαγορεύεται η ανάταξη από μη ειδικό. Άμεση μεταφορά στο Νοσοκομείο για ανάταξη

Κατάγματα Άνω και Κάτω Άκρων Κάταγμα ονομάζεται κάθε λύση της συνέχειας του οστού. Είδη καταγμάτων:

1)Κλειστά κατάγματα, όπου δεν υπάρχει ανοιχτό τραύμα και διακρίνονται σε:

- Ατελή ή Ρωγμώδη
- Απλά
- Συντριπτικά

2)Ανοικτά κατάγματα όταν το σπασμένο άκρο του οστού διαπερνά την επιφάνεια του δέρματος. Συμπτώματα :

- Πόνος πολύ δυνατός.
- Οίδημα και εκχύμωση (πρήζεται και μαυρίζει).
- Παραμόρφωση.
- Αδυναμία κίνησης.
- Παράδοξη κίνηση.

Πρώτες Βοήθειες:

- Πλήρης ακινησία του μέλους.
- Κάταγμα Σπονδυλικής Στήλης
- Αυστηρή ακινησία
- Το θύμα διατηρείται ζεστό
- Καλείται ασθενοφόρο

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.

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



Συνήθως ψηλαφούμε τον κερκιδικό σφυγμό αμέσως επάνω από την καμπτική επιφάνια της πηχεοκαρπικής άρθρωσης στην προέκταση του αντίχειρα. Σε κακές συνθήκες της κυκλοφορίας, ψηλαφούμε καλλίτερα το σφυγμό της καρωτίδας.

Η φυσιολογική συχνότητα είναι:

- Σε βρέφη και μικρά παιδιά 100-140 σφύξεις /λεπτό,
- Σε παιδιά σχολικής ηλικίας 90-100 σφύξεις /λεπτό,
- Σε νεαρά άτομα και ενήλικους 60-80 σφύξεις /λεπτό.

Σε περίπτωση συχνότητας σφίξεων πάνω από 100 σε ενήλικους, πρέπει πάντα να σκεφθούμε την ύπαρξη κατάστασης σοκ. Ο κερκιδικός, καρωτιδικός και μηριαίος σφυγμός επιτρέπουν γρήγορα μία εκτίμηση της κυκλοφορίας και της καρδιακής λειτουργίας. 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.

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

ένδοκρανιακής αιμορραγίας λόγω βαριάς σύνθλιψης του εγκεφάλου] (Σαχίνη 2004).

4.2 ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση

Ορισμός

Η καρδιοπνευμονική 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) (Ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού).

Τα βασικά της σκέλη είναι η τεχνητή αναπνοή και η εξωτερική καρδιακή μάλαξη (κυκλοφορική ανάνηψη) τα οποία μαζί αποτελούν την καρδιοπνευμονική ανάνηψη. Η Καρδιοπνευμονική 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 ΚΑΡΠΑ γίνεται όταν ο πάσχων είναι αναισθητός και δεν αναπνέει **από εκπαιδευμένα άτομα** ή επαγγελματίες υγείας, ιδίως από το πιο πεπειραμένο άτομο το οποίο βρίσκεται στο συμβάν. Η ΚΑΡΠΑ 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. 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. Η διακοπή της αναπνοής και της κυκλοφορίας έχει σαν αποτέλεσμα τη διακοπή της μεταφοράς οξυγόνου προς τους ιστούς και της μεταφοράς διοξειδίου του άνθρακα από τους ιστούς Η Ανακοπή της αναπνοής έχει ως συμπτώματα:

- Καμία 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 αυτό 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.

ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗΣ

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

Στάδιο I

Το πρώτο στάδιο της καρδιοαναπνευστικής 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 οι 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 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 αυτό το στάδιο ονομάζεται Εξειδικευμένη Υποστήριξη της Καρδιάς και των Ζωτικών Οργάνων (Advanced Cardiac Life Support = ACLS). Με στόχο την έναρξη της αυτόνομης λειτουργίας της καρδιάς.

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. Γι' αυτούς τους λόγους το τρίτο στάδιο ονομάζεται Υποστήριξη των Ζωτικών Λειτουργιών μετά την Αναζωογόνηση (Post – Resuscitation Life Support). Επειδή η πτυχιακή μας εργασία αναφέρεται στις πρώτες βοήθειες στο γενικό πληθυσμό θα αναπτύξουμε μόνο το στάδιο I.

Η Αλυσίδα επιβίωσης



Πλησιάστε με ασφάλεια. Προσεγγίστε το θύμα με προσοχή. Βεβαιωθείτε ότι δεν υπάρχει κίνδυνος για εσάς ,το θύμα ή τους παρευρισκόμενους. Προσέχετε για κίνδυνο από ηλεκτρισμό, αέρια, οχήματα, φωτιά κ.λ.π.

Ελέγξτε για αντίδραση. Κουνήστε προσεκτικά τους ώμους και ρωτήστε δυνατά “είστε καλά;”

Εάν απαντήσει:

- Αφήστε το θύμα όπως το βρήκατε.
- Βρείτε τι ακριβώς συμβαίνει.
- Επανεκτιμήστε τακτικά.

Εάν δεν απαντήσει φωνάξτε για βοήθεια

Φωνάξτε για βοήθεια. Εάν βρίσκετε κάποιος κοντά σας ζητήστε του να περιμένει γιατί μπορεί να χρειαστείτε τη βοήθεια του. Εάν είστε μόνος φωνάξτε δυνατά για να τραβήξετε την προσοχή αλλά σε αυτή τη φάση μην εγκαταλείψετε το θύμα.

Απελευθερώστε τον αεραγωγό. Σε ένα αναισθητο θύμα η γλώσσα μπορεί να πέσει προς τα πίσω και αν αποφράξει τον αεραγωγό. Το 15% περίπου των θανάτων από οδικά ατυχήματα δεν οφείλονται στα τραύματα αλλά στην είσοδο αίματος ή εμεσμάτων στις αναπνευστικές οδούς και στους πνεύμονες (εισρόφηση) ο αεραγωγός μπορεί να απελευθερωθεί με έκταση της κεφαλής και ανύψωση του πηγουνιού έτσι ώστε η γλώσσα να τραβηχτεί από το πίσω μέρος του φάρυγγα. Γυρίστε το θύμα σε ύπτια θέση η οποία θα διατηρήσει ανοιχτό τον αεραγωγό σε κάθε αναισθητο θύμα το οποίο αναπνέει φυσιολογικά. προλαμβάνει την απόφραξη του αεραγωγού από τη γλώσσα και επιτρέπει την έξοδο υγρών από το στόμα.



Τοποθετήστε το ένα σας χέρι στο μέτωπο του και προσεκτικά κάντε έκταση της κεφαλής του προς τα πίσω. Ανυψώστε το πηγούνι χρησιμοποιώντας τα δυο δάκτυλα του άλλου σας χεριού κάτω από το οστείο τμήμα του

πηγουιού. Οι δυο αυτές συνδυασμένες κινήσεις θα απελευθερώσουν τον αεραγωγό.

Ελέγξτε για αναπνοή. Διατηρώντας τον αεραγωγό ανοικτό ελέγξτε εάν το θύμα αναπνέει φυσιολογικά: δείτε εάν υπάρχει κίνηση του θώρακα. Ακούστε κοντά στο στόμα του θύματος για ήχους αναπνοής. Αισθανθείτε στο μάγουλο σας εάν υπάρχει αναπνοή. **“βλέπω, ακούω, αισθάνομαι”** όχι περισσότερο από 10 δευτερόλεπτα πριν αποφασίσετε ότι το θύμα δεν αναπνέει

Καλέστε 122(166/199). Εάν το θύμα δεν ανταποκρίνεται και δεν αναπνέει φυσιολογικά και είστε μόνος καλέστε 112(166/199) για ασθενοφόρο (εάν χρειάζεται εγκαταλείψτε το θύμα) και φέρτε έναν αυτόματο εξωτερικό απινιδωτή (ΑΕΑ), εάν είναι διαθέσιμος , όσο πιο γρήγορα γίνεται. Εάν υπάρχει κάποιος άλλος μαζί σας: στείλτε τον να καλέσει το 112(166/199) για ασθενοφόρο και πείτε του να φέρει αμέσως έναν ΑΕΑ ενώ εσείς ξεκινάτε ΚΑΡΠΑ. Αυτός που τηλεφωνεί πρέπει να δηλώσει καθαρά το όνομα του ,τον τόπο του συμβάντος, και ότι το θύμα βρίσκεται σε καρδιακή ανακοπή. Εάν είναι διαθέσιμος ένας ΑΕΑ τον ενεργοποιούμε και ξεκινάμε αλλιώς εφαρμόζουμε ΚΑΡΠΑ.

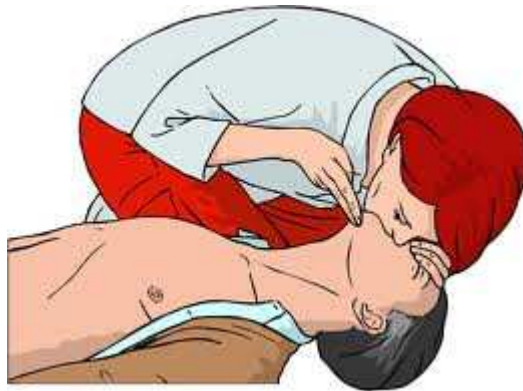
Εφαρμοστέ θωρακικές συμπίεσεις. Οι θωρακικές συμπίεσεις πραγματοποιούνται με το θύμα σε ύπτια θέση πάνω σε μια σκληρή επιφάνεια. Το στερνό συμπιέζεται ρυθμικά προς την πλάτη. Έτσι το αίμα κινείται από την καρδιά και κυκλοφορεί στο σώμα. Τοποθετήστε τη βάση της παλάμης του χεριού σας στο κέντρο του θώρακα.

Τοποθετήστε τη βάση της παλάμης του άλλου σας χεριού πάνω στο πρώτο και πλέξτε τα δάκτυλα. Με τους αγκώνες τεντωμένους φέρτε τους ώμους σας κάθετα πάνω από το θώρακα του θύματος. Συμπιέστε το στέρνο 4-5 εκατ. Μετά χαλαρώστε τελείως την πίεση χωρίς όμως να χαθεί η επαφή των χεριών σας με το θώρακα του θύματος. Η συνιστώμενη συχνότητα θωρακικών πιέσεων είναι περίπου 100 το λεπτό (λίγο λιγότερο από 2 συμπίεσεις ανά δευτερόλεπτο) εφαρμόστε 30 θωρακικές συμπίεσεις (European Resuscitation Council 2007).



Χορηγήστε αναπνοές διάσωσης οι θωρακικές συμπιέσεις είναι προτιμότερο να συνδυάζονται με αναπνοές διάσωσης. Μετά από 30 συμπιέσεις δέστε 2 αναπνοές.

Κρατώντας των αεραγωγό ανοικτό (έκταση της κεφαλής και ανύψωση πηγουνιού) χρησιμοποιήστε τα δυο δάκτυλα σας του χεριού που εκτείνει την κεφαλή για να κλείσετε τη μύτη. Με το άλλο σας χέρι κρατήστε το πηγούνι ανυψωμένο επιτρέποντας στο στόμα να ανοίξει



Εισπνεύσετε κανονικά και τοποθετήστε τα χείλη σας στεγανά γύρω από το στόμα του θύματος. Εκπνεύστε σταθερά στο στόμα του θύματος για περίπου 1 δευτερόλεπτο. Εάν είναι δυνατόν παρατηρήστε το στήθος του θύματος για να δείτε εάν ο θώρακας ανυψώνετε κατά τη διάρκεια κάθε αναπνοής κάθε αναπνοή πρέπει να είναι επαρκείς ώστε να ανυψώσει το θώρακα του θύματος όπως εάν ανέπνεε φυσιολογικά. Διατηρώντας την έκταση της κεφαλής και την ανύψωση του πηγουνιού απομακρύνετε το στόμα σας από το στόμα του θύματος επιτρέποντας στο θώρακα να κατέβει καθώς ο αέρας βγαίνει έξω. Πάρτε άλλη μια εισπνοή και επαναλάβετε ώστε να δώσετε συνολικά 2 αναπνοές διάσωσης. Εάν με την πρώτη αναπνοή διάσωσης ο θώρακας δεν ανυψωθεί όπως σε φυσιολογική αναπνοή τότε πριν την επόμενη προσπάθεια. Ελέγξτε το στόμα του θύματος και απομακρύνετε κάθε ορατό αντικείμενο που προκαλεί απόφραξη επανελέγξτε εάν έχει εφαρμοστή σωστά η έκταση της κεφαλής και η ανύψωση του πηγουνιού. Συνεχίστε συνδυάζοντας 30

θωρακικές συμπίεσεις με 2 αναπνοές διάσωσης μέχρις ότου αναλάβει εξειδικευμένη βοήθεια ή μέχρις ότου εξαντληθείτε. Εάν δεν μπορείτε ή δεν επιθυμείτε να χορηγήσετε αναπνοές διάσωσης εφαρμόστε μόνο θωρακικές συμπίεσεις. Εάν εφαρμόζονται μόνο θωρακικές συμπίεσεις θα πρέπει να είναι συνεχείς με συχνότητα 100 ανά λεπτό. Σταματήστε να επανελέγξετε το θύμα μόνο εάν αρχίσει να αναπνέει κανονικά διαφορετικά μη διακόπτετε την αναζωογόνηση.

