

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΣΤΟΝ
ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΧΩΡΟ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΑΓΓΕΛΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΤΖΑΝΟΥΔΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ :

Κ. Δ. ΧΑΤΖΑΚΗΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2003

*Ευχαριστούμε θερμά όλους όσους
συνετέλεσαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας
εργασίας, τον επιβλέπον καθηγητή μας κ.
Χατζάκη για την καθοδήγηση του και τους γονείς
μας που μας στήριξαν και ήταν πάντα στο πλάι
μας αυτά τα τέσσερα χρόνια των σπουδών μας.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ

- ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ.1 : ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ- ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΣΤΟΝ ΕΡΓ.ΧΩΡΟ

ΚΕΦ.2 : ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

ΚΕΦ.3: ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΚΕΦ.4: ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΚΕΦ.5: ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΚΕΦ.6: ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ.7 : ΕΡΕΥΝΑ

— ΥΛΙΚΟ

— ΜΕΘΟΔΟΣ

— ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

— ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

— ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

— ΕΠΙΛΟΓΟΣ

- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακή μας εργασίας είναι : «Το επίπεδο γνώσεων πρώτων βοηθειών στον εργασιακό χώρο και ο ρόλος του νοσηλευτή» .

Τα οξεία προβλήματα υγείας, που παρατηρούνται στους χώρους εργασίας, στην πλειονότητά τους δεν διαφέρουν από αυτά, που εμφανίζονται σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες, με την εξαίρεση αυτών που οφείλονται σε εργατικά ατυχήματα σχετιζόμενα με ειδικές συνθήκες (χημικά εργοστάσια , ορυχεία , πυρηνικά κ .τ .λ.).

Στην εποχή μας ο ρόλος των ατυχημάτων αυξάνεται συνεχώς. Η αντιμετώπιση των απειλητικών για την ζωή καταστάσεων κυριαρχείται από το πρόβλημα του ελάχιστου διαθέσιμου χρόνου επέμβασης που ιδανικά πρέπει να τείνει προς το μηδέν. Η γρήγορη αντιμετώπιση είναι καθοριστική για την πρόγνωση των βιολογικών, οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών οποιουδήποτε εργατικού ατυχήματος

Από οικονομικής πλευράς, οι συνέπειες των εργατικών ατυχημάτων προκαλούν μείωση της παραγωγικότητας του ατόμου, πτώση της παραγωγής, χορήγηση επιδομάτων ατυχήματος και συντάξεων με αποτέλεσμα τεράστιο κόστος για τις επιχειρήσεις, την εθνική οικονομία και την εργασιακή ικανότητα του ατόμου που το υφίσταται .

Από κοινωνικής πλευράς, ο θάνατος, η προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία ενός εργαζόμενου λόγω ατυχήματος, προκαλούν μια σειρά από σοβαρές παρενέργειες στον άμεσο κοινωνικό του περίγυρο (οικογένεια, παιδιά, συγγενείς κ.λ.π).

Άρα, οι πρώτες βοήθειες στον εργασιακό χώρο είναι καθοριστικές για την βιολογική, οικονομική, κοινωνική ζωή αλλά και την υγεία του εργαζόμενου, τόσο κατά την διάρκεια όσο μετά από ένα εργατικό ατύχημα.

Σκοπός της εργασίας μας ήταν η εκτίμηση των γνώσεων πρώτων βοηθειών των εργαζομένων μέσα στο εργασιακό τους περιβάλλον και η διεξαγωγή συμπερασμάτων για την ανάπτυξη περαιτέρω στρατηγικών αντιμετώπισης των εργατικών ατυχημάτων και γενικότερα της νοσηρότητας στον χώρο εργασίας.

Όσον αφορά το ρόλο του νοσηλευτή εργασίας παρότι είναι νομικά θεσμοθετημένος στον εργασιακό χώρο είναι μη υποχρεωτικός ακόμα. Είναι ρόλος καθοριστικός και προληπτικός, τόσο όταν αναπτύσσει δράση κατά ή μετά τη διάρκεια ενός εργατικού ατυχήματος, όσο και εκπαιδεύοντας τους εργαζόμενους στις πρώτες βοήθειες.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ
ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

ΣΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Γενικά:

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

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

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

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

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

Ορισμός και σκοπός Πρώτων Βοηθειών :

Ως πρώτες βοήθειες νοούνται τα πρώτα βοηθητικά μέτρα που εφαρμόζονται επί τόπου στον τραυματία ή τον πάσχοντα από οξεία νόσο, από μη εξειδικευμένο προσωπικό, προτού υποβληθεί σε ιατρική θεραπεία.. Δεν παρέχονται δηλαδή από τον ιατρό, αλλά από κάποιο ανειδίκευτο άτομο (νοσοκόμους, Πυροσβεστική, Αστυνομία, απλό πολίτης)

Ενώ για τον απλό πολίτη ο όρος « πρώτες βοήθειες » παραπέμπει συνήθως στην άμεση αντιμετώπιση μικροπροβλημάτων υγείας που παρουσιάζονται στις καθημερινές δραστηριότητες είναι προφανές ότι το σκεπτικό αυτό παραβλέπει την ουσία του όρου.

Ο όρος «Πρώτες Βοήθειες» αφορά την αντιμετώπιση απειλητικών για την ζωή καταστάσεων όπου η άμεση επέμβαση μπορεί να αποβεί σωτήρια από απλές κινήσεις. Εξαρτάται από αυτές πολλές φορές αν ο τραυματίας ή ο πάσχων από οξεία νόσο θα επιζήσει ή θα πεθάνει. (το είδος των πρώτων βοηθειών).

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

Σκοποί των πρώτων βοηθειών είναι :

- Να διατηρήσουμε στην ζωή τον πάσχοντα
- Να εμποδίσουμε ή να απομακρύνουμε καταστάσεις που απειλούν την ζωή του (ανακοπή αναπνοής, ξένο σώμα, μαλάξεις, φωτιά)
- Να σταματήσουμε αιμορραγίες

- Να προφυλάξουμε τον πάσχοντα από πόνους, υπέρ- υπό-θερμία
- Να προετοιμάσουμε την ασφαλή και γρήγορη μεταφορά σε νοσοκομείο
- Φροντίζοντας συγχρόνως και για την δική μας (και όχι μόνο) ασφάλεια π.χ. σε ένα τροχαίο ατύχημα

Προτεραιότητες είναι να γίνουν τα ακόλουθα:

1. Κατάκλιση του τραυματία, προστασία του από υπερθέρμανση η υποθερμία και σταθεροποίηση ζωτικών
 2. Να παραμείνουν ελεύθερες ή να ελευθερωθούν οι αναπνευστικοί οδοί.
 3. Σε περίπτωση αναπνευστικής ανακοπής ή ανεπαρκούς αναπνοής τεχνητή αναπνοή .
 4. Επί κυκλοφορικής ανακοπής, εξωτερική μάλαξη της καρδιάς συνδυαζόμενοι με τεχνητή αναπνοή.
 5. Αιμόσταση και καταπολέμηση ενός σοκ ιδίως αιμοραγικού.
- Η επικίνδυνη για τη ζωή αιμορραγία παίρνει προτεραιότητα από την τεχνητή αναπνοή και την μάλαξη της καρδιάς. Είναι παράλογο όμως να αναβάλλουμε την ανάνηψη λόγω μιας μικρής αιμορραγίας
- 4 . Μεταφορά του ασθενούς μετά από σταθεροποίηση ζωτικών η με εφαρμογή ΚΑΡΠΑ.

Υποχρεωτική παροχή βοήθειας :

Στην Ευρωπαϊκή νομοθεσία υπάρχουν άρθρα όπως το παρακάτω αναφερόμενο που καθιστούν υποχρεωτική την παροχή πρώτων βοηθειών στους χρήζοντές της.

«Όποιος σε περίπτωση ατυχήματος ή κοινού κίνδυνου ή έκτακτου ανάγκης δεν παρέχει βοήθεια, αν και τούτο είναι αναγκαίο και, ανάλογα με την περίπτωση, του ζητηθεί, ιδιαιτέρως όταν η παροχή βοήθειας είναι δυνατή χωρίς μεγάλο ατομικό κίνδυνο ή χωρίς βλάβη άλλων σημαντικών καθηκόντων, αυτός τιμωρείται με φυλάκιση μέχρι ενός έτους ή με πρόστιμο» .

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

Γενικές οδηγίες για τις πρώτες βοήθειες :

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

Συχνά υπάρχουν σε ένα τραυματία περισσότερες από μια κακώσεις. Τότε πρέπει να αναγνωρίσει κανείς και να αποφασίσει ποια κάκωση πρέπει να αντιμετωπιστεί πρώτη. Είναι εσφαλμένο να χάσει κανείς πολύτιμο χρόνο προσπαθώντας να καταστείλει μια μικρή αιμορραγία , όταν υπάρχει απόφραξη των αναπνευστικών οδών και ο τραυματίας ή ο ασθενής, κινδυνεύει να πεθάνει από πνιγμονή.

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

Εδώ πρέπει να έχει κανείς υπόψη του :

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

Επείγουσα ιατρική :

Η αντιμετώπιση των απειλητικών για την 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 δεν μπορεί να γίνει παρά μόνο από τους παρευρισκόμενους, δεδομένου ότι είναι σχεδόν αδύνατο να υπάρχει πίσω από κάθε πιθανό βαρέως πάσχοντα ένας ειδικός υγειονομικός, που θα μπορούσε να την αντιμετωπίσει .

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

Ακραίο αλλά όχι σπάνιο παράδειγμα τέτοιας κατάστασης, που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση, είναι η καρδιακή ανακοπή ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Είναι γνωστό, ότι κατά την καρδιακή ανακοπή, κάθε 1 λεπτό που περνάει, οι πιθανότητες ανάνηψης ελαττώνονται κατά 5 %

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

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

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

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

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 .

ΠΑΡΟΧΗ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ:

Τα άτομα που παρέχουν πρώτες βοήθειες θα πρέπει

- σαφώς να γνωρίζουν τις ικανότητές τους

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

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ-ΟΞΕΙΕΣ ΝΟΣΟΙ.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

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

Αιμορραγία

Η αιμορραγία αποτελεί συχνά ένα ανησυχητικό σύμπτωμα.

Μία αιμορραγία από ανοικτό τραύμα αναγνωρίζεται πιο εύκολα από μία

αιμορραγία μέσα σε κοιλότητα του σώματος, π.χ. στην κοιλιακή ή τη θωρακική κοιλότητα, ή από αιμορραγία του εγκεφάλου.

Συνθλίψεις του θώρακα ή της κοιλιάς δεν προκαλούν συνήθως ανοικτά 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 κατάγματα των πλευρών - και στην κοιλιακή κοιλότητα - π.χ. από ρήξεις του ήπατος ή του σπλήνα.

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

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

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

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

Ανακοπή της αναπνοής

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

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

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

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

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

Απώλεια της συνείδησης

Η απώλεια της συνείδησης είναι βαριά επιπλοκή.

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

Παραλύσεις

Οι παραλύσεις αποτελούν πάντα σοβαρό σύμπτωμα. Επέρχονται σε αποπληξία (διαταραχή της αιμάτωσης του εγκεφάλου) ή σε όγκους του εγκεφάλου ή κακώσεις του εγκεφάλου.

Στις περιπτώσεις αυτές, παραλύουν το δεξιό άνω άκρο και το δεξιό κάτω άκρο ή το αριστερό άνω άκρο και το αριστερό κάτω άκρο

(ημιπληγία). Λόγω της διασταύρωσης των νευρικών οδών στον εγκέφαλο, η έδρα των κακώσεων βρίσκεται στο αντίθετο μέρος του εγκεφάλου από εκείνο της παράλυσης των άκρων.

Όταν και τα δύο κάτω άκρα ή και τα δύο κάτω άκρα και άνω άκρα είναι παράλυτα τότε πρόκειται για κάκωση του νωτιαίου μυελού από κάκωση της σπονδυλικής στήλης (εγκάρσια παράλυση). Παράλυση ενός άνω άκρου ή ενός κάτω άκρου υποδηλώνει βλάβη περιφερικού νεύρου.

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 ανεπαρκείας), 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 και σε μερικές δηλητηριάσεις. Δηλητηριάσεις από φωταέριο μπορούν να επιφέρουν τόσο ερυθρότητα όσο και κυάνωση του δέρματος του προσώπου. Σε δηλητηρίαση από ατροπίνη, το δέρμα γίνεται ξηρό, θερμό και πορφυρό. Επίσης πρέπει να έχουμε υπόψη, ότι υπερβολική σωματική καταπόνηση, πυρετός και χρήση οιοπνευματωδών ποτών μπορούν να επιφέρουν ερυθρότητα του δέρματος.

Κόρες των οφθαλμών

Οι κόρες των οφθαλμών δίνουν ουσιώδεις πληροφορίες.

Μετά την επέλευση του θανάτου και οι δύο κόρες είναι διευρυσμένες, δεν αντιδρούν στο φως και έχουν χάσει το στρογγυλό

σχήμα τους.

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

Αλλοιώσεις των κορών ανευρίσκονται επίσης σε δηλητηριάσεις. Στενωμένες κόρες υποδηλώνουν λήψη μορφίνης ή μορφινοειδών φαρμάκων ή κατάχρηση ναρκωτικών (ηρωίνη) καθώς και επί δηλητηριάσεων με αγροτικά φάρμακα (π.χ. E 605).

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

Αιμόπτυση

Αιμόπτυση - το αίμα είναι συνήθως ζοηρά ερυθρό και ελαφρώς αφρώδες - μπορεί να επέλθει σε τραυματισμούς των πνευμόνων, ατυχήματα από κατάδυση (βαροτραύμα), σε φυματίωση των πνευμόνων ή καρκίνο του πνεύμονα και σε διάφορες άλλες προχωρημένες νόσους. Σε τροχαία ατυχήματα, προκαλούνται αιμοπτύσεις από κατάγματα των πλευρών που 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 φαι ή πει λίγο πριν το ατύχημα.

Επίσης, εμετοί προκαλούνται και από χημικά δηλητήρια και από δηλητηριάσεις από τρόφιμα, καθώς επίσης σε διάφορους νόσους του γαστρεντερικού σωλήνα. Σε αντίθετη προς την αιμόπτυση, το αίμα που 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.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΣΦΥΓΜΟΥ, ΤΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

ΣΦΥΓΜΟΣ

Συνήθως ψηλαφάται ο κερκιδικός σφυγμός αμέσως επάνω από την καμπτική επιφάνεια 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 σφύξεων 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.

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

Οξείες καρδιακές προσβολές μπορούν να προκαλέσουν διάφορες αλλοιώσεις του σφυγμού: ασφυγμία, βραδυσφυγμία (βραδυκαρδία), ταχυσφυγμία (ταχυκαρδία) και αρρυθμία. Μείωση της καρδιακής συχνότητας παρατηρείται σχετικά σπάνια, σε ορθοστατική πτώση της

κυκλοφορίας, [π.χ. σε παρατεταμένη ορθοστασία], ή κατά την αύξηση της εγκεφαλικής πίεσης [πχ. λόγω ενδοκρανιακής αιμορραγίας λόγω βαριάς σύνθλιψης του εγκεφάλου.

ΠΙΕΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

Ως πίεση του αίματος νοείται η πίεση που εξασκείται από το αίμα στο τοίχωμα των αρτηριών. Η πίεση του αίματος μετριέται συνήθως από τη βραχιόνια αρτηρία, στην έσω πλευρά του βραχίονα ή στην καμπτική επιφάνεια της άρθρωσης του αγκώνα. Κατά τη συστολή της καρδιάς, η πίεση φθάνει στο μεγαλύτερο ύψος της. Κατά τη διαστολή της καρδιάς, η πίεση κατέρχεται στη χαμηλότερή της τιμή. Η πίεση του αίματος μετριέται με μανόμετρο και δίνεται σε mmHg (χιλιοστά στήλης υδραργύρου).

Μέτρηση

1. Ένα ελαστικό περιβραχιόνιο που μπορεί να φουσκώνει, τοποθετείται γύρω από το βραχίονα **2.** Το περιβραχιόνιο φουσκώνεται μέχρι την πίεση πάνω από 200 mmHg. **3.** Τότε, αφήνουμε αργά να φύγει ο αέρας. Ο σφυγμός γίνεται αισθητός με την ψηλάφηση ή ακούγεται με το στηθοσκόπιο όταν η πίεση φτάσει στη συστολική. Μόλις ο σφυγμός εξαφανιστεί, τότε η πίεση έχει φτάσει τη διαστολική. Σημειώνονται και οι δύο τιμές. Φυσιολογικά, η συστολική πίεση είναι πάνω από 100 mmHg.

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

Όταν σε αιμορραγίες η συστολική πίεση κατέβει κάτω από 100 mmHg και ο αριθμός των σφύξεων ανέβει πάνω από 100 το λεπτό, τότε θα πρέπει να εκτιμηθεί ότι υπάρχει απώλεια αίματος περί το 30% της

συνολικής ποσότητας του αίματος, στα δε 70 mmHg η απώλεια του αίματος είναι περί το 40% και σε πίεση κάτω των 70 mmHg, η απώλεια του αίματος είναι περί το 50%.

ΑΝΑΠΝΟΗ

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 /λεπτό.
- Στα παιδιά σχολικής ηλικίας 24-28 αναπνοές /λεπτό.
- Σε νεαρά άτομα και ενηλίκους 16-20 αναπνοές /λεπτό.

ΚΑΡΔΙΟ-ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΝΗΨΗ (ΚΑΡ.Π.Α.)

Όλοι πρέπει να γνωρίζουν τα βασικά της ανάνηψης μια και πολλές καταστάσεις μπορεί να απειλήσουν τη ζωή και παρουσιάζονται στην καθημερινή ζωή ξαφνικά και απροσδόκητα.

Η ΚΑΡΠΑ

Είναι εφαρμογή μεθόδων ενίσχυσης ή προσωρινής τεχνητής υποκατάστασης των εξασθενημένων ζωτικών λειτουργιών, σε άτομο που δεν αντιδρά στα εξωτερικά ερεθίσματα, που δεν αναπνέει η/και που δεν έχει σφυγμό. ΔΕΝ είναι επαναφορά στη ζωή ενός νεκρού.

Οι πιο ουσιώδεις μέθοδοι εφαρμογής ανάνηψης είναι η τεχνητή αναπνοή και η εξωτερική καρδιακή μάλαξη (κυκλοφορική ανάνηψη) που χαρακτηρίζονται ΜΑΖΙ με τον όρο *καρδιοπνευμονική ανάνηψη. (CPR)*

ΜΟΝΟ η καταστολή μαζικής αιμορραγίας έχει το προβάδισμα από την καρδιοπνευμονική ανάνηψη.

ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟΣΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ;

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

Ένας άνθρωπος δεν μπορεί να ζήσει χωρίς οξυγόνο παρά μόνο τρία λεπτά γιατί η έλλειψη του επιφέρει εγκεφαλικές βλάβες που δεν μπορούν να αποκατασταθούν.

Από αυτό προκύπτει, ότι μία έστω πολύ μικρή καθυστέρηση των μέτρων ανάνηψης είναι κρίσιμη για τη ζωή ή το θάνατο.

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

Καρδιοπνευμονική ανάνηψη (CPR) εφαρμόζεται κυρίως όταν έχουμε ανακοπή της αναπνοής η της καρδιάς.

Η ΑΝΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ έχει ως συμπτώματα

- Καμία αναπνοή-κίνηση θωρακικού τοιχώματος
- Κυανή χρώση δέρματος
- Απώλεια συνείδησης

και ως συχνότερα *ΑΙΤΙΑ*

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 οδοντ/χία, 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 την μείωση του οξυγόνου και αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα. Αρχικώς τούτο ενεργεί ως ερέθισμα για το κέντρο της αναπνοής, αργότερα όμως η αναπνοή περιορίζεται και τελικώς επέρχεται παύση της αναπνοής.

- Από υπερβολική δόση υπνωτικών, ηρεμιστικών και ναρκωτικών ουσιών.
- Από αγγειακό εγκεφαλικό / εμβολή.
- Από θερμοπληξία και δηλητηρίαση από αέρια.
- Από βλάβη του αναπνευστικού κέντρου απο νοσήματα ή κακώσεις του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

3. Καρδιακή ανακοπή.

- Από βαρύ σοκ
- δηλητηρίαση από χημικές ουσίες πχ.υδροκυάνιο
- ηλεκτροπληξία
- έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η ΑΝΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ έχει ως συμπτώματα

- Αναπνευστική ανακοπή.
- Ασφυγμία.
- Απώλεια συνείδησης.

και ως *ΑΙΤΙΑ*

1. Μειωμένη καρδιακή λειτουργία.

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

2. Ασυστολία.

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

3. Κοιλιακή μαρμαρυγή.

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

ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΤΕΧΝΗΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

και καρδιακής μαλαξης

Με τον κανόνα του αγγλικού αλφάβητου μπορεί να αποστηθίσει κανείς καλά τα επιμέρους βήματα της ανάνηψης.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

(Εφαρμόζοντας τα Ακούω, Βλέπω, Αισθάνομαι)

AIRWAY = ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ

BREATHING =ΑΝΑΠΝΟΗ

CIRCULATION =ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ

DEFICIENCY =ΕΛΛΕΙΜΑ

EXPOSE = ΕΚΘΕΣΗ

ΣΗΜΕΙΑ ΕΓΓΡΗΓΟΡΣΗΣ

- Αριθμός Αναπνοών (>25/min η <8/min)
- Συριγμός - χρήση επικουρικών μυών.
- Σφύξεις (>120/min η <50/min)
- Αρτηριακή Πίεση (>160 η < 90 mm Hg η παράδοξος)
- Επίπεδο συνείδησης
- Θωρακικό Άλγος

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

AIRWAY. Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού. Σ.Σ.

BREATHING. ΚΑΡΠΑ, Μηχανικός αερισμός

CIRCULATION . ΚΑΡΠΑ, φαρμακευτική αγωγή.

DRUGS. Οξυγόνο, Βρογχοδιασταλτικά,
Κορτικοστεροειδή, Αντιβιοτικά,
Διεγερτικά της αναπνοής
(αντίδοτα κατασταλτικών, narcan, anexate)

AIRWAY ΑΕΡΑΓΩΓΟΣ-ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΑΝΟΙΚΤΟΥ ΑΕΡΑΓΩΓΟΥ

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

Επίσης η χειρολαβή Esmarch-Heiberg απελευθερώνει τις αναπνευστικές οδούς. Η Διαδικασία εφαρμόζεται με τη διατήρηση της κάτω γνάθου προς τα εμπρός με ισχυρή έλξη αναλαμβάνουν τα τέσσερα δάκτυλα και των δύο χεριών, τα οποία συλλαμβάνουν τις γωνίες των κάτω γνάθων, οι δε αντίχειρες σε ελαφρά απαγωγή έρχονται στις παρειές, στο ύψος της γωνίας του στόματος.

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

Το 15% περίπου των θανάτων από οδικά ατυχήματα δεν οφείλονται στα τραύματα, αλλά στην είσοδο αίματος ή εμεσμάτων στις αναπνευστικές οδούς και τους πνεύμονες (Εισρόφηση). Η αντιμετώπιση γίνεται με τοποθέτηση του αναίσθητου στο πλάι. Ο αναίσθητος ανασηκώνεται κάπως στο ύψος του ισχίου και το αντίστοιχο χέρι του εισάγεται κάτω από το γλουτό του. Κάμπτεται το αντίστοιχο κάτω άκρο και το άκρο πόδι φτάνει κοντά στο γλουτό. Πιάνοντας τον ώμο και το ισχίο της άλλης πλευράς στρέφουμε προσεκτικά τον ασθενή προς το μέρος μας και τον υποστηρίζουμε, ώστε να μη στραφεί με την κοιλιά προς τα κάτω. Τραβάμε το χέρι που βρίσκεται τώρα κάτω από τον ασθενή κάπως προς τα πίσω και το κάμπτουμε στον αγκώνα. Υπερεκτείνουμε την κεφαλή του αναίσθητου στον αυχένα και στρέφουμε το πρόσωπο κάπως προς το έδαφος. Το χέρι του προς τα πάνω άνω άκρου ωθείται κάτω από την παρειά με την παλάμη επάνω στο έδαφος..

Απελευθέρωση των αναπνευστικών οδών

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

Στην περίπτωση αυτή πρέπει να ανοιχθεί ευρέως το στόμα με την χειρολαβή (χειρολαβή Esmarch-Heiberg + διάνοιξη του στόματος) και να αφαιρεθεί το ξένο σώμα με το δείκτη, ή με το δείκτη και το μέσο δάκτυλο.

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

BREATHING ΑΝΑΠΝΟΗ – ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΑΝΑΠΝΟΗΣ

ΑΝ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΟΔΩΝ Ο ΠΑΣΧΩΝ ΔΕΝ ΑΝΑΠΝΕΕΙ, ΠΡΕΠΕΙ ΑΜΕΣΩΣ ΝΑ ΕΦΑΡΜΟΣΤΕΙ ΤΕΧΝΗΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ.

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

Εμφύσηση στόμα με στόμα.

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

εκπνεόμενο αέρα του μέσα στο στόμα, προσκολλώντας σ' αυτό τα χείλη του έτσι ώστε να μη διαφεύγει ο αέρας από τα πλάγια. Οι ρώθωνες του τραυματία πρέπει κατά την εμφύσηση να αποφράσσονται με την παρειά ή με το δείκτη και τον αντίχειρα του βοηθού. Μετά από επιτυχή εμφύσηση, ο βοηθός απελευθερώνει το στόμα και τη μύτη για να γίνει παθητική εκπνοή, ο ίδιος παίρνει βαθιά εισπνοή και ελέγχει με μια γρήγορη ματιά αν ο θώρακας του τραυματία κατέρχεται πάλι. Με δώδεκα έως δεκαπέντε αναπνευστικές ώσεις ανά λεπτό επιτυγχάνεται επαρκής αερισμός. Κατά την έναρξη όμως της τεχνητής αναπνοής, οι πρώτες δέκα ώσεις πρέπει να διενεργούνται με συντομότερη και ταχύτερη ακολουθία.

Εμφύσηση στόμα με μύτη

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

Τεχνητή αναπνοή σε παιδιά

Σε παιδιά και βρέφη, η θέση και η συγκράτηση της κεφαλής είναι η ίδια. Ο βοηθός αποφράσσει με το στόμα του τη μύτη και το στόμα του αναίσθητου ή τραυματισμένου παιδιού και εμφυσά την εκπνοή του (μέρος?) ελαφρά, για να αποφευχθεί τραυματισμός του πνεύμονα από υπερέκταση.

Ο χορηγός βοήθειας αντιλαμβάνεται τη σωστά διενεργούμενη τεχνητή αναπνοή από την άνοδο και κάθοδο του θωρακικού τοιχώματος. Αν συναντήσουμε ανυπέρβλητη αντίσταση, οι αναπνευστικές οδοί είναι αποφραγμένες.

Για να αποφευχθεί η σωματική επαφή, σε περιπτώσεις που κρίνεται φρόνιμο μπορεί να παρεμβάλλεται ένα μαντήλι αλλά η αποτελεσματικότητα αμφισβητείται. Ένα φύλλο πλαστικού τρυπημένο είναι πιο αποτελεσματικό. Χρησιμοποιώντας διπλό σωλήνα (σωλήνας

Safar) ή στοματικό σωλήνα μπορεί να αποφευχθεί πλήρως η επαφή με τον τραυματία. Η χρησιμοποίηση τέτοιου σωλήνα, όταν υπάρχει, είναι πολύ απλή για τον εξασκημένο χορηγό βοήθειας.

Επάνοδος της αυτόματης αναπνοής

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

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

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

CIRCULATION ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ-ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ με ΜΑΛΑΞΕΙΣ

Σκοπός της εξωτερικής καρδιακής μάλαξης είναι η επείγουσα αποκατάσταση μιας ελάχιστης κυκλοφορίας του αίματος και η ελάχιστη παροχή οξυγόνου στα ζωτικά όργανα, καρδιά και εγκέφαλο.

Γι' αυτό πρέπει να γίνεται μαζί με τεχνητή αναπνοή.

Ο μηχανισμός δράσης της καρδιακής μάλαξης βασίζεται τόσο στην αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης με την άμεση συμπίεση της καρδιάς, όσο και στην αύξηση της ενδοθωρακικής πίεσης με την εμφύσηση αέρα. Η χρονική σχέση της καρδιακής συμπίεσης (τεχνητή συστολή) προς τη χαλάρωση (τεχνητή διαστολή) πρέπει να είναι 1:1. Κατά την καρδιακή μάλαξη, η τεχνητή καρδιακή παροχή (ποσότητα εξώθησης της καρδιάς προς την κυκλοφορία ανά λεπτό) είναι το 1/3 του φυσιολογικού

κυκλοφορούντος όγκου αίματος. Η αιμάτωση του εγκεφάλου είναι κάτω από 20% και η αιμάτωση των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς κάτω από 10-20% της φυσιολογικής αιμάτωσης.

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

Αν υπάρξει αποτυχία πρέπει να αρχίσει αμέσως η τεχνητή αναπνοή και η καρδιακή μάλαξη. Ο ασθενής ξαπλώνεται ανάσκελα επάνω σε όσο γίνεται πιο σκληρό υπόστρωμα (π.χ. σανίδα). Για βελτίωση της ελάχιστης κυκλοφορίας πρέπει τα πόδια να είναι ανυψωμένα. Ο βοηθών γονατίζει δίπλα στον ασθενή και πιέζει με τους δύο καρπούς τον ένα πάνω στον άλλο με ισχυρές ώσεις τακτικά κάθετα επάνω στο κάτω μισό του στέρνου. Το στέρνο πρέπει σε κάθε ώση να συμπιέζεται κατά 3-4 cm προς τη σπονδυλική στήλη .