Χρήση του ΑΕΑ ορισμένοι απινιδωτές τίθενται αυτόματα σε λειτουργία όταν ανοίξει το καπάκι. Σε άλλους χρειάζεται να πιάσετε το κουμπί ON εάν είναι παρών και άλλος διασώστης αφήστε τον να εφαρμόσει θωρακικές συμπίεσεις και αναπνοές διάσωσης ενώ εσείς ενεργοποιείτε τον ΑΕΑ αφαιρέστε τα ρούχα από το θώρακα του θύματος. Βγάλτε τα αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια από τη συσκευασία. Συνήθως επάνω στη συσκευασία απεικονίζεται η θέση των ηλεκτροδίων στο θώρακα. Στις περισσότερες περιπτώσεις η θέση απεικονίζεται και πάνω στα ίδια τα ηλεκτρόδια. το ένα ηλεκτρόδιο πρέπει να τοποθετηθεί κάτω από την αριστερή μασχάλη ενώ το άλλο πρέπει να τοποθετηθεί κάτω από τη δεξιά κλείδα δίπλα στο στέρνο. απομακρυνθείτε κατά τη διάρκεια της ανάλυσης βεβαιωθείτε ότι κανένας δεν αγγίζει το θύμα κατά τη διάρκεια της ανάλυσης του καρδιακού ρυθμού. Εάν ενδείκνυται απινιδώση βεβαιωθείτε ότι κανένας δεν ακουμπά το θύμα και έπειτα πατήστε το κουμπί απινιδώσης όπως



σας υποδεικνύει ο απινιδωτής.

Ακολουθείστε τις φωνητικές οδηγίες του ΑΕΑ. Εάν ο ΑΕΑ σας ζητήσει να ξεκινήσετε ΚΑΡΠΑ αρχίστε αμέσως θωρακικές συμπίεσεις και αναπνοές διάσωσης. Εάν σε οποιαδήποτε στιγμή το θύμα αρχίσει να αναπνέει φυσιολογικά σταματήστε την ΚΑΡΠΑ αλλά μην αφαιρέσετε τα ηλεκτρόδια. Εάν

το θύμα παραμένει αναισθητο τοποθετήστε το στη θέση ανάνηψης(European Resuscitation Council 2007).

ΚΑΡΠΑ σε παιδιά

Τα παιδιά μπορούν να αναζωογονηθούν με επιτυχία χρησιμοποιώντας την αλληλουχία των ενεργειών για τους ενήλικες με τη μόνη διάφορα ότι ο θώρακας θα πρέπει να συμπιέζεται περίπου κατά το 1/3 του βάθους του. Οι συνηθισμένοι ΑΕΑ είναι κατάλληλοι για παιδιά άνω των 8 ετών. Σε παιδιά μεταξύ 1και 8 ετών πρέπει να χρησιμοποιούνται τα ειδικά (παιδιατρικά) ηλεκτρόδια ή ειδικά ρυθμισμένοι απινιδωτές εάν είναι διαθέσιμοι. Εάν δεν υπάρχει η δυνατότητα χρησιμοποιείτε ο κοινός ΑΕΑ ως έχει(European Resuscitation Council 2007).



4.3 ΜΕΤΑΦΟΡΑ 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.

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 αναισθητού 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 βοηθού 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 αναισθητούς ασθενείς, τα κατάγματα συχνά δε μπορούν να διαπιστωθούν αμέσως. Εδώ, αν δε δοθεί προσοχή, μπορεί ένα απλό κάταγμα να μετατραπεί σε βαρύ.

5) Τοποθέτηση.

5.1) Οι αναισθητοί 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 γωνία 45 προς το έδαφος. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να εκρέουν τα εμέσματα. Πρέπει να αφαιρείται και να φυλάσσεται τυχόν οδοντοστοιχία. 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.

5.2) 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.

5.3) Πρόχειρο φορείο. Όταν δεν υπάρχει φορείο, μπορεί κανείς να φτιάξει εύκολα πρόχειρο φορείο από δύο κοντάρια και ένα κάλυμμα. Σε έκτακτη περίπτωση, μπορεί να φτιάξει κανείς φορεία από παλτά ή σακάκια ή απλό ύφασμα και δύο κοντάρια. 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. Πρόχειρο φορείο από δυο κοντάρια και ένα κάλυμμα. Πρόχειρο φορείο από απλό ύφασμα και δυο κοντάρια.

5.4) Μεταφορά χωρίς φορείο. Αν δεν είναι δυνατό να κατασκευαστεί φορείο, οι αναισθητοί 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 αυχέννας 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 μαντήλι ή γραβάτα. Θα αναφερθούν οι δυνατότητες μεταφοράς από ένα βοηθό. Αναφέρθηκε ήδη η χειρολαβή Rautek για τη γρήγορη απομάκρυνση από τη ζώνη κινδύνου. Ένας αναισθητος 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 στεκούμενοι 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.

6) 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.

7) 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).

8) 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 (Ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού).

4.4 ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ

Ο κάθε υπεύθυνος πολίτης ο οποίος διαθέτει αυτοκίνητο, πρέπει να έχει ένα πλήρες φαρμακείο με το οποίο μπορεί να αντιμετωπίσει ικανοποιητικά τυχόν έκτακτο περιστατικό. Το φαρμακείο πρέπει να βρίσκεται σε ειδικό κουτί το οποίο διαθέτει ειδική σήμανση.

Το περιεχόμενο του φαρμακείου θα πρέπει να ελέγχεται σε μηνιαία βάση και να αντικαθιστάται εύλογος πριν την ημερομηνία λήξεως ή όταν παρουσιάζει σημεία εξωτερικής φθοράς της συσκευασίας του. Τα είδη του φαρμακείου που εκτίθενται σε ακραίες συνθήκες (υψηλές θερμοκρασίες, υγρασία, κ.λ.π.) θα πρέπει να αντικαθιστώνται νωρίτερα από την καθορισμένη ημερομηνία λήξεως

ΤΙ ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ



Το φαρμακείο θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα παρακάτω υλικά:

- 5 ζεύγη ελαστικά γάντια εξέτασης (διαφόρων μεγεθών)
- 1 βοηθητικό μέσο εμφυσήσεων(μάσκα εμφυσήσεων ή «μαντηλάκια» εμφυσήσεων)
- 1 κατάλογο αριθμών τηλεφώνων εκτάκτου ανάγκης (Ε.Κ.Α.Β. ,Π.Υ. ,ΕΛ.ΑΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ,ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ ,ΛΙΜΕΝΑΡΧΕΙΟΥ Κ.Λ.Π.)
- 10 κομπρέσες γάζας διαστάσεων 36 * 50 εκ.
- 20 κομπρέσες γάζας διαστάσεων 10 * 10 εκ.
- 5 ελαστικοί επίδεσμοι πλάτους 8 εκ.
- 2 ελαστικοί επίδεσμοι πλάτους 12 εκ.
- 2 τριγωνικοί επίδεσμοι
- 1 ρολό αυτοκόλλητη ταινία υποαλλεργική πλάτους 2 εκ.
- 5 αμπούλες φυσιολογικού ορού (χρησιμοποιείτε για καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής π.χ. εκδορές, πληγές)
- 5 γάζες βαζελίνης ή Fucidin διαστάσεων 10 * 10 εκ.
- 2 επιθέματα εγκαυμάτων διαστάσεων 40 * 60 εκ.
- 1 αντιισταμινική αλοιφή ή στικ
- 1 αντισηπτικό διάλυμα(αιθυλική αλκοόλη

- σε διάλυμα νερού αποτελεί καλό αντισηπτικό.)
- 1 αντιμικροβιακή αλοιφή ή σπρέι (Betadine χρησιμοποιείται για την απολύμανση των τραυμάτων.)
 - 1 ψυκτικό σπρέι
 - 2 παγοκύστες στιγμιαίου πάγου μιας χρήσης
 - 1 κουβέρτα αλουμινίου
 - 1 ψαλίδι για κόψιμο ρούχων
 - 1 λαβίδα
 - 1 νυστέρι
 - 1 ελαστικό σωλήνα περίδεσης
 - 5 παραπάνες ασφαλείας
 - 1 θερμόμετρο
 - 1 μπλοκ
 - 1 στυλό ή μολύβι
 - 1 μικρό φακό

(Ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΛΟΓΟΙ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ

Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι που οι άνθρωποι δεν δίνουν τις πρώτες βοήθειες είναι οι εξής :

- έλλειψη γνώσεων
- φόβος για το αποτέλεσμα
- έλλειψη ψυχραιμίας

Αυτό προκαλεί έκπληξη αν λάβουμε υπόψη μας αναφορές στις οποίες αναφέρεται ότι ο αμερικανικός ερυθρός σταυρός παρέχει μαθήματα πρώτων βοηθειών σε 12 εκ. ανθρώπους το χρόνο και η αμερικανική καρδιολογική εταιρία έχει παραδώσει μαθήματα CPR και BLS σε περίπου 5.5 εκ ανθρώπους το χρόνο. υπάρχει η υποψία ότι πολύ άνθρωποι φοβούνται τη νομική ευθύνη. Τα προγράμματα των πρώτων βοηθειών πρέπει να εκπαιδεύουν τους

συμμετέχοντες να ξεπερνούν τους δισταγμούς τους σχετικά με την συμπεριφορά τους σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών πράγμα το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε πιο αποτελεσματική βοήθεια και υψηλότερα ποσοστά επιζώντων. Σε περιπτώσεις ατυχημάτων η παροχή πρώτων βοηθειών από περαστικούς μπορεί να σώσει ζωές και να περιορίσει τις βλάβες μέχρι να φτάσει το Ε.Κ.Α.Β. άνθρωποι εκπαιδευμένοι στις πρώτες βοήθειες μπορούν επίσης να μειώσουν τις καθυστερήσεις ψάχνοντας ιατρική βοήθεια πράγμα το οποίο μπορεί να σώσει ζωές επειδή σε περιπτώσεις επείγουσας ανάγκης ίσως είναι καθοριστικό για την πορεία των θυμάτων. Πρόσφατα η αξία των ατόμων που γνωρίζουν πρώτες βοήθειες έχει χαρακτηριστεί υψηλής σπουδαιότητας.

1) Έλλειψη Γνώσεων

Πρώτες βοήθειες που δίνονται από τους περαστικούς είναι αποφασιστικός παράγοντας για τη διάσωση ζωών. Όπως προαναφέραμε η έλλειψη γνώσεων είναι ένας από τους βασικούς λόγους που οι περαστικοί δεν διατίθενται να παρέχουν πρώτες βοήθειες για τη διάσωση θυμάτων ατυχημάτων. Αυτό μπορεί να αποφευχθεί αν η εκπαίδευση για υποστήριξη ζωής με πρώτες βοήθειες (life supporting first aid: LSFA) γίνει μέρος της βασικής εκπαίδευσης κάθε πολίτη. Σύμφωνα με τους Eisenburger και Safar όλα τα άτομα πάνω από την ηλικία των 10 πρέπει να μαθαίνουν LSFA, βασική υποστήριξη ζωής (basic life support: BLS), καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (cardiopulmonary resuscitation: CPR). Πρότειναν μια απλοποιημένη ύλη στο τι πρέπει να μαθαίνουν, συμπεριλαμβανομένων 6 κειμένων και τα πιο σημαντικά μέτρα πρώτων βοηθειών σαν 4 απλές πράξεις. Ένα μικρό παιδί μπορεί να είναι το πρώτο άτομο στη σκηνή του ατυχήματος. Εάν δεν υπάρχει ενήλικας τριγύρω τα παιδιά πρέπει να καλέσουν βοήθεια και να παρέχουν της πρώτες βοήθειες. Συνιστάται να τους δίνονται μαθήματα πρώτων βοηθειών. Επίσης έχει προταθεί ότι παιδιά ηλικίας 6-7 χρόνων πρέπει να μπορούν να σώσουν ένα άτομο με καρδιακή προσβολή. Ένα ημερολόγιο με θέμα πρώτων βοηθειών χρησιμοποιήθηκε για να βοηθήσει στη διδασκαλία από δασκάλους που μάθαιναν πρώτες βοήθειες σε παιδιά της πρώτης τάξης. Μετά τη χρήση του ημερολογίου το 17% μπορούσε να ελέγχει την ανταπόκριση του θύματος το

64% έβαλε το θύμα στη σωστή θέση ανάνηψης το 31% άνοιξε την αεροφόρο οδό και το 74% μπορούσε να καλέσει βοήθεια(Eisenburger & Safar 1991).

2) Φόβος Για Το Αποτέλεσμα

Ο πρώτος σε ένα περιστατικό έκτακτης ανάγκης δεν είναι η κρατική υπηρεσία αλλά ο αυτόπτης μάρτυρας ο απλός πολίτης που θα βρεθεί μπροστά στο περιστατικό και θα ειδοποιήσει την εξειδικευμένη βοήθεια. Στην Ελλάδα μια έρευνα του Ε.Κ.Α.Β. διαπίστωσε ότι σε τροχαία ατυχήματα στα οποία η διαχείριση των τραυματιών έγινε από τους αυτόπτες μάρτυρες το 75% των τραυματιών κατέληξαν στο νοσοκομείο σε χειρότερη κατάσταση από αυτήν που βρισκόταν αμέσως μετά το τροχαίο. Άρα ο πολίτης δεν πρέπει να επεμβαίνει σε περιστατικά; Φυσικά και είναι χρέος του να βοηθήσει όμως θα πρέπει να ξέρει τον τρόπο ώστε η βοήθεια που θα παρέχει να είναι αποτελεσματική και σε καμία περίπτωση δεν θα χειροτερέψει την κατάσταση του τραυματία (Εθνικό κέντρο άμεσης βοήθειας 2010)

3) Έλλειψη Ψυχραιμίας

Ένας από τους λόγους που πολλές φορές δεν δίνονται οι πρώτες βοήθειες είναι και η έλλειψη ψυχραιμίας. ο πανικός αναπτύσσεται εύκολα μεταδίδεται ταχύτατα και καταπολεμάται δύσκολα και αργά. Πολλοί άνθρωποι όταν αντικρίσουν ένα ατύχημα δεν δίνουν τις πρώτες βοήθειες γιατί δεν έχουν την ψυχραιμία να αντιμετωπίσουν το περιστατικό έτσι ακόμα χειρότερα αν ο παρέχων τις πρώτες βοήθειες πανικοβληθεί ο πανικός αυτός έχει δυσανάλογα σοβαρές συνέπειες σε όλους τους υπόλοιπους συμπεριλαμβανομένου και του θύματος. Το συναισθηματικό στρες μπορεί προσωρινά να περιορίσει την ικανότητα του να δει σωστά τα πράγματα. Ιδικοί υποστηρίζουν ότι κατά την διάρκεια μαθημάτων πρώτων βοηθειών θα πρέπει να παρέχονται μαθήματα στους συμμετέχοντες να βελτιώνουν την αρχική τους αντίδραση στο περιστατικό. Σε επείγοντες καταστάσεις πρέπει να μάθουν να έχουν μια θετική στάση και αντίδραση.