Η συχνότητα πρέπει να είναι 60-80/λεπτό. Σε επαρκή καρδιακή μάλαξη μπορεί κανείς να ψηλαφήσει το σφυγμό της καρωτίδας και της μηριαίας.

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

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

Μέθοδος δύο βοηθών:

Αν υπάρχει διαθέσιμος δεύτερος βοηθός, τότε ο ένας διενεργεί την τεχνητή αναπνοή και ο άλλος την καρδιακή μάλαξη, χωρίς να διακόπτεται ο ρυθμός της αναπνοής ή της καρδιακής μάλαξης . Εδώ έχει αποδειχθεί ως καλύτερη μέθοδος ο "κύκλος 5:1 " , δηλ. σε πέντε συμπίεσεις της καρδιάς ακολουθεί μία εμφύσηση αέρα. αυτό αντιστοιχεί σε 60 συμπίεσεις και 12 εμφυσέςεις ανά λεπτό. Η χρονική σχέση συμπίεσης: χαλάρωση πρέπει να είναι 1:1.

Μέθοδος ενός βοηθού

Αν υπάρχει ένας μόνο βοηθός, πρέπει να διενεργεί εναλλάξ την τεχνητή αναπνοή και την καρδιακή μάλαξη. Εδώ έχει αποδειχθεί καλύτερος ο "κύκλος 15:2", δηλ. 15 συμπίεσεις σε 15 δευτερόλεπτα ακολουθούνται από δυο εμφυσέςεις. Αυτό αντιστοιχεί σε 60 συμπίεσεις και 8 εμφυσέςεις ανά λεπτό.

ΣΤΑ ΝΕΟΓΝΑ ΚΑΙ ΤΑ ΒΡΕΦΗ η εξωτερική καρδιακή μάλαξη γίνεται μόνο με τα δύο δάκτυλα, για να αποφευχθούν τραυματισμοί . Λόγω της ψηλής θέσης του διαφράγματος στα παιδιά, συμπιέζεται ρυθμικά όχι το κατώτερο αλλά το μέσο τριτημόριο του στέρνου. Για κόντρα βάζουμε το άλλο χέρι κάτω από τη ράχη του παιδιού. Ο αριθμός των συμπίεσεων πρέπει να είναι 80 έως 100 ανά λεπτό. Η συχνότητα της εμφύσησης είναι 40 ανά λεπτό στο νεογνό, στο δε βρέφος και το μικρό παιδί 20-30 ανά λεπτό.

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

- Έναρξη της ανάνηψης μέσα σε λιγότερο από 5 λεπτά κατά το δυνατό πριν την πάροδο 3 λεπτών.
- Έναρξη της τεχνικής αναπνοής με δυο ισχυρές εμφυσέςεις.
- Έναρξη της εξωτερικής καρδιακής μάλαξης και χορήγηση μιας εμφύσησης μετά από πέντε συμπίεσεις

- Ποτέ να μην διακόπτεται την τεχνική αναπνοή και την καρδιακή μάλαξη πάνω από 5 δευτερόλεπτα πριν αποκατασταθούν η αναπνοή και η καρδιακή λειτουργία

Αποτελεσματικότητα της καρδιακής μάλαξης.

Σημαντικότερες ενδείξεις ότι γίνεται καλή καρδιακή μάλαξη είναι οι

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

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

ΣΥΝΟΨΗ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

ΦΑΣΗ 1: Θεμελιώδη μέτρα ανάνηψης (επείγουσα οξυγόνωση)

A. Σε απώλεια της συνείδησης: Διατήρηση των αναπνευστικών οδών ελεύθερων ή απελευθέρωσή τους από εμπόδια.

- Υπερέκταση της κεφαλής, έλξη της κάτω γνάθου προς τα εμπρός.
- Σταθερή πλάγια θέση εφόσον διατηρεί αισθήσεις.
- Καθαρισμός του στόματος και του φάρυγγα.
- Σε εισρόφηση ξένου σώματος: Χειρολαβή Heimlich.

B. Σε έλλειψη αυτόματης αναπνοής: Τεχνητή αναπνοή.

- Υπερέκταση κεφαλής.
- Δύο φορές εμφύσηση (στόμα με στόμα η στόμα με μύτη).

- Κατόπιν, ψηλάφηση του σφυγμού της καρωτίδας.
- Σε ψηλαφητό σφυγμό συνέχιση της εμφύσησης.
- Συχνότητα 12/λεπτό.

C. Σε έλλειψη σφυγμού, διατήρηση της κυκλοφορίας.

- Μέθοδος ενός βοηθού: 2 εμφυσέςεις, 15 μαλάξεις.
- Μέθοδος δύο βοηθών: 1 εμφύσηση, 5 μαλάξεις.
- Συχνότητα συμπίεσης 80-100/λεπτό.
- Σχέση συμπίεσης προς χαλάρωση 1:1.

ΦΑΣΗ II: Περαιτέρω ιατρικά μέτρα για αποκατάσταση της κυκλοφορίας.

Η εξωτερική καρδιακή μάλαξη δεν διακόπτεται, αν είναι δυνατό γίνεται ενδοτραχειακή διασωλήνωση και εμφύσηση και άλλα που αφορούν το ιατρικό-παραϊατρικό προσωπικό.

ΜΕ ΑΠΛΑ ΛΟΓΙΑ

1. Διαπιστώνουμε ότι ο αναίσθητος, τραυματισμένος η ασθενής δεν αντιδρά.
2. Καλούμε σε βοήθεια όποιον μπορούμε δίνοντας σωστά στοιχεία.
3. Ελέγχουμε τον αεραγωγό. Αν αναπνέει → Διατηρούμε ελεύθερες τις αναπνευστικές οδούς τοποθετώντας τον σε σταθερή πλάγια θέση με τη κεφαλή και τον κορμό σε ελαφρά κεκλιμένη θέση η σε ύπτια θέση με εκτεταμένη κεφαλή και κλειστό στόμα (πχ επί τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης)
4. Σε ανεπαρκή αναπνοή η άπνοια ενεργούμε τεχνητή αναπνοή (στόμα με μύτη, στόμα με στόμα) 10 εμφυσέςεις/min και κάθε τόσο επανελέγχουμε αν άλλαξε κάτι. ABC ξανά

5. Σε ανεπαρκή κυκλοφορία ενεργούμε καρδιακές μαλάξεις, 15 μαλάξεις/ min

Σε συνδυασμό με τεχνητή αναπνοή οι κύκλοι είναι 15:2 (όταν είναι ένας) η 5:1 (όταν είναι δύο βοηθοί). Κάθε τόσο επανελέγχουμε αν άλλαξε κάτι. ABC ξανά.

Με όλα αυτά σκοπεύουμε να αντιμετωπίσουμε με άμεσα μέτρα την καρδιακή και/η αναπνευστική ανακοπή.

- Με προστασία του εγκεφάλου από έλλειψη οξυγόνου.
- Με επαναφορά της κανονικής καρδιακής λειτουργίας
- μέχρι να μεταφερθεί ο ασθενής σε κλινική η νοσοκομείο.

ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΘΥΜΟΜΑΣΤΕ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΤΟΣΗ ΣΗΜΑΣΙΑ

- Τι προκάλεσε την ανακοπή εκτός σημαντικών εξαιρέσεων.
- Τα βήματα είναι τα ίδια.
- Δεν πρέπει να χάσουμε χρόνο γιατί έχουμε 3 λεπτά στην διάθεση μας.

ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

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

Γενικές οδηγίες.

1. **Χαλάρωση των στενών ενδυμάτων, πριν μετακινηθεί ο ασθενής.** Εκτος 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 γιατρός 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 που περισφίγγουν ένα τραυματισμένο και εξοιδημένο άκρο πρέπει να αφαιρούνται. Ζώνες και τιράντες πρέπει να χαλαρώνονται. Σε τραυματισμούς των χεριών πρέπει να αφαιρούνται δαχτυλίδια 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 πολυτίμων αντικειμένων, καλλίτερα με μάρτυρες, επειδή αργότερα η απώλεια ρολογιών, κοσμημάτων ή χρημάτων προκαλεί συχνά δυσάρεστες αντιπαραθέσεις.

3. Ανάσυρση αναίσθητου από όχημα ή από επικίνδυνη ζώνη:

Ο βοηθών στέκεται πίσω από τον τραυματία με ανοιχτά πόδια, κάμπει προς τα εμπρός τον κορμό του τραυματία, τα χέρια του βοηθού περνούν κάτω από τις μασχάλες του τραυματία και πιάνουν το ένα άνω άκρο του τραυματία που 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 γρήγορα από την επικίνδυνη ζώνη.

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

5. Τοποθέτηση.

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

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

7. Τοποθέτηση του τραυματία στο φορείο.

Κατά την τοποθέτηση του τραυματία στο φορείο πρέπει, ιδιαίτερα όταν υποθέτουμε την ύπαρξη τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης ή σπλάγχων, 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 να προκληθούν βαριές αιμορραγίες. Για τη σωστή τοποθέτηση στο φορείο χρειάζονται πάντα τουλάχιστον 3 έως 4 βοηθοί.. Αυτοί μπορούν είτε να γονατίσουν ο ένας δίπλα στον άλλο και να ανυψώσουν και να μετακινήσουν τον ασθενή βάζοντας τα χέρια τους από κάτω του είτε να τοποθετηθούν ο ένας πίσω από τον άλλο με ανοιχτά τα πόδια πάνω από τον ασθενή και να τον ανυψώσουν από τα ρούχα, ενώ ένας άλλος βοηθός σύρει το φορείο από κάτω. Σε κάθε ανύψωση τραυματία πρέπει να προσέχουμε τα χέρια του να είναι σταυρωμένα επάνω στο στήθος και να μην πέφτουν προς τα κάτω.

8. Πρόχειρο φορείο.

Όταν δεν υπάρχει φορείο, μπορεί κανείς να φτιάξει εύκολα

πρόχειρο φορείο από -δύο κοντάρια και ένα κάλυμμα. Σε έκτακτη περίπτωση, μπορεί κανείς να φτιάξει φορείο από παλάτα ή σακάκια και δύο κοντάρια. Τα μανίκια του σακακιού αναποδογυρίζονται προς τα μέσα και το σακάκι κουμπώνεται, κατόπιν τα κοντάρια περνιούνται από 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 έξη 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.

9. 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 που ανασηκώνονται για να τοποθετηθούν σε φορείο, κατόπιν όμως πιέζονται στο στήθος των βοηθών και έτσι μεταφέρονται σε μικρή απόσταση. Εδώ, πρέπει να προσέξει κανείς να μην καμφθεί η σπονδυλική στήλη, και ο αυχένας και η κεφαλή του τραυματία να υποστηρίζονται από ένα βοηθό.

Κατά το είδος αυτό της μεταφοράς, τα πόδια και τα χέρια είναι σκόπιμο να δένονται μεταξύ τους με μαντήλι ή γραβάτα.

Θα αναφερθούν οι δυνατότητες μεταφοράς τραυματία από έναν μόνο 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 τραβά 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 κλίνοντας το σώμα του προς τα εμπρός μπορεί να σηκώσει τον τραυματία από το έδαφος. Ένας τραυματίας που 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 που 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 κρατά τα κάτω άκρα του τραυματία. Αν ο τραυματίας δεν είναι βαριά και διατηρεί τις αισθήσεις του, οι δύο βοηθοί μπορούν να φτιάξουν ένα κάθισμα για τον τραυματία στεκόμενοι ο ένας απέναντι στον άλλο και βάζοντας το ένα χέρι στον ώμο του άλλου και κρατώντας τα άλλα χέρια από τους καρπούς . Στη θέση αυτή όμως κουράζονται γρήγορα τα χέρια των βοηθών και είναι δυνατή η μεταφορά μόνο σε μικρές αποστάσεις. Καλλίτερα 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 που διατηρεί τις αισθήσεις του

μπορεί να μεταφερθεί με τον τρόπο αυτό σε μεγαλύτερη απόσταση χωρίς μεγάλο κόπο .

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

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

12. Είναι ανόητο και λανθασμένο το ασθενοφόρο να μεταφέρει με μεγάλη ταχύτητα και αναβοσβήνοντας το μπλε φως έναν 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!

ΤΡΑΥΜΑΤΑ

Τραύματα ονομάζουμε μόνο τις βλάβες που διαπερνούν το δέρμα. Ποτέ δεν είναι δουλειά των πρώτων βοηθειών να διαπιστωθεί το βάθος και η έκταση ενός τραύματος. Βασική αρχή κάθε πρώτης βοήθειας τραύματος είναι να μην αγγίζεται ή τρίβεται ποτέ το τραύμα και η γύρω περιοχή. Δεν πρέπει κανείς να μιλά σκυμμένος πάνω από το τραύμα, επειδή πρέπει να αποφεύγεται κάθε επιπρόσθετη μόλυνση του τραύματος. Ανάλογα με το είδος του τραύματος διακρίνονται :

Εκδορές

Έχουν τραυματιστεί μόνο οι ανώτερες στιβάδες του δέρματος. Από τη διάνοιξη λεπτών αγγείων, τα τραύματα αυτά φαίνονται συχνά πιο

επικίνδυνα από ότι είναι και λόγω βλάβης πολλών λεπτών νευρικών απολήξεων είναι πολύ επώδυνα.

Οι Πρώτες βοήθειες που παρέχονται είναι: Αφήνονται ακάλυπτα η τοποθετούμε γάζες εμποτισμένες με βαζελίνη και αντιβίωση επειδή οι γάζες προσκολλώνται εύκολα. Αν οπωσδήποτε πρέπει να επιδέσουμε χρησιμοποιούμε όσο το δυνατόν καθαρότερα μαντήλια και παρόμοια μέσα.

Τέμνοντα τραύματα

Χείλη οξεία, λεία. Λόγω της λείας τομής, τα αγγεία παραμένουν για περισσότερο ανοιχτά, τα τέμνοντα τραύματα επομένως αιμορραγούν εντονότερα και τα μικρόβια που εισχώρησαν αποβάλλονται ευκολότερα. Σε λοξή τομή δημιουργούνται λοβώδη τραύματα.

Οι Πρώτες βοήθειες που παρέχονται είναι: Αποστειρωμένη επικάλυψη τραύματος και σε έντονη αιμορραγία επίδεση.

Τραύματα από νύσσοντα όργανα και ξένα σώματα

(Στιλέτα, καρφιά, μύτες συρμάτων) **ΔΕΝ ΑΦΑΙΡΟΥΝΤΑΙ ΠΟΤΕ**

Τα τραύματα αυτά είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα στον περίγυρο αρθρώσεων ή σωματικών κοιλοτήτων, όπου μπορούν συχνά να προκαλέσουν βαρείς εσωτερικούς τραυματισμούς.

Σε τέμνοντα ή νύσσοντα τραύματα στην περιοχή των άκρων χεριών ή ποδιών, αλλά και σε άλλες θέσεις των άκρων μπορεί, εκτός από την τρώση αγγείων και νεύρων, να κοπούν και τένοντες. Από αυτό προκαλείται περισσότερο ή λιγότερο σοβαρή λειτουργική βλάβη. Με ακριβή εξέταση μπορεί να εντοπιστεί η θέση της διατομής του τένοντα. Οι Πρώτες βοήθειες που παρέχονται είναι: Δεν αφαιρούνται ποτέ. Ακινησία πλήρης. Γρηγόρη μεταφορά.

Θλαστικά, συνθλιπτικά και ρηκτικά τραύματα

Είναι τα συχνότερα τραύματα. Κατά κανόνα η αιμορραγία είναι μέτρια, επειδή τα αγγεία έχουν σχιστεί και συνθλιβεί, δεν έχουν όμως

κοπεί ομαλά. Λόγω της βλάβης ιστών, της εισόδου ακαθαρσίας και της περιορισμένης αιμορραγίας είναι μεγάλος ο κίνδυνος μόλυνσης. Τέτοια τραύματα πρέπει πάντα να διανοίγονται από χειρουργό.

Οι Πρώτες βοήθειες που παρέχονται είναι: Απλή περιίδεση, γρήγορη μεταφορά

Τραύματα από πυροβόλο όπλο

Πρέπει να γίνει έρευνα για είσοδο και έξοδο του βλήματος. Η είσοδος είναι μικρή με λεία χείλη, σε πυροβολισμό εξ επαφής το χείλος του τραύματος έχει σκούρο χρώμα, τη λεγόμενη καπνιά από πυρίτιδα. Το στόμιο εξόδου είναι μεγαλύτερο από της εισόδου. Αν δεν υπάρχει έξοδος, το βλήμα βρίσκεται ακόμη μέσα στο σώμα.

Οι Πρώτες βοήθειες που παρέχονται είναι: Απλή περιίδεση, γρήγορη μεταφορά στο νοσοκομείο.

ΑΙΜΟΣΤΑΣΗ

Συνοπτικά πρέπει να πούμε ότι ο ύψιστος κανόνας για την πρώτη περιποίηση σχεδόν όλων των τραυμάτων είναι η όσο γίνεται πιο αποστειρωμένη επίδεση. Εξαίρεση στον κανόνα αυτό είναι μόνο η ύπαρξη έντονης αρτηριακής αιμορραγίας.

Η αρτηριακή αιμορραγία αναγνωρίζεται από το ανοιχτό κόκκινο χρώμα του αίματος και από τη ρυθμική κατά σφίξεις έξοδο του αίματος. Εντούτοις, σε μεγάλα τραύματα έχουν τραυματιστεί συνήθως ταυτόχρονα φλέβες και αρτηρίες, ώστε δεν μπορεί εύκολα να διακριθεί το χρώμα του αίματος. Πολύ δύσκολος είναι ο υπολογισμός της ποσότητας του αίματος που έχει χάσει ένας τραυματίας. Πρέπει να θυμίσουμε ξανά εδώ ότι ένας ενήλικος μπορεί να έλθει σε κατάσταση σοκ ήδη με την απώλεια 1 lit αίματος, η οποία μπορεί να είναι θανατηφόρα σε απώλεια 2 lit αίματος. Σε μικρότερες αιμορραγίες, πάνω από την πρώτη άσηπτη επίδεση τοποθετείται πιεστικός επίδεσμος

Ως πιεστικό υπόστρωμα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ένα πακέτο επιδέσμων, πολλά μαντήλια το ένα πάνω στο άλλο ή παρόμοια. Η πίεση δεν πρέπει να είναι τόσο ισχυρή, ώστε κάτω από την επίδεση να δημιουργείται φλεβική στάση.

Αν η αιμορραγία δεν μπορεί να σταματήσει με απλή πιεστική επίδεση, τότε πρέπει να γίνει περιδεση του άκρου. Η περιδεση πρέπει να είναι τόσο ισχυρή, ώστε κάτω απ' αυτήν να μην ψηλαφάται ο σφυγμός. Αν μια τέτοια περιδεση γίνει για κάποιο λόγο στο βραχίονα ή στο μηρό, πρέπει να αφηθεί το πολύ για 1,5 ώρα.

Δεν ενδείκνυνται για περιδεση σύρματα, ζώνες, σχοινιά και τα όμοια, επειδή συχνά προκαλούν μόνιμες βλάβες, που οδηγούν σε απώλεια του άκρου. Αν δεν υπάρχει ελαστικός επίδεσμος για την περιδεση, τότε κατασκευάζεται επίδεσμος από ένα τυλιγμένο μαντήλι ή ένα σχισμένο πουκάμισο. Το δεμένο άκρο τοποθετείται σε ψηλή θέση .

Η χρονική στιγμή της περιδέσεως είναι καλλίτερο να σημειώνεται γραπτώς και να λύνεται από γιατρό στο νοσοκομείο. Υπάρχουν όμως αιμορραγίες οι οποίες λόγω της θέσης τους δεν είναι δυνατό να σταματήσουν ούτε με πιεστική επίδεση ούτε με περιδεση.

Ειδικές αιμορραγίες

Υπάρχουν μερικές ακόμη αιμορραγίες που δεν μπορούν να σταματήσουν με τα περιγραφέντα μέτρα.

Ρινορραγίες. Κάμψη της κεφαλής προς τα πίσω, καλλίτερα με τον ασθενή ξαπλωμένο (εξαίρεση: ηλικιωμένοι με ψηλή πίεση), ώστε να μην μπορεί να εισρεύσει αίμα στην τραχεία. Κύστη πάγου η υγρό, κρύο μαντήλι στον αυχένα. Συνήθως αιμορραγεί το ένα ρουθούνι, οπότε η σταθερή πίεση του πτερυγίου της μύτης επάνω στο ρινικό διάφραγμα σταματά συχνά την αιμορραγία. Αν δεν υπάρξει επιτυχία, ο γιατρός μπορεί να επιωματίσει το ρουθούνι με γάζα.

Εσωτερικές αιμορραγίες από του πνεύμονες (αιμόπτυση), το στομάχι (αιματέμεση), το έντερο (μαύρα ή σκούρα έως ανοιχτά κόκκινα ρευστά κόπρανα, όπου το χρώμα εξαρτάται από την απόσταση της πηγής του αίματος από τον πρωκτό), του νεφρούς και την κύστη (αιματουρία), πρέπει να διακομιστούν στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς τοποθετούνται επίπεδα, διατηρούνται θερμοί και κινούνται όσο γίνεται λιγότερο.

Κακώσεις των οστών, αρθρώσεων και μυών

Ορισμοί

Διαστρέμματα = Κάκωση των συνδέσμων των αρθρώσεων και του αρθρικού θυλάκου.

Εξarthρήματα = Πλήρης ή μερική απομάκρυνση των οστέινων τμημάτων της άρθρωσης.

Κατάγματα οστών = Διακοπή συνέχειας των οστών (Κλειστά ή ανοιχτά)

Οι Πρώτες βοήθειες που παρέχονται είναι: Ακινησία άκρου περιλαμβανομένων και των γειτονικών αρθρώσεων σε χαλαρή ουδέτερη θέση με την βοήθεια νάρθηκα. Σε παρεκτοπισμένα και γωνιωμένα κατάγματα οστών τοποθέτηση του άκρου σε ευθεία με ελαφριά έλξη και ακινησία με νάρθηκα.

Χρήσιμος και απαραίτητος υλικοτεχνικός εξοπλισμός για παροχή πρώτων βοηθειών :

- Επιδεσμικό υλικό όλων των τύπων και διαστάσεων (αποστειρωμένες γάζες διαφόρων μεγεθών – κυλινδρικοί επίδεσμοι διαφόρων μεγεθών και ελαστικοί)
- Κολλητική ταινία (λευκοπλάστ)
- Τριγωνικοί επίδεσμοι
- Παραμάνες ασφαλείας
- Φυσιολογικός ορός για πλύσεις (N/S 0,9 %)

- Αντισηπτικό σε υγρή μορφή και κρέμα (π.χ. ιωδιούχος ποβιδωνη)
- Γάντια μιας χρήσεως
- Χημικές παγοκύστες ή παγάκια σε άμεση ζήτηση
- Αιμοστατικές λαβίδες διαφόρων μεγεθών
- Προσωπίδα τσέπης για βασική καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση
- Φιάλη οξυγόνου 5 λίτρων
- Σύστημα παροχής οξυγόνου
- Οφθαλμικοί επίδεσμοι
- Σύριγγες 20ml Ψαλίδι
- για οφθαλμική πλύση
- Για εγκαύματα (επιπλέον) :
- Βαζελινούχες γάζες
- Water jel (σε απόθεμα)
- Κουβέρτα αλουμινίου
- Για δηλητηριάσεις (επιπλέον) :
- Σιρόπι ιππεπακουανας
- Ζωικός άνθρακας

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

Εξάιρεση αποτελεί η προσωπίδα τσέπης, στοιχειώδης συσκευή για την εξασφάλιση της βατότητας των αεραγωγών, που έχει τη δυνατότητα εμπλουτισμού του εισπνεόμενου αέρα (ή εκπνεόμενου του διασώστη, όταν εμφυσά σε περίπτωση ανακοπής) σε O₂.

Απαραίτητη πρέπει να θεωρηθεί μια φιάλη (2-5 lit) με μειωτήρα πίεσεως, ροόμετρο και προσωπίδα τσέπης για την χορήγηση 6 lt / min O₂. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη χρήση τους είναι και πάλι η ανάλογη σύντομη εκπαίδευση .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ

Γενικά :

Δεκάδες άνθρωποι χάνουν κάθε χρόνο την ζωή τους εν ώρα εργασίας, ενώ πολλοί άλλοι αρρωσταίνουν κάποιες φορές πολύ σοβαρά εξαιτίας της φύσης της δουλειάς τους. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν θα πλήρωναν τόσο βαρύ τίμημα αν τηρούνταν οι κανόνες υγιεινής και ασφαλείας στους χώρους εργασίας .

Η προσπάθεια για εφαρμογή της νομοθεσίας ξεκίνησε με εντατικούς ρυθμούς στην Ελλάδα τα τελευταία μόλις χρόνια μέσω των επιθεωρήσεων εργασίας. Αρκετοί είναι οι εργοδότες, αλλά και οι εργαζόμενοι που αρνούνται πεισματικά να συμμορφωθούν στους κανόνες υγιεινής και ασφαλείας.

Σύμφωνα με στοιχεία του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας στην Εργασία (ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.), τα θανατηφόρα ατυχήματα στην Ελλάδα αποτελούν το 5,59 % του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης , αν και η Ελλάδα αντιπροσωπεύει περίπου το 2,9 % του συνόλου του πληθυσμού της Ε.Ε.

Ο ίδιος φορέας καταδεικνύει ως πηγή του προβλήματος την ποιότητα της εκπαίδευσης σε θέματα υγείας και ασφάλειας στην εργασία που είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Άμεσο αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι η ένδεια γνώσεων, η ανάγκη επιμόρφωσης πριν την ανάληψη εργασίας και η αύξηση της πιθανότητας πρόκλησης ατυχημάτων από άγνοια βασικών κανόνων ασφαλείας.

Σε αγώνα δρόμου για την ευαισθητοποίηση όλων των φορέων για την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων και των λεγόμενων

επαγγελματικών ασθενειών , έχει μπει και το Εργατικό Κέντρο αναγνωρίζοντας το μέγεθος του προβλήματος.

Στους χώρους εργασίας υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις όσον αφορά την τήρηση των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας. Υπάρχει η εκτίμηση ότι πολλοί εργοδότες δεν εφαρμόζουν τα μέτρα ασφαλείας, που έχουν να κάνουν με την υγεία κάθε εργαζόμενου. Θα πρέπει όμως να είναι ξεκάθαρη η θέση πάνω σε αυτό το θέμα, ότι η ευθύνη της εφαρμογής των νόμων και προστασίας των εργαζομένων είναι καθαρά θέμα εργοδότη .

Ωστόσο, κανείς δεν μπορεί να αρνηθεί ότι συμβαίνει ορισμένες φορές και το αντίθετο. Δηλαδή, ενώ οι επιχειρήσεις φροντίζουν να είναι συνεπείς ως προς την τήρηση των όρων υγιεινής και ασφάλειας, οι εργαζόμενοι δε συμμορφώνονται και εκτίθενται στον κίνδυνο από αδιαφορία και αμέλεια.

Ο πυρήνας του προβλήματος δεν είναι άλλος από την ενημέρωση και εκπαίδευση εργαζομένων και εργοδοτών. Είναι θέμα ενημέρωσης, παιδείας, συνεννόησης, για να πειστεί εργοδότης και εργαζόμενος να τηρεί τα μέτρα ασφαλείας. Στη χώρα μας, σε θέματα υγιεινής, καταγραφής επαγγελματικών ασθενειών και επιπτώσεών τους στην υγεία, είμαστε πολύ μακριά από τα Ευρωπαϊκά standards. Αλλά όσον αφορά τη νομοθεσία μας, είναι πλήρης και άρτια και ακολουθώντας πιστά την Ευρωπαϊκή ο στόχος όλων πρέπει να είναι η εφαρμογή της .

Για όλα υπάρχουν αναλυτικές οδηγίες που πρέπει να εφαρμοστούν, ώστε να βελτιωθεί η εικόνα, για να περιοριστούν οι θάνατοι και οι επαγγελματικές ασθένειες.

Η στατιστική των εργατικών ατυχημάτων :

Η διαμόρφωση εργασιακού περιβάλλοντος χαμηλών προδιαγραφών έχει ως αποτέλεσμα μια σειρά από συνέπειες στην υγιεινή και ασφάλεια των εργαζόμενων καθώς και στην οικονομική και κοινωνική ζωή ενός κράτους.

Με σκοπό να αντιμετωπιστεί πρακτικά το πρόβλημα των εργατικών ατυχημάτων και τελικά να μειωθεί ο αριθμός τους μέσω νομοθετικής κατοχύρωσης και εφαρμογής μέτρων υγιεινής και ασφάλειας, απαιτείται λεπτομερής καταγραφή τους που να εμφανίζει τις αιτίες και τους τύπους του ατυχήματος, την συχνότητα εμφάνισης τους κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας η επαγγελματικής απασχόλησης, την σοβαρότητα του τραυματισμού η την συχνότητα των επαγγελματικών ασθενειών.

Η συστηματική καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων αποτελεί το πρώτο σημαντικό βήμα για την μείωσή τους. Η στατιστική εργατικών ατυχημάτων παρέχει ανεκτίμητες πληροφορίες για τις επιθεωρήσεις εργασίας κάθε κράτους, τις βιομηχανικές, βιοτεχνικές και εμπορικές οργανώσεις, τα εργατικά συνδικάτα και για κάθε ανεξάρτητο ίδρυμα ή οργανισμό που ασχολείται με θέματα υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία.