Αν ο αρωγός παραμείνει ψύχραιμος τότε θα αποφευχθούν πολλά λάθη στις τεχνικές των πρώτων βοηθειών. Για να μπορέσει όμως να παραμείνει

ψύχραιμος και να ενεργήσει σωστά θα πρέπει να έχει συνειδητοποιήσει το ρόλο του τη συγκεκριμένη στιγμή να έχει θάρρος, πίστη στις γνώσεις του και πάνω από όλα να ενεργεί με βάση τη λογική.

5.2 ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ένας από τους κύριους λόγους μη προθυμίας προσφοράς πρώτων βοηθειών του γενικού πληθυσμού σε θύματα τροχαίου είναι η μετάδοση νοσημάτων. Δυο περιπτώσεις όπου μπορεί να συμβεί επαφή με υγρά του σώματος αλλού ατόμου και επιφέρει ανησυχία είναι η ανάνηψη στόμα με στόμα και η αντιμετώπιση των αιμορραγιών.

Ανάνηψη στόμα με στόμα

Σε ασθενή ο οποίος είναι αναισθητός και χωρίς φυσική αναπνοή (π.χ. εξαιτίας καρδιακής προσβολής, 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. Ο διασώστης 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. Οι διασώστες δεν πρέπει να διστάζουν να τους βοηθήσουν, αφού μερικά τραύματα μπορεί να απειλήσουν τη ζωή των αιμορραγούντων (όπως π.χ. αιμορραγούσα αρτηρία). Όταν είναι εφικτό ο διασώστης πρέπει να πιέσει το ίδιο με δύναμη το τραύμα του χρησιμοποιώντας ένα καθαρό χονδρό ύφασμα. Αν το άτομο είναι αναίσθητο ή δε συνεργάζεται ή αν το τραύμα είναι υπερβολικά μεγάλο ή έχει γίνει σε τέτοιο σημείο του σώματος που το άτομο δε το φθάνει, ο διασώστης 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.

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 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. Ο διασώστης 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, ο διασώστης 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 άτομο που δέχεται τις Πρώτες Βοήθειες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΩΝ ΘΥΜΑΤΩΝ

Ένα πολύ σημαντικό κομμάτι είναι αυτό της ψυχολογικής υποστήριξης των θυμάτων. Όταν σημειώνεται ένα τραυματικό γεγονός, το θύμα υφίσταται έναν βίαιο κλονισμό, που καταπατά το αίσθημα του άτρωτου και της αθανασίας. Για ένα άτομο, που βιώνει ένα τέτοιο γεγονός, θα υπάρχει από δω και έπειτα ένα πριν και ένα μετά. Σύμφωνα με τη φροϋδική θεωρία, η τραυματική εμπειρία χαρακτηρίζεται από τέσσερις βασικές παραμέτρους. Κατ' αρχάς, το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μία απειλή κατά της ζωής του: με το θάνατο. Η ιδέα του θανάτου αναβιώνει όταν σημειωθεί νέος τραυματισμός, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα των σωματικών τραυμάτων του θύματος. Αυτή η εμπειρία χαρακτηρίζεται από τρόμο. Αυτό είναι η δεύτερη παράμετρος. Ο τρόμος είναι έκπληξη, σιωπή.

Αυτός ο τρόμος μπορεί να διαρκέσει μερικές ώρες ή και μερικές μέρες. Στη συνέχεια, αντικαθίσταται από άγχος, το οποίο όμως δεν πρέπει να το συγχέουμε με την τραυματική εμπειρία, αλλά προστίθεται στο βιωμένο γεγονός. Η τραυματική εμπειρία διαρρηγνύει τον ψυχισμό, ενώ το άγχος δημιουργεί στο θύμα μια μορφή πίεσης. Για το θύμα όλα συνθλίβονται, δεν έχει πια σημάδια, είναι σα διαμελισμένο. Δυο καθησυχαστικά λόγια θα γίνουν ο θεμελιώδης λίθος πάνω στον οποίο το θύμα θα "ανασυντάξει" τα αισθήματα και τις αισθήσεις, τον πόνο του- θα "ανασυντάξει" τη ζωή του. Αυτό θα του επιτρέψει να αρχίσει να αναδιοργανώνεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO) ορίζει την υγεία ως μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας που εξαρτάται από τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες (Τούντας 2004).

Δεδομένου ότι τα θεμέλια της υγείας και της ασφάλειας οικοδομούνται από πολύ νωρίς στη ζωή ενός παιδιού, ένα υγιές και οργανωμένο σχολικό περιβάλλον, μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά τη στάση του απέναντι στα ζητήματα υγείας και ασφάλειας στο οδικό περιβάλλον.

Το σχολείο, διαμέσου μιας πολιτικής προαγωγής υγείας και ασφάλειας μπορεί να δώσει την δυνατότητα και τα μέσα σε κάθε μαθητή, ανεξάρτητα από την ηλικιακή του ομάδα, να αναπτύξει γνώσεις, δεξιότητες, συμπεριφορές και κίνητρα, ώστε να ενεργεί με τρόπους που συνεισφέρουν στην προσωπική του ευημερία και στην ευημερία των άλλων ανθρώπων και της κοινωνίας (Bossart 1998).

Επιπλέον, με τη σχολική αγωγή υγείας και ασφάλειας δύναται να παρέχεται στα παιδιά δυνατότητα συναίσθησης της σημασίας των θεμάτων υγείας, των δυνητικών προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίσουν, καθώς και τη γνώση και κατανόηση των πιθανών αιτιών.

Ένα υποστηρικτικό περιβάλλον μπορεί να εμπλέξει τα παιδιά στην εξέταση της στάσης τους απέναντι σε ένα ειδικό ζήτημα, να στοχαστούν τρόπους με τους οποίους μπορούν να ασχοληθούν με αυτό και μετά να εφαρμόσουν στην πράξη δεξιότητες που απέκτησαν, αναλαμβάνοντας θετικές και ζωτικές δράσεις. Από την άλλη πλευρά οι εκπαιδευτικοί εκτός του ότι μπορούν να παρέχουν στα παιδιά ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον, στα διαπλαστικά χρόνια της ζωής τους, είναι σε θέση να επηρεάσουν και τους γονείς/ κηδεμόνες (Bossart 1998).

Η Προαγωγή Υγείας και Οδικής Ασφάλειας, επομένως, των παιδιών, όχι μόνο αντανakλά τη μέγιστη αξία και χρησιμότητά της στο σχολικό πλαίσιο, αλλά προβάλλει και ως επιτακτικά αναγκαία, αν λάβουμε υπόψη μας ότι δεν θα μπορέσουμε ποτέ να εξασφαλίσουμε ένα απόλυτα ασφαλές Οδικό Περιβάλλον, αφού από τον τρόπο δομής, λειτουργίας και διαχείρισής του καθίσταται πάντα επικίνδυνο και απειλητικό για τη δημόσια υγεία. Η εκπαιδευτική κοινότητα, όχι από τυπική υποχρέωση, αλλά από ηθικό καθήκον οφείλει να θέσει ως ύψιστη προτεραιότητα την ανάπτυξη υγιών στάσεων και συμπεριφορών των μαθητών, μέσα από προγράμματα και πρακτικές που θα προκύπτουν από ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο δράσης, οι διαμορφωτές του οποίου θα έχουν λάβει υπόψη σχετικά ερευνητικά δεδομένα. Ένα τέτοιο πλαίσιο δε θα πρέπει να στοχεύει στην απλή πληροφόρηση για το περιεχόμενο του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας, αλλά θα επιδιώκει τη διδασκαλία αξιών, οι οποίες θα είναι σημεία αναφοράς για τη λήψη αποφάσεων και γενικοί οδηγοί συμπεριφοράς στο οδικό περιβάλλον.

7.2 Η ΘΕΣΜΙΚΗ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ.

Υποχρεωτική παροχή βοήθειας

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

<<Όποιος σε περίπτωση ατυχήματος ή κοινού κινδύνου ή εκτάκτου ανάγκης δεν παρέχει βοήθεια, αν και τούτο είναι αναγκαίο και, ανάλογα με την

περίπτωση, του ζητηθεί, ιδιαίτερος 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

Η θεσμική κατοχύρωση των Πρώτων Βοηθειών στην Ελλάδα

Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω γίνεται σαφές ότι η αποδοτική παροχή Πρώτων Βοηθειών δεν μπορεί να αποτελεί αντικείμενο ατομικής πρωτοβουλίας. Τόσο η εκπαίδευση στα πλαίσια εγκαθίδρυσης ενός συστήματος αυτοφροντίδας, όσο και η οργάνωση ομάδων Πρώτων Βοηθειών για ειδικές ανάγκες, πρέπει να αποτελούν αντικείμενο κρατικής μέριμνα και να εντάσσονται στα πλαίσια του συστήματος υγείας και του εκπαιδευτικού συστήματος. Η παροχή Πρώτων Βοηθειών από το υγειονομικό προσωπικό αποτελεί μια άλλη σημαντική διάσταση του θέματος. Στο νόμο 1397/1983 του ΕΣΥ(άρθρο 15,παράγραφος 3) όπου ορίζεται ο σκοπός των Κέντρων Υγείας, αναφέρεται ότι: «Σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι...η παροχή Πρώτων Βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις ως διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.» ενώ στο νόμο 1579/1985 (άρθρο 7, παράγραφος 2), όπου ορίζεται ο σκοπό του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, αναφέρεται μεταξύ άλλων ότι: «Σκοπός του Ε.Κ.Α.Β. είναι ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας στους πολίτες». Είναι βέβαιο ότι η υλοποίηση των παραπάνω νομικών προβλέψεων μπορεί να δώσει και στη χώρα μας μια άλλη μορφή στη προσπάθεια επίλυσης του υγειονομικού προβλήματος με σαφή οικονομικά αλλά και κοινωνικά οφέλη, μέσα από την συστηματική εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού στις Πρώτες Βοήθειες

Το Νομοθετικό Πλαίσιο

Στον Ποινικό κώδικα της Ελληνικής Δικαιοσύνης αναφέρονται τα εξής:

Άρθρο 284

Παραβίαση μέτρων για την πρόληψη ασθενειών

Όποιος παραβιάζει τα μέτρα που έχει διατάξει ο νόμος η αρμόδια αρχή για να αποτραπεί η εισβολή ή η διάδοση μιας μεταδοτικής ασθένειας τιμωρείται με φυλάκιση. Αν η παραβίαση αυτή είχε ως συνέπεια να μεταδοθεί ασθένεια σε άνθρωπο, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών. Αν η πράξη τελέστηκε από αμέλεια, επιβάλλεται φυλάκιση μέχρι ενός έτους ή χρηματική ποινή .

Άρθρο 288

Παρεμπόδιση αποτροπής κοινού κινδύνου και παράλειψη οφειλόμενης βοήθειας

1. Όποιος με πρόθεση ματαιώνει ή δυσχεραίνει την ενέργεια που είναι αναγκαία για να αποτραπεί ή να κατασταλεί ένας κίνδυνος που υπάρχει ή που επίκειται τιμωρείται με φυλάκιση, αν δεν συντρέχει περίπτωση αυστηρότερης τιμωρίας σύμφωνα με άλλη διάταξη.
2. Όποιος σε περίπτωση δυστυχήματος ή κοινού κινδύνου ή κοινής ανάγκης δεν προσφέρει τη βοήθεια που του ζητήθηκε και που μπορούσε να την προσφέρει, χωρίς ο ίδιος να διατρέξει ουσιώδη κίνδυνο, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι έξι μηνών.

Άρθρο 306

Έκθεση

1. Όποιος εκθέτει άλλον και έτσι τον καθιστά αβοήθητο, καθώς και όποιος με πρόθεση αφήνει αβοήθητο ένα πρόσωπο που το έχει στην προστασία του ή που έχει υποχρέωση να το διατρέφει και να το περιθάλπει ή να το μεταφέρει, ή ένα πρόσωπο που ο ίδιος το τραυμάτισε υπαίτια, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι μηνών.
2. Αν η πράξη προκάλεσε στον παθόντα:
 - α) βαριά βλάβη στην υγεία του, επιβάλλεται κάθειρξη μέχρι δέκα ετών

β) το θάνατό του, επιβάλλεται τουλάχιστον έξι ετών 7.

Άρθρο 307

Παράλειψη λύτρωσης από κίνδυνο ζωής

Όποιος με πρόθεση παραλείπει να σώσει άλλον από κίνδυνο ζωής αν και μπορεί να το πράξει χωρίς κίνδυνο της δικής του ζωής ή υγείας, τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους .

Άρθρο 442

Παραμέληση αναγγελίας εύρεσης νεκρού

Όποιος δεν ανακοινώνει αμέσως στις αρχές την ανεύρεση νεκρού τιμωρείται με πρόστιμο .

ΚΩΔΙΚΑΣ ΟΔΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ

ΚΑΝΟΝΕΣ ΟΔΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Άρθρο 12

Γενικές διατάξεις

Η χρήση των ζωνών ασφαλείας είναι υποχρεωτική τόσο για τους οδηγούς όσο και για τους επιβάτες. Σε περίπτωση μεταφοράς ανηλικών επιβατών, εφόσον στο όχημα υπάρχει συνοδός, την ευθύνη φέρει αυτός. Για τη μεταφορά παιδιών με αυτοκίνητο είναι υποχρεωτική η χρήση ειδικών μέσων συγκράτησης και προστασίας, όπως καθισμάτων, ζωνών ασφαλείας κ.λπ. Με απόφαση του Υπουργού Μεταφορών και Επικοινωνιών καθορίζονται οι προδιαγραφές για τα ειδικά μέσα συγκράτησης, καθώς και εξαιρέσεις από την υποχρέωση αυτή (*Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών-ΑΘΗΝΑ 2007*).

Άρθρο 13

Οδηγοί

Ο Υπουργός Μεταφορών και Επικοινωνιών, οι νομάρχες, κατά περίπτωση, ή οι από αυτούς εξουσιοδοτούμενες αρχές μπορούν να επιβάλλουν την επανεξέταση κατόχου άδειας ικανότητας οδηγού, αν ανακλύσουν αμφιβολίες

για την ικανότητά του προς οδήγηση ή την ιατρική επανεξέτασή του, αν ανακλύφουν αμφιβολίες για τη σωματική ή πνευματική του κατάσταση
(Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών-ΑΘΗΝΑ 2007).

Άρθρο 39

Συμπεριφορά των οδηγών προς τους πεζούς

1. Όλοι οι οδηγοί πρέπει να αποφεύγουν να συμπεριφέρονται με τρόπο που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τους πεζούς.
2. Αν σε σεσημασμένη διάβαση πεζών η κυκλοφορία των οχημάτων δεν ρυθμίζεται με φωτεινή σηματοδότηση ή με τροχονόμο, οι οδηγοί υποχρεούνται να πλησιάζουν στη διάβαση με ταχύτητα τόσα μικρή ώστε να μην εκθέτουν σε κίνδυνο τους πεζούς που τη χρησιμοποιούν ή εισέρχονται σε αυτήν και, σε περίπτωση ανάγκης, να διακόπτουν την πορεία του οχήματος τους για να επιτρέπουν την διέλευση των πεζών. Σε σεσημασμένους με ειδική σήμανση πεζοδρόμους, τα οχήματα τα οποία επιτρέπεται να εισέρθουν σε αυτούς οφείλουν να κινούνται με ταχύτητα βαδίσματος και να παραχωρούν προτεραιότητα στους πεζούς. Στους οδηγούς των οδικών οχημάτων επιβάλλεται να παραχωρούν προτεραιότητα στις διαβάσεις πεζών ή ποδηλατιστών, όταν σε αυτές κινούνται πεζοί ή ποδηλατιστές αντίστοιχα.
3. Σε περιοχές κατοικίας που έχουν χαρακτηριστεί και σημασθεί ως περιοχές ήπιας κυκλοφορίας εφαρμόζονται οι εξής ειδικοί κανόνες:
 - α) Οι οδηγοί πρέπει να προχωρούν με πολύ χαμηλή ταχύτητα, η οποία σε καμιά περίπτωση δε θα πρέπει να υπερβαίνει τα 20 χιλιόμετρα την ώρα.
 - β) Οι οδηγοί δεν πρέπει να θέτουν τους πεζούς σε κίνδυνο ούτε να συμπεριφέρονται με παρεμποδιστικό τρόπο. Αν είναι αναγκαίο πρέπει να σταματούν.
 - γ) Οι πεζοί δεν πρέπει να εμποδίζουν χωρίς λόγο την κυκλοφορία των οχημάτων. (Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών-ΑΘΗΝΑ 2007)

Άρθρο 42

Οδήγηση υπό την επίδραση οινοπνεύματος, φαρμάκων ή τοξικών ουσιών
Παράγραφος 1.

Απαγορεύεται η οδήγηση κάθε οδικού οχήματος από οδηγό, ο οποίος κατά την οδήγηση του οχήματος βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων που σύμφωνα με τις οδηγίες χρήσης τους ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα του οδηγού. Ο ελεγχόμενος οδηγός θεωρείται ότι βρίσκεται υπό την επίδραση οινοπνεύματος όταν το ποσοστό αυτού στον οργανισμό είναι από 0,50 γραμμάρια ανά λίτρο αίματος (0,50 g/l) και άνω, μετρούμενο με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,25 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εμπνεόμενου αέρα και άνω, όταν η μέτρηση γίνεται στον εμπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, δημόσιας Τάξης και Μεταφορών και Επικοινωνιών μπορεί να ορισθεί και μικρότερο ποσοστό από το αναφερόμενο σε προηγούμενο εδάφιο, να καθοριστούν ειδικές κατηγορίες οδηγών με μικρότερα ποσοστά, προσαρμοζόμενων αναλόγως και των ορίων της παραγράφου 7, να εξειδικεύονται τα όρια τοξικών ουσιών ή φαρμάκων της παρούσας παραγράφου που ενδέχεται να επηρεάζουν την ικανότητα του οδηγού και να καθορίζονται οι επιστημονικοί τρόποι και η διαδικασία διαπίστωσης της χρήσης οινοπνεύματος, τοξικών ουσιών ή φαρμάκων κατά τις παραγράφους του παρόντος άρθρου, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

(Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών-ΑΘΗΝΑ 2007).

Παράγραφος 7.

Όποιος οδηγεί όχημα υπό την επίδραση οινοπνεύματος τιμωρείται ως εξής:

α) Με διοικητικό πρόστιμο διακοσίων (200,00) ευρώ, εάν η συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του κυμαίνεται από 0,50 g/l έως 0,80 g/l, μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή από 0,25 έως 0,40 χιλιοστά του γραμμαρίου ανά λίτρο εμπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εμπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου.

β) Με διοικητικό πρόστιμο επτακοσίων (700,00) ευρώ και με αφαίρεση, επιτόπου, της άδειας ικανότητας οδηγού για ενενήντα (90) ημέρες, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα, εάν η συγκέντρωση οινοπνεύματος στο αίμα του είναι άνω του 0,80 g/l και μέχρι 1,10 g/l, μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας ή άνω των 0,40 έως 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου. Στην

περίπτωση αυτή η άδεια ικανότητας οδηγού επιστρέφεται μετά την παρέλευση του τριμήνου, μόνο με την προσκόμιση του αποδεικτικού καταβολής του διοικητικού προστίμου.

γ) Με φυλάκιση τουλάχιστον δύο (2) μηνών, διοικητικό πρόστιμο χιλίων διακοσίων (1.200,00) ευρώ και αφαίρεση, επιτόπου, της άδειας ικανότητας οδηγού για εκατόν ογδόντα (180) ημέρες, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία του άρθρου 103 του παρόντος Κώδικα, εάν η συγκέντρωση οινόπνευματος στο αίμα του είναι άνω του 1,10 g/l, μετρούμενη με τη μέθοδο της αιμοληψίας, ή άνω των 0,60 χιλιοστών του γραμμαρίου ανά λίτρο εκπνεόμενου αέρα, όταν η μέτρηση γίνεται στον εκπνεόμενο αέρα με αντίστοιχη συσκευή αλκοολομέτρου. Στην περίπτωση αυτή η άδεια ικανότητας οδηγού επιστρέφεται μετά την παρέλευση του εξαμήνου, μόνο με την προσκόμιση αποδεικτικού καταβολής του διοικητικού προστίμου.

δ) Στις πιο πάνω περιπτώσεις α', β' και γ' το όχημα ακινητοποιείται υποχρεωτικά και φυλάσσεται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 46 του παρόντος και των, κατ' εξουσιοδότηση αυτού, εκδιδόμενων αποφάσεων. Ο έλεγχος και η βεβαίωση των παραβάσεων της παρούσας παραγράφου γίνεται από συνεργείο δύο τουλάχιστον αστυνομικών ή λιμενικών, εκ των οποίων ο ένας είναι ανακριτικός υπάλληλος.

(Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών-ΑΘΗΝΑ 2007)

Άρθρο 43

Συμπεριφορά σε περίπτωση ατυχήματος

1. Αν συμβεί οδικό τροχαίο ατύχημα, από το οποίο επήλθε βλάβη σε πρόσωπα ή πράγματα, κάθε οδηγός ή άλλος που χρησιμοποιεί την οδό, ο οποίος ενεπλάκη με οποιονδήποτε τρόπο στο ατύχημα υποχρεούται:

α) Να σταθμεύσει αμέσως στον τόπο του ατυχήματος χωρίς να δημιουργήσει πρόσθετους κινδύνους στην κυκλοφορία.

β) Να λάβει μέτρα κυκλοφοριακής ασφάλειας στον τόπο του ατυχήματος και, αν δεν μπορεί, να ειδοποιήσει για το ατύχημα την πλησιέστερη Αστυνομική Αρχή.

γ) Να δώσει τα στοιχεία της ταυτότητάς του ως και κάθε χρήσιμη σχετική με το όχημά του πληροφορία, αν οι εμπλεκόμενοι στο ατύχημα ζητήσουν αυτά. Σε περίπτωση υλικών ζημιών, αν ο ζημιωθείς δεν είναι παρών, τα εμπλεκόμενα στο ατύχημα πρόσωπα υποχρεούνται, μέσα σε είκοσι τέσσερις (24) ώρες, να του δώσουν τις πιο πάνω πληροφορίες κατά τον καταλληλότερο τρόπο ή δια του πλησιέστερου Αστυνομικού Τμήματος, το οποίο φροντίζει για την ενημέρωση του ζημιωθέντα.

2. Αν από το οδικό τροχαίο ατύχημα επήλθε θάνατος ή σωματική βλάβη, κάθε οδηγός ή άλλος που χρησιμοποιεί την οδό, ο οποίος ενεπλάκη με οποιονδήποτε τρόπο στο ατύχημα, υποχρεούται επιπλέον:

α) Να δώσει την αναγκαία βοήθεια και συμπαράσταση στους παθόντες.

β) Να ειδοποιήσει την πλησιέστερη Αστυνομική Αρχή και να παραμείνει στον τόπο του ατυχήματος μέχρι την άφιξή της, εκτός αν είναι αναγκαία η απομάκρυνσή του για την ειδοποίηση της Αστυνομίας ή για την περίθαλψη των τραυματιών ή του ίδιου. Και στην περίπτωση αυτήν ο οδηγός υποχρεούται να αναγγείλει το ατύχημα στην Αστυνομική Αρχή το ταχύτερο δυνατόν.

γ) Να αποτρέψει οποιαδήποτε μεταβολή στον τόπο του ατυχήματος, η οποία θα μπορούσε να δυσκολέψει το έργο της Αστυνομίας με εξαίρεση τις ενέργειές του εκείνες οι οποίες αποβλέπουν στην αποκατάσταση της τυχόν διακοπείσας κυκλοφορίας.

3. Αυτός, που παραβαίνει τις διατάξεις της παραγράφου 1 και παραγράφου 2 περίπτωση γ' του άρθρου αυτού, τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον ενός (1) μήνα, αν δε πρόκειται για οδηγό μηχανοκίνητου οχήματος ή μοτοποδήλατου και με αφαίρεση της άδειας ικανότητας οδηγού για χρονικό διάστημα ενός (1) έως τριών (3) μηνών, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο.

4. Αυτός, που παραβαίνει τις διατάξεις της παραγράφου 2 περίπτωση α' και β' του άρθρου αυτού, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών (3) μηνών. Αν από τη συμπεριφορά του ο παθών περιήλθε σε κίνδυνο ζωής ή επήλθε θάνατος ή βαριά σωματική βλάβη αυτού, ο υπαίτιος τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον έξι (6) μηνών εφόσον η πράξη δεν τιμωρείται βαρύτερα με άλλη διάταξη στις δύο πιο πάνω περιπτώσεις και με αφαίρεση της άδειας ικανότητας

οδηγού για χρονικό διάστημα τριών (3) έως έξι (6) μηνών, η οποία επιβάλλεται υποχρεωτικά από το δικαστήριο.

5. Σε περίπτωση σωματικής βλάβης, η οποία προκαλείται από όχημα, αν ο οδηγός αυτού συμμορφώθηκε με τις υποχρεώσεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, δεν εφαρμόζονται οι διατάξεις για κράτηση του άρθρου 419 του Κώδικα Ποινικής δικονομίας. Στην περίπτωση αυτήν οι αστυνομικοί που επιλαμβάνονται ως προανακριτικοί υπάλληλοι, μετά τη συλλογή των απαραίτητων στοιχείων και την ενέργεια των σχετικών προανακριτικών πράξεων, παύουν την προσωρινή κράτηση του οδηγού. Αν πρόκειται για οδηγούς οι οποίοι είναι ύποπτοι φυγής ή ιδιαίτερα επικίνδυνοι, προκύπτουν δε σε βάρος τους στοιχεία ενοχής, οι πιο πάνω υπάλληλοι προσάγουν αυτούς στον αρμόδιο εισαγγελέα, ο οποίος μπορεί να εφαρμόσει τις διατάξεις του άρθρου 419 του Κώδικα Ποινικής δικονομίας.

6. Δεν έχουν επίσης εφαρμογή στα αυτοκίνητα οχήματα, στα τρίτροχα οχήματα και τις μοτοσικλέτες, κατά την έννοια του παρόντος Κώδικα, οι για την κράτηση από την Αστυνομική Αρχή διατάξεις του άρθρου 11 του ν. ΓΠΝ/1911, αν ο οδηγός συμμορφώθηκε με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού και κατέθεσε αποδεικτικό ασφάλισης (βεβαίωση αναγνωρισμένης στην Ελλάδα ασφαλιστικής εταιρείας) του οχήματος ή αποδείξει ότι είναι κάτοχος δελτίου διεθνούς ασφάλισης, τα οποία αποτελούν δήλωση αναδοχής χρέους για τα ισχύοντα στην Ελλάδα ελάχιστα ποσά ασφαλιστικής κάλυψης, τα οποία προβλέπονται από τα νομίμως εγκεκριμένα τιμολόγια ασφαλιστρών ή προκειμένου για αυτοκίνητα και τρίτροχα οχήματα δημόσιας χρήσης, καταθέσει δήλωση αναδοχής χρέους αλληλοασφαλιστικού συνεταιρισμού ή αλληλοασφαλιστικού ταμείου συνεταιρισμού, που λειτουργεί νόμιμα, στον οποίο το όχημα είναι ασφαλισμένο.