Στην πραγματικότητα, η συλλογή στοιχείων για τα εργατικά ατυχήματα δεν στηρίζεται σε μια ενιαία προσέγγιση αποτροπής του επαγγελματικού κινδύνου. Σημαντικά προβλήματα πιστότητας της στατιστικής καταγραφής παρουσιάζεται, ενώ η συλλογή στοιχείων από διαφορετικές υπηρεσίες ανά χώρα διαφέρει σημαντικά .

Δείκτες ατυχημάτων σύμφωνα με το Δ.Γ.Ε (Διεθνές Γραφείο Εργασίας) :

Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (Δ.Γ.Ε) στην προσπάθεια του να διαμορφώσει ένα ενιαίο τρόπο παρουσίασης της στατιστικής των εργατικών ατυχημάτων παρ' όλους τους περιορισμούς και τις διαφορές που υπάρχουν σε διαφορετικές χώρες, έχει ορίσει μια σειρά από σχετικούς δείκτες που συσχετίζουν τα εργατικά ατυχήματα με τις ώρες εργασίας, την παραγωγή κ.τ.λ. και με τους οποίους μπορεί κανείς να συγκρίνει τα εργατικά ατυχήματα με αυτά των άλλων χωρών .

Ο δείκτης Συχνότητας (Frequency Rate), που έχει άμεση σχέση με τον απόλυτο αριθμό των εργατικών, αναφέρεται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και υπολογίζεται από την ακόλουθη σχέση :

Δείκτης Συχνότητας = Αριθμός ατυχημάτων

Αριθμός ανθρωποωρών εργασίας

Ο δείκτης Βαρύτητας (Severity Rate), έχει σχέση με τις ημέρες που έμειναν οι εργαζόμενοι μακριά από την εργασία τους και εκφράζεται από τον ακόλουθο τύπο :

Δείκτης Βαρύτητας = Αριθμός ανθρωποωρών εκτός εργασίας *10³

Αριθμός ανθρωποωρών εργασίας

Ο δείκτης Συμβάντων (Incident Rate), έχει σχέση με βαθμό έκθεσης των εργαζομένων στα εργατικά ατυχήματα και υπολογίζεται ως εξής :

Δείκτης Συμβάντων = Αριθμός ατυχημάτων *10³

Μέσος αριθμός εκτεθειμένων εργαζομένων

Στοιχεία Ι.Κ.Α. για τα εργατικά ατυχήματα (1938 - 1994)

Από την πρώτη χρονιά της λειτουργίας του (1938), το Ι.Κ.Α. άρχισε να καταγράφει τα εργατικά ατυχήματα των ασφαλισμένων του. Η προσπάθεια άρχισε με συλλογή στοιχείων στις περιοχές των τριών μεγάλων Υποκαταστημάτων του (Αθήνα, Πειραιάς, Θεσσαλονίκη) όπου τότε συγκεντρωνόταν η βιομηχανική παραγωγή, το εργατικό δυναμικό της χώρας, και επεκτάθηκε βαθμιαία σε όλη την Ελλάδα παρακολουθώντας την γεωγραφική ανάπτυξη της απασχόλησης

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η χρονολογική εξέλιξη του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων που αναφέρθηκαν στο Ι.Κ.Α. για την χρονική περίοδο 1938 – 1994. Καθίσταται φανερό ότι με την έναρξη του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, η βιομηχανική παραγωγή της χώρας κατέρρευσε εκτός της βιομηχανικής ζώνης του Πειραιά που είχε επιταχθεί από τους κατακτητές. Η ανάκαμψη της ελληνικής οικονομίας στην περίοδο 1945-1965, συνοδεύθηκε από την διεύρυνση απασχόλησης και την εγκαθίδρυση σοβαρής βιομηχανικής υποδομής με αναλογική αύξηση των εργατικών ατυχημάτων. Κατά την περίοδο 1966 - 1980 τα ατυχήματα παραμένουν υψηλά σε αριθμό, χωρίς τάσεις ανόδου, ενώ από το 1981 και μετά καθίσταται σαφής η τάση μείωσης τους, που προέρχεται από την ενδημική αποβιομηχάνιση παραδοσιακών περιοχών και από την μεταστροφή της ελληνικής οικονομίας προς τον τομέα των υπηρεσιών. Το σύνολο των ανδρικών εργατικών ατυχημάτων παραμένει υψηλό σε σχέση με αυτό των γυναικών. Τα γυναικεία εργατικά ατυχήματα κατά μέσο όρο στην συγκεκριμένη περίοδο, αντιπροσωπεύουν το 11 % περίπου του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων. Η ένταξη του γυναικείου πληθυσμού σε χώρους υψηλής έντασης εργασίας δεν φαίνεται να έχει γίνει σε μεγάλους αριθμούς στις περιόδους βιομηχανικής ανάπτυξης,

Στη πολεμική περίοδο (1940 - 1945) τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα αυξάνονται, ενώ μετά την απελευθέρωση κινούνται στα

προπολεμικά επίπεδα. Η βελτίωση της κατάστασης καταγραφής των εργ. ατυχημάτων στα τέλη της δεκαετίας του 60, αυξάνει τον αριθμό των θανατηφόρων ατυχημάτων που αναφέρονται στο Ι.Κ.Α. και μειώνει την διαφορά καταγραφής των θανατηφόρων ατυχημάτων με τα στοιχεία του ΥΠ. Εργασίας, όπως θα δούμε αργότερα.

Εκτός της περιόδου της Κατοχής (1941 -1944) οπότε καταστράφηκαν αρχεία και υπολειτουργούσε το Ι.Κ.Α., η περίοδος λειτουργίας του Ι.Κ.Α. εμφανίζει την συνεχή σχεδόν μονοτονική αύξηση των άμεσα ασφαλισμένων. Το Ι.Κ.Α. σήμερα καλύπτει ασφαλιστικά το ήμισυ σχεδόν του ενεργού πληθυσμού της χώρας.

Η συνεχής αύξηση των άμεσα ασφαλισμένων μετά τον πόλεμο ακολουθείται και από την αύξηση του ποσοστού εργατικών ατυχημάτων καθ' όλη την διάρκεια της μεταπολεμικής ανασυγκρότησης. Πτώση του ποσοστού των ατυχημάτων παρατηρείται μόνο μετά τα μέσα της δεκαετίας του '60. Η τάση καθίσταται σταθερά πτωτική από τα μέσα της δεκαετίας του '70 και ύστερα..

Για την περίοδο (1938 -1953), οι έντονες κατοχικές και μετακατοχικές πληθωριστικές τάσεις καθώς και οι συνεχείς αλλαγές νομισματικών πολιτικών καθιστούν αδύνατη την όποια σύγκριση με μεταγενέστερα στοιχεία. Το ημερήσιο κόστος και το κόστος ανά ασφαλισμένο υπολογίσθηκαν, ως εξής:

Συνολική δαπάνη ετήσιας επιδότησης εργ. Ατυχημάτων (δρχ.

)

$$\text{Ημερήσιο κόστος} = \frac{\text{-----}}{\text{Σύνολο ημερών (επιδότησης + δώρου)}}$$

Σύνολο δαπάνη ετησίας επιδότησης εργ. Ατυχ. (δρχ)

Κόστος ανά ασφαλισμένο = -----
Άμεσα ασφαλισμένοι στο Ι.Κ.Α.

Είναι φανερή η αλματώδης αύξηση των εργατικών επιδομάτων σε ημερήσια βάση και ανά άμεσα ασφαλισμένο του Ι.Κ.Α. Για την περίοδο (1954 - 1993), το ημερήσιο κόστος αυξήθηκε περίπου 160 φορές, ενώ το ανά ασφαλισμένο κόστος περίπου 67 φορές. Άξιο παρατήρησης, είναι το γεγονός ότι μέχρι και το 1973, το Ι.Κ.Α. επιδοτούσε ως εργατικά ατυχήματα και τα εκτός εργασίας ατυχήματα, πρακτική που εγκαταλείφθηκε μετά το 1974, οπότε ο αριθμός των επιδοτούμενων ατυχημάτων ταυτίζεται με τα εργατικά ατυχήματα.

Για τις ηλικίες κάτω των 20 ετών, η μείωση των εργατικών ατυχημάτων είναι δραστική, ενώ ο κύριος όγκος τους εμφανίζεται στις λεγόμενες παραγωγικές ηλικιακές περιόδους των 25-29 και των 30-34. Ενώ το μέγιστο των εργατικών ατυχημάτων για την δεκαετία του '50, ήταν στην ηλικιακή περιοχή των 25-29, το μέγιστο μετατοπίζεται στις επόμενες δεκαετίες σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Μια πρώτη ερμηνεία του φαινομένου μπορεί να στηριχθεί στην παρατήρηση, ότι το Ι.Κ.Α. "ωρίμασε" ηλικιακά στην δεκαετία του '60, για πρώτη φορά μετά τον πόλεμο.

Τα στοιχεία του Ι.Κ.Α. δίνουν αναλυτικές πληροφορίες για το είδος τραύματος που προξενήθηκε κατά την διάρκεια του ατυχήματος.

Τα εργατικά ατυχήματα ανά αιτία καταγράφονται από το 1938 έως το 1988, και από το 1989 έως σήμερα κατά ασκούμενη ενέργεια και τύπο ατυχήματος.

Στοιχεία για τα εργατικά ατυχήματα ανά αιτία, αναφέρονται στις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α. από το 1938 έως το 1973 σε εννιά κατηγορίες (μηχανές, πτώσεις, ηλεκτροπληξία, ανάφλεξη, οδήγηση, ατμομηχανές,

εργαλεία, άλλη αιτία, άγνωστη αιτία) ενώ από το 1974 έως το 1988, οι κατηγορίες αυξάνονται σε 16 και αντανakλούν τις αλλαγές στην οικονομική ζωή της χώρας. Από το 1988 τα στοιχεία καταγράφονται κατά ασκούμενη ενέργεια και τύπο και είναι ακόμη πιο λεπτομερή.

Η εξέλιξη των εργατικών ατυχημάτων ανά προσβληθέν μέλος του σώματος ξεκινά με καταγραφή των στοιχείων σε έξι κατηγορίες (κεφαλή, οφθαλμοί, άνω άκρα, κάτω άκρα, διάφορα μέλη, εσωτερικά τραύματα) από το 1938 έως το 1993. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου, κατεγράφησαν στοιχεία για τα δάκτυλα (περίοδος 1953-1956), ενώ στοιχεία για την κατηγορία "κορμός" αναφέρονται μετά το 1974. Μετά το 1994, τα στοιχεία ακολουθούν την καταγραφή σύμφωνα με τις οδηγίες της Eurostat. Ο σημαντικότερος αριθμός συμβάντων εμφανίζεται στα άνω και κάτω άκρα.

Τα ατυχήματα των άκρων (άνω και κάτω) αποτελούν την πλειονότητα των συμβάντων, γεγονός που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση από τις αρμόδιες αρχές.

Η ανάλυση των εργατικών ατυχημάτων κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την έρευνα. και την μείωση των ατυχημάτων στον εργασιακό χώρο στην Ελλάδα. Το I. Κ Α. από το 1938 καταγράφει στο χώρο της εργασίας τα εργατικά ατυχήματα με συστηματικό τρόπο.

Την περίοδο 1938-1940 καθώς και την χρονιά 1946, το I. Κ Α. διακρίνει τις εξής επτά κατηγορίες: ορυχεία, χημικές βιομηχανίες διάφορες βιομηχανίες, βιομηχανίες της οικοδομής, μεταφορές, χονδρικό και λιανικό εμπόριο και κακώς οριζόμενες απασχολήσεις οικονομικής δραστηριότητας Από το 1941 έως και το 1973, ακολουθείται μια λεπτομερής ανάλυση κατά κλάδο που αλλάζει στην περίοδο 1974 - 1993 για να προσαρμοσθεί στην στατιστική κατάταξη της Ε.Σ.Υ.Ε. Από το 1994 και ύστερα, ακολουθείται μια νέα παρουσίαση, σύμφωνα με την

οδηγία της Eurostat.

Τα περισσότερα ατυχήματα λαμβάνουν χώρα στην βιομηχανία της οικοδομής και των δημόσιων έργων. Ακολουθούν οι υφαντικές βιομηχανίες, οι βιομηχανίες τροφίμων και ποτών, οι κατασκευαστικές βιομηχανίες, τα μεταλλεία, το λιανικό εμπόριο, οι μεταφορές κ.ο.κ.

Η οικοδομή αποτέλεσε σημαντικό κινητήριο παράγοντα της ελληνικής οικονομικής ζωής τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, πράγμα που μεταφράστηκε στο υψηλότερο ποσοστό εργατικών ατυχημάτων σε σχέση με άλλους κλάδους οικονομικής δραστηριότητας. Η ανάπτυξη της οικοδομής έγινε σε πανελλήνια κλίμακα με εντατικούς ρυθμούς και χωρίς την πλήρη εφαρμογή των μέτρων ασφαλείας που απαιτούσε ο κλάδος. Παρόλη τη νομοθετική ρύθμιση για μέτρα ασφαλείας το ποσοστό των εργατικών ατυχημάτων στην οικοδομή παραμένει υψηλό ακόμη και σήμερα (περίπου το 26% του συνόλου των εργατικών ατυχημάτων το 1994).

Τέλος, το Ι. Κ. Α. δίνει και την χρονική κατανομή των εργατικών ατυχημάτων ανά μήνα ή ανά τρίμηνο. Για την περίοδο 1938-1959, αναλυτικά στοιχεία δίνονται ανά μήνα, για την περίοδο 1960 - 1985 ανά τρίμηνο, και για την περίοδο 1986-1994 ανά μήνα. Η εποχικότητα των ατυχημάτων είναι φανερή και εμφανίζεται συστηματικά ανά έτος. Ο μέγιστος αριθμός ατυχημάτων παρουσιάζεται τους καλοκαιρινούς μήνες. Αντιθέτως τα εργ. ατυχήματα είναι μειωμένα προς το τέλος του έτους και παρουσιάζουν ένα τοπικό μέγιστο στην αρχή της χρονιάς

Η περιοδικότητα των εργατικών ατυχημάτων σε συνδυασμό με την συνεχή τάση προς μείωση ανά χρόνο αναδεικνύουν μια συστηματική συμπεριφορά που απαιτεί μια πιο επισταμένη μελέτη και ανάλυση. Είναι φανερό πως πρέπει να ανερευθούν τρόποι μείωσης των εργατικών ατυχημάτων κατά τους θερινούς μήνες, όταν η καταπόνηση του ανθρωπίνου οργανισμού και η μείωση της προσοχής αποτελούν τα βασικά

αίτια ατυχημάτων.

Συμπεράσματα για τα στοιχεία τα Ι.Κ.Α.

Η πληθώρα των στοιχείων του Ι.Κ.Α. για τα εργατικά ατυχήματα αποτελεί "τον κρυμμένο θησαυρό" για την ελληνική οικονομία, την δημόσια υγεία και γενικότερα για τη δυνατότητα σχεδιασμού και εφαρμογής στρατηγικών στο χώρο των εργασιακών σχέσεων. Το Ι.Κ.Α. αποτελεί τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό στην χώρα, με πανελλαδική παρουσία και με μακρόχρονη πείρα στην καταγραφή και συγκέντρωση υλικού γύρω από τα εργατικά ατυχήματα.

Η συλλογή των στοιχείων για όλη την χρονική περίοδο ύπαρξης του Ι.Κ.Α. (1938 – 1994) κάτω από μια ενιαία παρουσίαση, δίνει την δυνατότητα για μια πρώτη αποτίμηση της ιστορικής εξέλιξης των εργατικών ατυχημάτων. Στους Πίνακες στοιχείων του Ι.Κ.Α. παρουσιάζεται ανάγλυφα και με ποσοτικό τρόπο η ιστορία των ατυχημάτων στους ελληνικούς εργοστασιακούς χώρους.

Οι αριθμοί δεν δημιουργούν ευχάριστη εντύπωση στον προσεκτικό αναγνώστη και μελετητή. Η ανάγκη για εντονότερη ρύθμιση της Υγιεινής και Ασφάλειας στο εργοστασιακό χώρο έχει καταστεί αδήριτη για να αναπνεύσει η χώρα από την μάλιστα των ατυχημάτων. Η συνεχής μείωση των ατυχημάτων μετά το 1981, δεν αντιστοιχεί εξ ολοκλήρου σε βελτίωση των όρων ασφαλείας, αλλά συνδέεται σε ένα βαθμό με την συνεχή αποβιομηχάνιση της Ελλάδος τα τελευταία 5 χρόνια. Είναι άξιο υπενθύμισης ότι ο δείκτης βιομηχανικής παραγωγής κινείται ακόμη στα επίπεδα του 1980.

Περαιτέρω οικονομετρική διερεύνηση μπορεί να διευκρινίσει σε ποιο βαθμό η βελτίωση του αριθμού των εργατικών ατυχημάτων οφείλεται στα μέτρα ασφαλείας και σε ποίο βαθμό στην υποχώρηση της βιομηχανικής απασχόλησης.

Στοιχεία Υπ. Εργασίας για τα εργατικά ατυχήματα

(1964 - 1994)

Σύμφωνα με το Ν.Δ. 2954/54 (Άρθρο 7, Παρ. 1) ιδρύθηκε στο Υπουργείο Εργασίας Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας και με την υπ'αριθμόν Λ7/15/5/26-9-70 απόφαση των Υπουργών Προεδρίας, Εσωτερικών και Εργασίας οργανώθηκαν οι Περιφερειακές Υπηρεσίες του Υπ. Εργασίας. Αποτέλεσμα των παραπάνω, ήταν η ετήσια έκδοση των Πεπραγμένων των Επιθεωρήσεων Εργασίας ανά την χώρα, σύμφωνα με τις οδηγίες της Διεθνούς Συμβάσεως αρ. 81 για την Επιθεώρηση Εργασίας στη Βιομηχανία και το Εμπόριο.

Στα πλαίσια της ετήσιας αυτής έκδοσης, ξεκίνησε και η καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων που αναφέρθηκαν στις κατά τόπους Περιφερειακές Επιθεωρήσεις Εργασίας.

Καθίσταται φανερή η διαφορά των στοιχείων μεταξύ των δύο υπηρεσιών καθ' όλη την διάρκεια της περιόδου 1964-1994. Η μεγάλη επέκταση του Ι. Κ. Α. σε όλη την Ελλάδα, η καταγραφή και των πιο απλών μικροτραυματισμών σε αντίθεση με το Υπ. Εργασίας που καταγράφει τα πιο σοβαρά ατυχήματα, συνεισφέρουν στην διατήρηση της διαφοράς των στοιχείων των εργατικών ατυχημάτων.

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 60 και 70 οι Υπηρεσίες του Ι.Κ.Α καταγράφουν κατά μέσο όρο σαφώς λιγότερα εργατικά ατυχήματα σε σχέση με τις Περιφερειακές Επιθεωρήσεις του Υπ. Εργασίας.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80, οι δύο υπηρεσίες, αν και δεν καταγράφουν τον ίδιο ακριβώς αριθμό εργατικών ατυχημάτων, τείνουν να προσεγγίζουν στην εκτίμηση του αριθμού των θανατηφόρων εργατικών ατυχημάτων. Αυτό οφείλεται καταφανώς στην βελτίωση καταγραφής από πλευράς Ι.Κ.Α. τα τελευταία χρόνια.

Από το 1964, όποτε έχουμε στην διάθεση μας στοιχεία του Υπ.

Εργασίας για τα αναγγελθέντα εργατικά ατυχήματα, η ετήσια έκδοση παρουσιάζει τα στοιχεία πιο αναλυτικά και κατά κλάδο οικονομικής δραστηριότητας για τα συνολικά και για τα θανατηφόρα εργατικά ατυχήματα..

Σε μεγάλο ποσοστό το εργατικά ατυχήματα εμφανίζονται σε δύο κυρίως κλάδους βιομηχανίες - εργοστάσια και οικοδομές - κατασκευές – δημόσια έργα..

Ο όγκος των ατυχημάτων στους δύο αυτούς κλάδους οικονομικής δραστηριότητας εμφανίζει μείωση, πράγμα που οφείλεται στην καλύτερη εφαρμογή των κανόνων ασφαλείας στους εργασιακούς χώρους,. αλλά και στους συχνούς ελέγχους από πλευράς επιθεωρητών του Υπ. Εργασίας.

Οι πίνακες των συνολικών εργατικών ατυχημάτων κατά οικονομική δραστηριότητα, αναθεωρήθηκαν κατά κλάδο το 1981, ενώ για τα θανατηφόρα αναθεωρήθηκαν το 1987.

Για τον κλάδο μεταλλείων και λατομείων η αναγγελία ατυχήματος γίνεται στο Υπ. Βιομηχανίας από το 1987 και από το 1990 καταγράφονται τα ατυχήματα στις αλυκές, ενώ από το 1987, εισάγεται ο κλάδος ατυχημάτων στο χώρο της γεωργίας, κτηνοτροφίας, δασών, αλιείας και θήρας.

Συνολική αλλαγή στην καταγραφή και αξιολόγηση των στοιχείων του Υπ. Εργασίας επήλθε το 1988, με την ετήσια παρουσίαση πιο αναλυτικών πινάκων για τα αναγγελθέντα εργατικά ατυχήματα. Τα συνολικά ατυχήματα χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες τροχαία, παθολογικά και λοιπά. Εμπεριστατωμένη ανάλυση διεξάγεται πια για τα εργ. ατυχήματα που δεν θεωρούνται τροχαία ή παθολογικά κατά τύπο, κατά υλικό παράγοντα, κατά φύση βλάβης, κατά βλαβέν μέρος σώματος, κατά μήνα και κατά ώρα. Όσον αφορά τα θανατηφόρα, η παρουσίαση επεκτάθηκε στην ανάλυση τους κατά μήνα και κατά τύπο.

Για την διευκόλυνση των Επιθεωρητών Εργασίας στον

προσδιορισμό των αιτίων, την λήψη μέτρων και την πρόληψη, συντάσσονται και άλλοι δυο πίνακες (κατά επικίνδυνες καταστάσεις και ενέργειες που συμβάλλουν στο ατύχημα) για τα συνολικά εργ. ατυχήματα..

Υπάρχει περιοδικότητα στην εμφάνιση των ατυχημάτων (περισσότερα τους θερινούς και φθινοπωρινούς μήνες), αλλά όχι μία ορατή τάση για μείωση τους.

Παρατηρείται αύξηση των ατυχημάτων κατά τους καλοκαιρινούς μήνες καθώς και μια τάση συνολικής μείωσης των ατυχημάτων ανά μήνα. Στους πρώτους μήνες του έτους τα ατυχήματα εμφανίζονται συστηματικός μειωμένα.

Ο κύριος όγκος των ατυχημάτων σημειώνεται κατά τις ώρες 9:00 με 14:00 καθημερινά, ενώ μειώνεται δραστικά κατά τις απογευματινές, τις βραδινές και τις πρωινές ώρες.

Τα τραύματα και οι κακώσεις συνιστούν το μεγαλύτερο μέρος της φύσης των ατυχημάτων .

Τα άνω και κάτω άκρα αποτελούν την πλειονότητα των περιπτώσεων στα αναγγελλόμενα εργατικά ατυχήματα..

Συμπεράσματα για τα στοιχεία του Υπ. Εργασίας

Τα στοιχεία του Υπουργείου Εργασίας, αν και σε αριθμούς δεν ανταποκρίνονται στο σύνολο των στοιχείων που καταγράφει το Ι.Κ.Α., αποτελούν μια άλλη σημαντική πηγή πληροφόρησης για την κατάσταση του εργασιακού περιβάλλοντος στην Ελλάδα.

Η βελτίωση της συλλογής και ανάλυσης των στοιχείων από τις περιφερειακές επιθεωρήσεις εργασίας. του Υπουργείου Εργασίας, έχει βοηθήσει στα μέγιστα στην καλύτερη απεικόνιση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στην χώρα μας. Οι επιθεωρητές εργασίας, μέσα από την πολύχρονη πείρα τους, είναι σε θέση να εκτιμήσουν τους κινδύνους και

να προτείνουν λύσεις για την αποφυγή και πρόληψη των ατυχημάτων.

Η εναρμόνιση των στοιχείων με τα διεθνώς κρατούντα από το 1988 και μετά, έδωσε μια άλλη εικόνα στην καταγραφή των στοιχείων, χρήσιμη για τους ερευνητές και τους άμεσα ενδιαφερόμενους, όπως τις εργοδοτικές οργανώσεις, τα συνδικάτα και τους Επιθεωρητές Εργασίας.

Η μειωμένη καταγραφή των στοιχείων σε σχέση με το Ι.ΚΑ. παραμένει ένα σημαντικό μειονέκτημα των στοιχείων του Υπουργείου, που δεν φαίνεται να βρίσκει λύση άμεσα. Σε αυτό το επίπεδο, η χώρα μας ευρίσκεται στην κατάσταση, να δίδονται δύο διαφορετικά σύνολα στοιχείων και αναλύσεων επί των εργατικών ατυχημάτων, χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα ενοποίησης και καλύτερης εκτίμησης του κινδύνου στο χώρο της εργασίας.

Τελευταίο στοιχείο με μεγάλες συνέπειες, αποτελεί η μετάταξη των περιφερειακών Διευθύνσεων του Υπουργείου Εργασίας στις κατά τόπους νομαρχίες. Αυτό προς το παρόν δημιουργεί σοβαρά εμπόδια στην συνολική καταγραφή των εργατικών ατυχημάτων από τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας, και είναι ένα θέμα που θα πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα, ώστε να υπάρχει συγκέντρωση αξιόπιστων και συγκρίσιμων στατιστικών στοιχείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΡΓΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Ένας βασικός παράγοντας για την μείωση και εν τέλει την αποφυγή των εργατικών ατυχημάτων είναι η τήρηση των μέτρων υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας από το προσωπικό που αφορά τον τομέα της πρόληψης ως πρώτο βήμα για την διατήρηση της υγείας και της ασφάλειας στο εργασιακό περιβάλλον.

ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Η Γενική Διεύθυνση Συνθηκών και Υγιεινής της Εργασίας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στο πλαίσιο της ενημέρωσης των εργοδοτών και των εργαζομένων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας, εξέδωσε ένα ειδικό εγχειρίδιο, με σκοπό να βοηθήσει τους εργοδότες και να στηρίξει τους εργαζόμενους στο να επιτύχουν ασφαλές και υγιεινές συνθήκες στους χώρους εργασίας.

Στα βασικά μέτρα που προτείνονται για να επιτευχθεί ο στόχος της υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας θ' αναφερθούμε στις παρακάτω ενότητες.

ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΧΩΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΦΩΤΙΣΜΟΣ : Οι εργοδότες πρέπει να εκμεταλλευτούν όσο περισσότερο μπορούν το φως της ημέρας στις θέσεις εργασίας, να βάφουν τους τοίχους και την οροφή με ανοιχτόχρωμα χρώματα, να φροντίζουν εκτός από το γενικό, να υπάρχει και τοπικός φωτισμός για τις θέσεις εργασίας ή στους εργαζόμενους που χρειάζονται περισσότερο φως, να

καθαρίζουν συχνά τα φωτιστικά σώματα και τα καλύμματά τους, ν' αλλάζουν εγκαίρως τις λάμπες φθορισμού, να φροντίζουν ώστε να υπάρχει φωτισμός στις σκάλες και τους διαδρόμους, να διατάξουν τις θέσεις εργασίας ή και τα φωτιστικά σώματα με τέτοιο τρόπο, ώστε να μη δημιουργούνται ενοχλητικές σκιές στην επιφάνεια εργασίας αλλά και να μη πέφτει στα μάτια των εργαζομένων το φως από αντανάκλαση. Διότι, όταν ο φωτισμός είναι ανεπαρκής και όχι σωστά κατανεμημένος και κατευθυνόμενος, αυξάνονται τα λάθη των εργαζομένων, αυξάνεται η οπτική τους κόπωση, οι εργαζόμενοι μπορεί να αναγκάζονται να υιοθετούν άβολες και επιβλαβείς στάσεις του σώματός τους, αυξάνεται η πιθανότητα για εργατικά ατυχήματα, μειώνεται η ποιότητα και η ποσότητα εργασίας και αυξάνονται τα σκάρτα προϊόντα.

ΘΟΡΥΒΟΣ : Αν ο θόρυβος στο χώρο εργασίας είναι αρκετά μεγάλος ή βρίσκεται σε μη επιτρεπτά επίπεδα, πρέπει να φροντίζουν ανάλογα με την περίπτωση, να τοποθετούν ηχοαπορροφητικές επιφάνειες μεταξύ των πηγών θορύβου και των εργαζομένων, να μεταφέρουν και ν' απομονώνουν τις πηγές θορύβου σε χώρο όπου δεν υπάρχουν εργαζόμενοι, να καλύπτουν τις πηγές θορύβου με ηχοαπορροφητικά υλικά ή να παρέχουν στους εργαζόμενους κατάλληλες ωτοασπίδες. Έτσι επιτυγχάνεται η μείωση της πιθανότητας κώφωσης και ακουστικής κόπωσης των εργαζομένων, αλλά και της πιθανότητας ατυχημάτων λόγω μη δυνατότητας αντίληψης χρήσιμων ηχητικών πληροφοριών. Επίσης μειώνεται η γενική κόπωση που δημιουργεί ο υψηλός θόρυβος και αυξάνεται η απόδοση των εργαζομένων.

ΘΕΡΜΟΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ: Ο χώρος εργασίας πρέπει να έχει κατάλληλη θερμοκρασία και υγρασία το χειμώνα και το καλοκαίρι. Πρέπει να τοποθετούνται κατάλληλα κινητά σκίαστρα στα ανοίγματα. Όταν υπάρχουν συνθήκες <<καύσιμα>> πρέπει οι εργαζόμενοι να κάνουν συχνότερα διαλείμματα και οι βαριές εργασίες και εκείνες που

γίνονται στο ύπαιθρο, να εκτελούνται σε ώρες με χαμηλότερη θερμοκρασία. Τα κλιματιστικά μηχανήματα πρέπει να συντηρούνται τακτικά και να καθαρίζονται τα φίλτρα τους, ν' ανανεώνεται ο αέρας στους χώρους εργασίας και όταν υπάρχουν πηγές θερμότητας στους χώρους εργασίας είτε ν' απομονώνονται, είτε να τοποθετούνται ανάμεσα σ' αυτές και τους εργαζόμενους θερμομονωτικές διατάξεις. Όταν οι θερμοκρασιακές συνθήκες είναι καλές, μειώνονται οι ασθένειες και οι απουσίες και αποδίδουν καλύτερα οι εργαζόμενοι.

ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟΣ : Τα καλώδια δεν πρέπει να είναι ξεφτισμένα ή τραυματισμένα, οι πρίζες να μην είναι χαλαρές ή σπασμένες, να μη συνδέονται πρόχειρα τα καλώδια, τα εργαλεία χειρός να έχουν γείωση ή να είναι διπλής μόνωσης, οι ηλεκτρικές εγκαταστάσεις και τα ηλεκτρικά εργαλεία να συντηρούνται από άτομα με την απαραίτητη άδεια και να εφαρμόζονται οι Κανονισμοί Εσωτερικών Ηλεκτρολογικών Εγκαταστάσεων. Έτσι επιτυγχάνεται η προστασία των εργαζομένων από τον κίνδυνο της ηλεκτροπληξίας και η μείωση των ζημιών σε υλικά, μηχανήματα και εγκαταστάσεις, λόγω πυρκαγιάς που μπορεί να προκληθεί από ηλεκτρικό σπινθήρα.

ΠΥΡΑΣΦΑΛΕΙΑ: Προκειμένου ν' αποφεύγεται ο κίνδυνος εκδήλωσης πυρκαγιάς, δεν πρέπει να γίνεται χρήση πηγών γυμνής φλόγας, ιδιαίτερα κοντά σε εύφλεκτα υλικά, να τίθεται εκτός λειτουργίας η ηλεκτρική εγκατάσταση κατά τις μη εργάσιμες ώρες και μέρες, να επιθεωρούνται συχνά όλοι οι χώροι και συντηρείται επιμελώς ο εξοπλισμός και η ηλεκτρική εγκατάσταση. Επειδή μια πυρκαγιά μπορεί να εκδηλωθεί ακόμα και αν έχουν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα, πρέπει να διαθέτουν οι επιχειρήσεις τον αναγκαίο αριθμό φορητών πυροσβεστήρων, όπου χρειάζεται να είναι εγκατεστημένο μόνιμο υδροδοτικό πυροσβεστικό δίκτυο, να υπάρχουν διάδρομοι και δίοδοι εξόδου και να

υπάρχει μελέτη πυροπροστασίας καθώς και η εκπαιδευμένη ομάδα για την εφαρμογή της.

ΔΙΑΔΡΟΜΟΙ : Οι διάδρομοι που χρησιμοποιούνται για μεταφορές αντικειμένων, αλλά και για την πρόσβαση στις θέσεις εργασίας, πρέπει να είναι σαφώς καθορισμένοι με διαγράμμιση, ή όπου χρειάζεται με κάγκελα, ελεύθεροι από εμπόδια, χωρίς ανωμαλίες στο δάπεδο και υλικά που τους καθιστούν ολισθηρούς, με το κατάλληλο πλάτος και φωτισμένοι επαρκώς. Οι διάδρομοι κίνησης των πεζών πρέπει να είναι διαφορετικοί από τους διαδρόμους που κινούνται τα περονοφόρα οχήματα. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγονται τα ατυχήματα από πτώσεις, προσκρούσεις και συγκρούσεις, η μεταφορά των υλικών και η μετακίνηση των εργαζομένων γίνεται εύκολα, ενώ σημειώνονται λιγότερες ή και καθόλου ζημιές υλικών και έτοιμων προϊόντων λόγω πτώσης τους από τα μέσα μεταφοράς.

ΕΞΟΔΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: Οι έξοδοι κινδύνου και οι διάδρομοι που οδηγούν προς αυτές πρέπει να διαθέτουν κατάλληλη σήμανση, το αναγκαίο πλάτος, εφεδρικό φωτισμό και να μην έχουν εμπόδια. Οι θύρες κινδύνου να ανοίγουν προς τα έξω και να είναι πάντοτε ξεκλείδωτες και να υπάρχει σχέδιο έκτακτης ανάγκης και εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι στην ασφαλή εκκένωση των χώρων εργασίας. Μία κατάσταση έκτακτης ανάγκης μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή και στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να μπορούν οι εργαζόμενοι να εκκενώσουν το χώρο εύκολα, γρήγορα και με ασφάλεια.

ΚΟΙΝΟΧΡΗΣΤΟΙ ΧΩΡΟΙ : Στους χώρους εργασίας πρέπει να υπάρχει κατάλληλος αριθμός αποχωρητηρίων και νιπτήρων, που θα καθαρίζονται συχνά, λουτρά, εφόσον το είδος της εργασίας το απαιτεί, χώρος αποδυτηρίων και τα απαραίτητα ιματιοφυλάκια, καθώς και χώρος ανάπαυσης και φαγητού. Πρέπει επίσης να υπάρχουν υλικά πρώτων βοηθειών και τα φάρμακα πρώτης ανάγκης, τα οποία να φυλάσσονται σε

κατάλληλα φαρμακεία, σε σημεία με σχετική σήμανση και εύκολη πρόσβαση.

ΣΗΜΑΝΣΗ : Πρέπει να υπάρχει επαρκής, ορατή και κατανοητή από όλους τους εργαζόμενους σήμανση σε κάθε σημείο που υπάρχει κίνδυνος, απαγορεύεται η εκτέλεση κάποιας ενέργειας, είναι υποχρεωτική κάποια συμπεριφορά ή ενέργεια, υπάρχει τοποθετημένο πυροσβεστικό υλικό, υπάρχουν οδοί διαφυγής και έξοδοι κινδύνου ή μέσα βοήθειας. Όταν υπάρχουν δοχεία και σωληνώσεις που περιέχουν ή μεταφέρουν επικίνδυνες ουσίες πρέπει να έχουν κατάλληλη ετικέτα που να υποδεικνύει τον τύπο του κινδύνου, το όνομα της ουσίας, και τρόπους ασφαλούς χρήσης της.

ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΘΕΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Όταν διαμορφώνονται θέσεις εργασίας, πρέπει το ύψος της επιφάνειας εργασίας να βρίσκεται περίπου στο ύψος των αγκώνων, τα αντικείμενα, τα υλικά που χρησιμοποιούν και τα χειριστήρια που χειρίζονται οι εργαζόμενοι να βρίσκονται σε θέσεις τέτοιες ώστε να μπορούν να τα φτάσουν δίχως να χρειάζεται να σκύβουν, να τεντώνονται, να στρίβουν την μέση τους, να τεντώνουν τα χέρια τους ή ν' ασκούν μεγάλη δύναμη. Συνίσταται οι θέσεις εργασίας να είναι διαμορφωμένες έτσι ώστε οι εργαζόμενοι να μπορούν να εναλλάσσουν την καθιστή με την όρθια θέση. Γιατί οι μη σωστά διαμορφωμένες θέσεις εργασίας προκαλούν άσκοπη κόπωση των εργαζομένων, μείωση της ποσότητας και της ποιότητας της παραγωγής και αυξημένες απουσίες και αναρρωτικές άδειες, λόγω προβλημάτων του μυοσκελετικού συστήματος. Οι εργαζόμενοι να εναλλάσσουν βαριά με ελαφριά εργασία και να κάνουν συχνά, μικρής διάρκειας διαλείμματα. Σε θέσεις εργασίας όπου γίνεται απελευθέρωση επικίνδυνων αερίων, καπνών, ατμών, και σκόνης να απορροφώνται με τοπικό απαγωγό εξαερισμό τοποθετημένο κοντά στην

πηγή τους. Οι εργαζόμενοι δεν πρέπει να βρίσκονται σε ρεύματα θερμού ή ψυχρού αέρα που δημιουργούν τα ανοίγματα και τα κλιματιστικά σώματα.

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΧΕΙΡΟΣ : Τα εργαλεία χειρός πρέπει να είναι ελαφριά, βολικά στο χειρισμό τους, να μην τραυματίζουν το χρήστη τους, να έχουν ηλεκτρικά μονωμένη λαβή, να ταιριάζουν καλά στην εργασία για την οποία προορίζονται, να μην κάνουν πολύ θόρυβο και δονήσεις, να διαθέτουν διατάξεις ασφαλείας, να επισκευάζονται και να συντηρούνται εύκολα, να φέρουν το σήμα CE.

ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ : Όταν ο εργοδότης επιλέγει μηχανήματα, πρέπει να διαλέξει αυτά που δεν κάνουν πολύ θόρυβο και δονήσεις, έχουν κατάλληλες ασφαλιστικές διατάξεις, τροφοδοτούνται, χειρίζονται, συντηρούνται και επισκευάζονται γρήγορα και εύκολα. Όταν εγκαθίστανται μηχανήματα που παράγουν θόρυβο και δονήσεις, πρέπει να στηρίζονται σε βάσεις φτιαγμένες από υλικά που απορροφούν το θόρυβο και τις δονήσεις. Τα μηχανήματα ή τα μέρη τους που παράγουν θερμότητα ή ψύχος πρέπει να απομονώνονται με κατάλληλα υλικά.

Τα εργαλεία και τα μηχανήματα πρέπει να συντηρούνται συχνά, γιατί πολλά ατυχήματα συμβαίνουν όταν αυτά παθαίνουν βλάβες και εμπλοκές λόγω φθοράς.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ : Οι εργαζόμενοι πρέπει να εκπαιδεύονται στην καλή και ασφαλή χρήση των εργαλείων, αλλά και να επανεκπαιδεύονται σε κάθε αλλαγή της τεχνολογίας.

ΜΕΣΑ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Η καλύτερη προστασία είναι η εξάλειψη του κινδύνου. Αν αυτό δεν είναι πρακτικά δυνατό, ο εργαζόμενος δεν πρέπει να έρχεται σε επαφή με

τον κίνδυνο. Αυτό γίνεται εφόσον τοποθετηθούν προστατευτικές διατάξεις ανάμεσα σ' αυτόν και τον κίνδυνο. Οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι θωρακισμένοι με μέσα ατομικής προστασίας όπως ωτοασπίδες, γάντια, μάσκες, κράνη κ. α. Η επιλογή των μέσων αυτών πρέπει να γίνει με προσοχή, ώστε να είναι κατάλληλα για τον κίνδυνο από τον οποίο πορέπει να προστατευθούν οι εργαζόμενοι, να μη δυσκολεύουν την εκτέλεση της εργασίας, να ταιριάζουν στους εργαζόμενους που θα τα φορέσουν, να μην κινδυνεύουν ν' αποτελέσουν τα ίδια πηγή κινδύνου, να εκπαιδεύονται οι εργαζόμενοι για τη χρήση τους και να φέρουν το σήμα CE.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Γενικά :

Η εκρηκτική πρόοδος της ανθρωπότητας αποδίδεται στη βιομηχανική επανάσταση με συνέπεια, να ζούμε σε μια κοινωνία στην οποία, το μεγαλύτερο ποσοστό των πωλητών εργάζεται σε εξαρτημένη εργασία, δηλαδή σε κάποιο εργοδότη. Αυτό συνεπάγεται ευθύνες και απαιτήσεις, που δεν νοούνται για τους αυτοαπασχολούμενους . Ευνόητα είναι συνεπώς τα προληπτικά, για διασφάλιση της υγείας, μέτρα, για τους εργαζόμενους. Η πρόληψη, λοιπόν, θα θεωρηθεί ως το κυριότερο ίσως, μέλημα της ιατρικής της εργασίας. Η σημασία της πρόληψης, γενικά, διαφαίνεται από το γεγονός ότι στις Η.Π.Α. οι ειδικοί προβλέπουν για το έτος 2000 ότι η προληπτική ιατρική θα αφορά το 75 % και το 25 % μόνον θα αποτελεί ο τομέας της θεραπευτικής ιατρικής.

Η προληπτική ιατρική, μέσα στα πλαίσια της ιατρικής της εργασίας, γενικά, αφορά την έρευνα των εναλλασσόμενων σχέσεων μεταξύ του ανθρώπου και της επαγγελματική του δραστηριότητας καθώς και μια ειδική ανάλυση όλων των ιατρικών προβλημάτων που έχουν σχέση με την επίδραση της εργασίας.

Οι στόχοι της Ιατρικής της Εργασίας καθορίστηκαν το 1950 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και είναι :

1. Η προώθηση και διατήρηση της σωματικής, ψυχοδιανοητικής και κοινωνικής και κοινωνικής ευεξίας των εργαζομένων .

2. Η λήψη μέτρων (πρόληψη) ώστε οι εργαζόμενοι να μην υποστούν βλάβη της υγείας τους ως συνέπεια των εργασιακών συνθηκών .

3. Η τοποθέτηση και διατήρηση του εργαζόμενου σε επαγγελματικό περιβάλλον προσαρμοσμένο στις σωματικές και ψυχολογικές του δυνατότητες, δηλαδή γενικά η προσαρμογή της εργασίας στον άνθρωπο, και του κάθε ανθρώπου ξεχωριστά, στην συγκεκριμένη εργασία.

Το 1957 η ίδια επιτροπή καθόρισε το περίγραμμα του Ιατρού Εργασίας ως εξής : Ο Ιατρός Εργασίας θα πρέπει να είναι σε θέση να προσδιορίζει τις βλαπτικές νοσογόνες επιδράσεις του επαγγελματικού περιβάλλοντος, την ανικανότητα για εργασία και την απόδοση σε αυτή. Πρέπει επίσης να προσδιορίζει τους επαγγελματικούς παράγοντες που είναι δυνατό να οδηγούν σε ψυχολογικό stress, ατυχήματα, έλλειψη προσαρμοστικότητας, ψυχονευρώσεις και λοιπές επαγγελματικές νόσους.

Ο Ιατρός αλλά και κατά συνέπεια ο νοσηλευτής Εργασίας θα πρέπει να κατέχει τις απαραίτητες τεχνικές γνώσεις ώστε να μπορεί να προσδιορίσει τη βαρύτητα της εργασίας σε σχέση με τις ψυχοσωματικές ικανότητες του εργαζόμενου, συμβάλλοντας έτσι στη σωστή διαμόρφωση των θέσεων και του περιβάλλοντος της εργασίας.

Τέλος, και πιο προωθημένα, οφείλει να κατέχει σε ικανό βαθμό την Ιατρική στο σύνολο της σε τρόπο που με την γνώση της τεχνικής και με την αποκτώμενη εμπειρία του να συμβάλλει στην υγεία του συνόλου του πληθυσμού.

Από αυτό διαφαίνεται ότι ο ρόλος του Ιατρού Εργασίας είναι δύσκολος για αυτό και θα πρέπει ο Ιατρός Εργασίας με υπομονή και μεθοδικότητα να αποδείξει τη σημασία και την αναγκαιότητα του

μέσα στην επιχείρηση προς όλες τις κατευθύνσεις, διότι είναι γνωστό ότι οι υγιείς και αρτιμελείς εργαζόμενοι παρουσιάζουν υψηλή παραγωγικότητα, συνέπεια της οποίας είναι η ευημερία του συνόλου πληθυσμού της γης.

Ο Ιατρός Εργασίας πρέπει να δίνει υπεύθυνες λύσεις αντιμετώπισης του οποιοδήποτε προβλήματος σφαιρικά, διαφυλάσσοντας την υγεία και σωματική ακεραιότητα του εργαζόμενου αλλά και προστατεύοντας τη ζωή τρίτων, μη άμεσα εμπλεκόμενων στη συγκεκριμένη εργασία.

Η ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ :

Οι παθολογικές καταστάσεις που συνδέονται με την εργασία εξαρτώνται από τις : συνθήκες του περιβάλλοντος και τη συμπεριφορά του ατόμου (ιδιοσυστασία).

Η ιατρική της παρακολούθησης συνίσταται σε εξετάσεις :

1. **Κατά την έναρξη της εργασίας.** Περιλαμβάνονται :το επαγγελματικό και ιατρικό ιστορικό, η φυσική εξέταση, η ανάλυση των απαιτήσεων της εργασίας και η ενδεχόμενη δυσμενής επίδραση της στην υγεία. Παρουσιάζει επίσης τη θέση εργασίας του ατόμου και χρησιμεύει ως βασική γραμμή για σύγκριση με μελλοντικές δοκιμασίες.
2. **Περιοδικές .** Με αυτές παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα των αρχικών προληπτικών μέτρων, στα πλαίσια μιας συνεχούς τροποποιήσεις – βελτίωσης των ελέγχων και μεθόδων προστασίας του προσωπικού. Το περιεχόμενο και η συχνότητα των περιοδικών εξετάσεων του εργαζομένου εξαρτάται από την παθοφυσιολογία και τοξικολογία του κινδύνου και του διαστήματος έκθεσης, καθώς και από το ιατρικό ιστορικό.

3. **Μετά απουσία λόγω ασθένειας.** Οι εξετάσεις γίνονται συνήθως όταν η απουσία είναι σχετικά μακρόχρονη. Αν βέβαια η απουσία μπορεί να αποδοθεί σε παθολογική κατάσταση, που έχει άμεση σχέση με την εργασία (π.χ. νεφροπάθεια), η εξέταση πρέπει να γίνεται ανά μικρότερο χρονικό διάστημα. Οι εξετάσεις αυτές διασφαλίζουν τους απουσιάζοντες από τον κίνδυνο της επανάληψης της έκθεσης τους στους βλαπτικούς παράγοντες.

4. **Μετά την αποχώρηση :** Οι εξετάσεις αυτές είναι δύσκολο να επιτευχθούν και σπάνια διενεργούνται ως ρουτίνα. Με αυτές που γίνονται στο χρόνο της αποχώρησης (π.χ. εξετάσεις εξόδου) μπορεί να εντοπισθούν οι εργαζόμενοι που είναι ευαίσθητοι, πράγμα που τους οδηγεί σε πιο αποτελεσματικό έλεγχο. Συνεχιζόμενη επιτήρηση, μετά την διακοπή απασχόλησης, μπορεί να είναι επιθυμητή για πρόσωπα τα οποία έχουν εκτεθεί σε παράγοντες με επιβραδυνόμενη βλαπτική επίδραση (π.χ. αμίαντος). Με την επιτήρηση αυτή μπορεί να εντοπισθεί εγκαίρως μια παθολογική κατάσταση και να οδηγήσει το άτομο στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Ο σκοπός των ιατρικών εξετάσεων είναι :

1. Να αναγνωρισθούν τα άτομα που δέχθηκαν τη δυσμενή επίδραση του εργασιακού χώρου.
2. Να εκτιμηθούν οι διάφορες παράμετροι του εφαρμοσμένου προγράμματος.
3. Να ενθαρρυνθεί, με βάση τα παραπάνω, η αναζήτηση ασφαλέστερων μεθόδων εργασίας και η προσπάθεια για περιορισμό επιβλαβών έξεων .

Στην εποχή του μεσοπολέμου η εργασιακή ιατρική περιοριζόταν μόνο σε «ποιμαντική» επιτήρηση και «θεραπεία » των επαγγελματιών νοσημάτων. Σήμερα, ο κύριος στόχος της εργασιακής ιατρικής είναι η **ΠΡΟΛΗΨΗ** των νοσημάτων που προκαλείτε από

μη υγιεινές και μη ασφαλείς συνθήκες εργασίας. Η **ΠΡΟΛΗΨΗ** εξαρτάται από τον περιορισμό και τον έλεγχο των αιτιολογικών παραγόντων.

Οι **επαγγελματικές ασθένειες** κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες, ανάλογα με το αν η εργασία 1) είναι μοναδική αιτία (π.χ. μολυβδίαση) , 2) είναι συμβάλλουσα αιτία (π.χ. στεφανιαίες καρδιακές βλάβες από το διθειανθρακα) και 3) ενεργεί στην εμφάνιση μιας λανθάνουσας κατάστασης η επιδεινώνει μια προϋπάρχουσα ασθένεια (π.χ. έκζεμα).

Υπάρχουν πολλές ατέλειες όχι μόνο στον τρίτο κόσμο, αλλά και σε χώρες με « μοντέρνα » νομοθεσία και σύγχρονες υπηρεσίες επαγγελματικής υγιεινής. Οι ατέλειες εντοπίζονται στην αναγνώριση της επαγγελματικής ασθένειας και στον έλεγχο αναγνωρισμένων επαγγελματικών κινδύνων.

Στη Μ. Βρετανία εκτιμάται ότι από το σύνολο των ατόμων με επαγγελματική ασθένεια μόνο το 1/5 είναι αναγνωρισμένο επίσημα (επιδοτείται). Στη Φιλαδέλφεια αντίθετα υπάρχει πιο σύγχρονο συστημα καταγραφής του επαγγελματικού δείκτη ασθενειών. Η Φιλαδέλφεια με τον τρόπο αυτό καταγράφει περίπου τρεις φορές περισσότερες επαγγελματικές ασθένειες από ότι η Μ. Βρετανία ανά εκατομμύριο απασχολούμενων (1857 έναντι 626 το έτος 1980).

Το N.I.O.S.H. (National Institute for Occupation Safety and Health) έχει στη λίστα του 10 επαγγελματικές ασθένειες, οι οποίες δεν μπορούν να αποφευχθούν.

Η σημασία των ιατρικών εξετάσεων έγκειται στο/η :

1. **Αναγνώριση του κινδύνου**
2. **Έλεγχο για γνωστούς η ύποπτους κινδύνους**
3. **Έλεγχο Ατομικής ευαισθησίας**
4. **Έλεγχο Συμπεριφοράς**

Η σημασία της συστηματικής διαχρονικής παρακολούθησης σχετικά με : 1) Τις ιατρικές εξετάσεις, 2) Τον έλεγχο περιβάλλοντος και 3) Την εκπαίδευση του εργασιακού δυναμικού με πλήρη ενημέρωση ως προς τους πιθανούς κινδύνους, θα μπορούσε να οδηγήσει, πρακτικά, στην κατάργηση της ιατρικής παρακολούθησης .

Προληπτική ιατρική στο εργασιακό περιβάλλον :

Η πρόληψη στο εργασιακό περιβάλλον στοχεύει στην προστασία της υγείας των εργαζομένων από τους διάφορους φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που απειλούν αυτή, κατά τη διάρκεια της εργασίας . Επίσης στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση βλαβών της υγείας που οφείλονται στην εργασία ή επηρεάζουν την καταλληλότητα προς εργασία ή απειλούν την υγεία άλλων εργαζομένων. Οι προληπτικές ιατρικές εξετάσεις, προκειμένου να εξυπηρετούν τους πιο πάνω στόχους, θα πρέπει να συνοδεύονται από μια σειρά από δραστηριότητες στο περιβάλλον και στις συνθήκες εργασίας. Ο σχεδιασμός, η λειτουργία, το προσωπικό και ο εξοπλισμός των υπηρεσιών της ιατρικής της εργασίας θα πρέπει να ακολουθούν επιστημονικά καθορισμένες αρχές οργάνωσης. Η στενή σχέση των υπηρεσιών ιατρικής της εργασίας και των άλλων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να είναι εξασφαλισμένη.

Η αδυναμία της θεραπευτικής ιατρικής, παρά τα σύγχρονα τεχνολογικά επιτεύγματα και τη συνεχή αύξηση των σχετικών δαπανών που επιφέρει ουσιαστική βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες βιομηχανικές χώρες, οδήγησε στην αναζήτηση ελπίδων στην προληπτική ιατρική.

Η προληπτική ιατρική γνώρισε τα τελευταία 20 έτη μια νέα ανάπτυξη στις χώρες αυτές. Παρουσιάζεται με την μορφή της

δευτερογενούς πρόληψης, κυρίως σε προγράμματα διαλογής η πολυφασικού ελέγχου (check – up). Τα προγράμματα αυτά είναι ιδιαίτερα δημοφιλή σε ορισμένες χώρες, η αποτελεσματικότητά τους ωστόσο αμφισβητείται – η πραγματική εκτίμηση τους δεν μπορεί να γίνει παρά μετά από αυστηρή επιστημονική αξιολόγηση του καθενός από αυτά.

Τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής σε ομάδες εργαζομένων είναι τα πιο διαδεδομένα και παρουσιάζουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά:

α) Απευθύνονται σε σχετικά κλειστές ομάδες πληθυσμού και άρα είναι δυνατές οι συγκρίσεις σε επανέλεγχό τους, καθώς και η αξιολόγηση των προληπτικών μέτρων που εφαρμόζονται.

β) Οι εργαζόμενοι είναι εκτεθειμένοι σε μια σειρά ειδικούς φυσικούς, χημικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς παράγοντες, που επηρεάζουν άμεσα η έμμεσα την υγεία τους στο εργασιακό περιβάλλον,

γ) Με τα προγράμματα αυτά είναι εφικτός ένας αποτελεσματικός συνδυασμός πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης. Ειδικότερα η πρωτογενής πρόληψη, που περιλαμβάνει παρέμβαση στους παθογενετικούς παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον, διευκολύνεται από την δευτερογενή με την οποία ακριβώς επισημαίνεται η δράση των παραγόντων αυτών.

δ) Τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής καλύπτουν μια σημαντική ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Θα μπορούσε δηλαδή να λεχθεί ότι καλύπτουν μια καταναλωτική ανάγκη. Η κάλυψη της ανάγκης αυτής στους εργαζομένους μιας επιχείρησης, συχνά γίνεται μέσον που εξυπηρετεί την άσκηση της σύγχρονης διοίκησης επιχειρήσεων (management).

Τα ιδιαίτερα αυτά χαρακτηριστικά διαφοροποιούν τόσο τις δραστηριότητες, όσο και τον τύπο οργάνωσης των υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής που απευθύνονται στους εργαζόμενους, συγκριτικά με αυτές που απευθύνονται στο γενικό πληθυσμό.

Δραστηριότητες προληπτικής ιατρικής στο εργασιακό περιβάλλον

Στόχοι : Οι δραστηριότητες προληπτικής ιατρικής στο εργασιακό περιβάλλον στοχεύουν στα επόμενα

- α) Έγκαιρη διάγνωση των βλαβών της υγείας ενός εργαζόμενου, που θα μπορούσαν να απειλήσουν την υγεία των άλλων εργαζομένων.
- β) Έγκαιρη διάγνωση των βλαβών της υγείας που δεν σχετίζονται άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον, ως προς την αιτιολογία τους, π.χ. καρκίνος της μήτρας, καρκίνος του μαστού κ.α .

Ακολουθούνται ορισμένοι βασικοί κανόνες. Ειδικότερα : 1) Αναζητούν ασθένειες σχετικά σοβαρές, συχνές, με γνωστή φυσική σειρά, με προκλινικό στάδιο και για τις οποίες διαθέτουμε αποτελεσματική θεραπεία. Και 2) Η μέθοδος ανίχνευσης πρέπει να χαρακτηρίζεται από ασφάλεια απλότητα, ταχύτητα, αυθεντικότητα, ακρίβεια, ευαισθησία, ειδικότητα αποδοχή από τον εξεταζόμενο, και χαμηλό κόστος.

- γ) Έγκαιρη διάγνωση των βλαβών της υγείας που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η σχέση είναι διπλή. Συγκεκριμένα υπάρχουν οι βλάβες της υγείας που οφείλονται σε παράγοντες, π.χ. βαρηκοΐα κ.α . Υπάρχουν όμως και βλάβες της υγείας, που δεν οφείλονται στις συνθήκες εργασίας αλλά που επιδεινώνονται σε ορισμένες συνθήκες εργασίας, π.χ. επιβάρυνση ενός ελαφρού, ασυμπτωματικού στραβισμού στους εργαζομένους σε οθόνες ηλεκτρονικών υπολογιστών.

δ) Παρέμβαση στους νοσογόνους παράγοντες του περιβάλλοντος και στον τρόπο ζωής. Οι περισσότερες βλάβες της υγείας οφείλονται σε επιδράσεις φυσικών, χημικών, βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων του περιβάλλοντος. Πολλοί από τους παράγοντες αυτούς βρίσκονται στο εργασιακό περιβάλλον. Αν σκεφτούμε ότι ο άνθρωπος περνά το 1/4 τουλάχιστο του χρόνου του ως εργαζόμενος, αλλά και το ότι οι όροι εργασίας επηρεάζουν γενικότερα τον τρόπο ζωής του, κατανοούμε τη σημασία της παρέμβασης στο περιβάλλον της εργασίας.

Ιατρικές εξετάσεις εργαζόμενων :

Οι εξετάσεις στις οποίες πρέπει να υποβάλλονται οι εργαζόμενοι διακρίνονται στις επόμενες κατηγορίες :

A) Εξετάσεις που στοχεύουν να ανιχνεύσουν βλάβες της υγείας, που η συχνότητα τους στους εργαζομένους μιας κατηγορίας, δεν διαφέρει ιδιαίτερα από το γενικό πληθυσμό.

B) Εξετάσεις που στοχεύουν να ανιχνεύσουν πρώιμες βλάβες της υγείας από έκθεση σε συγκεκριμένους βλαπτικούς παράγοντες.

Γ) Οι εξετάσεις, που αναζητούν το βαθμό έκθεσης του εργαζομένου σε ένα βλαπτικό παράγοντα.

Δ) Οι εξετάσεις που αναζητούν κάποια βλάβη της υγείας πριν από την πρόσληψη του εργαζομένου.

Μελέτη των συνθηκών εργασίας και παρέμβαση σε αυτές :

Εκτός από τις εξετάσεις των εργαζομένων ο γιατρός επισκέπτεται και εξετάζει τους χώρους εργασίας με σκοπό :

α) Να γνωρίζει τις ακριβείς συνθήκες εργασίας ώστε να κρίνει για την καταλληλότητα του εργαζομένου για μια θέση εργασίας.

β) Να προτείνει τρόπους και μέσα για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, με σκοπό την προστασία και προαγωγή της υγείας των εργαζομένων.

γ) Να συσχετίζει τις συνθήκες εργασίας με τις διάφορες παθολογικές εκδηλώσεις που διαπιστώνει στους εργαζομένους.

Οι εξετάσεις των συνθηκών εργασίας περιλαμβάνουν τις μετρήσεις των φυσικών παραγόντων (ήχου, φωτισμού, δονήσεων θερμοκρασίας) και των χημικών ή βιολογικών παραγόντων που τυχόν υπάρχουν στο περιβάλλον της εργασίας.

Επίσης, περιλαμβάνουν ανάλυση του ρυθμού της εργασίας, της στάσης του εργαζομένου, των αισθητηριακών ή ψυχικών φορτίσεων στις οποίες υποβάλλεται και των διαστάσεων της θέσης εργασίας, σε σχέση με τις διαστάσεις και κινήσεις του εργαζομένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ
ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΣΤΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΣΤΟΝ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

Γενικά :

Η ύπαρξη μιας οργανωμένης ομάδας ατόμων σ' ένα εργασιακό χώρο που θα μεριμνά και θα στήνει τη δράση της καθαρά και μόνο στην ασφάλεια και την υγεία των εργαζομένων σίγουρα αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα για την μείωση πιθανών νόσων και ατυχημάτων στον χώρο εργασίας τους .

Αναφερόμαστε στη σύσταση επιτροπών υγείας και ασφαλείας που με διάφορα προγράμματα προσπαθούν να τελειοποιήσουν τα συστήματα λειτουργίας και οργάνωσης μιας επιχείρησης και να διαμορφώσουν κατάλληλα το εργασιακό περιβάλλον με απώτερο σκοπό την αποφυγή ατυχημάτων.

Αποτελεσματικά προγράμματα ασφάλειας και υγιεινής στο εργασιακό περιβάλλον ουσιαστικά σημαίνουν :

1. Μείωση της έκτασης και της βαρύτητας των σχετιζόμενων με την εργασία κακώσεων και νόσων
2. Βελτίωση του ηθικού και της παραγωγικότητας των εργαζομένων
3. Μείωση του κόστους των εργατικών αποζημιώσεων .

Χαρακτηριστικά υποδειγματικών εργασιακών χωρών :

Απαραίτητη πρέπει να' ναι η ύπαρξη και χρήση οργανωμένων και συστηματικών πολιτικών, που σκοπό έχει την ανάθεση ευθυνών στους αντίστοιχους ρόλους, δηλαδή στους διευθυντές, επιστάτες και

εργαζόμενους, την τακτική επιθεώρηση για πηγές κινδύνου με σκοπό τον έλεγχο τους και εν τέλει το συντονισμό και εκπαίδευση όλων των εργατών για την εξάλειψη η/και την αποφυγή των πηγών κινδύνου.

Ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα υγείας και ασφάλειας περιέχει εφόδια για τη συστηματική αναγνώριση, εκτίμηση και πρόληψη των εστιών κινδύνου και τον έλεγχο τους και ερευνά παραπέρα των ειδικών απαιτήσεων του Νόμου για την ανάδειξη όλων των εστιών κινδύνου. Επίσης, θα πρέπει να μεριμνάτε η καταγραφή του προγράμματος, παρ' ότι η γραφική δουλειά είναι λιγότερο σημαντική από την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Τα μεγέθη και η πολυπλοκότητα του εργασιακού χώρου και των διαδικασιών αυξάνουν συνεχώς ώστε διαρκώς και αντίστοιχα να χρειάζονται περισσότερες γραπτές οδηγίες.

Δέσμευση της διοίκησης-συμμετοχή των εργαζομένων

Για την εφαρμογή ενός τέτοιου προγράμματος και την επίτευξη του τελικού στόχου κατά το δυνατόν με τη μέγιστη αποτελεσματικότητα απαιτείται η δίπολη συμβολή των εργαζόμενων αλλά και της διοίκησης. Η δέσμευση της τελευταίας και η εμπλοκή των εργατών είναι συμπληρωματικό το ένα του άλλου. Η διοίκηση, από τη μια, εφοδιάζει κίνητρα και πόρους για την οργάνωση και τον έλεγχο αυτών των δραστηριοτήτων μέσα στην επιχείρηση ενώ η συμμετοχή των εργαζομένων, από την άλλη πλευρά, εκφράζει τη δική τους δέσμευση στην προστασία της ασφάλειας και υγιεινής.

Για την υλοποίηση του προγράμματος θα πρέπει να υπάρχει μια διαυγής πολιτική για την ασφάλεια και την υγιεινή στο εργασιακό χώρο ενώ η διοίκηση που εμπλέκεται πρέπει να είναι κοινά αποδεκτή απ' όλους. Παράλληλα, χρειάζεται ενθάρρυνση των

εργαζομένων στο να εμπλακούν στο πρόγραμμα και σε αποφάσεις που επηρεάζουν την ασφάλεια και την υγεία τους μέσω :

1. Επισκόπησης με ομάδες για τις εστίες κινδύνου
2. Ανάπτυξης / αναθεώρησης κανόνων ασφαλείας
3. Εκπαίδευσης των νέων εργατών
4. Βοήθειας στις ανακρίσεις ατυχημάτων

Τέλος, και βασικότερα, η ανάθεση και μετάδοση ευθυνών, η διατήρηση όλων υπόλογους στο ν' αντιμετωπίσουν την υπευθυνότητα τους θα θέσει γερές βάσεις στην εφαρμογή του προγράμματος ενώ μια τουλάχιστον ετήσια ανασκόπηση απαιτείται για επανεκτίμηση, την τακτοποίηση αδυναμιών και την ενδεχόμενη αναθεώρηση για επαναεφαρμογή του.

Μελέτη εργασιακού χώρου :

Η μελέτη του χώρου εργασίας συνίσταται σε μια ποικιλία εξετάσεων για την ανακάλυψη όχι μόνο υπαρχόντων εστιών κινδύνου, αλλά επίσης μελλοντικών καταστάσεων και χειρισμών, οι οποίες πιθανά θα λάβουν χώρα και θα δημιουργήσουν νέες πηγές κινδύνου. Μια αποτελεσματική διοίκηση μελετά ενεργά την εργασία και το εργασιακό περιβάλλον με σκοπό να προλάβει και να προβλέψει επιβλαβείς καταστάσεις.

Για την ανακάλυψη όλων των πηγών κινδύνου απαιτείται καταρχήν ανακοίνωση περιεκτικών οδηγιών και περιοδικών μελετών. Εν συνεχεία, ακολουθεί μελέτη προγραμματιζόμενων και νέων εγκαταστάσεων, διαδικασιών, υλικών και εξοπλισμού και τέλος διεξαγωγή τακτικών μελετών –ρουτίνας– για τις πηγές κινδύνου στην εργασία.

Μια αποτελεσματική μελέτη του εργασιακού περιβάλλοντος θα πρέπει να εξασφαλίζει τακτικές επιθεωρήσεις για την ασφάλεια και

την υγιεινή του χώρου πρώτα –πρώτα. Να φροντίζει για έρευνες – ανακρίσεις ατυχημάτων η «παρ-ολίγον ατυχημάτων», ώστε να αναγνωρίζονται τα αίτιά τους και τα μέσα μελλοντικής πρόληψης και ταυτόχρονα να μεριμνά για μελέτη του τρόπου ανάπτυξης κακώσεων και ασθενειών ακόμα και σε σχέση με το χρόνο ώστε να ανακαλυφθούν και να προβλεφθούν τα πρότυπα δημιουργίας τους.

Τέλος, σημαντική είναι η ύπαρξη ενός αξιόπιστου συστήματος όπου δεν θα υπάρχει φόβος απόλυσης η αντίποινα κατά των εργαζόμενων όταν αυτοί ειδοποιούν την διοίκηση για φαινομενικά επικίνδυνες καταστάσεις και γενικότερα, η λήψη έγκαιρων και κατάλληλων μέτρων .

Πρόληψη και έλεγχος πηγών κινδύνου :

Βασικό μέρος των προγραμμάτων υγείας και ασφάλειας είναι και η πρόληψη, όπου όταν είναι εφικτό η αποτροπή κινδύνου απορεί μέσα από τον αποτελεσματικό σχεδιασμό της εργασίας ή του εργασιακού χώρου ειδάλλως οι επιτροπές φροντίζουν για έλεγχο των εστιών κινδύνου με στόχο την πρόληψη ανασφαλούς ή ανθυγιεινούς έκθεσης.

Η εξάλειψη κινδύνου ή ο έλεγχός του, πρέπει να λαμβάνει μέρος εντός ορισμένων χρονικών ορίων, ενώ η εξασφάλιση των διαδικασιών για διόρθωση ή έλεγχο κινδύνων, σε καθορισμένο χρόνο γίνεται μέσω :

1. Πολιτικών μηχανικών εφ'όσον υπάρχουν εφικτές και κατάλληλες τεχνικές.
2. Κατανοητικών διαδικασιών για την ασφαλή εργασία που ακολουθούνται σαν αποτέλεσμα εκπαίδευσης , θετική ενίσχυση τους, διόρθωση ανασφαλών εκτελέσεων τους, και επιβολή τους .

3. Προμήθεια προσωπικού προστατευτικού εξοπλισμού
4. Διαχειριστικό – διοικητικό έλεγχο .

Επίσης, στην πρόληψη ατυχημάτων σε ένα εργασιακό χώρο απαιτείται εξασφάλιση σωστής συντήρησης κτιρίου και εξοπλισμού και σχεδίαση σεναρίων και προετοιμασία για πιθανές επείγουσες καταστάσεις , εκπαίδευση και ασκήσεις as needed, όπως και ο καθορισμός ιατρικών προγραμμάτων (πρώτες βοήθειες στον εργασιακό χώρο – ύπαρξη ιατρού και άμεσης φροντίδας κοντά στο χώρο).

Εκπαίδευση ασφάλειας και υγιεινής :

Σ' αυτή τη φάση του προγράμματος οι ενέργειες απευθύνονται σε όλο το προσωπικό, υφιστάμενους και προϊστάμενους. Η προσφώνηση των ευθυνών ασφάλειας και υγιεινής θα πρέπει να γίνεται σ' όλους, ενώ πιο αποτελεσματικό είναι να ενσωματωθούν και άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα (σχέσεις απαιτήσεων παραγωγικότητας και πρακτικών εργασίας). Η πολυπλοκότητα της εκπαίδευσης εξαρτάται από το μέγεθος και την πολυπλοκότητα του εργασιακού χώρου και τη φύση των κινδύνων.

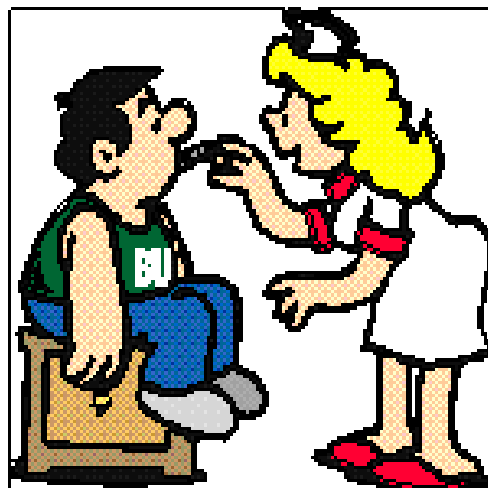
Όλοι οι εργαζόμενοι πρέπει να είναι σε θέση να καταλαβαίνουν τους κινδύνους στους οποίους εκτίθεται και το πως να προφυλάσσουν τους εαυτούς τους αλλά και τους άλλους από την έκθεση σε αυτούς τους κινδύνους.

Η εκπαίδευση των επιστατών είναι σημαντική ώστε να φέρνουν εις πέρας τις υπευθυνότητες τους στον τομέα ασφάλειας και υγιεινής που περιλαμβάνει: 1) την μελέτη της εργασίας υπό την αρμοδιότητα τους ώστε να αποκαλύπτουν μη αναγνωρισμένους δυνητικούς κινδύνους . 2) Διατήρηση των φυσικών προφυλάξεων στον εργασιακό χώρο. 3) Ενίσχυση της εκπαίδευσης των εργαζομένων διαμέσου

συνεχούς ανάδρασης (feed back) και αν χρειάζεται ενίσχυση των πρακτικών ασφαλούς εργασίας .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια τα προβλήματα του πληθυσμού των βιομηχανοποιημένων χωρών έχουν αυξηθεί και μαζί με τις διάφορες αλλαγές στην κατάσταση υγείας, έχει δοθεί έμφαση κυρίως στην υγεία, την προαγωγή αυτής και την αυτοφροντίδα. Το επίκεντρο φροντίδας εξάλλου, έχει μετατοπιστεί από τη θεραπεία στην πρόληψη και τη διατήρηση της υγείας.

Η υγεία βλέπεται ως αποτέλεσμα ενός τρόπου ζωής που κτίζει υγεία. Έτσι, σήμερα υπάρχει μια ευρεία ποικιλία τεχνικών και προγραμμάτων προαγωγής υγείας, που συμπεριλαμβάνουν πολύπλευρη προφύλαξη, προγράμματα παρακολούθησης υγείας εφόρου ζωής, προγράμματα περιβαλλοντικής ασφάλειας και ψυχικής υγείας, πρόληψης ατυχημάτων και διδασκαλίας. Εξάλλου, ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για δεξιότητες αυτοφροντίδας φαίνεται από τις δημοσιεύσεις, που αφορούν φροντίδα υγείας και ιατρική φροντίδα, και από συνδιασκέψεις και εργαστήρια που σχεδιάζονται για το κοινό. Οργανωμένα προγράμματα διδασκαλίας αυτοφροντίδας τονίζουν την προαγωγή υγείας, την πρόληψη νόσου, την αγωγή της αρρώστιας, την προαγωγή υγείας, την πρόληψη νόσου, την αγωγή της αρρώστιας, την αυτό-φαρμακοθεραπεία και τη χρήση του συστήματος φροντίδας υγείας.

Η νοσηλευτική προσαρμόζεται ώστε να είναι σε θέση να καλύπτει τις μεταβαλλόμενες ανάγκες και προσδοκίες υγείας. Έτσι, ως απόκριση στην ανάγκη για βελτίωση κατανομής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και μείωση του κόστους φροντίδας υγείας έχει διευρυνθεί ο ρόλος του Νοσηλευτή.

Όσον αφορά το εργασιακό περιβάλλον, καθοριστική είναι η συμβολή του νοσηλευτή εργασίας στο θέμα της πρόληψης και μείωσης των εργατικών ατυχημάτων. Από τη μια τόσο στη συμβολή του ως καθαρά παρεμβατικό όργανο για άμεση δράση σε τυχόν επείγουσα κατάσταση, ως φορέας πρωτογενούς πρόληψης, π.χ. συμβουλές προς τους εργαζόμενους για την υγεία και ασφάλειά τους, τακτικές εξετάσεις των υπάλληλων, όσο και ως εκπαιδευτής στο εργασιακό περιβάλλον.

Ο νοσηλευτής στο χώρο εργασίας εμφανίζει πολυπρισματικό χαρακτήρα, ωστόσο αυτό που μας ενδιαφέρει πιο πολύ να εξετάσουμε και να επισημάνουμε είναι η σημαντικότητά του στην εκπαίδευση των εργαζομένων ώστε εντέλει να επιτύχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλαδή την μείωση των εργατικών ατυχημάτων και την έγκαιρη αντιμετώπιση τους.

Μια συνεργασία μεταξύ ιατρού και νοσηλευτή εργασίας σίγουρα θα ήταν ότι καλύτερο όσον αφορά τα θέματα υγείας και ασφάλειας στον εργασιακό χώρο σε συνδυασμό με όσα προαναφέραμε. Δυστυχώς, όμως το σχήμα παρουσίας παράλληλα ιατρού και νοσηλευτή δεν συναντάται και έτσι δεν είναι εφικτό στις περισσότερες επιχειρήσεις, λόγω διάφορων παραγόντων, οικονομικών και μη.

Από τις επισκέψεις στις επιχειρήσεις που συμπεριλάβαμε, συναντήσαμε την ύπαρξη ιατρού εργασίας, στην πλειοψηφία αυτών, όχι όμως ταυτόχρονα και νοσηλευτή εργασίας. Ωστόσο ο ιατρός εργασίας, όργανο υποχρεωτικό και θεσμοθετημένο δεν συμβάλει αρκετά ικανοποιητικά στο θέμα πρόληψης και μείωσης των ατυχημάτων λόγω κυρίως έλλειψης χρόνου.

Η απασχόλησή του είναι συνήθως μερική, λίγων ωρών, όποτε και η συμβολή του στην εκπαίδευση των υπάλληλων είναι μικρή ή

και ανύπαρκτη πολλές φορές. Εδώ ακριβώς εντοπίζουμε το πρόβλημα και καλούμαστε, ν' αντιληφθούμε τη σπουδαιότητα ύπαρξης του νοσηλευτή εργασίας.

Οι νοσηλευτές εργασίας εργάζονται σε πλήρες ωράριο, όποτε και έχουν την δυνατότητα ολοκληρωμένης εκτίμησης των κινδύνων που ενδεχομένως απειλούν τους εργαζόμενους. Μετά την αξιολόγηση των υπάλληλων όσον αφορά το επίπεδο γνώσης τους σε θέματα υγείας και ασφάλειας, ο νοσηλευτής εύκολα μπορεί να οργανώσει την λειτουργία κάποιου προγράμματος εκμάθησης γνώσεων και δεξιοτεχνιών πρώτων βοηθειών, το οποίο δύναται να φροντίσει ώστε ανά τακτά χρονικά διαστήματα να επαναλαμβάνεται για ανανέωση της εκπαίδευσης.

Ωστόσο όμως ο νομοθέτης δεν προϋποθέτει την ύπαρξη νοσηλευτή εργασίας, ο οποίος αν και είναι θεσμοθετημένος είναι μη υποχρεωτικός. Εδώ θα μπορούσε να παρέμβει η κρατική πρωτοβουλία με τις ανάλογες νομοθετικές ενέργειες ή να συμβάλλει ο ίδιος ο εργοδότης της επιχείρησης και ο επιθεωρητής εργασίας.

Αν τελικά καταφέραμε να καλύψουμε έτσι την ανάγκη εφαρμογής ενός επαναλαμβανόμενου προγράμματος εκπαίδευσης πάνω στις πρώτες βοήθειες σίγουρα θα ανατρέπαμε πολλές δυσάρεστες εκβάσεις των ατυχημάτων στο εργασιακό περιβάλλον.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΕΡΕΥΝΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ- ΕΡΕΥΝΑ

ΥΛΙΚΟ :

Στην πτυχιακή μας εργασία συμπεριλάβαμε 236 εργαζόμενους σε βιομηχανικές επιχειρήσεις που έδρευαν στην Κρήτη.

Σε ιδιωτικές επιχειρήσεις του νομού Χανίων εργάζονται 78 άτομα (33%) ενώ οι υπόλοιποι 158 (67%) εργάζονται σε ιδιωτικές και δημόσιες επιχειρήσεις του νομού Ηρακλείου. Από τους τελευταίους 118 (50%) εργάζονται στην βιομηχανική περιοχή (ΒΙ.ΠΕ.)του Ηρακλείου σε ιδιωτικές επιχειρήσεις και 40 (17%) στη Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού (Δ.Ε.Η.) σε ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου (Λινοπεράματα).

Στην πλειοψηφία τους οι εργαζόμενοι ήταν άνδρες, 189 (80%), ενώ γυναίκες ήταν 47 (20%). Η μέση ηλικία τους ήταν στα 37, 5 χρόνια. Συγκεκριμένα για τους άνδρες η μέση ηλικία ήταν ? χρόνια και για τις γυναίκες ήταν ? χρόνια. Το εύρος της ηλικίας τους ήταν ?-?.

Απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ήταν το 23%, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το 34% και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το 14%.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Επιλέξαμε τις επιχειρήσεις με κριτήριο να είναι μεγάλες βιομηχανικές μονάδες όπου θεωρούσαμε ότι υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες γνώσεων πρώτων βοηθειών.

Επικοινωνούσαμε με τον διευθυντή ή τον υπεύθυνο βάρδιας και προγραμματίζαμε μία συνάντηση μαζί του στον χώρο εργασίας του. Εκεί εξηγούσαμε τις προθέσεις μας και την διαδικασία της έρευνας και απευθυνόμασταν εν συνεχεία στους ίδιους τους εργαζόμενους.

Δίναμε προς συμπλήρωση με επιτόπια συνέντευξη ένα ειδικό φύλλο ερωτηματολόγιου με 62 ερωτήσεις που αφορούν γνώσεις πρώτων

βοηθειών, θέλοντας να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα για τις γνώσεις και το επίπεδο γνώσεών τους πάνω σε επείγουσες καταστάσεις όσο και την ενδεχόμενη εμπειρία τους από εφαρμογή συγκεκριμένου προγράμματος εκπαίδευσης.

Η επεξεργασία όλων των δεδομένων της έρευνας μας έγινε με την βοήθεια των στατιστικών φύλλων Excel της εταιρείας λογισμικού Microsoft.

Το σύνολο των εργαζομένων το ομαδοποιήσαμε σε δύο υποομάδες.

Η **ομάδα Α** που περιλαμβάνει 40 εργαζομένους, που είχαν παρακολουθήσει στο παρελθόν μαθήματα εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών από άρτια και εξουσιοδοτημένη ομάδα του Ειδικού Κέντρου Άμεσους Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.), ενώ στην **ομάδα Β** συμπεριλήφθηκαν όλοι οι υπόλοιποι εργαζόμενοι, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ίδιο ερωτηματολόγιο, χωρίς να έχουν ποτέ εκπαιδευτεί στις πρώτες βοήθειες.

Αρκετές δυσκολίες συναντήσαμε κατά την διαπεραίωση της έρευνας μας. Μια βασική δυσχέρεια ήταν ο μικρός αριθμός εργαζομένων ανά βάρδια, οπότε ήταν αυτονόητο ότι δεν μπορούσαμε να συλλέξουμε μεγαλύτερο αριθμό ερωτηματολογίων. Μια άλλη δυσκολία στην συλλογή των δεδομένων ήταν η άρνηση των εργαζομένων να συμμετάσχουν και ότι ήταν αναγκασμένοι να συνεχίσουν τη ροή της εργασίας τους, κάτι που δεν τους έδινε την άνεση χρόνου να ασχοληθούν με το ερωτηματολόγιο.

Επίσης σημαντικό εμπόδιο ήταν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων ή η μεγάλη τους ηλικία, οπότε θέλοντας να συλλέξουμε ακριβή στοιχεία και να συγκεντρώσουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα για την μελέτη μας εντέλει φροντίσαμε για την διευκρίνιση αρκετών στοιχείων και για την αποσαφήνιση των αποριών τους.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: (Προαιρετικό).....

ΗΛΙΚΙΑ..... Τηλέφωνο.....

1. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο
 - Δημοτικό
 - Γυμνάσιο
 - Λύκειο
 - Α. Τ. Ε. Ι.
 - Α. Ε. Ι.
 - Τίποτα

2. Ποιο είναι το επάγγελμά σας
 - Εργάτης
 - Εργάτης μηχανών
 - Συντηρητής μηχανών
 - Διοικητικός υπάλληλος
 - Υπάλληλος Γραφείου

3. Κατατάξετε το επάγγελμά σας
 - Υψηλού κινδύνου για ατύχημα
 - Μέσου κινδύνου για ατύχημα
 - Χαμηλού κινδύνου για ατύχημα

4. Πόσους εργαζομένους απασχολεί η επιχείρησή σας
 - Λιγότερο από 70
 - 70-100
 - 100-200
 - 200-500
 - 500-1000

5. Κατά την γνώμη σας με τον όρο πρώτες βοήθειες εννοείται η
 - Παροχή βοήθειας στο χώρο εργοστασίου
 - Παροχή βοήθειας σε νοσοκομείο- κέντρο υγείας
 - Παροχή βοήθειας οπουδήποτε έχει συμβεί ατύχημα

6. Σε περίπτωση σοβαρού εργατικού ατυχήματος πρώτη προτεραιότητα έχει
 - Να φωνάξουμε τον προϊστάμενο
 - Παρέχουμε πρώτες βοήθειες
 - Να ενημερώσουμε την διεύθυνση

- Να φωνάξουμε βοήθεια
- 7. Να ενημερώσουμε το εργατικό κέντρο
 - Πρώτες βοήθειες δίδονται
 - Από νοσηλεύτη
 - Από γιατρό
 - Από οποιοδήποτε έχει γνώση πρώτων βοηθειών
 - Από το ΕΚΑΒ
- 8. Ξέρετε πως μετράμε τον σφυγμό ενός ατόμου
 - Ναι
 - Όχι
- 9. Πόσες σφίξεις είναι φυσιολογικές
 - 40-60 το λεπτό
 - 60-80 το λεπτό
 - 80-100 το λεπτό
 - Δεν Γνωρίζω
- 10. Ξέρετε τι μετράμε με τον σφυγμό ενός ατόμου
 - Ναι Τι
 - Όχι
- 11. Πού ελέγχουμε συνήθως τον σφυγμό
 - Στο καρπό του χεριού του τραυματία
 - Στο στήθος του τραυματία
 - Στην κοιλιά του τραυματία
- 12. Ξέρετε τι ελέγχουμε με τις αναπνοές ενός ατόμου
 - Ναι Τι
 - Όχι
- 13. Ξέρετε πως μετράμε τις αναπνοές ενός ατόμου
 - Ναι
 - Όχι
- 14. Πόσες αναπνοές είναι οι φυσιολογικές
 - 10-15 το λεπτό
 - 15-20 το λεπτό
 - 20-25 το λεπτό
 - 25-30 το λεπτό
 - Δεν Γνωρίζω

15. Πως ελέγχουμε συνήθως αν αναπνέει ένα άτομο
- Το ελέγχουν οι ιατροί και οι νοσηλευτές
 - Βλέπουμε τον θώρακα και την κοιλιά του αν κινούνται
 - Ψηλαφούμε με το χέρι μας τον λαιμό του τραυματία
16. Ξέρετε τι ελέγχουμε μετρώντας την αρτηριακή πίεση αίματος
- Ναι Τι
 - Όχι
17. Ξέρετε να μετράτε την αρτηριακή πίεση
- Ναι
 - Όχι
18. Πρέπει να μετράμε την αρτηριακή πίεση
- Μόνο στο δεξιό χέρι
 - Μόνο στο αριστερό χέρι
 - Και στα δύο χέρια
 - Δεν γνωρίζω
19. Ποια είναι τα φυσιολογικά όρια της αρτηριακής πίεσης
- 100-80
 - 120-100
 - 140-90
 - 160-100
 - Δεν Γνωρίζω
20. Ξέρετε πως και που μετράμε την θερμοκρασία ενός ατόμου
- Ναι
 - Όχι
21. Ξέρετε τι ελέγχουμε με την θερμοκρασία ενός ατόμου
- Ναι Τι.....
 - Όχι
22. Ποια είναι η φυσιολογική θερμοκρασία ενός ατόμου
- Μέχρι 36 βαθμούς Κελσίου
 - Μέχρι 37 βαθμούς Κελσίου
 - Μέχρι 37,5 βαθμούς Κελσίου
23. Πως επικοινωνείτε με το ΕΚΑΒ
- Ψάχνετε τον Χρυσό οδηγό
 - Τηλεφωνείτε στην αστυνομία

- Τηλεφωνείτε στο 166
24. Ποια πληροφορία πρέπει να αναφερθεί στο ΕΚΑΒ πρώτη
- Η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών
 - Η ηλικία των ασθενών
 - Τρόπος και το είδος ατυχήματος
25. Γνωρίζετε τι είναι υπερέκταση του αυχένα και γιατί πρέπει να γίνεται
- Ναι Γιατί
 - Όχι
26. Γνωρίζετε τι είναι καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση
- Είναι ο συνδυασμός τεχνητής αναπνοής και μαλάξεων της καρδιάς για να διατηρήσουμε στην ζωή τον τραυματία μέχρι να έρθει εξειδικευμένη βοήθεια
 - Χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής
 - Σύνδεση του τραυματία με ειδικό μηχάνημα υποστήριξης της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας
 - Δεν γνωρίζω
27. Γνωρίζετε τι είναι εξωτερική καρδιακή μάλαξη
- Ναι
 - Όχι
28. Η εξω-καρδιακή μάλαξη είναι
- Τοποθέτηση χεριών και απότομη πίεση πάνω στο στήθος σε άτομα που είναι αναισθητα
 - Τοποθέτηση χεριών και απότομη πίεση πάνω στο στήθος σε άτομα που δεν κτυπάει η καρδιά τους
 - Ηλεκτρική εκκένωση με ειδικό μηχάνημα στο θώρακα
 - Δεν γνωρίζω
29. Ξέρετε πόσες μαλάξεις πρέπει να κάνουμε σε ένα άτομο που έχει πάθει ανακοπή
- 40-60 / λεπτό
 - 60-80 / λεπτό
 - 80-100 / λεπτό
 - Δεν Γνωρίζω
30. Γνωρίζετε τι είναι τεχνητή αναπνοή
- Ναι
 - Όχι

31. Πόσες τεχνικές αναπνοές πρέπει να κάνομε σε ένα άτομο που έχει πάθει ανακοπή της αναπνοής

- 10-15 το λεπτό
- 15-20 το λεπτό
- 20-25 το λεπτό
- 25-30 το λεπτό
- Δεν Γνωρίζω

32. Πόσες μαλάξεις και εμφύσεις γίνονται στην καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση

- 1 μάλαξη και 1 εμφύσηση
- 5 μαλάξεις και 1 εμφύσηση
- 15 μαλάξεις και 1 εμφύσηση
- Δεν Γνωρίζω

33. Σε περίπτωση εγκαύματος τι είναι σωστότερο

- Πλύνουμε με άφθονο κρύο νερό το έγκαυμα
- Απολυμαίνουμε με οινόπνευμα
- Αφαιρούμε το καμένο δέρμα

34. Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας τι έχει προτεραιότητα

- Απομακρύνουμε το άτομο από τα καλώδια με οποιοδήποτε μέσο
- Απομακρύνουμε το άτομο από τα καλώδια με μονωτικά γάντια
- Κόβουμε το ρεύμα

35. Σε περίπτωση ακρωτηριασμού τι είναι σωστότερο

- Απολυμαίνουμε με Betatine – οινόπνευμα τα δυο άκρα το ακρωτηριασμένου μέλους και μεταφέρουμε τον τραυματία στο Νοσοκομείο
- Πιέζουμε δυνατά για να σταματήσει η αιμορραγία, αναζητούμε το κομμένο μέλος και μεταφέρουμε τον τραυματία στο Νοσοκομείο
- Τοποθετούμε καθαρές γάζες στο ακρωτηριασμένο μέλος και μεταφέρουμε τον τραυματία στο Νοσοκομείο

36. Σε περίπτωση ενσφήνωσης ξένου σώματος στο δέρμα (π.χ. σίδερο στο χέρι) τι είναι σωστότερο

- Τραβάμε το σφηνωμένο ξένο σώμα με δύναμη για να βγει και εφαρμόζουμε πιεστική επίδεση γύρω από την περιοχή για να σταματήσουμε την αιμορραγία
- Τοποθετούμε αποστειρωμένες γάζες γύρω από το ξένο σώμα για να το ακινητοποιήσουμε και φροντίζουμε για την άμεση μεταφορά του στο νοσοκομείο
- Τραβάμε το σφηνωμένο ξένο σώμα σιγά και φροντίζουμε για την άμεση μεταφορά του στο νοσοκομείο

37. Ύποπτα συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας είναι

- Πόνος και ευαισθησία της περιοχής που υποφέρει, βραδυκαρδία, απώλεια αισθήσεων
- Το δέρμα γίνεται ωχρο και κρύο, ο σφυγμός γρήγορος και αδύνατος ενώ συνυπάρχει λιποθυμική τάση, αδυναμία και ζάλη
- Ο πάσχων χάνει τις αισθήσεις του, έχει σπασμούς και κρύο ιδρώτα.