7. Τα οχήματα που εγκαταλείπονται για οποιονδήποτε λόγο στον τόπο του ατυχήματος, καθώς και τα απομακρυνθέντα και μη παραληφθέντα οχήματα λόγω παράνομης στάθμευσης, σύμφωνα με την παράγραφο 8 του άρθρου 34 του παρόντος Κώδικα, εφόσον εμποδίζουν την οδική κυκλοφορία, απομακρύνονται με μέριμνα των ιδιοκτητών ή κατόχων τους και σε περίπτωση αδυναμίας ή αδιαφορίας αυτών, απομακρύνονται από την αρμόδια Αστυνομική Αρχή, η οποία, μετά παρέλευση διμήνου, τα παραδίδει στον Ο.Υ. για

εκποίηση. Οι λεπτομέρειες καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Δημόσιας Τάξης. (Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών-ΑΘΗΝΑ 2007)

Άρθρο 44

Οχήματα άμεσης ανάγκης – Έργα στις οδούς

1. Αυτοί που χρησιμοποιούν την οδό, όταν ειδοποιούνται με τις συσκευές ηχητικής ή φωτεινής προειδοποίησης, ότι πλησιάζει όχημα άμεσης ανάγκης ή όχημα της τεχνικής επιτήρησης των φορέων λειτουργίας και συντήρησης των οδών ή όχημα με το οποίο μεταφέρονται πρόσωπα που έχουν ανάγκη άμεσης βοήθειας, υποχρεούνται να αφήνουν χώρο, κινούμενοι προς τα δεξιά της οδού, για να διέλθει το όχημα αυτό και σε περίπτωση ανάγκης, να σταματούν. Ως οχήματα άμεσης ανάγκης, για την εφαρμογή της διάταξης αυτής, θεωρούνται τα οχήματα που φέρουν ειδικά πρόσθετα μπλε ή ερυθρά φώτα. Με ένα ή περισσότερα μπλε φώτα που αναβοσβήνουν, μπορούν να εφοδιάζονται μόνο τα νοσοκομειακά οχήματα, τα οχήματα πρώτων βοηθειών και κλινικών, τα οχήματα της Ελληνικής Αστυνομίας, της δημοτικής Αστυνομίας ως και τα οχήματα των στρατιωτικών και λιμενικών αρχών. Με ένα ή περισσότερα ερυθρά φώτα που αναβοσβήνουν, μπορούν να εφοδιάζονται μόνο τα οχήματα της πυροσβεστικής υπηρεσίας δασαρχείου και αποκατάστασης βλαβών ηλεκτρικού δικτύου, καθώς και τα οχήματα των υπηρεσιών ύδρευσης και αποχέτευσης. Με απόφαση του Υπουργού Μεταφορών και Επικοινωνιών μπορεί να παρέχεται το δικαίωμα να τοποθετούνται τα πιο πάνω φώτα και σε άλλες κατηγορίες οχημάτων (Υπουργείο Μεταφορών και Επικοινωνιών-ΑΘΗΝΑ 2007).

ΜΕΡΟΣ 2^ο

Περίληψη έρευνας

Είναι πολύ σημαντικό να μπορεί να συμβαδίζει η θεωρία με την πράξη. Στην ερευνητική αυτή εργασία έγινε προσπάθεια να βγουν κάποια συμπεράσματα ως προς το αν ο γενικός πληθυσμός έχει τις απαραίτητες γνώσεις ώστε να δώσει τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση που βρεθεί αντιμέτωπος με κάποιο τροχαίο ατύχημα και ως προς το αν έχει την προθυμία να εφαρμόσει τις γνώσεις αυτές.

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα αυτή έχει ως στόχο να συνεισφέρει στην ευαισθητοποίηση όλων μας και επιπλέον θα υπάρξει επιστημονική τεκμηρίωση που θα καταγράφει τα σημερινά δεδομένα για αυτό το τόσο σημαντικό θέμα. Η έρευνα αυτή είναι πολύ σημαντική γιατί τα τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα τείνουν να γίνουν επιδημία καθώς σχεδόν μια πόλη χάνεται κάθε χρόνο. Είναι λοιπόν βασικό να ερευνήσουμε αν το σύνολο των ατόμων έχει τις απαραίτητες γνώσεις έτσι ώστε αν βρεθεί στον τόπο ενός τροχαίου ατυχήματος να παράσχει τις πρώτες βοήθειες.

Επιπλέον στην έρευνα αυτή θα μελετήσουμε αν το σύνολο των ατόμων έχει την απαραίτητη ψυχραιμία ώστε να εφαρμόσει σωστά όλες εκείνες τις ενέργειες ώστε να αντιμετωπίσει μια επείγουσα κατάσταση και αν είναι αρκετά πρόθυμος ώστε να βοηθήσει στο συμβάν. Τέλος θα γίνει προσπάθεια διατύπωσης προτάσεων για την καλύτερη ενημέρωσης του κοινού.

Η έρευνά μας επικεντρώνεται σε δύο ερωτήματα:

- Ποιες είναι οι γνώσεις του γενικού πληθυσμού για την παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος
- Σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος είναι πρόθυμο ένα άτομο να δώσει τις πρώτες βοήθειες

ΥΛΙΚΟ

Ως καταλληλότερη μέθοδος για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, επιλέχτηκε η δειγματοληψία ευκολίας (Σαχίνη & Καρδάση 1997). Το δείγμα θα αποτελείται από 200 τυχαία άτομα που κατοικούν στο νομό Ηρακλείου, ηλικίας 18 ετών και άνω.

Ως ιδανικό ερευνητικό εργαλείο για την διεξαγωγή της μελέτης και για να απαντηθούν τα ερωτήματα που θέτει κατά τρόπο έγκυρο και αξιόπιστο, επιλέχτηκε το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο επιλέχτηκε διότι είναι λιγότερο δαπανηρό και χρειάζεται λιγότερος χρόνος συμπλήρωσης του, παρέχει τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας και στις απαντήσεις του ερωτηματολογίου δεν υπάρχουν προκαταλήψεις που να αντανakλούν την αντίδραση του υποκειμένου στον ερευνητή αφού δεν είναι πάρων ο ερευνητής κατά την απάντηση του. Στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από την ερευνητική ομάδα και ολοκληρώθηκε με βάση τη μελέτη της σύγχρονης και παλαιότερης ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας και από πληροφορίες από το internet. Οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν προέκυψαν από τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαμε θέσει από την αρχή. Στην διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία δεν υπήρξε ανάλογο σταθμισμένο στα ελληνικά ερευνητικό εργαλείο. Το γεγονός αυτό μας οδήγησε στην κατασκευή του εργαλείου βασισμένο στο βιβλίο του Oppenheim (1992), καθώς και σε ανάλογα άρθρα σχετικά με τις γνώσεις νοσηλευτών για την παροχή πρώτων βοηθειών και την προθυμία στην εφαρμογή αυτών. Η έρευνα έγινε μεταξύ των μηνών Ιουνίου – Νοεμβρίου 2009.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες έκδοση 16 (Statistical Package of Social Sciences 16th edition, SPSS) και ακολουθήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής

στατιστικής ανάλυσης (κατανομή συχνοτήτων, εκατοστιαίες αναλογίες). Τα αποτελέσματα πρόκειται να παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα και σε ραβδογράμματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά από την στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων τα αποτελέσματα έδειξαν το μορφωτικό επίπεδο των ανδρών και των γυναικών που έχουν παρακολουθήσει πρακτικό τμήμα εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών. Ως πρακτικό τμήμα ανέφεραν τα σεμινάρια πρώτων βοηθειών για πολίτες από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό καθώς και τα τμήματα εκμάθησης βασικής υποστήριξης ζωής τα οποία παρακολούθησαν από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου.

- A) Το 34% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και είναι γυναίκες
- B) Το 25% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και είναι άνδρες
- Γ) Το 22% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και είναι γυναίκες
- Δ) Το 13% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και είναι άνδρες
- Ε) Το 3% είναι απόφοιτοι λυκείου και είναι γυναίκες
- ΣΤ) Το 3% είναι απόφοιτοι λυκείου και είναι άνδρες

Επιπλέον μόλις το 21% του συνόλου ανδρών- γυναικών απάντησαν ότι έχουν παρακολουθήσει πρακτικό τμήμα πρώτων βοηθειών ενώ το 79% ότι δεν έχουν παρακολουθήσει.

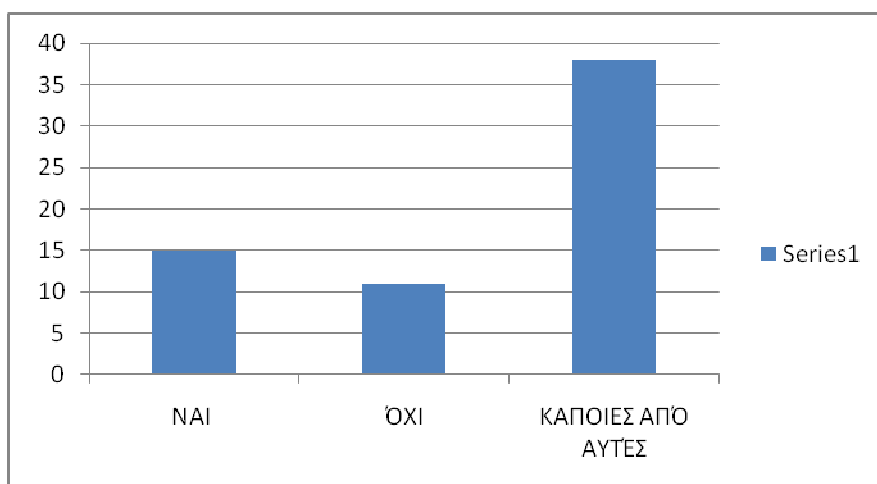
Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα το 83% του γενικού συνόλου που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι δεν τους έχει τύχει να χρειαστεί να δώσουν τις πρώτες βοήθειες και να μην το κάνουν ενώ το 17% δήλωσε ότι χρειάστηκε να δώσουν τις πρώτες βοήθειες και να μην το κάνουν.

Οι λόγοι που το 17% του γενικού συνόλου δεν έδωσε πρώτες βοήθειες είναι σε ποσοστό 27% λόγω έλλειψης ψυχραιμίας, το 35% λόγω έλλειψης γνώσεων και το 38% επειδή φοβόταν για το αποτέλεσμα.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΑΝΑ ΕΡΩΤΗΣΗ

Ερώτηση 1

Γνωρίζετε τις βασικές τεχνικές παροχής πρώτων βοηθειών;



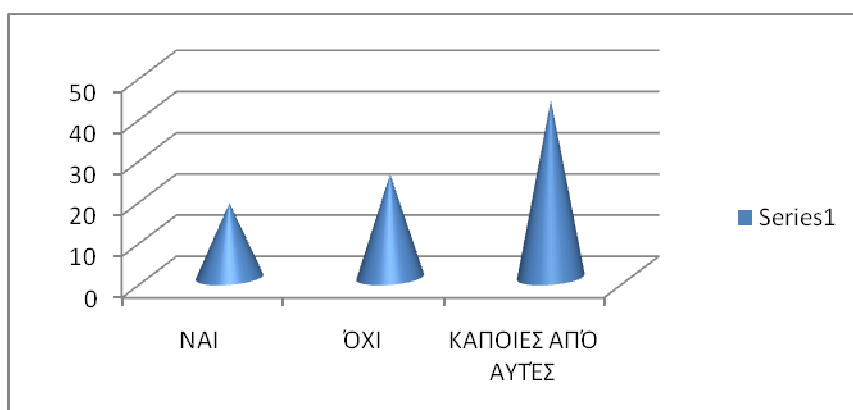
Σχήμα 1

ΑΝΔΡΕΣ

Άνδρες

Όπως φαίνεται από το σχήμα 1, 15 από τους άνδρες απάντησαν ότι γνωρίζουν τις βασικές τεχνικές πρώτων βοηθειών ενώ 11 από αυτούς δεν τις γνωρίζει καθόλου. Στην πλειοψηφία τους όμως (38 από αυτούς) απάντησαν ότι γνωρίζουν κάποιες από τις βασικές τεχνικές πρώτων βοηθειών αλλά όχι όλες

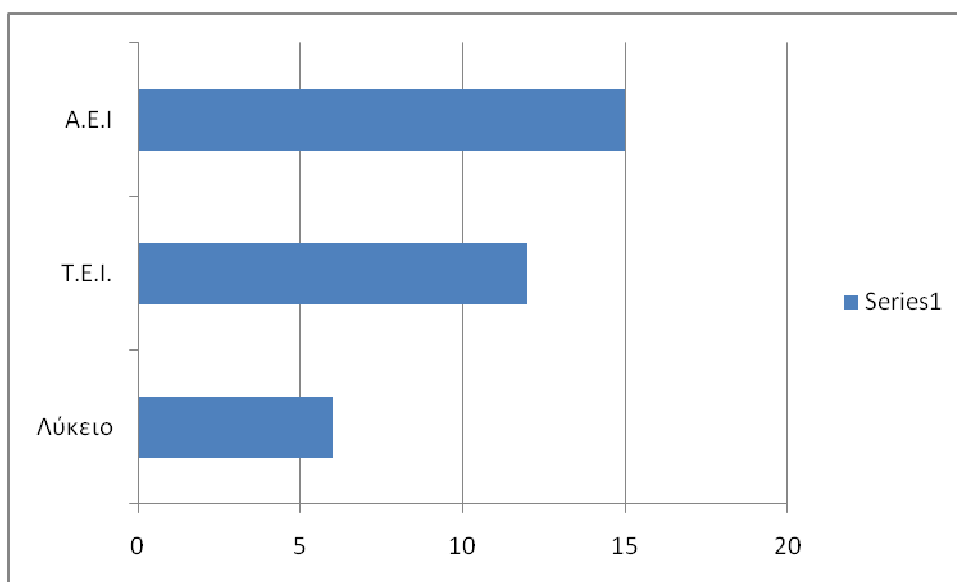
Σχήμα 2 Γυναίκες



Στις γυναίκες η πλειοψηφία δηλαδή το 50% δήλωσαν ότι γνωρίζουν κάποιες από τις βασικές τεχνικές Α βοηθειών αλλά όχι όλες. Το 29% δήλωσε ότι δεν τις γνωρίζει καθόλου. Ενώ μόλις το 21% απάντησε ότι γνωρίζει τις βασικές τεχνικές Πρώτων βοηθειών.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του συνόλου (ανδρών- γυναικών) που γνωρίζουν τις βασικές τεχνικές πρώτων βοηθειών τα αποτελέσματα φαίνονται στο σχήμα 3.