38. Συμπτώματα εμφράγματος συνήθως είναι

- Έντονος πόνος στην αναπνοή που ολοένα δυναμώνει
- Ίλιγγος η ζάλη
- Ξαφνικός έντονος πόνος στο στήθος

39. Σε περίπτωση ξαφνικού έντονου πόνου στο στήθος τι είναι σωστότερο

- Χαλαρώνουμε τα ρούχα του, δίνουμε μια ασπιρίνη και ειδοποιούμε το ΕΚΑΒ.
- Τοποθετούμε τον ασθενή σε καθιστική θέση και χαλαρώνουμε τα ρούχα του.
- Λέμε στον ασθενή να καθίσει και περιμένουμε μισή ώρα πριν ειδοποιήσουμε το ΕΚΑΒ.

40. Σε περίπτωση κατάγματος

- Ακινητοποιούμε και συγκρατούμε το τραυματισμένο μέλος.
- Μετακινούμε το τραυματισμένο μέλος ώστε να έλθει στη θέση του.
- Δένουμε με καθαρούς επιδέσμους το τραυματισμένο μέλος

41. Σε περίπτωση κατάγματος τι νάρθηκα μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε

- Ένα νάρθηκα φτιαγμένο από εφημερίδα
- Ένα νάρθηκα φτιαγμένο από ξύλο
- Ειδικό ιατρικό νάρθηκα εγκεκριμένο από τον ΕΟΚ
- Οποιοδήποτε νάρθηκα αρκεί να ακινητοποιήσουμε το τραυματισμένο μέλος

42. Τι είναι ποιο επείγον
- Μαζική αιμορραγία
 - Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση
43. Ποια θέση είναι η καταλληλότερη για ένα λιπόθυμο άτομο
- Πλάγια
 - Ανάσκελα
 - Μπρούμυτα
 - Καθιστική θέση
44. Σε περίπτωση πνιγμού κατά την διάρκεια του φαγητού τι είναι προτιμότερο
- Βάζουμε τα δυο δάκτυλα στο στόμα και τα κάμπουμε ψάχνοντας το ξένο σώμα.
 - Σε καθιστική θέση του δίνουμε να πει νερό για να καταπιεί το ξένο σώμα
 - Του δίνουμε απότομα και δυνατά χτυπήματα στην πλάτη
 - Του λέμε να κοιτάξει το ταβάνι
45. Σε περίπτωση μετακίνησης τραυματία τι προσέχουμε ιδιαίτερα
- Τα κάτω άκρα
 - Το κεφάλι
 - Την περιοχή της λεκάνης
 - Τον αυχένα
 - Τον θώρακα
46. Σε περίπτωση επιληπτικής κρίσης τι είναι σωστότερο
- Προσπαθούμε να επαναφέρουμε τον πάσχοντα
 - Δίνουμε στον πάσχοντα να πει νερό
 - Προσπαθούμε να ανοίξουμε το στόμα του
 - Αφήνουμε τον πάσχοντα στη θέση που βρίσκεται μέχρι να συνέλθει
 - Απομακρύνουμε τα αντικείμενα που είναι γύρω του ώστε να μην κτυπήσει
47. Σε περίπτωση δηλητηριάσεως από το στόμα τι είναι αμεσότερο να γίνει
- Πλύση στομάχου
 - Πρόκληση εμετού εφόσον διατηρεί τις αισθήσεις του
 - Του δίνουμε να φάει η να πει κάτι

48. Σε περίπτωση βαριάς μέθης τι είναι σωστότερο από τα παρακάτω
- Ξαπλώνουμε σε πλάγια θέση τον ασθενή και φροντίζουμε για την μεταφορά του.
 - Σε καθιστική θέση του δίνουμε να πει καφέ και άφθονα υγρά.
 - Του προκαλούμε εμετό.
49. Σε περίπτωση εισπνοής τοξικών αερίων -καπνού πιο σημαντικό είναι να
- Απομακρύνουμε τον ασθενή από το χώρο.
 - Δώσουμε οξυγόνο.
 - Μεταφέρουμε τον ασθενή στο νοσοκομείο.
50. Σε ένα διαβητικό που έχασε τις αισθήσεις του σωστότερο είναι
- Του δίνουμε κάτι γλυκό.
 - Τον τοποθετούμε σε ύπτια θέση και τον μεταφέρουμε σε νοσοκομείο.
 - Του δίνουμε τα φάρμακα του.
 - Τον τοποθετούμε σε ύπτια θέση και περιμένουμε το ασθενοφόρο.
51. Σε ένα ασθενή χωρίς σφυγμό που έχει κάνει εμετό τι έχει προτεραιότητα
- Να κάνουμε καρδιακές μαλάξεις
 - Να δώσουμε το φιλί της ζωής
 - Να καθαρίσουμε το στόμα από τα εμέσματα
52. Πώς σταματάμε μια αιμορραγία σε ένα τραύμα
- Με έντονη πίεση
 - Στο νοσοκομείο
 - Σταματάει μόνη της
 - Βάζοντας αλάτι
53. Σε ένα άτομο γνωστό υπερτασικό που παρουσιάζει υψηλή πίεση (πχ 190-120) τι είναι προτιμότερο
- Του δίνουμε ξανά από τα φάρμακα του που συνήθως παίρνει κάθε πρωί
 - Τον μεταφέρουμε στο νοσοκομείο
 - Του λέμε να ξαπλώσει για να του περάσει
54. Υπάρχει ιατρός εργασίας στο εργοστάσιο σας
- Ναι
 - Όχι
 - Δεν Γνωρίζω

55. Έχετε επισκεφθεί τον ιατρό εργασίας
- Ναι
 - Όχι
56. Έχετε εκπαιδευθεί στις πρώτες βοήθειες
- Ναι
 - Όχι
57. Ποιος σας έχει εκπαιδεύσει στις πρώτες βοήθειες
- Κάποιος γνωστός μου
 - Ο ιατρός μου
 - Το σχολείο
 - Ο ιατρός εργασίας
 - Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης
 - Κανένας
58. Υπάρχει επιτροπή υγείας και ασφάλειας στο εργασιακό χώρο
- Ναι
 - Όχι
 - Δεν Γνωρίζω
59. Έχετε πάθει εργατικό ατύχημα
- Ναι
 - Όχι
60. Έχετε γίνει μάρτυρας εργατικού ατυχήματος
- Ναι
 - Όχι
61. Εάν ΝΑΙ, πιστεύεται ότι βοηθήσατε τον πάσχοντα ικανοποιητικά
- Ναι
 - Όχι
62. Εάν γίνεται μελλοντικά, μάρτυρας εργατικού ατυχήματος πιστεύεται θα βοηθήσετε ικανοποιητικά
- Ναι
 - Όχι

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματά μας θα παρουσιαστούν σε τρεις ενότητες. Στην πρώτη ενότητα ανήκουν όλοι οι εργαζόμενοι ανεξαρτήτως εκπαίδευσης στις πρώτες βοήθειες.

Στην δεύτερη ενότητα ανήκουν όσοι εργαζόμενοι έχουν εκπαιδευτεί από ειδικευμένο και πιστοποιημένο προσωπικό προς εκπαίδευση εργαζομένων.

Στην τρίτη ενότητα ανήκουν όσοι δεν έχουν δεχτεί ποτέ εκπαίδευση για πρώτες βοήθειες ή έχουν δεχθεί από προσωπικό και μέσα μη πιστοποιημένα.

ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΗ :

Στο σύνολο των υπαλλήλων ένα 31,5 % εργάζεται ως απλοί εργάτες, ενώ ένα 27 % ως εργάτες μηχανών. Συντηρητές μηχανών εμφανίζεται το 20 % αυτών, ενώ 12 % εργάζονται ως διοικητικοί υπάλληλοι και 10 % ως υπάλληλοι γραφείου.

Γνώση του ορισμού των πρώτων βοηθειών, δηλαδή ποιός και που μπορεί να εφαρμόσει πρώτες βοήθειες είχαν 194 (82, 2 %) ενώ λανθασμένα απάντησαν 42 (17, 8 %). 8 (3, 4 %) απάντησαν ότι πρώτες βοήθειες παρέχονται μόνο στο χώρο εργοστασίου, ενώ 34 (14, 4 %) απάντησαν οτι παρέχονται μόνο σε νοσοκομείο ή σε κάποιο κέντρο υγείας.

Σε περίπτωση σοβαρού ατυχήματος στον εργασιακό χώρο απάντησαν σωστά 150 (63, 5 %) ότι πρώτη προτεραιότητα έχει η παροχή πρώτων βοηθειών. Απ' την άλλη πλευρά, 11 (4, 6 %) αποκρίθηκαν

ότι προτεραιότητα έχει να φωνάξουμε τον προ'ι'στάμενο, 9 (3, 8 %) να ενημερώσουμε την διεύθυνση, 61 (25, 8 %) να φωνάξουμε βοήθεια και 5 (2, 3 %) να ενημερώσουμε το εργατικό κέντρο.

Σωστή γνώση του ποιός μπορεί να παρέχει πρώτες βοήθειες είχαν 185 εξεταζόμενοι (78, 4 %) ενώ το υπόλοιπο 21, 6 % πιστεύει ότι μόνο προσωπικό του Ε. Κ. Α. Β. (Ειδικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας), ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να δώσει πρώτες βοήθειες.

Σε ποσοστό 82, 6 % (195) απάντησαν θετικά ότι γνώριζαν πως μετράμε τις καρδιακές σφύξεις ενός ατόμου. Αντιθέτως, 41 (17,4%) απάντησαν ότι δεν είχαν γνώση του τρόπου μέτρησής τους.

Γνώση των ορίων των φυσιολογικών σφύξεων, δηλαδή το εύρος 40 - 60 ανά λεπτό, είχε 63 (26, 7 %), ενώ, αντιθέτως, 90 (38,2%) μας έδωσαν το εύρος 60 - 80 ανά λεπτό και 17 (7, 2 %) το εύρος 80 - 100 ανά λεπτό ενώ ένα ποσοστό 27, 9 % (66) απάντησε ότι δεν γνώριζε καθόλου τις τιμές των φυσιολογικών σφύξεων.

Από τους εργαζόμενους που συμπεριλάβαμε στην μελέτη μας 198 (83, 9 %) απάντησαν θετικά ότι γνώριζαν τι μετράμε με τον σφυγμό ενός ατόμου και ένα ποσοστό 16,1 % (38) μας έδωσε αρνητική απάντηση.

Επίσης, για τον έλεγχο του σφυγμού στο καρπό του χεριού πήραμε ένα ποσοστό σωστών απαντήσεων 97, 5 % (230), ενώ λανθασμένα απάντησαν 4 (1, 7 %) εξεταζόμενοι ότι η εκτίμηση του σφυγμού γίνεται στο στήθος του τραυματία και 2 (0, 8 %) εξεταζόμενοι ότι γίνεται στην κοιλιά του τραυματία.

Γνώση του τι μετράμε με τις αναπνοές είχε το 189 (80 %) του συνόλου των εργαζομένων σ' αντίθεση με το 47 (20 %) που

δεν ήξερε τι ελέγχουμε με τις αναπνοές.

157 (66, 5 %) απο τα 236 είχαν γνώση του τρόπου μέτρησης των αναπνοών ενός ατόμου και 171 (72, 46 %) απάντησαν σωστά ότι ο έλεγχος για το αν αναπνέει ή όχι ένα άτομο γίνεται απλά με το να παρατηρήσουμε εαν υπάρχει ή όχι κίνηση στο θώρακα ή στη κοιλιά του. 79 (33, 5 %) απάντησαν ότι δεν ήξεραν πως μετράμε τις αναπνοές ενός ατόμου, ενώ ένα 5, 93 % (14) απάντησε λανθασμένα ότι ο έλεγχος για το αν αναπνέει ένα άτομο γίνεται αποκλειστικά από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό και παράλληλα, 21, 61 % (51) ότι γίνεται με την ψηλάφηση με το χέρι στο λαιμό του τραυματία.

Γνώση των φυσιολογικών ορίων των αναπνοών (15 - 20 ανά λεπτό) είχε το 32, 63 % (77) των εργατών, ενώ οι υπόλοιποι 186 εργαζόμενοι απάντησαν λανθασμένα στη συγκεκριμένη ερώτηση, ένα 16, 53 % έδωσε απάντηση για 10 - 15 αναπνοές ανά λεπτό, 11, 86 % απάντησε 20 – 25 αναπνοές ανά λεπτό, 25 – 30 αναπνοές ανά λεπτό και τέλος, ένα ποσοστό 36, 44 % δήλωσε άγνοια στις τιμές των φυσιολογικών αναπνοών.

Γνώση του τι ελέγχουμε με την αρτηριακή πίεση αίματος και πως την μετράμε δήλωσαν θετικά 174 (73, 7 %) και 99 (41, 9 %) εργαζόμενοι αντίστοιχα ενώ οι υπόλοιποι 62 (26, 3 %) και 137 (58,1%) παράλληλα, έδωσαν αρνητικές απαντήσεις .

47, 88 % (113) των εργατών όπως διαπιστώσαμε από την έρευνά μας γνώριζε ότι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης γίνεται και στα δυο χέρια, ενώ οι υπόλοιποι 123 (52, 12 %) μας έδωσαν διαφορετικές απαντήσεις, δηλαδή 67 (28, 39 %) για την μέτρησή της στο αριστερό χέρι, 22 (9, 32 %) για την μέτρησή της στο δεξί χέρι και 34 (14, 41%) απάντησε ότι δεν γνώριζε που μετριέται.

Τα φυσιολογικά όρια της αρτηριακής πίεσης, 140 - 90 δηλαδή,

γνώριζε το 21, 19 % (50) των ατόμων. Οι υπόλοιποι 186 (78,81%) έδωσαν διαφορετικά εύρη, 16, 53 % (39) για το εύρος 100- 80, 27, 12 % (64) για το εύρος 120 - 100, 3, 81 % (9) για το εύρος 160 - 100 και 31, 36 % (74) δήλωσε άγνοια για την συγκεκριμένη ερώτηση.

Η πλειοψηφία των εξεταζόμενων, 93. 2 % (220 άτομα), απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν γνωρίζουν πως και που μετράμε την ανθρώπινη θερμοκρασία και 86, 86 % (205) για την γνώση στο τι ελέγχουμε με αυτήν. Αρνητικές απαντήσεις έδωσε το 6, 78 % (16) και 13, 14 % (31) των εργαζομένων αντίστοιχα.

Γνώση της φυσιολογικής τιμής της θερμοκρασίας του ανθρώπινου σώματος είχε το 39, 83 % (94) των ατόμων ενώ το υπόλοιπο 60, 17 % (142) απάντησε λανθασμένα, δηλαδή 41, 53 % (98) και 18, 64 % (44) για τις τιμές 36 και 37,5 αντίστοιχα.

Η πλειοψηφία των εξεταζόμενων, σε ποσοστό 91, 53 % (216), γνώριζαν ότι η επικοινωνία με το Ειδικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) γίνεται με καλώντας τον τηλεφωνικό αριθμό 166, ωστόσο ένα 54, 66 % (129) απάντησε ότι η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών σε ενδεχόμενο ατύχημα έχει προτεραιότητα ν' αναφερθεί στο Ε.Κ.Α.Β. , ενώ λανθασμένα, ένα 9, 32 % (22) μας έδωσε ως απάντηση την ηλικία των ασθενών και ένα 36, 02 % (85) απάντησε ότι πρώτα θα πρέπει να αναφερθεί στο Ε.Κ.Α.Β ο τρόπος και το είδος του ατυχήματος.

Η πλειοψηφία των εργαζομένων ωστόσο, ένα ποσοστό 73, 31 % (173), δεν γνώριζε τι είναι και γιατί γίνεται η υπερέκταση του αυχένα ενώ θετικά απάντησαν μόνο 63 (26, 69 %) άτομα.

Κατά την έρυνά μας καταγράφηκαν 187 (79, 24 %) αποκρίσεις ότι καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι ο συνδιασμός τεχνητής αναπνοής και καρδιακών μαλάξεων για να διατηρήσουμε στη ζωή τον τραυματία μέχρι να έρθει εξειδικευμένη βοήθεια. 10 (4, 24 %) άτομα

απάντησαν ότι καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης καρδιοαναπνευστικής ανακοπής και 10 (4, 24 %) ότι είναι η σύνδεση του τραυματία με ειδικό μηχάνημα υποστήριξης της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας ενώ 29 άτομα (12, 29 %) δήλωσαν άγνοια για τον ορισμό της.

156 (66, 1 %) εξεταζόμενοι είχαν γνώση της έννοιας της εξωτερικής καρδιακής μάλαξης σε αντίθεση με τους υπόλοιπους 80 (33, 9 %) οι οποίοι ανέφεραν ότι δεν ήξεραν τι σημαίνει και παράλληλα, ένα ποσοστό 49, 15 % (116 άτομα) μας έδωσαν το σωστό ορισμό της που είναι η τοποθέτηση χεριών και απότομη πίεση πάνω στο στήθος σε άτομα που δεν κτυπάει η καρδιά τους και όχι σε άτομα που απλώς είναι αναισθητα όπως μας απάντησε το 21, 61 % (51). Λανθασμένα 0, 42 % (1) των εργατών θεωρούσε ότι ήταν η ηλεκτρική εκκένωση με ειδικό μηχάνημα στο θώρακα του πάσχοντα και 68 άτομα (28, 81 %) δεν ήξεραν καθόλου τι είναι η εξωτερική καρδιακή μάλαξη.

Ο απαραίτητος αριθμός καρδιακών μαλάθεων που πρέπει να κάνουμε σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής είναι σύμφωνες με τον φυσιολογικό αριθμό των καρδιακών σφύξεων, δηλαδή 40 - 60 ανά λεπτό, όπως σωστά μας απάντησε το 33, 47 % (79) των εξεταζόμενων μας. Τις τιμές 60 - 80 ανά λεπτό μας έδωσε το 25,85% (61) και 80 -100 το 2, 54 % (6) του συνόλου, ενώ 90 (38, 14 %) άτομα απάντησαν ότι δεν γνώριζαν καθόλου ποιές είναι οι απαιτούμενες μαλάξεις σε ένα άτομο που έχει πάθει καρδιακή ανακοπή.

Επίσης, στην έρευνά μας καταγράφηκαν 212 (89, 83 %) θετικές απαντήσεις για την γνώση της τεχνητής αναπνοής και οι υπόλοιπες 24 (10, 17 %) ήταν αρνητικές για την συγκεκριμένη ερώτηση που συμπεριλάβαμε στο ερωτηματολόγιό μας. Παράλληλα, ένα

36,02 % (85) σωστών απαντήσεων μας δόθηκε για τον αριθμό των τεχνητών αναπνοών που πρέπει να γίνουν σε ένα άτομο που έχει υποστεί αναπνευστική ανακοπή, που λογικά συμφωνούν με τον φυσιολογικό αριθμό των αναπνοών του ανθρώπου που είναι 15 - 20. Έτσι, λανθασμένα 65(27, 54 %), 21 (8, 90 %) και 3 (1, 27 %) εργαζόμενοι θεωρούσαν ως φυσιολογικές τιμές τις 10 - 15, 20 - 25 και 25 - 30 ανά λεπτό αντίστοιχα και ένα ποσοστό 62 % (26, 27) δεν είχε καθόλου γνώση των απαραίτητων τεχνητών αναπνοών σε μία ενδεχόμενη ανακοπή της αναπνευστικής λειτουργίας.

Όσον αφορά την αναλογία μαλάξεων προς εμφυσέςεις που γίνονται κατά την εφαρμογή της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, δηλαδή το γνωστό μέτρο 5 / 1 (μάλαξη / εμφύσηση) ένα ποσοστό 52, 97 % (125) έδωσε και την αντίστοιχη απάντηση, σε αντίθεση με το υπόλοιπο 47, 03 % (111) που έδωσε λανθασμένες απαντήσεις, δηλαδή την αναλογία 1 / 1 ή 15 / 1 ενώ υπήρχε και ένα 13, 56 % (32) που δεν γνώριζε καθόλου πόσες μαλάξεις συμπεριλαμβάνονται στην τεχνική της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Μία άλλη παράμετρος που θέλαμε να μελετήσουμε στην έρευνά μας και να εκτιμήσουμε ως γνώση στις ομάδες των εργαζομένων που απευθύναμε τα ερωτηματολόγια μας, ήταν και η παρέμβαση σε ενδεχόμενο έγκαυμα. 16, 10 % (38) θεώρησαν σωστότερο την αφαίρεση του καμένου δέρματος, 19, 49 % (46) αποκρίθηκαν ότι θα πρέπει να απολυμάνουμε με οινόπνευμα και ένα 64, 41 % (152) ότι θα πρέπει να πλύνουμε με άφθονο κρύο νερό την περιοχή του εγκαύματος.

Σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας προτεραιότητα έχει η απομάκρυνση του ατόμου από τα καλώδια με οποιοδήποτε μέσο μας απάντησαν 20 εξεταζόμενοι (8, 47 %) και 77 (32, 63 %) για

την απομάκρυνσή του μόνο με την χρήση μονωτικών γαντιών, ενώ 58,9 % (139) μας απάντησαν ότι προκαλούμε διακοπή ρεύματος.

Πολύ συχνά είναι και τα ατυχήματα ακρωτηριασμού που παρατηρούνται σε ένα εργασιακό περιβάλλον, όπου η ενέργεια που θα πρέπει να κάνουμε είναι η έντονη πίεση για να σταματήσουμε την αιμορραγία, η αναζήτηση του κομμένου μέλους και η σύντομη μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο όπως και μας απάντησε το 54,24 % (128) των ατόμων. Ένα 29,66 % (70) κρίνει σωστότερο σ' αυτή την περίπτωση την απολύμανση με Betatine – οινόπνευμα των δύο άκρων του ακρωτηριασμένου μέλους και η μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο ενώ όλοι οι υπόλοιποι, 38 (16,10%), μας έδωσαν ως απάντηση την τοποθέτηση καθαρών γαζών στο ακρωτηριασμένο μέλος και την μεταφορά του ατόμου στο νοσοκομείο.

Γνώση του τι είναι σωστότερο σε ενδεχόμενη ενσφήνωση ξένου σώματος στο δέρμα (π. χ. κάποιο σίδερο στο χέρι) είχαν 121 (51,27 %) εργαζόμενοι που μας απάντησαν την τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών γύρω από το ξένο σώμα για την ακινητοποίησή του και η άμεση μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο. Λανθασμένα απάντησαν οι υπόλοιποι 76 (32,20 %) που θεωρούσαν σωστότερο να τραβήξουμε το σφηνωμένο ξένο σώμα με δύναμη για να βγει και να εφαρμόσουμε πιεστική επίδεση γύρω από την περιοχή για να σταματήσουμε την αιμορραγία ή να τραβήξουμε το σφηνωμένο ξένο σώμα σιγά – σιγά και εν τέλει να φροντίσουμε για την άμεση μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο. (16,53 %)

Ως ύποπτα συμπτώματα εσωτερικής αιμορραγίας αναγνωρίζει το 48,73 % (115) ότι είναι όταν το δέρμα γίνεται ωχρό και κρύο, παρουσιάζεται ταχυσφυγμία στο άτομο και πιο αδύνατος σφυγμός

ενώ συνυπάρχει λιποθυμική τάση, αδυναμία και ζάλη. Αντίθετα 27,54 % (65) αναφέρουν ως ύποπτα συμπτώματα τον πόνο και την ευαισθησία της περιοχής που υποφέρει , βραδυκαρδία και απώλεια των αισθήσεων και ένα 23, 73 % (56) αναγνωρίζει ως ύποπτα σύμπτωμα το χάσιμο των αισθήσεων του πάσχοντος, την εμφάνιση σπασμών και κρύου ιδρώτα.

Από την άλλη πλευρά, το σημείο του ξαφνικού έντονου πόνου αναγνωρίζει σωστά η πλειοψηφία ως σύμπτωμα του εμφράγματος το 82, 63 % (195) των εξεταζόμενων εν αντιθέσει με το 13, 14 % (31) που μας απάντησε τον έντονο πόνο στην αναπνοή και τους υπόλοιπους 10 (4, 24 %) που μας απάντησαν τα συμπτώματα του ίλιγγου και της ζάλης.

Γνώση του τι είναι πιο σωστό σε περίπτωση ξαφνικού έντονου πόνου στο στήθος είχε το 50 % (118) των εργαζόμενων που μας απάντησε ότι χαλαρώνουμε τα ρούχα του ασθενή, του δίνουμε μία ασπιρίνη και ειδοποιούμε το E. K. A. B. . Από την άλλη πλευρά, 93 (39, 41 %) μας απάντησαν ότι τοποθετούμε τον ασθενή σε καθιστική θέση και χαλαρώνουμε τα ρούχα του και 10, 59 % (25) απάντησαν ότι λέμε στον ασθενή να καθίσει και περιμένουμε μισή ώρα πριν ειδοποιήσουμε το E. K. A. B.

Σε περίπτωση κατάγματος η βασική μας ενέργεια είναι να ακινητοποιήσουμε και να συγκρατήσουμε το τραυματισμένο μέλος ενώ μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε οποιοδήποτε νάρθηκα αρκεί να ακινητοποιήσουμε το τραυματισμένο μέλος όπως σωστά μας απάντησε το 72, 88 % (172) και 52, 54 % (124) των εργαζόμενων αντίστοιχα. Λανθασμένες απαντήσεις μας έδωσαν οι υπόλοιποι εξεταζόμενοι που θεωρούν την μετακίνηση του τραυματισμένου μέλους ώστε να έλθει στη θέση του, 6, 36% (15), ή την επίδεση του τραυματισμένου μέλους με καθαρούς επιδέσμους και ως

καταλληλότερο νάρθηκα για την περίπτωση κατάγματος ένα ξύλινο νάρθηκα το 20, 76 % (49), ένα νάρθηκα φτιαγμένο από εφημερίδα το 8, 05 % (19) και ένα ειδικό νάρθηκα εγκεκριμένο από τον Ε.Ο.Φ. το 18, 64 % (44).