Σχήμα 3



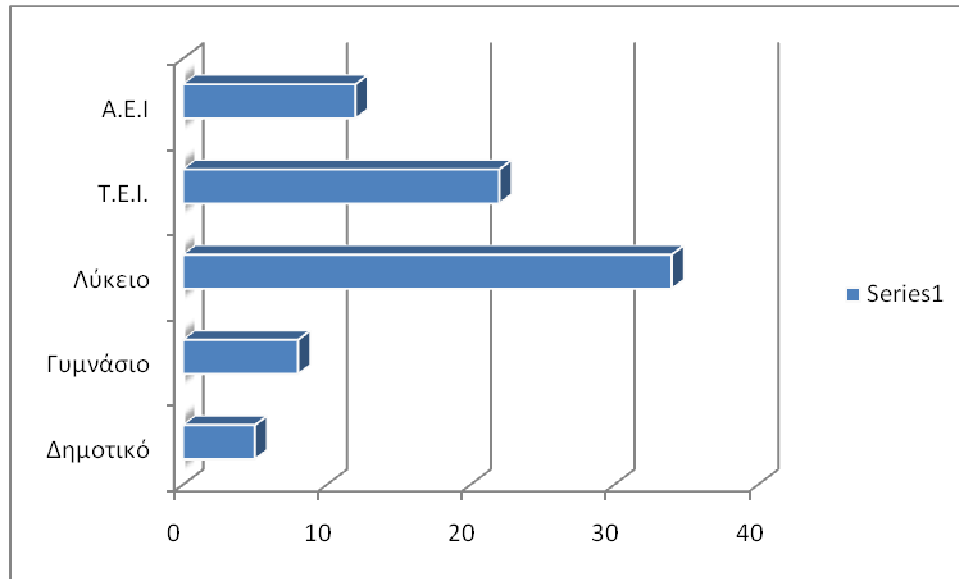
Όπως φαίνεται στο σχήμα 3 μόλις το 22% του συνόλου απάντησε ότι γνωρίζει τις

Βασικές τεχνικές πρώτων βοηθειών εκ των οποίων

- Το 45 % είναι απόφοιτοι ΑΕΙ
- Το 36% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ
- Το 19% είναι απόφοιτοι λυκείου

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του συνόλου (ανδρών- γυναικών) που γνωρίζουν κάποιες από τις βασικές τεχνικές πρώτων βοηθειών αλλά όχι όλες τα αποτελέσματα φαίνονται στο σχήμα 4

Σχήμα 4



Όπως φαίνεται στο σχήμα 4 το 54% του συνόλου απάντησε ότι γνωρίζει κάποιες από τις

Βασικές τεχνικές πρώτων βοηθειών αλλά όχι όλες εκ των οποίων

A) Το 15 % είναι απόφοιτοι ΑΕΙ

B) Το 27% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ

Γ) Το 42% είναι απόφοιτοι λυκείου

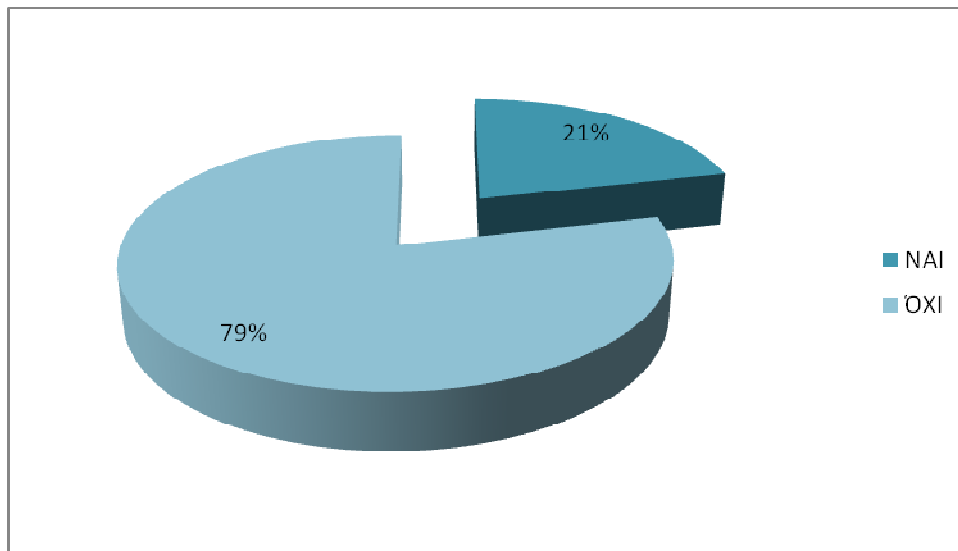
Δ) Το 10% είναι απόφοιτοι γυμνασίου

Ε) Το 6% είναι απόφοιτοι δημοτικού

ΕΡΩΤΗΣΗ 2

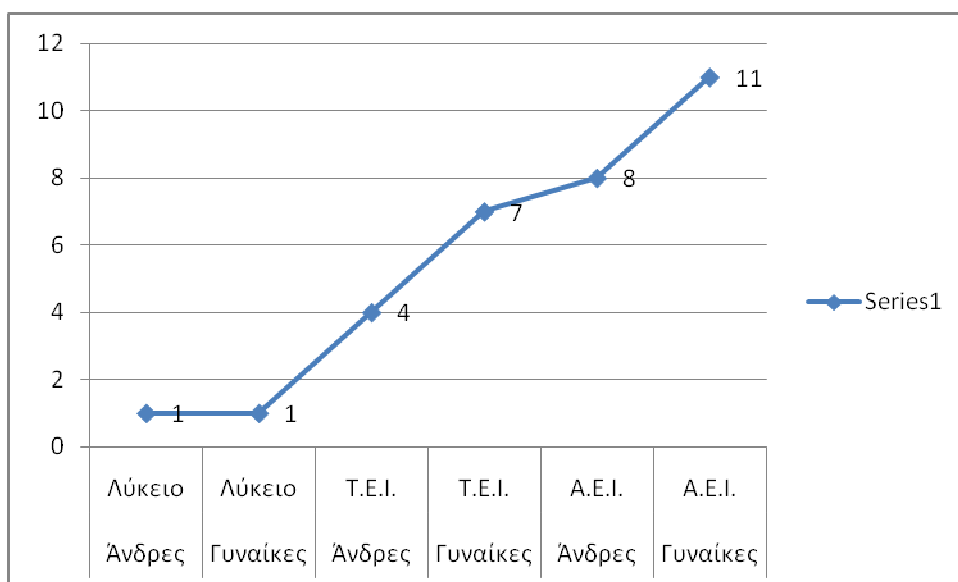
Έχετε παρακολουθήσει πρακτικό τμήμα για τις πρώτες βοήθειες

Σχήμα 5



Όπως φαίνεται στο σχήμα 5 μόλις το 21% του συνόλου ανδρών-γυναικών που απάντησαν ότι έχουν παρακολουθήσει πρακτικό τμήμα πρώτων βοηθειών ενώ το 79% ότι δεν έχουν παρακολουθήσει.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ανδρών και των γυναικών που έχουν παρακολουθήσει πρακτικό τμήμα πρώτων βοηθειών φαίνεται στο σχήμα 6.



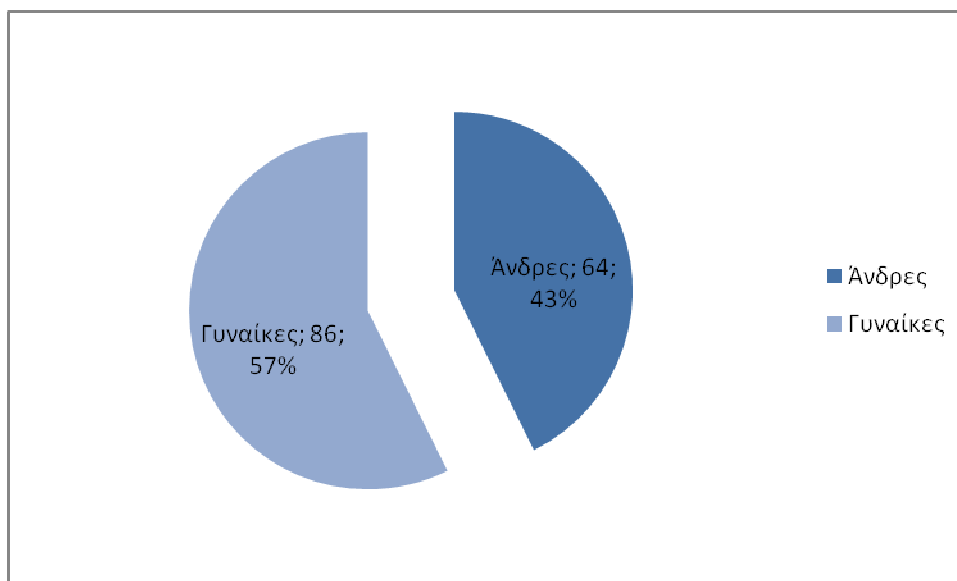
Σχήμα 6

A) Το 34% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και είναι γυναίκες

B) Το 25% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και είναι άνδρες

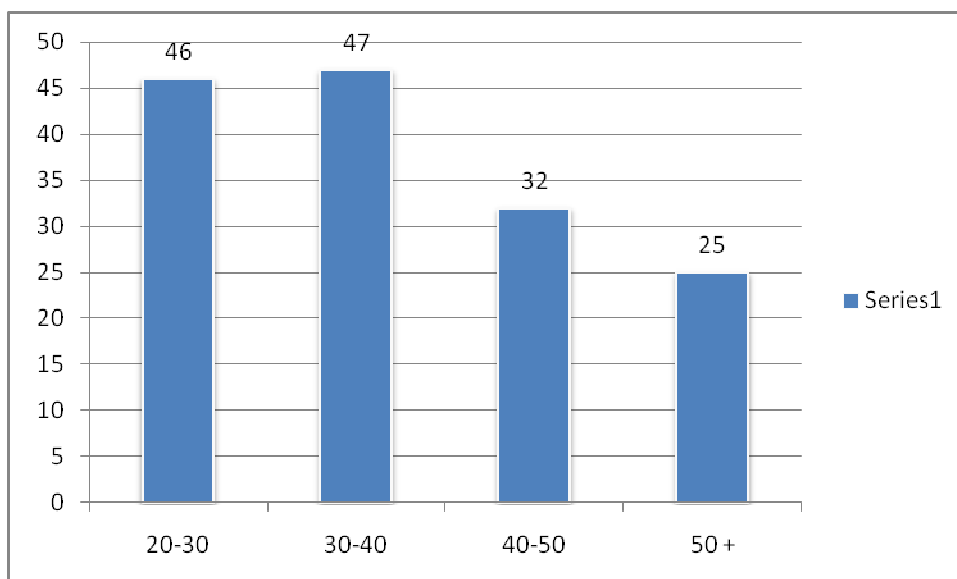
- Γ) Το 22% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και είναι γυναίκες
- Δ) Το 13% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ και είναι άνδρες
- Ε) Το 3% είναι απόφοιτοι λυκείου και είναι γυναίκες
- ΣΤ) Το 3% είναι απόφοιτοι λυκείου και είναι άνδρες

Σχήμα 7



Όπως φαίνεται στο σχήμα 7 από τα 150 άτομα που απάντησαν ανώνυμα στο Ερωτηματολόγιο οι 86 ήταν γυναίκες (ποσοστό 57%) και οι 64 ήταν άνδρες (ποσοστό 43%)

Σχήμα 8



Ηλικία ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο

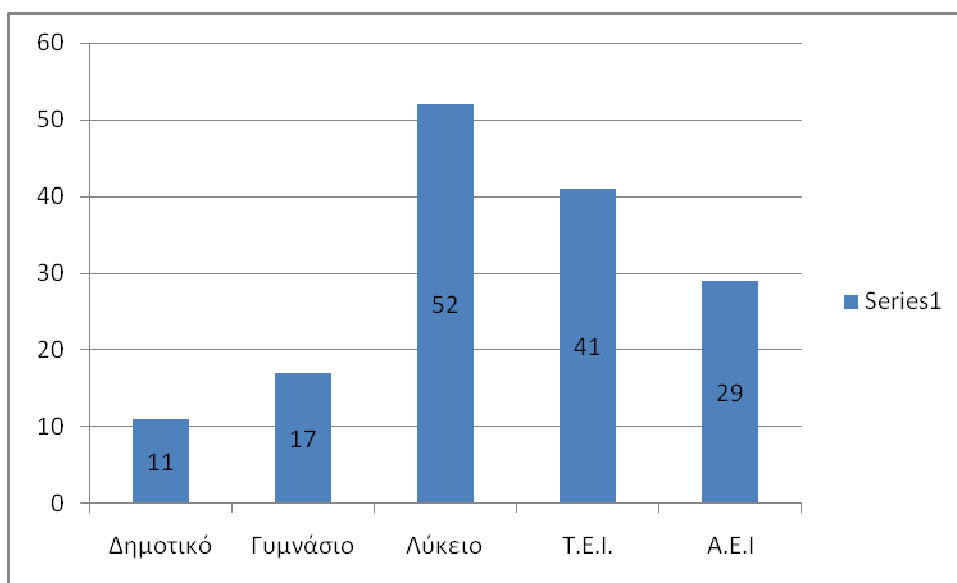
A) το 30 % είναι 20-30 ετών

B) το 31% είναι 30-40 ετών

Γ) το 21% είναι από 40-50 ετών

Δ) το 17% είναι από 50 ετών και άνω

Σχήμα 9



Μορφωτικό επίπεδο ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο

A) Το 19% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ

B) Το 27% είναι απόφοιτοι ΤΕΙ

Γ) Το 35% είναι απόφοιτοι λυκείου

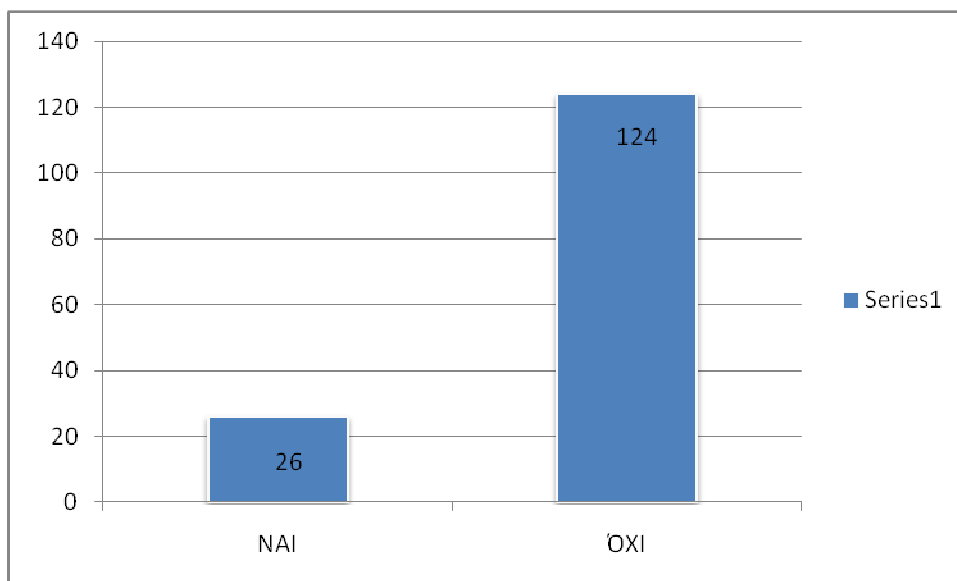
Δ) Το 11% είναι απόφοιτοι γυμνασίου

Ε) Το 8% είναι απόφοιτοι δημοτικού

Ερώτηση 8

Σας έχει τύχει να χρειαστεί να δώσετε τις πρώτες βοήθειες και να μην το κάνετε;

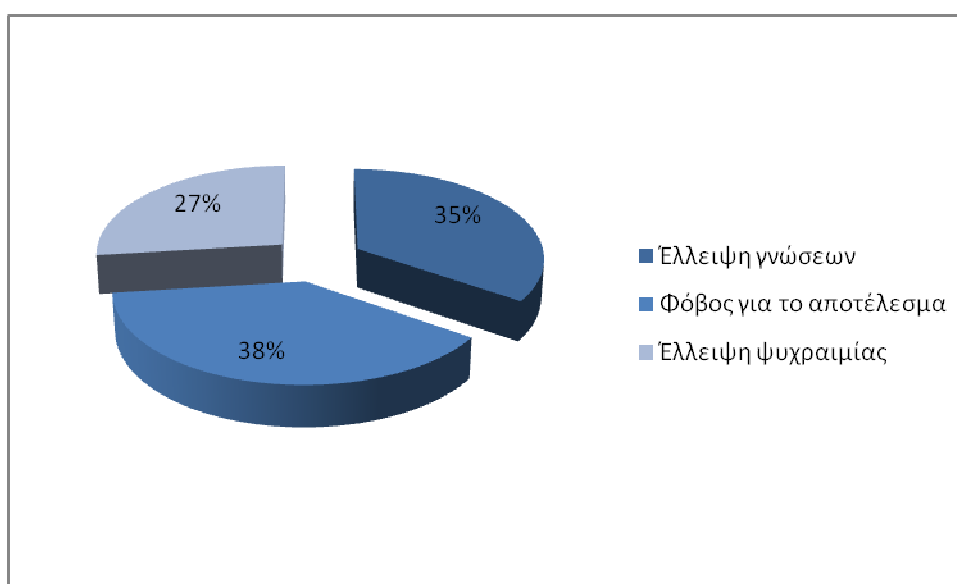
Σχήμα 10



Όπως φαίνεται από το σχήμα 10 το 83% του γενικού συνόλου που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δήλωσαν ότι δεν τους έχει τύχει να χρειαστεί να δώσουν τις πρώτες βοήθειες και να μην το κάνουν ενώ το 17% δήλωσε ότι χρειάστηκε να δώσουν τις πρώτες βοήθειες και να μην το κάνουν. Οι λόγοι που δεν έδωσαν τις πρώτες βοήθειες φαίνονται στο σχήμα 11

Σχήμα 11

Λόγοι που δεν δόθηκαν οι πρώτες βοήθειες

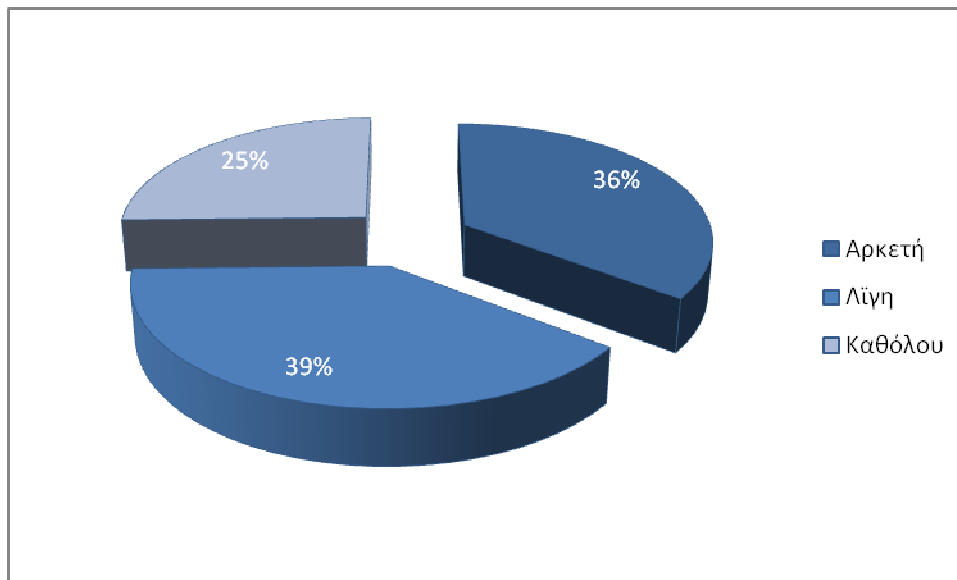


Όπως φαίνεται στο σχήμα 11 το 27% δεν έδωσε τις πρώτες βοήθειες λόγω έλλειψης ψυχραιμίας το 35% λόγω έλλειψης γνώσεων και το 38% επειδή φοβόταν για το αποτέλεσμα

Σχήμα 12

Ερώτηση 7

Νιώθετε αυτοπεποίθηση ώστε να δώσετε τις πρώτες βοήθειες ;



Όπως φαίνεται στο σχήμα 12 το 25% δεν έχει καθόλου αυτοπεποίθηση ώστε να δώσει τις πρώτες βοήθειες. Το 39% έχει λίγη αυτοπεποίθηση και το 36% έχει αρκετή αυτοπεποίθηση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματεύεται τα τροχαία ατυχήματα και τις συνέπειες αυτών και πόσο μπορεί ο καθένας να συμβάλει ενεργά στην πρόληψη αυτών αλλά και στην ετοιμότητα παροχής πρώτων βοηθειών όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Δίνει έμφαση στην ανάγκη προαγωγής και υπεράσπισης του δικαιώματος κάθε πολίτη να κινείται με ασφάλεια στο οδικό περιβάλλον προφυλάσσοντας τόσο τον εαυτό του όσο και τους άλλους από τις συνέπειες που δημιουργούν οι μετακινήσεις.

Η ανάπτυξη πολιτικής για την προαγωγή υγείας και οδικής ασφάλειας αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για την κοινωνία καθώς οι αρνητικές συνέπειες των μεταφορών θέτουν σε κίνδυνο την δημόσια υγεία.

Όλοι ανεξαιρέτως έχουν ανάγκη να θέσουν τα θεμέλια ενός υγιούς τρόπου ζωής και να αναπτύξουν στρατηγικές αυτοπροστασίας και ασφάλειας. Άλλωστε είναι εκ των πραγμάτων αδύνατον να δημιουργήσουμε ένα απόλυτα ασφαλές οδικό περιβάλλον. Ο τραγικός απολογισμός των θανάτων και των τραυματισμών από τις συνέπειες των μεταφορών θέτει ορισμένα ερωτήματα που καλούμαστε να απαντήσουμε, ερωτήματα που βασίζονται στην ετοιμότητα και την δυνατότητα της παροχής πρώτων βοηθειών από τον κάθε πολίτη, ο οποίος θα βρεθεί αντιμέτωπος σε ένα τροχαίο ατύχημα.

Δυστυχώς τα αποτελέσματα ήταν όχι και τόσο ενθαρρυντικά. Ο γενικός πληθυσμός δείχνει να μην είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει μια επείγουσα κατάσταση.

Οι λόγοι για τους οποίους κάποιος δεν θα σταματήσει να δώσει τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος είναι η έλλειψη ψυχραιμίας λόγω κυρίως του φόβου για το αποτέλεσμα των πράξεων του. Η έλλειψη εκπαίδευσης είναι ένα παράγοντας που κάνει τα άτομα που απάντησαν σε αυτό το ερωτηματολόγιο να νιώθουν ανασφαλή ώστε να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες. Το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων που απάντησαν σε αυτό το ερωτηματολόγιο δείχνει να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Δυστυχώς όπως φαίνεται από τα σχήματα 3, 4, 5 και 6 αυτοί που νιώθουν σίγουροι για τις γνώσεις τους ανήκουν στα πιο υψηλά μορφωτικά

επίπεδα. Στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους στα ανώτερα τεχνολογικά επίπεδα επιλέγουν να εκπαιδευτούν στην παροχή πρώτων βοηθειών.

Ένα ακόμα σημαντικό κομμάτι που προκύπτει ως συμπέρασμα από αυτήν εδώ την έρευνα είναι τα μεγάλα ποσοστά της ημιμάθειας.

Δηλαδή ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων γνωρίζει κάποιες τεχνικές παροχής πρώτων βοηθειών αλλά αυτό δεν του δίνει το έναυσμα να δώσει τις πρώτες βοήθειες αν αυτό χρειαστεί αλλά ούτε και να προσπαθήσει να γεμίσει τα κενά του. Ο τραγικός απολογισμός των τροχαίων ατυχημάτων δεν αφήνει κανένα περιθώριο λάθους, αμέλειας ή αργοπορίας σε βάρος των πολιτών.

Η κοινωνία θα πρέπει να θέσει τις βάσεις ώστε τα μέλη της να εκπαιδευτούν άρτια στην παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος.

Άλλωστε δεν υπάρχει θεραπεία για τα τροχαία. Δεν αξίζει λοιπόν να ενημερωνόμαστε και να εκπαιδευόμαστε σωστά έτσι ώστε να μην θρηνούμε άλλα θύματα στην άσφαλτο;

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνα αυτή ασχολήθηκε με τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού στην παροχή πρώτων βοηθειών και την προθυμία εφαρμογής αυτών. Μελετήθηκαν οι λόγοι για τους οποίους κάποιος ο οποίος θα βρεθεί αντιμέτωπος σε ένα τροχαίο ατύχημα δεν θα δώσει τις πρώτες βοήθειες.

Καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις που έχει ο γενικός πληθυσμός δεν είναι επαρκείς ώστε να του δώσουν την αυτοπεποίθηση και να βοηθήσει κάποιον συνάνθρωπό του αν αυτό κριθεί αναγκαίο και δείχνει να μην είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει μια επείγουσα κατάσταση.

Η μελέτη επιβεβαίωσε για άλλη μια φορά το μέγεθος του κοινωνικού προβλήματος που αποτελούν τα τροχαία ατυχήματα σε τοπικό αλλά και εθνικό επίπεδο καθώς και το τεράστιο πρόβλημα καταγραφής των τροχαίων στη χώρα μας.

Το βασικότερο πρόβλημα που εντοπίσαμε είναι η ημιμάθεια. Ο γενικός πληθυσμός γνωρίζει σε μεγάλο ποσοστό κάποιες τεχνικές πρώτων βοηθειών αλλά αυτό δεν του δίνει το έναυσμα να εκπαιδευτεί περαιτέρω και αρκείται σε αυτά που ήδη γνωρίζει.

Η νοσηλευτική επιστήμη δίνει μεγάλη βάση στην εκπαίδευση πάνω στο αντικείμενο των πρώτων βοηθειών και οι νοσηλευτές φαίνεται να είναι άρτια καταρτισμένοι εκπαιδευτές πρώτων βοηθειών . Όμως όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα που έγινε το 2007 από τους Ζαχαρόπουλο και συν, η οποία μελετούσε το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού στη βασική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση οι γνώσεις των νοσηλευτών ήταν πολύ χαμηλές. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (69,2%) δεν γνώριζε τον ακριβή αριθμό συμπίεσεων-εμφυσησεων. Σχεδόν τα μισά άτομα του δείγματος (54,4%) είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο για ΚΑΡΠΑ (Ζαχαρόπουλο και συν. 2007).

Συγκριτικά με την δική μας έρευνα το 21% του γενικού πληθυσμού (τυχαίο δείγμα) δήλωσε ότι έχει παρακολουθήσει πρακτικό τμήμα πρώτων βοηθειών ενώ το 79% ότι δεν έχει εκπαιδευτεί ποτέ στις πρώτες βοήθειες. Φαίνεται λοιπόν η εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού να μην είναι εύκολη υπόθεση καθώς απαιτεί άρτια καταρτισμένους εκπαιδευτές. Επιπλέον δεν έχει τόση σημασία το μορφωτικό επίπεδο του πληθυσμού που εκπαιδεύεται αλλά η ποιότητα της εκπαίδευσης καθώς και οι νοσηλευτές αλλά και ο γενικός πληθυσμός δεν είναι άρτια εκπαιδευμένοι.

Φυσικά αυτό δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να εκπαιδεύεται ο γενικός πληθυσμός και ούτε ότι ο νοσηλευτής δεν είναι καλός εκπαιδευτής, αλλά θα πρέπει η εκπαιδευτική κοινότητα να θέτει στόχους και να προγραμματίζει και να οργανώνει σωστά τα προγράμματα εκμάθησης πρώτων βοηθειών και να ξέρει τις προσδοκίες του εκάστοτε εκπαιδευόμενου.

Σε ερευνητική εργασία που έγινε το 2010 από τους Γκριζιώτη και συν. και μελετούσε το κυκλικό ωράριο εργασίας και τα τροχαία ατυχήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό έδωσε άλλον έναν λόγο στο πόσο σημαντικό είναι οι ίδιοι οι νοσηλευτές να γνωρίζουν πρώτες βοήθειες. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργαζόταν σε κυκλικό ωράριο βρέθηκε ότι είχε 30% υψηλότερο κίνδυνο εμπλοκής σε τροχαίο ατύχημα, κατά τη μετακίνησή του από και προς την

εργασία. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι το κυκλικό ωράριο εργασίας, λόγω της κόπωσης και της υπνηλίας, αυξάνει τον κίνδυνο εμπλοκής του νοσηλευτικού προσωπικού σε τροχαίο ατύχημα. Επιπλέον, αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την οδική ασφάλεια τόσο των ίδιων των εργαζομένων όσο και του γενικού πληθυσμού (Γκριζιώτη και συν. 2010).

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Ο κυριότερος είναι ότι το δείγμα είναι μικρό και δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο του πληθυσμού. Επίσης άλλος ένας περιορισμός είναι ότι δεν μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα έχουν απαντήσει με ειλικρίνεια στο ερωτηματολόγιο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε έπειτα από την ερευνά μας, μας οδήγησαν στο να θέσουμε προτάσεις για την καλύτερη ενημέρωση των πολιτών στην παροχή πρώτων βοηθειών και στην πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων. Είναι πολύ σημαντικό να γίνει μία συλλογική προσπάθεια τόσο από την πολιτεία όσο και από τους χρήστες της οδού έτσι ώστε να μειωθούν τα οδικά ατυχήματα και να γίνει επιτακτική ανάγκη η γνώση πρώτων βοηθειών. Επιπλέον θέτονται προτάσεις όσον αναφορά τον σπουδαίο ρόλο που μπορεί να έχει ο νοσηλευτής σε αυτήν την προσπάθεια:

- 1) Υποχρεωτική εκπαίδευση μαθητών στο αντικείμενο του κώδικα οδικής κυκλοφορίας ώστε να επηρεάζεται καθοριστικά η στάση τους απέναντι στα ζητήματα υγείας και ασφάλειας στο οδικό περιβάλλον.
- 2) Συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση γενικού πληθυσμού στα νέα δεδομένα των τεχνικών πρώτων βοηθειών .
- 3) Ενημέρωση αναγκαιότητας ύπαρξης φαρμακείου σε όλα τα οχήματα με τον απαραίτητο εξοπλισμό .

- 4) Υποχρεωτική εκπαίδευση υποψήφιων οδηγών στην γνώση πρώτων βοηθειών με θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση έτσι ώστε να είναι σε θέση να τις παρέχουν αν αυτό κρίνεται αναγκαίο.
- 5) Συνεχείς ενημέρωση γενικού πληθυσμού από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για τις επιπτώσεις των τροχαίων ατυχημάτων και για την ευαισθητοποίηση όλων μας για την αναγκαιότητα παροχής πρώτων βοηθειών .
- 6) Τοποθέτηση τρακαρισμένων οχημάτων σε εμφανή- επικίνδυνα σημεία , με στόχο την ευαισθητοποίηση των οδηγών.
- 7) Ενημέρωση οδηγών για την επικινδυνότητα ορισμένων δρόμων με στόχο την χρήση αυτών με ιδιαίτερη προσοχή, από την τροχαία.
- 8) Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων από νοσηλευτές στο γενικό πληθυσμό για την παροχή πρώτων βοηθειών και αντιμετώπιση επείγουσας κατάστασης .
- 9) Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων από νοσηλευτές σε σχολεία για την παροχή πρώτων βοηθειών και αντιμετώπιση επείγουσας κατάστασης.
- 10) Δημιουργία έντυπου φυλλαδίου με τον απαραίτητο εξοπλισμό υλικών φαρμακείου αυτοκινήτου , από νοσηλευτές και διανομή του στο γενικό πληθυσμό.

“Με τη σωστή ενημέρωση κάθε άνθρωπος μπορεί να κάνει πρόληψη και η πρόληψη είναι προτιμότερη από την θεραπεία” (Ιπποκράτης 460-377 π.χ.)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Bossart, L. Ed. (1998). Advance Life Support Working Groups of Illorin : E. R. C Guidelines for Resuscitation .

Dermott, B. & Cordner ,D . (2002).Trauma deaths in an urban area.

Eisenburger, P. & Safar , P. (1991) . Life support first aid training of the public- review and recommendations.

Engelhardt, G.H . (2001). Εγκόλπιο – Άτλας των τεχνικών της επείγουσας ιατρικής.

European Resuscitation Council. (2007). BLS/AED Instructor manual . Belgium.

Nolan, J.(2006). Response to basic life support by lay rescuers: Reporting complications caused by unnecessary chest compressions .

PHTLS .(2007). Basic and advanced Prehospital Trauma Life Support. Εκδόσεις Β.Γκιούρδας . 2^η έκδοση.

Robertson, L.S. (1996) . Reducing death on the road: the effects of minimum safety standards, publicized crash tests, seat belts, and alcohol.

The American Medical Association. (1999). Ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά. 1st ed. Εκδόσεις Μανιατέα.

Xanthos, T. Bassiakou, E. Ekmektzoglou, A. (2009). Nurses are more efficient than doctors in teaching basic life support and automated external defibrillator in nurses. Nurse Education Today.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Γεώργουλης,Α. Μαυροδόντιδης,Α. Σταυρόπουλος,Α. Σουκάκος,Π. (1990).

Σωματικές κακώσεις από τροχαία ατυχήματα. Οργανισμός Εκδόσεων
Διδακτικών Βιβλίων.

Γκριζιώτη, Μ. Μαστροκώστας, Α. Χάιδης, Α. Παναγοπούλου, Ε. Μπένος,
Α.(2010). Κυκλικό ωράριο εργασίας και τροχαία ατυχήματα στο νοσηλευτικό
προσωπικό.νοσηλευτικη. 49 ,3

Δερβεντζής, Ν. (2002).Θέματα Τροχαίας. Ηλεκτρονικές Τέχνες.Αθήνα .

Ζαχαρόπουλο, Π. Πρελορέντζου, Χ. Μερκούρης, Α. (2007). Αξιολόγηση του
επιπέδου του νοσηλευτικού προσωπικού στην βασική καρδιοπνευμονική
αναζωογόνηση. Νοσηλευτική. 46 , 3

Καβατζίδης, Σ. (2004). Οδικά ατυχήματα . τεύχος 1. Εκδόσεις Ανοιχτή πόλη.

Μάκος , Κ. Μπάρλας ,Κ. Χείλαρης, Σ.(2001). Πρώτες Βοήθειες. 3rd ed.
Οργανισμός Εκδόσεων Διδακτικών Βιβλίων.

Μάργαρη, Ν. Μαργαρίδου, Β. Παπαθανασίου, Α. (1999) Μέτρα-«φρένο»
στα τροχαία ατυχήματα. Εκδόσεις Ανοιχτή πόλη.

Μπάκα, Χ. (2007). Η προαγωγή της υγείας και οδικής ασφάλειας. Εκδόσεις
Οδυσσεάς. Αθήνα.

Σαχίνη – Καρδάση , Α. (2004). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική .1^{ος}
τόμος. εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts

Τζουγκάρακης ,Ε. (2007). Πρώτες βοήθειες, τα 5 λεπτά που σώζουν ζωές, υπό
την αιγίδα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Τούντας, Γ.Κ. (2007) . Οδική συμπεριφορά και υγεία Εκδόσεις Οδυσσεάς. Αθήνα.

Τούντας, Γ.Κ. (2007) . Κοινωνία και υγεία .3^η έκδοση. Εκδόσεις Οδυσσεάς. Αθήνα.

Χαραλαμπίδου ,Χ.(2009).Κόστος τροχαίων ατυχημάτων και συνείδηση οδικής ασφάλειας. Εκδόσεις Λιβάνη

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Γκλαβόπουλος ,Χ .(2010) . Η πλάνη στην έκθεση αυτοψίας τροχαίου ατυχήματος, Κοινωνικοοικονομικό κόστος τροχαίων ατυχημάτων.
<http://www.pragmatognomones.gr>

Ελεύθερη ηλεκτρονική βιβλιοθήκη του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού
www.samarites.gr

Σαραντής, Τ. (2006) . Τα τροχαία ατυχήματα θα γίνουν η 3η αιτία θανάτου .
<http://www.chiosnews.com>

Υπουργείο Εσωτερικών-Ελληνική Αστυνομία, (2006)www.astynomia.gr

Κοντογιάννη , Μ.(2009) Ασφαλής οδήγηση, τροχαία ατυχήματα, ανθρώπινος πόνος, οικονομικό κόστος και μέτρα αντιμετώπισης
[http:// www.medlook.net](http://www.medlook.net)

Εθνικό κέντρο άμεσης βοήθειας ,(2010) ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ
ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ
<http://www.ekab.gr/karpa/index.html>

ΕΛΠΑ (2004) ΦΙΑ. Ανησυχητική αύξηση των τροχαίων στην Ε.Ε,
<http://www.elpa.gr/newsimages/84.doc>

World Health Organisation, (2004) . PREVENTING ROAD TRAFFIC INJURY
PUBLIC HEALTH PERSPECTIVE FOR EUROPE. Geneva, www.who.int

Παράρτημα 1

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΝΩΣΕΩΝ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΥΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΥΤΩΝ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ.

Σας παρακαλούμε να απαντήσετε ειλικρινά στις επόμενες ερωτήσεις.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι οι απαντήσεις σας αφορούν αποκλειστικά την παρούσα ερευνητική εργασία και θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία σας.

1) Γνωρίζετε τις βασικές τεχνικές παροχής πρώτων βοηθειών ;

Ναι

Όχι

Γνωρίζω κάποιες από αυτές

2) Έχετε παρακολουθήσει πρακτικό τμήμα για τις πρώτες βοήθειες ;

Ναι

Όχι

3) Γνωρίζετε τις βασικές αρχές καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης ;

Ναι

Όχι

4) Σας έχει τύχει ποτέ να δώσετε τις πρώτες βοήθειες σε κάποιο τροχαίο ατύχημα ;

Ναι

Όχι

5) Έχει χρειαστεί ποτέ να εφαρμόσετε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση;

Ναι

Όχι

6) Σχετικά με την αντιμετώπιση ενός έκτακτου περιστατικού, η εκπαίδευσή σας για τις πρώτες βοήθειες είναι

Ικανοποιητική

Μέτρια

Ελλιπής

7) Νιώθετε αυτοπεποίθηση ώστε να δώσετε τις πρώτες βοήθειες ;

Αρκετή

- Λίγη
 Καθόλου

8) Σας έχει τύχει να χρειαστεί να δώσετε τις πρώτες βοήθειες και να μην το κάνετε ;

- Ναι
 Όχι

9) Αν ναι για ποιο λόγο;

- Έλλειψη γνώσεων
 Φόβος για το αποτέλεσμα
 Έλλειψη ψυχραιμίας
 Αδιαφορία
 Άλλο _____

10) Ποια είναι η πρώτη σας αντίδραση βλέποντας ένα τροχαίο ατύχημα ;

- Καλείτε βοήθεια και φεύγετε
 Σταματάτε να βοηθήσετε
 Απομακρύνεστε από το σημείο

11) Σας έχει τύχει να πέσετε θύμα τροχαίου και να χρειαστείτε τις πρώτες βοήθειες ;

- Ναι
 Όχι

12) Φύλο

- Άνδρας
 Γυναίκα

13) Ηλικία

- 20-30
 30-40
 40-50
 50 και άνω

14) Μορφωτικό επίπεδο

- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου
- Τελειόφοιτος ΤΕΙ
- Τελειόφοιτος ΑΕΙ

Παράρτημα 2

Αλγόριθμοι πρώτων βοηθειών

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