Επίσης, στην έρευνά μας θέλαμε να εκτιμήσουμε την γνώση των εργαζομένων ανάμεσα στη μαζική αιμορραγία και την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ως ποιο επείγον. Ένα ποσοστό 46, 19 % (109) πιστεύει ότι ποιο επείγον είναι η μαζική αιμορραγία και το υπόλοιπο 53, 81 % (127) λανθασμένα επέλεξε την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Πολύ σημαντική για την αποφυγή επιπλοκών σε κάποιο λιπόθυμο άτομο είναι η τοποθέτησή του σε πλάγια θέση σύμφωνα και με το 55, 93 % (132) των ατόμων. Ανάσκελα μας απάντησε το 38, 56 % (91) του συνόλου, μπρούμυτα το 2, 97 % (7) και την καθιστική θέση επέλεξε ένα 2, 54 % (6).

Σε ενδεχόμενο σοβαρό ατύχημα βασικό ρόλο για την μελλοντική πορεία του πάσχοντα και για την αποφυγή περαιτέρω επιβαρύνσεων της κατάστασής του παίζει η προσοχή που δίνουμε κατά την μεταφορά του. Το σημείο που πρέπει να προσέχουμε ιδιαίτερα σε αυτή την περίπτωση είναι ο αυχένας όπως σωστά αποκρίθηκαν 106 (44, 92 %) άτομα. Το κεφάλι θεωρούν 100 (42,37%), το θώρακα 8 (3, 39 %) τα κάτω άκρα 6 (2, 54 %) και τέλος, την περιοχή της λεκάνης 16 (6, 78 %).

Σε ενδεχόμενο πνιγμό κατά την διάρκεια του φαγητού το 24, 15 % (57) μας απάντησε ότι βάζουμε τα δύο δάκτυλα στο στόμα και τα κάμπουμε ψάχνοντας το ξένο σώμα, το 9, 75 % (23) ότι σε καθιστική θέση του δίνουμε να πει νερό για να καταπιεί το ξένο σώμα, το 62, 71 % (148) ότι του δίνουμε απότομα και δυνατά χτυπήματα στην πλάτη και τέλος, το 3, 39 % (8) ότι του λέμε

να κοιτάξει το ταβάνι.

Σε ενδεχόμενη επιληπτική κρίση το 29, 24 % (69) σωστά αποκρίθηκε ότι θα πρέπει σε μια τέτοια περίπτωση να απομακρύνουμε τα αντικείμενα που είναι γύρω του ώστε να μην κτυπήσει. Από την άλλη, 8, 47 % (20) θεώρησαν σωστότερο ότι πρέπει να δώσουμε στο πάσχοντα να πιει νερό, 8, 90 % (21) ότι πρέπει να προσπαθήσουμε να τον επαναφέρουμε, 35, 59 % (84) αποκρίθηκαν ότι πρέπει να τον αφήσουμε στη θέση που βρίσκεται μέχρι να συνέλθει.

Γνώση της πρόπουσας παρέμβασης σε περίπτωση δηλητηριάσεως από το στόμα είχαν 111 άτομα (47, 03 %) όπου έδωσαν την πλύση στομάχου ως απάντηση ενώ λανθασμένα απάντησε το 41, 53 % (98) που θεωρούσε ως αμεσότερη την πρόκληση εμετού εφόσον ο πάσχοντας διατηρεί τις αισθήσεις του. Τέλος, ένα 11, 44 % (27) θεωρούν αμεσότερο σε μια τέτοια περίπτωση να του δώσουμε να φάει ή να πιεί κάτι.

Σε περίπτωση βαριάς μέθης σωστότερο για ένα ποσοστό 20, 34 % (48) των εργαζόμενων είναι να ξαπλώσουμε σε πλάγια θέση τον ασθενή και να φροντίσουμε για την μεταφορά του, ένα 28, 39% (67) θεωρεί λανθασμένα ότι πρέπει σε καθιστική θέση να του δώσουμε να πιεί καφέ και άφθονα υγρά ενώ το υπόλοιπο 51, 27 % (121) σωστότερο θεωρεί την πρόκληση εμετού.

Ένα άλλο είδος εργατικού ατυχήματος που μπορεί να συναντήσουμε σε ένα βιομηχανικό περιβάλλον είναι και η εισπνοή τοξικών αερίων – καπνού. Σ' αυτή την περίπτωση πιο σημαντικό είναι η άμεση μεταφορά του ατόμου στο νοσοκομείο, όπως μας απάντησαν 108 (45, 76 %) εξεταζόμενοι. Το 28, 81 % (68) αναφέρει ότι θα πρέπει να χορηγήσουμε O₂ στον ασθενή και το 25, 42 % (60) ότι αμεσότερο είναι να τον απομακρύνουμε από το

χώρο.

Γνώση της παρέμβασης σε ενδεχόμενη περίπτωση που κάποιος διαβητικός χάσει τις αισθήσεις του είχαν 54 (22, 88 %) άτομα που απάντησαν ότι τον τοποθετούμε σε ύπτια θέση. Ότι δίνουμε κάτι γλυκό απάντησαν 109 (46, 19 %) άτομα, ότι δίνουμε από τα φάρμακά του 53 (22, 36 %) και οι υπόλοιποι 20 (8,47 %) ότι τον τοποθετούμε σε ύπτια θέση και περιμένουμε το ασθενοφόρο.

Όσον αφορά για το τι έχει προτεραιότητα σε ένα ασθενή χωρίς σφυγμό που έχει κάνει εμετό, ένα 80, 08% (189) γνωρίζει ότι πρέπει να κάνουμε καρδιακές μαλάξεις, ενώ ένα 10, 59% (25) και ένα 9, 32 % (22) απάντησαν ότι προτεραιότητα έχει να δώσουμε το φιλί της ζωής ή να καθαρίσουμε το στόμα από τα εμέσματα αντίστοιχα.

Η πλειοψηφία των εργαζομένων, 82, 20 % (194 άτομα), απάντησε σωστά ότι μια αιμορραγία σε ένα τραύμα σταματάει με έντονη πίεση. 37 (15, 68 %) μας απάντησαν ότι θα πρέπει να μεταφέρουμε στο νοσοκομείο τον τραυματία, 4 (1, 69 %) ότι σταματάει μόνη της και 1 (0, 42 %) ότι σταματάει βάζοντας αλάτι.

Σε κάποιο άτομο γνωστό υπερτασικό που παρουσιάζει υψηλή πίεση (π. χ. 190 – 120), 100 άτομα (42, 37 %) πιστεύουν ότι θα πρέπει να του δώσουμε ξανά από τα φάρμακά του που συνήθως παίρνει κάθε πρωί. Το 50, 42 % (119) απάντησε ότι σωστότερο είναι να τον μεταφέρουμε στο νοσοκομείο ενώ το υπόλοιπο 7, 2 % θεωρεί ως πιο σωστό να του πούμε απλώς να ξαπλώσει για να του περάσει.

Στο σύνολο των επιχειρήσεων, 155 άτομα (65, 68 %) μας απάντησαν ότι υπάρχει ιατρός εργασίας στο χώρο που δουλεύουν, 48 (20, 34 %) ότι δεν υπάρχει και τα υπόλοιπα 33 (13, 98 %)

αναφέρουν ότι δεν ξέρουν καθόλου για την ύπαρξη ή απουσία του στο εργοστάσιο που εργάζονται.

Από τους 236 εξεταζόμενους, οι 188 (79, 66 %) αναφέρουν ότι έχουν επισκεφτεί τον ιατρό εργασίας σε αντίθεση με τους υπόλοιπους 48

(20, 34 %), ενώ ένα ποσοστό 75 % (177) αναφέρει ότι δεν έχει δεχτεί ποτέ κανένα είδος εκπαίδευσης σε πρώτες βοήθειες, αντίθετα με το υπόλοιπο 25 % (59). Απ' αυτούς που αναφέρουν ότι έχουν δεχτεί εκπαίδευση, 6, 77 % τους έχει εκπαιδεύσει κάποιος γνωστός τους, 15, 25 % ο ιατρός τους,

3, 38 % το σχολείο, 28, 81 % ο ιατρός εργασίας, 10, 16 % τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και 35, 59 % αναφέρουν ότι δεν έχουν δεχτεί εκπαίδευση από κανένα.

Επίσης, 77 (32, 63%) αναφέρουν ότι υπάρχει επιτροπή υγείας και ασφάλειας στον εργασιακό χώρο, 79 (33, 47 %) ότι δεν υπάρχει και οι υπόλοιποι 80 (33, 90 %) δήλωσαν άγνοια στην ύπαρξή της.

Τέλος, ένα ποσοστό 81, 78 % (193) δηλώνει παθόν εργατικού ατυχήματος και ένα 31, 36 % (74) αναφέρει ότι έχει γίνει μάρτυρας εργατικού ατυχήματος, από το οποίο το 58, 65 % (61) πιστεύει ότι βοήθησε τον πάσχοντα ικανοποιητικά. Από τους 236 εξεταζόμενους 192 (81, 36 %) αναφέρουν ότι εάν μελλοντικά γίνουν μάρτυρες εργατικού ατυχήματος πιστεύουν ότι θα βοηθήσουν ικανοποιητικά, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους 44 (18, 64 %).

ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΕΥΤΕΡΗ :

Στην δεύτερη ομάδα περιλαμβάνονται οι 40 εργαζόμενοι από τη Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού του Ηρακλείου, από τους οποίους 3 (7, 5%) είναι απόφοιτοι δημοτικού, 9 (22, 5 %) και 17

(42,5 %) απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου αντίστοιχα και 11 (27,5%) είναι απόφοιτοι κάποιου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος.

Στην συγκεκριμένη επιχείρηση 4 άτομα (10 %) εργάζονται ως εργάτες, 9 (22, 5 %) ως εργάτες μηχανών, 23 (57, 5 %) ως συντηρητές μηχανών και 4 (10 %) ως διοικητικοί υπάλληλοι.

Από το σύνολό τους ένα ποσοστό 75 % (30) κατατάσσουν το επάγγελμά τους ως υψηλού κινδύνου για ατύχημα, ένα 20 % (8) ως μέσου κινδύνου και ένα 5% (2) ως επάγγελμα χαμηλής επικινδυνότητας για ατύχημα.

Γνώση του ορισμού των πρώτων βοηθειών είχε το 95 % (38), ενώ 2 (5 %) εξεταζόμενοι μας απάντησαν ότι ως πρώτες βοήθειες εννοείται η παροχή βοήθειας στον εργασιακό χώρο.

Σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος σωστά απάντησε το 80% (32) ότι πρωταρχική σημασία έχει να παρέχουμε πρώτες βοήθειες στον πάσχοντα, ενώ το 20 % (8) μας απάντησε ότι θα πρέπει να φωνάξουμε βοήθεια.

Η πλειοψηφία των εργαζόμενων, 92, 5 % (37) γνωρίζει ότι πρώτες βοήθειες παρέχονται από οποιοδήποτε έχει γνώση πρώτων βοηθειών, ενώ το υπόλοιπο 7, 5 % (3) αναφέρουν ότι πρώτες βοήθειες δίδονται από το Ειδικό Κέντρο Άμεσου Βοηθείας.

Γνώση του πως μετράμε τις καρδιακές σφύξεις έχει το 90 % (36), ενώ γνώση των φυσιολογικών σφύξεων έχει μόνο το 10 % (4). Το 67, 5 % (27) θεωρεί ως φυσιολογικές σφύξεις τις 60 – 80, το 7,5%(3) πιστεύει ότι οι 80 -100 είναι φυσιολογικές ενώ το 15%(6).

35 (87, 5 %) εργάτες απαντούν θετικά στην ερώτηση για το αν ξέρουν τι μετράμε με τον σφυγμό ενός ατόμου σε αντίθεση με το υπόλοιπο 12, 5 % (5) ενώ παράλληλα η πλειοψηφία αυτών 97,5% (39) γνωρίζει ότι ο έλεγχος του σφυγμού γίνεται στο καρπό του

χεριού του τραυματία.

Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 77,5 % (31) επίσης έχει γνώση του τι ελέγχουμε με τις αναπνοές ενός ατόμου και ένα 72,5 % (29) γνωρίζει πως μετράμε τις αναπνοές.

Τις φυσιολογικές τιμές της αναπνευστικής λειτουργίας του ανθρώπου,

15 – 20, έχει το 47,5 % (19). Τις 10 – 15 ανά λεπτό θεωρεί το 7,5% (3), τις 20 – 25 ανά λεπτό το 17,5 % (17), τις 25 – 30 ανά λεπτό το 2,5 % (1) και το υπόλοιπο 25 % (10) δηλώνει άγνοια στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Το 85 % (34) γνωρίζει ότι ελέγχουμε αν ο πάσχοντας αναπνέει ή όχι παρακολουθώντας την παρουσία ή απουσία κίνησης στη κοιλιά και το θώρακά του. Λανθασμένα απάντησε το 12,5 % (5) που θεωρεί ότι ο έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας γίνεται με το να ψηλαφήσουμε με το χέρι μας τον λαιμό του τραυματία και το 2,5 % (1) με τον έλεγχο της από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Γνώση του τι ελέγχουμε μετρώντας την αρτηριακή πίεση είχαν 33 εργαζόμενοι (82,5 %) και 26 (65 %) αναφέρουν ότι γνωρίζουν να την μετράνε. Ωστόσο, 24 (60 %) σωστά απαντούν ότι μπορούμε να την μετρήσουμε και στα δύο χέρια, σε αντίθεση με το 10 % (4) που θεωρεί ότι μπορούμε να την μετρήσουμε μόνο στο δεξιό χέρι ή το 25 % (10) που αναφέρει μόνο το αριστερό χέρι για την μέτρησή της. Μόνο Ένα 5 % (2) δηλώνει ότι δεν γνωρίζει καθόλου που την μετράμε.

Από την έρευνά μας στη συγκεκριμένη επιχείρηση διαπιστώσαμε ότι

3 (7,5 %) θεωρούν ως φυσιολογικά όρια της αρτηριακής πίεσης τα 100 – 80, 12 (30 %) τα 120 – 100, 11 (27,5 %) δεν γνωρίζουν

καθόλου τα όριά της, ενώ μόνο ένα 35 % (14) γνωρίζει ότι τα φυσιολογικά της όρια είναι 140 – 90.

Από την άλλη πλευρά η πλειοψηφία των εξεταζόμενων, 90 %, (36) γνωρίζει πως και που μετράμε την θερμοκρασία ενός ατόμου και 62, 5 % (25) θεωρούν ως φυσιολογική την θερμοκρασία μέχρι 36 βαθμούς Κελσίου, 32, 5 % (13) την θερμοκρασία μέχρι 37 βαθμούς Κελσίου και το υπόλοιπο 5 % (2) θεωρεί ως φυσιολογική την θερμοκρασία μέχρι τους 37, 5 βαθμούς Κελσίου.

39 (97, 5 %) από τους 40 εργαζόμενους γνωρίζει ότι η επικοινωνία με το E. K. A. B. γίνεται με το τηλεφωνικό νούμερο 166. 28 (70 %) αναφέρουν ότι η πληροφορία που θα πρέπει να δοθεί πρώτη στο E. K. A. B. πρέπει να είναι η βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών, 1 (2, 5 %) ότι θα πρέπει να αναφέρουμε πρώτα την ηλικία των ασθενών και 11 (27,5 %) ότι προτεραιότητα έχει ο τρόπος και το είδος του ατυχήματος.

Γνώση της τεχνικής της υπερέκτασης του αυχένα, τι είναι και γιατί πρέπει να γίνεται δηλαδή, έχει το 30 % (12) ενώ το υπόλοιπο 70 % (28) δηλώνει άγνοια για την συγκεκριμένη έννοια.

Ταυτόχρονα, γνώση του ορισμού της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης είχε η πλειοψηφία των εργαζομένων 95 % (38), ενώ το 2, 5 % (1) απάντησε ότι είναι η σύνδεση του τραυματία με ειδικό μηχάνημα υποστήριξης της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας και το υπόλοιπο 2, 5 % (1) δεν γνωρίζει καθόλου τι είναι η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Η πλειοψηφία των εξεταζόμενων, 82, 5 % (33), αναφέρει ότι γνωρίζει τι είναι η εξωτερική καρδιακή μάλαξη. Παράλληλα, 26 άτομα (65 %) έχουν γνώση ότι η εξωτερική καρδιακή μάλαξη είναι η τοποθέτηση των χεριών και απότομη πίεση πάνω στο στήθος σε άτομα που δεν χτυπάει η καρδιά τους και όχι σε άτομα που απλά

είναι αναισθητα όπως μας απάντησε το 15 % (6) και οι υπόλοιποι 8 (20 %) δεν γνώριζαν καθόλου τι είναι η εξωτερική καρδιακή μάλαξη.

Τον σωστό αριθμό υποχρεωτικών μαλάξεων και εμφυθήσεων σε περίπτωση καρδιακής ή αναπνευστικής ανακοπής γνώριζαν 15 άτομα (37, 5 %) και 13 (32, 5 %) αντιστοίχως, ενώ τι είναι τεχνητή αναπνοή γνώριζε τι σημαίνει η πλειοψηφία των εργαζομένων, το 95 % (38). Το 25 % (10) θεωρεί ως φυσιολογικό τον αριθμό 60 – 80 για τεχνητές μαλάξεις ενώ το 37, 5 % (15) δεν γνωρίζει τον υποχρεωτικό αριθμό τους σε ενδεχόμενη καρδιακή ανακοπή. Ανάλογα 11 άτομα (27, 5 %) αναφέρουν ως υποχρεωτικές αναπνοές τον αριθμό 10 – 15 ανά λεπτό, 2 (5 %) τον αριθμό 20 – 25 ανά λεπτό, 2 (5 %) τον αριθμό 25 – 30 και τα υπόλοιπα 12 δεν γνωρίζουν καθόλου τον αναγκαίο αριθμό σε ενδεχόμενη ανακοπή της αναπνευστικής λειτουργίας.

Την γνωστή αναλογία 5 προς 1 (μάλαξη προς εμφύσηση) στην τεχνική της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης γνωρίζουν 28 άτομα (70 %). Το 7, 5 % (3) νομίζει ως σωστή την αναλογία 1 προς 1 και το υπόλοιπο 22, 5 % (9) δηλώνει άγνοια στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Από την έρευνά μας διαπιστώσαμε ότι ένα ποσοστό 82 % (33) θεωρεί σωστότερη την πλύση με άφθονο κρύο νερό της πάσχουσας περιοχής σε ενδεχόμενο έγκαυμα, ένα 13 % (5) την απολύμανση με οινόπνευμα και το υπόλοιπο 5 % (2) την αφαίρεση του καμένου δέρματος.

Από το σύνολο των εργαζόμενων 72, 5 % (29) μας απάντησαν ότι σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας προτεραιότητα έχει να κόψουμε το ρεύμα, 25 % (10) ότι θα πρέπει να απομακρύνουμε τον πάσχοντα από τα καλώδια με μονωτικά γάντια και το 2, 5 % (1)

ότι πρέπει να τον απομακρύνουμε οποιοδήποτε μέσο.

Γνώση της παρέμβασης σε ενδεχόμενο ακρωτηριασμό είχε το 80 % (32), δηλαδή ότι θα πρέπει να τοποθετήσουμε αποστειρωμένες γάζες γύρω από το ξένο σώμα για να το ακινητοποιήσουμε και να φροντίσουμε για την άμεση μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο, ενώ το υπόλοιπο 20 % (8) απάντησε ότι απολυμαίνουμε με Betatine και οινόπνευμα τα δύο άκρα του ακρωτηριασμένου μέλους και μεταφέρουμε τον τραυματία στο νοσοκομείο.

Για την περίπτωση ενσφύνωσης ξένου σώματος στο δέρμα σωστά μας απάντησε το 75 % (30) ότι δηλαδή πιο σωστό είναι να τοποθετήσουμε αποστειρωμένες γάζες γύρω από το ξένο σώμα για να το ακινητοποιήσουμε και να φροντίσουμε για την άμεση μεταφορά του πάσχοντα στο νοσοκομείο. Από την άλλη το 15 % (6) θεωρεί ότι θα πρέπει να τραβήξουμε το σφηνωμένο ξένο σώμα με δύναμη για να βγει και να εφαρμόσουμε πιεστική επίδεση γύρω από την περιοχή για να σταματήσουμε την αιμορραγία και το 10 % (4) ότι σωστότερο είναι να τραβήξουμε το σφηνωμένο ξένο σώμα σιγά και να φροντίσουμε για την άμεση μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο.

Γνώση των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων σε μία εσωτερική αιμορραγία είχε το 67, 5 % (27), ενώ το υπόλοιπο 32, 5 % θεωρεί λανθασμένα ως ύποπτα συμπτώματα για εσωτερική αιμορραγία τον πόνο και την ευαισθησία της περιοχής που υποφέρει, βραδυκαρδία και απώλεια των αισθήσεων σε ποσοστό 25 % (10) και την κατάσταση κατά την οποία ο πάσχων χάνει τις αισθήσεις του, εμφανίζει σπασμούς και κρύο ιδρώτα, σε ποσοστό 7, 5 % (3).

Παράλληλα, γνώση των ύποπτων συμπτωμάτων για ενδεχόμενο έμφραγμα είχε η πλειοψηφία των εργαζομένων σε ποσοστό

95%(38) αντιθέτως με το υπόλοιπο 5 % (2) που αναφέρει ως χαρακτηριστικό σύμπτωμα τον έντονο πόνο στην αναπνοή που ολοένα δυναμώνει.

Από την έρευνα που διεξάγαμε στην Δ. Ε. Η. καταγράφηκαν 21 (52, 5 %) σωστές απαντήσεις για το τι είναι σωστότερο να κάνουμε σε περίπτωση ξαφνικού έντονου πόνου στο στήθος. Από τις υπόλοιπες, οι 18 (45 %) αναφέρονταν στην τοποθέτηση του ασθενή σε καθιστική θέση και χαλάρωση των ρούχων του και 1 (2, 5 %) στην τοποθέτηση του ασθενή σε καθιστική θέση και αναμονής του χρονικού διαστήματος της μισής ώρας πριν ειδοποιήσουμε το Ε. Κ. Α. Β.

Σε περίπτωση κατάγματος σωστότερο είναι να ακινητοποιήσουμε και να συγκρατήσουμε το τραυματισμένο μέλος όπως μας απάντησε και 95 % (38) ενώ το υπόλοιπο 5 % (2) αναφέρει ότι θα πρέπει να δέσουμε με καθαρούς επιδέσμους το τραυματισμένο μέλος και η πλειοψηφία των εξεταζόμενων 80 % (32) γνωρίζει ότι σε περίπτωση κατάγματος μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε οποιοδήποτε νάρθηκα αρκεί να ακινητοποιήσουμε το τραυματισμένο μέλος. 3 (7, 5 %) πιστεύουν ότι μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε ένα νάρθηκα φτιαγμένο από ξύλο και 5 (12, 5%) έναν ειδικό νάρθηκα εγκεκριμένο από τον Ε. Ο. Φ.

Επίσης, ένα ποσοστό 52, 5 % (21) των εργαζομένων θεωρεί ως πιο επείγον την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση από την μαζική αιμορραγία, στην οποία αναφέρεται το υπόλοιπο 47, 5 % (19).

Η σωστή τοποθέτηση ενός λιπόθυμου ατόμου, δηλαδή σε θέση πλάγια, είναι βασική για την πρόληψη επιπλοκών όπως θεωρεί και το 47, 5 % (19) των ατόμων ενώ το άλλο 52, 5 % (21) πιστεύει ότι η καταλληλότερη τοποθέτησή είναι στη πλάγια θέση.

Σε περίπτωση πνιγμού από φαγητό προτιμότερο είναι να προσπαθήσουμε να βγάλουμε το ξένο σώμα από τον πάσχοντα βάζοντας τα δάχτυλά μας στο στόμα του και κάμπτοντάς τα για να τα βρούμε απάντησε ένα ποσοστό 32,5 % (13). Ένα 5 % (2) θεωρεί ποιο σωστό να τον βάλουμε σε καθιστική θέση και να του δώσουμε να πει νερό για να καταπιεί το ξένο σώμα και 62,5 % (25) ότι θα πρέπει του δώσουμε απότομα και δυνατά χτυπήματα στην πλάτη.

Από την άλλη βασική προτεραιότητα σε ενδεχόμενο ατύχημα με κάποιο πολυτραυματία είναι η προσοχή που θα δώσουμε στην μεταφορά του κατά την οποία θα πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη βαρύτητα στην περιοχή του αυχένα όπως σωστά μας απάντησε και το 60 % (24) των εξεταζόμενων. Το υπόλοιπο 40 % αυτών θεωρεί ότι μεγαλύτερη βαρύτητα θα πρέπει να δοθεί στο κεφάλι.

Το 52,5 % (21) απάντησε σωστά ότι σε περίπτωση επιληπτικής κρίσης θα πρέπει απλώς να απομακρύνουμε τα αντικείμενα που είναι γύρω από τον ασθενή για να μην χτυπήσει, καθώς δεν μπορούμε να παρέμβουμε αλλιώς μέχρι να περάσει η φάση της κρίσης. Το 12,5 % (5) πιστεύει ωστόσο ότι θα πρέπει να προσπαθήσουμε να επαναφέρουμε τον πάσχοντα και το 30 % (12) ότι πρέπει να προσπαθήσουμε να ανοίξουμε το στόμα του.

Σε περίπτωση δηλητηριάσεως από το στόμα το 57,5 % (23) θεωρεί ότι θα πρέπει να γίνει πλύση στομάχου στον πάσχοντα και το υπόλοιπο 42,5 % (17)

ότι θα πρέπει να προκαλέσουμε εμετό εφόσον το άτομο διατηρεί τις αισθήσεις του και σε περίπτωση βαριάς μέθης, το 57,5% (23) θεωρεί ότι θα πρέπει να προκαλέσουμε στο άτομο εμετό, το 25 % (10) ότι θα πρέπει να τοποθετήσουμε τον ασθενή σε πλάγια θέση και να φροντίσουμε για την μεταφορά του και το 17,5 % (7) ότι

πρέπει να τον τοποθετήσουμε σε καθιστική θέση και να του δώσουμε να πει καφέ και αφθονα υγρά.

Στο ενδεχόμενο ατύχημα εισπνοής τοξικών αερίων ή καπνού το 25 % (10) μας απάντησε ως προτιμότερο να απομακρύνουμε τον ασθενή από το χώρο, το 17,5 % (7) θεωρεί ως πιο σωστή την χορήγηση οξυγόνου και το υπόλοιπο 57,5 % (23) την μεταφορά του πάσχοντα στο νοσοκομείο.

Στην περίπτωση ενός ασθενή χωρίς καρδιακό σφυγμό και που έχει κάνει εμετό και στην περίπτωση που θέλουμε να σταματήσουμε μία αιμορραγία ενός τραύματος σωστά απάντησε το 67,5 % (27), για εφαρμογή καρδιακών μαλάξεων, και το 100 % (40), για εφαρμογή έντονης πίεσης στο τραύμα, αντίστοιχα για τις δύο καταστάσεις.

Από την ερώτηση που αναφερόταν στο τι είναι σωστότερο στην περίπτωση ενός διαβητικού που έχει χάσει τις αισθήσεις του 15 (37,5 %) έδωσαν ως απάντηση την χορήγηση ενός γλυκού, 10 (25 %) την τοποθέτησή του σε ύπτια θέση και την μεταφορά του στο νοσοκομείο, 12 (30 %) την χορήγηση των φαρμάκων που παίρνει για την πάθησή του και 3 (7,5 %) να τον τοποθετήσουμε σε ύπτια θέση και να περιμένουμε το ασθενοφόρο.

Από την άλλη πλευρά, σε ποσοστό 60 % (24) μας απάντησαν ότι προτιμότερο σε ένα άτομο γνωστό υπερτασικό που παρουσιάζει υψηλή πίεση είναι η μεταφορά του στο νοσοκομείο, την χορήγηση φαρμάκων για την πίεση και την σύσταση προς τον ασθενή να ξαπλώσει για να του περάσει θεωρεί ως πιο σωστό ένα 32,5 % (13) και ένα 7,5 % (3) αντιστοίχως για τις δύο παρεμβάσεις.

28 άτομα (70 %) από τα 40 που συμπεριλάβαμε στην μελέτη μας από την συγκεκριμένη επιχείρηση γνωρίζουν την ύπαρξη ιατρού εργασίας στο εργοστάσιό τους και παράλληλα, ένα ποσοστό

87,5 % (35) τον έχουν επισκεφτεί.

Επίσης, 55 % (22) αναφέρουν ότι εκπαιδευτεί στις πρώτες βοήθειες από τους οποίους ένα 5 % εκπαιδεύτηκε από κάποιο γνωστό του, το 40 % από τον ιατρό του, το 5 % από τον ιατρό εργασίας και το υπόλοιπο 7,5 % από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ταυτόχρονα, ένα ποσοστό 75 % (30) αναφέρει ότι υπάρχει επιτροπή υγείας και ασφάλειας στον εργασιακό χώρο, ένα 2,5 % (1) ότι δεν υπάρχει και το υπόλοιπο 22,5 % (9) δηλώνει άγνοια για την ύπαρξή του.

Από το σύνολο των εργαζομένων της δεύτερης ομάδας, το 90% (36) αναφέρουν παθόντες εργατικού ατυχήματος και ένα ποσοστό 77,5 % (31) μάρτυρες εργατικού ατυχήματος, από τους οποίους ένα 17,5 % πιστεύει ότι βοήθησε τον πάσχοντα ικανοποιητικά. Τέλος, 29 (72,5 %) από τους 40 εξεταζόμενους πιστεύουν ότι θα βοηθούσαν ικανοποιητικά τους εκάστοτε πάσχοντες σε ενδεχόμενο εργατικό ατύχημα.

ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΤΗ :

Στην τρίτη ομάδα συμπεριλάβαμε τα υπόλοιπα 196 άτομα από επιχειρήσεις του νομού Χανίων και του νομού Ηρακλείου τα οποία ποτέ δεν είχαν δεχτεί κανένα είδος εκπαίδευσης πάνω στις πρώτες βοήθειες, από τα οποία τα 42 (21,43 %) είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, τα 117 (59,69 %) απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το υπόλοιπο 18,88 % (37) απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Από τα 196 άτομα τα 62 (31,63 %) εργάζονται ως εργάτες, τα 53 (27,04 %) ως εργάτες μηχανών, τα 39 (19,90 %) ως συντηρητές μηχανών, τα 23 (11,73 %) ως διοικητικοί υπάλληλοι και

τα υπόλοιπα 19 (9, 69 %) ως υπάλληλοι γραφείου.

Ένα ποσοστό 38, 27% (75) κατατάσσουν το επάγγελμά τους σε εργασία υψηλού επικινδυνότητας, 36, 22 % (71) ως επάγγελμα μέσου κινδύνου για ατύχημα και το 25, 51 % (50) ως χαμηλού κινδύνου για ατύχημα.

Η πλειοψηφία των εξεταζόμενων 156 (79, 59 %) εμφανίζεται να γνωρίζει ότι με τον όρο πρώτες βοήθειες εννοείται η παροχή βοήθειας όπου έχει συμβεί ατύχημα, ενώ 34 (17, 34 %) θεωρεί την παροχή βοήθειας στο εργασιακό περιβάλλον και 6 (3, 06 %) την παροχή βοήθειας σε κάποιο νοσοκομείο ή σε κάποιο κέντρο υγείας.

Γνώση της προτεραιότητας σε ενδεχόμενο σοβαρό εργατικό ατύχημα είχε το 60, 20 % των εργαζομένων (118). Ένα 5, 61 % (11) θεωρεί ότι θα πρέπει να φωνάξουμε τον προϊστάμενο, ένα 4,59% (9) ότι πρέπει να ενημερώσουμε την διεύθυνση, ένα 27, 04 % (53) ότι πρέπει να φωνάξουμε βοήθεια και ένα 2, 55 % (5) πιστεύει ότι είναι προτιμότερο να ενημερώσουμε το εργατικό κέντρο.

Επίσης, το 75, 5 % (148) γνωρίζει ότι παρέχοντες πρώτων βοηθειών μπορούν να είναι όλοι όσοι έχουν γνώση πρώτων βοηθειών. Αντίθετα, 4 (2 %) θεωρούν ότι πρέπει να παρέχονται μόνο από νοσηλευτές και 14 (7, 1%) μόνο από ιατρικό προσωπικό. Το υπόλοιπο 15, 3 % (30) πιστεύει ότι πρώτες βοήθειες δίνονται από προσωπικό του Ε. Κ. Α. Β.

Από τους 196 εξεταζόμενους οι 159 (81, 12 %) δηλώνουν ότι γνωρίζουν πως μετράμε και 163 (83, 16 %) ότι γνωρίζουν τι μετράμε με τον σφυγμό ενός ατόμου.

Όσον αφορά τον αριθμό των φυσιολογικών σφύξεων του ανθρώπου 59 άτομα (30, 10 %) γνώριζαν ότι είναι 40 – 60 ανά λεπτό, ενώ λανθασμένα το 32, 14 % (63) πιστεύει ότι είναι 60 – 80

το λεπτό, το 7, 14 % (14) το 60 – 100 και το υπόλοιπο 30, 61 % (60) αναφέρει ότι δεν γνωρίζει τον φυσιολογικό αριθμό καρδιακών σφύξεων.

Ταυτόχρονα, 191 άτομα (97, 45 %) γνωρίζουν ότι ο έλεγχος των σφύξεων γίνεται στο καρπό του χεριού του πάσχοντα. Αντίθετα, οι υπόλοιποι 5 πιστεύουν ότι τον ελέγχουμε στο στήθος (1, 63 %) ή στη κοιλιά του τραυματία (1, 02 %).

Γνώση του πως και τι εκτιμάμε με τις αναπνοές ενός ατόμου είχε το 65, 31 % (128) και 80, 61 % (158) αντίστοιχα, ενώ άγνοια για τις δύο αυτές ερωτήσεις δήλωσε το 34, 69 % (68) και 1, 02 % (2) των ατόμων παράλληλα.

Γνώση του αριθμού των φυσιολογικών αναπνοών, 15 – 20 ανά λεπτό, είχε το 29, 59% (58) των εξεταζόμενων, ενώ λανθασμένα απάντησε το 18, 37% (38) που θεωρεί ως φυσιολογικές τις 10 – 15 ανά λεπτό, το 10, 71 % (21) που αναφέρεται στις 20 – 25 ανά λεπτό και το 2, 55% (5) στις 25 – 30 ανά λεπτό, ενώ ένα 38, 78 % (76) δεν γνωρίζει καθόλου τον ακριβή αριθμό των φυσιολογικών αναπνοών του ατόμου.

Γνώση του τρόπου εκτίμησης της αναπνευστικής λειτουργίας με την επισκόπηση του θώρακα και της κοιλιάς του τραυματία για κάποια κίνηση είχε ένα ποσοστό 69, 9 % (137). Λανθασμένη άποψη είχε το 6, 63 % (13) και ένα ποσοστό 23, 47 % (48) για τον έλεγχο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και την ψηλάφηση του λαιμού του τραυματία με το χέρι μας.

Από την μελέτη που διεξάγαμε συλλέξαμε 141 (71, 94 %) και 73 (37, 24 %) σωστές απαντήσεις για την γνώση στο τι μετράμε και αν γνωρίζουν οι ίδιοι οι εξεταζόμενοι να μετρούν την αρτηριακή πίεση αντιστοίχως.

Από την άλλη πλευρά, 18 (9, 18 %) πιστεύουν ότι την

ελέγχουμε μόνο στο δεξί χέρι και 57 (29, 08 %) ότι την μετράμε μόνο στο αριστερό χέρι. Ένα ποσοστό 45, 41 % (89) απάντησε σωστά ότι την ελέγχουμε και στα δύο χέρια ενώ το υπόλοιπο 16,33% (32) δεν γνωρίζει καθόλου πως την μετράμε.

Τα φυσιολογικά όρια της αρτηριακής πίεσης, 140 – 90, γνώριζε το 18, 37 % (36), ενώ 18, 37 % (36) θεωρούν σωστή την τιμή 100–80, το 26, 53 %

(52) τα όρια 120 – 100, το 4, 59 % (9) τα όρια 160 – 100 και το υπόλοιπο 32, 14 % (63) δηλώνουν άγνοια για την συγκεκριμένη ερώτηση.

Παράλληλα, από τα ερωτηματολόγια συλλέξαμε 181 (92, 35%) θετικές απαντήσεις ότι γνωρίζουν πως και που μετράμε την θερμοκρασία ενός ατόμου και άλλες 169 (86, 22 %) ότι γνωρίζουν τι ελέγχουμε με την θερμοκρασία.

Ένα ποσοστό 37, 24 % (73) των εργαζομένων αποκρίθηκε ότι θεωρεί ως φυσιολογική θερμοκρασία μέχρι 36 βαθμούς Κελσίου, ένα 41, 33 % (81) μέχρι τους 37 βαθμούς Κελσίου και ένα 21, 43 % (42) την θερμοκρασία μέχρι τους 37, 5 βαθμούς Κελσίου.

Η πλειοψηφία των εξεταζόμενων είχε γνώση του τρόπου επικοινωνίας με το Ε. Κ. Α. Β. σε ποσοστό 90, 31 % (177), σε αντίθεση με το υπόλοιπο 9, 69 % που λανθασμένα απάντησε ότι για να επικοινωνήσουμε με το Ε. Κ. Α. Β. ψάχνουμε στο Χρυσό Οδηγό (5, 61 %), τηλεφωνούμε στην αστυνομία (0, 51 %) ή τηλεφωνούμε στο 134 (3, 57 %).

Σωστά απάντησε το 51, 53 % (101) ότι προτεραιότητα αναφοράς στο Ε. Κ. Α. Β. έχει η πληροφορία για την βαρύτητα της κατάστασης των εμπλεκόμενων του ατυχήματος. Από την άλλη πλευρά, την πληροφορία για την ηλικία των τραυματιών απάντησε το 10, 71 % (21) και την πληροφορία για τον τρόπο και τι είδος

του ατυχήματος ένα ποσοστό 37, 76 % (74).

Από την έρευνά μας στα συγκεκριμένα εργοστάσια 51 (26,02%) άτομα μας απάντησαν ότι δεν γνώριζαν τι σημαίνει υπερέκταση του αυχένα σε αντίθεση με το υπόλοιπο 73, 98 % (145) που δηλώνει ότι έχει γνώση της έννοιας αυτής.

Επίσης, ένα 76, 02% (149) φαίνεται να γνωρίζει τον όρο της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης καθώς αποκρίθηκε ότι είναι ο συνδιασμός τεχνητής αναπνοής και μαλάξεων της καρδιάς για να διατηρήσουμε στη ζωή τον πάσχοντα μέχρι να έρθει εξειδικευμένη βοήθεια. Παράλληλα, ένα 5, 1 % (10) πιστεύει ότι είναι η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής, ένα 4, 59 % (9) ότι είναι η σύνδεση του τραυματία με ειδικό μηχάνημα υποστήριξης της καρδιακής και αναπνευστικής λειτουργίας, ενώ το υπόλοιπο 14, 29 % (28) αναφέρει άγνοια για τον ορισμό της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Γνώση του όρου της εξωτερικής καρδιακής μάλαξης αναφέρουν 123 άτομα (62, 76 %), ενώ η πλειοψηφία των εξεταζόμενων γνωρίζει σε ποσοστό 45, 92 % (90) ότι η έξω – καρδιακή μάλαξη είναι η τοποθέτηση των χεριών και απότομη πίεση πάνω στο στήθος σε άτομα που δεν χτυπάει η καρδιά τους σε αντίθεση με τους υπόλοιπους που αναφέρουν ότι είναι η τοποθέτηση των χεριών και απότομη πίεση πάνω στο στήθος σε άτομα που είναι αναισθητα και ηλεκτρική εκκένωση με ειδικό μηχάνημα στο θώρακα σε ποσοστά 22, 96 % (45) και 0, 51 % (1) αντίστοιχα προς τις συγκεκριμένες ερωτήσεις. 60 (30, 61 %) εργαζόμενοι αναφέρουν ωστόσο ότι δεν γνωρίζουν τι είναι εξωτερική καρδιακή μάλαξη.

Τον αναγκαίο αριθμό μαλάξεων (40 – 60 ανά λεπτό) σε ενδεχόμενη καρδιακή ανακοπή γνωρίζει το 32, 65 % (64) του

συνόλου των ατόμων που συμπεριλαμβάνονται στην τρίτη ομάδα. Ένα ποσοστό 26,02 % (51) αναφέρει ως υποχρεωτικές τις 60 – 80 μαλάξεις ανά λεπτό, το 3,06 % (6) τις 80 -100 ανά λεπτό και το υπόλοιπο 38,27 % (75) αποκρίθηκε ότι δεν γνωρίζει τον αναγκαίο αριθμό μαλάξεων σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής.

174 (88,78 %) από τους 196 αναφέρουν ότι γνωρίζουν τι είναι τεχνητή αναπνοή και ένα ποσοστό 36,73 % (72) γνώριζε ότι οι αναγκαίες τεχνητές αναπνοές σε ένα άτομο με ανακοπή της αναπνευστικής λειτουργίας που πρέπει να κάνουμε είναι 15 – 20 ανά λεπτό.

Το γνωστό σε όλους μας μέτρο 5 μαλάξεις προς 1 τεχνητή αναπνοή κατά την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση γνώριζε το 49,49 % (97) των εξεταζόμενων. Οι υπόλοιποι θεωρούν σωστότερη την αναλογία 1 προς 1 σε ποσοστό 28,57 % (56), την αναλογία 15 μαλάξεις προς 1 εμφύσηση σε ποσοστό 10,20 % (20) και ένα 11,73 % (23) δεν έχει καθόλου γνώση της αντιστοιχίας αυτής σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής.

Σε ενδεχόμενο έγκαυμα 119 (60,71 %) πιστεύουν ότι θα πρέπει να πλύνουμε με άφθονο κρύο νερό το έγκαυμα, 41 (20,92%) ότι θα πρέπει να απολυμάνουμε την περιοχή με οινόπνευμα και 36 (18,37 %) ότι είναι σωστότερο να αφαιρέσουμε το καμένο δέρμα.

Γνώση της παρέμβασης σε ηλεκτροπληξία είχε το 34,18 % (67) που αναφέρει ότι θα πρέπει να απομακρύνουμε το άτομο από τα καλώδια με μονωτικά γάντια. Το 9,69 % (19) θεωρεί ως σωστότερο την απομάκρυνσή του με οποιοδήποτε μέσο και το 56,12 % (110) ότι θα πρέπει να διακόψουμε την παροχή του ηλεκτρικού ρεύματος.

Στη περίπτωση ακρωτηριασμού παρατηρήσαμε 96 (48,98 %) σωστές απαντήσεις που αναφέρονται στην πίεση για να σταματήσει

η αιμορραγία, στην αναζήτηση του κομμένου μέλους την μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο. Οι υπόλοιπες 62 (31, 63 %) και 38 (19, 39 %) αναφέρονται στην απολύμανση με Betatine και οινόπνευμα των δύο άκρων του ακρωτηριασμένου μέλους και την μεταφορά του τραυματία σε κάποιο κέντρο παροχής ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και την τοποθέτηση γαζών στο ακρωτηριασμένο μέλος και εν τέλει την άμεση μεταφορά του πάσχοντα.

Γνώση της παρέμβασης σε ενδεχόμενη ενσφήνωση ξένου σώματος στο δέρμα είχε το 46, 43 % (91) που αναφέρεται βασικά στην τοποθέτηση αποστειρωμένων γαζών γύρω από το ξένο σώμα για ακινητοποίησή του σε αντίθεση με τις άλλες δύο αποκρίσεις που μας δόθηκαν οι οποίες αναφέρονται στην προσπάθεια να τραβήξουμε το ξένο σώμα σιγά και να φροντίσουμε για την μεταφορά του τραυματία στο νοσοκομείο (17, 86 %) και στην προσπάθεια να το τραβήξουμε με δύναμη για να βγει και να εφαρμόσουμε στη συνέχεια πιεστική επίδεση γύρω από την περιοχή ώστε να σταματήσουμε την αιμορραγία (35, 71 %)

Γνώση των ύποπτων συμπτωμάτων για έμφραγμα είχε ένα ποσοστό 80, 10 % (157) και των συμπτωμάτων για ενδεχόμενη εσωτερική αιμορραγία το 44, 90 % (88) ενώ σε περίπτωση έντονου άλγους στο στήθος 97 (49, 49 %) αποκρίθηκαν ότι θα πρέπει να χαλαρώσουμε τα ρούχα του πάσχοντα, να του δώσουμε μια ασπιρίνη και να ειδοποιήσουμε το E. K. A. B., 75 (38, 27 %) θεωρούν σωστότερο να τοποθετήσουμε τον ασθενή σε καθιστική θέση και να χαλαρώσουμε τα ρούχα του και οι υπόλοιποι 24 (12, 24 %) να τον βάλουμε σε καθιστική θέση και να περιμένουμε μισή ώρα πριν ειδοποιήσουμε το E. K. A. B.

Σε περίπτωση κατάγματος κατά το εργατικό ατύχημα θα

πρέπει να ακινητοποιήσουμε και να συγκρατήσουμε το τραυματισμένο μέλος, όπως και μας απάντησε το 68,37% (134). Το υπόλοιπο 31,63% λανθασμένα αποκρίθηκε ότι θα πρέπει να μετακινήσουμε το τραυματισμένο μέλος ώστε να έλθει στη θέση του (7,65%) ή θα πρέπει να δέσουμε με καθαρούς επίδεσμους το πάσχον μέλος (23,98%). Επίσης, η πλειοψηφία των εργαζομένων (46,94%) αποκρίθηκε σωστά ότι σε περίπτωση κατάγματος μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε οποιοδήποτε νάρθηκα αρκεί να ακινητοποιήσουμε το τραυματισμένο μέλος.

Παράλληλα, 90 (45,92%) εξεταζόμενοι θεωρούν ότι η μαζική αιμορραγία είναι πιο επείγουσα από την καρδιοαναπνευστική ανακοπή όπως υποστηρίζουν οι υπόλοιποι 106 (54,08%).

Καταλληλότερη θέση για ένα λιπόθυμο άτομο θεωρεί την πλάγια ένα ποσοστό 57,65% (113), ανάσκελα το 35,71% (70), μπρούμυτα το 3,57% (7) και την καθιστική θέση το 3,06% (6).

Σωστές απαντήσεις για την περίπτωση επιληπτικής κρίσης και το σημείο που θα πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή κατά την μετακίνηση ενός τραυματία έδωσε το 24,49% (48) και 41,84% (82) για την απομάκρυνση των αντικειμένων ώστε να μην χτυπήσει ο πάσχον κατά την επιληπτική κρίση και για τον αυχένα κατά την μεταφορά του τραυματία αντίστοιχα.

44 εργαζόμενοι (22,45%) θεωρούν ότι σε περίπτωση πνιγμού από φαγητό θα πρέπει να βάλουμε τα δύο δάχτυλα στο στόμα και να τα κάμψουμε ψάχνοντας για το ξένο σώμα, 21 (10,71%) ότι θα πρέπει να τοποθετήσουμε το άτομο σε καθιστική θέση και να του δώσουμε να πει νερό για να το καταπιεί, 123 (62,76%) πιστεύουν ότι πρέπει να του δώσουμε απότομα και δυνατά χτυπήματα στην πλάτη και οι υπόλοιποι 8 (4,08%) θεωρούν σωστότερο να του πούμε απλώς να κοιτάξει στο ταβάνι.

Σε περίπτωση δηλητηριάσεως 88 (44, 90 %) αποκρίθηκαν ότι θα πρέπει να κάνουμε πλύση στομάχου στον πάσχοντα, 81 (41,33%) θεωρούν ότι θα πρέπει να προκαλέσουμε εμετό εφόσον όμως διατηρεί τις αισθήσεις του και το υπόλοιπο 13, 78 % (27) αποκρίθηκε ότι πρέπει να του δώσουμε να φάει ή να πιει κάτι.

Σε ενδεχόμενη βαριάς μέθης γνώση της παρέμβασης είχε το 19, 39 % (38) και στην περίπτωση κατά την οποία έχουμε εισπνοή τοξικών αερίων 58 (29, 59 %) αποκρίθηκαν ότι θα πρέπει να απομακρύνουμε τον ασθενή από το χώρο, 53 (27, 04 %) θεωρούν ότι πρέπει να χορηγήσουμε οξυγόνο και το υπόλοιπο 43, 47 % (85) αναφέρεται στην μεταφορά του ασθενή στο νοσοκομείο.

94 εργαζόμενοι (47, 96 %) απάντησαν ότι στην περίπτωση ενός διαβητικού που έχει χάσει τις αισθήσεις του σωστότερο είναι να του δώσουμε γλυκό, 44 (22, 45 %) ότι πρέπει να τον τοποθετήσουμε σε ύπτια θέση και να τον μεταφέρουμε στο νοσοκομείο, 41 (20, 92 %) ότι θα πρέπει να του δώσουμε τα φάρμακά του και ένα ποσοστό 8, 67 % (17) ότι σωστότερο είναι να τον τοποθετήσουμε σε ύπτια θέση και να φροντίσουμε για την μεταφορά του στο νοσοκομείο.

Γνώση της παρέμβασης σε άτομο χωρίς καρδιακό σφυγμό που έχει κάνει εμετό είχε ένα ποσοστό 82, 65 % (162) από το σύνολο των εξεταζόμενων και του τρόπου με τον οποίο σταματάμε την αιμορραγία σε κάποιο τραύμα ένα ποσοστό 78, 57 % (154).

87 (44, 39 %) από τους 196 εργαζόμενους θεωρούν ότι σε άτομο γνωστό υπερτασικό που παρουσιάζει υψηλή πίεση προτιμότερο είναι να του δώσουμε ξανά απο τα φάρμακά του που συνήθως παίρνει κάθε πρωί, 95 (48, 47 %) ότι θα πρέπει να τον μεταφέρουμε στο νοσοκομείο και 14 (7, 14 %) ότι πρέπει απλώς να του πούμε να ξαπλώσει για να του περάσει.

Από το σύνολο των εργαζομένων οι 127 (64, 80 %) απαντούν θετικά για την ύπαρξη ιατρού εργασίας στην επιχείρηση που εργάζονται σε αντίθεση με το 18, 37% (36) που απαντούν αρνητικά και το 19, 34 % (36) που δηλώνουν άγνοια.

Επίσης, η πλειοψηφία 78, 06 % (153) των εξεταζόμενων αναφέρει ότι δεν έχει επισκεφτεί ποτέ τον ιατρό εργασίας και το 81, 12 % (159) ότι δεν έχει εκπαιδευτεί ποτέ στις πρώτες βοήθειες.

22 άτομα (11, 22 %) αναφέρουν ότι έχουν εκπαιδευτεί από κάποιο γνωστό τους, 25 (12, 76 %) από τον ιατρό τους, 6 (3, 06 %) από το σχολείο, 46 (23, 4 %) από τον ιατρό εργασίας, 41 (20, 92 %) από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το υπόλοιπο 28, 57 % (56) από κανένα.

Ταυτόχρονα, ένα ποσοστό 23, 98 % (47) αναφέρει ότι υπάρχει επιτροπή υγείας και ασφάλειας στο χώρο που εργάζεται σε αντίθεση με το 39, 80 % (78) που δηλώνει την απουσία μιας τέτοιας επιτροπής και το 36, 22 % (71) που δηλώνει άγνοια.

Η πλειοψηφία των ατόμων (80, 10 %) αναφέρει παθόν εργατικού ατυχήματος και το 66, 84 % (131) δηλώνει ότι δεν έχει γίνει ποτέ μάρτυρας εργατικού ατυχήματος. Από αυτούς που απάντησαν θετικά ένα ποσοστό 27, 55% (54) πιστεύει ότι βοήθησε ικανοποιητικά τον πάσχοντα και τέλος, η πλειοψηφία 83, 16 % (163) των εξεταζόμενων αναφέρει ότι σε περίπτωση που κάποια στιγμή γίνει μάρτυρας εργατικού ατυχήματος θα βοηθήσει ικανοποιητικά τον πάσχοντα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μελετώντας τα δεδομένα που συλλέξαμε από τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων και συγκρίνοντας τα αποτελέσματα από την ομάδα των 40 εργαζόμενων στη Δ. Ε. Η. , εκπαιδευμένων από άρτια και εξουσιοδοτημένη ομάδα του Ε. Κ. Α. Β. , και την ομάδα των υπόλοιπων 196 εργαζόμενων στις ιδιωτικές επιχειρήσεις των νομών Χανίων και Ηρακλείου, οι οποίοι ποτέ δεν είχαν δεχτεί κανένα είδος εκπαίδευσης πάνω στις πρώτες βοήθειες, διακρίναμε μεγάλες διαφορές στα ποσοστά σωστών απαντήσεων και διαπιστώσαμε πως ακόμα και στις πιο απλές ερωτήσεις ένας μεγάλος αριθμός των εξεταζόμενων εμφανίζει έλλειψη των βασικών γνώσεων.

Κατ' αρχήν ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των εργαζόμενων από την ομάδα των μη εκπαιδευμένων εμφανίζεται να έχει γνώση του βασικού ορισμού των πρώτων βοηθειών όπως και στην τρίτη ομάδα, που όμως τα ποσοστά σωστών απαντήσεων ήταν πολύ πιο ικανοποιητικά, όπως και στην γνώση για το τι έχει προτεραιότητα σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος στο εργασιακό περιβάλλον.

Παράλληλα, στην μελέτη μας θέσαμε κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τα τέσσερα ζωτικά σημεία του ανθρώπινου σώματος, δηλαδή τις καρδιακές σφύξεις, την θερμοκρασία, την αρτηριακή πίεση και την αναπνευστική λειτουργία, θέλωντας να εκτιμήσουμε τις γνώσεις των

ατόμων πάνω στις συγκεκριμένες βασικές παραμέτρους.

Τ' αποτελέσματα ήταν κάπως απογοητευτικά καθώς αναμέναμε μεγαλύτερο ποσοστό σωστών απαντήσεων και παρατηρήσαμε μεγάλη διαφορά μεταξύ αυτών ανάμεσα στους εκπαιδευμένους και μη εκπαιδευμένους εργαζόμενους. Από τις συγκρίσεις που κάναμε στις δύο ομάδες οι σωστές απαντήσεις ήταν σχετικά ίδιες όσον αφορά το τι ελέγχουμε και πως μετράμε το κάθε ένα από τα ζωτικά σημεία. Διαφορά μεγάλη ωστόσο, παρουσίασαν στην γνώση μέτρησης της αρτηριακής πίεσης που η πλειοψηφία των εργαζομένων στην Δ. Ε. Η ξέρει να την μετρά σε αντίθεση με αυτούς της τρίτης ομάδας.

Από την άλλη πλευρά, παρατηρήσαμε αύξηση της διαφοράς στις ερωτήσεις που αναφέρονταν στις φυσιολογικές τιμές των σφύξεων, της αναπνοής, της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης, πράγμα που σημαίνει ότι πρακτικά δεν μπορούν να ανταποκριθούν ουσιαστικά στην αξιολόγηση των παραμέτρων.

Επίσης, παρόμοια ποσοστά σωστών απαντήσεων δόθηκαν και για την γνώση του τρόπου επικοινωνίας με το E. K. A. B. όπως και για την πληροφορία που θα πρέπει να μεταδοθεί πρώτη σε ενδεχόμενο εργατικό ατύχημα, ενώ και στις δύο ομάδες των εργαζομένων η συντριπτική πλειοψηφία αποκρίθηκε ότι δεν γνωρίζει τι είναι και πως γίνεται η υπερέκταση του αυχένα.

Από την άλλη πλευρά, σημαντικές διαπιστώσεις κάναμε και από

τις ερωτήσεις που συμπεριλάβαμε σχετικά με την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση. Κατ' αρχήν, και στις δύο ομάδες τα ποσοστά σωστών απαντήσεων για τον βασικό ορισμό της ήταν σχετικά ίδια, αν και πάλι διακρινόταν η ομάδα των εκπαιδευμένων εργαζόμενων. Παρόμοια αποκρίθηκαν και στην γνώση του ορισμού για την έξω καρδιακή μάλαξη.

Αρκετά χαμηλά ποσοστά σωστών απαντήσεων δόθηκαν ωστόσο για τον αναγκαίο αριθμό των καρδιακών μαλάξεων σε ενδεχόμενη καρδιακή ανακοπή και στις δύο ομάδες, όπως και αντίστοιχα για τον υποχρεωτικό αριθμό των εμφυσήσεων σε περίπτωση αναπνευστικής ανακοπής, αν και η πλειοψηφία των εργαζόμενων, εκπαιδευμένων και μη, αποκρίθηκε ότι γνωρίζει τι είναι τεχνητή αναπνοή.

Μεγάλη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων παρατηρήσαμε και στην ανλογία μάλαξης / εμφύσηση στην τεχνική της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης όπου η πλειοψηφία των εκπαιδευμένων στις Πρώτες Βοήθειες εμφάνισε ένα ικανοποιητικά μεγάλο ποσοστό σωστών απαντήσεων σε αντίθεση με τους 196 εργάτες των ιδιωτικών επιχειρήσεων, κάτι που διαπιστώσαμε και στην γνώση της παρέμβασης σε τυχόν έγκαυμα στον εργασιακό χώρο.

Παρόμοια ποσοστά απαντήσεων δόθηκαν και από τις δύο ομάδες για την γνώση της παρέμβασης σε ηλεκτροπληξία, σε

ενδεχόμενο ατύχημα με ενσφήνωση ξένου σώματος στο δέρμα, ενώ στην γνώση παρέμβασης σε περίπτωση ακρωτηριασμού τα ποσοστά σωστών απαντήσεων της δεύτερης ομάδας ήταν υψηλότερα από αυτά της τρίτης.

Επίσης, σχετικά ίδιες ήταν οι σωστές αποκρίσεις και για την γνώση των ύποπτων συμπτωμάτων για έμφραγμα όπως και για την περίπτωση που κάποιος εμφανίζει έντονο πόνο στο στήθος, ενώ όσο αφορά την γνώση των ύποπτων συμπτωμάτων για εσωτερική αιμορραγία οι εργαζόμενοι που είχαν εκπαιδευτεί εμφανίζουν υψηλότερο αριθμό σωστών αποκρίσεων.

Συγκριτικά, με την τρίτη ομάδα, όσον αφορά την γνώση για την παρέμβαση σε περίπτωση κατάγματος, το είδος νάρθηκα που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε, όπως και την καταλληλότερη θέση για ένα λιπόθυμο άτομο η δεύτερη ομάδα των εκπαιδευμένων είχε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων.

Παράλληλα, όσον αφορά την εκτίμηση του επείγοντος της κατάστασης ανάμεσα στη μαζική αιμορραγία και καρδιοαναπνευστικής ανακοπής και τις ενέργειες σε τυχόν πνιγμό από φαγητό οι σωστές αποκρίσεις των εργαζομένων ήταν σχετικά ίδιες.

Παρόμοια παρατηρούμε και σε άλλες από τις ερωτήσεις που τους απευθύναμε, όπως το σημείο που προσέχουμε ιδιαίτερα κατά

την μετακίνηση ενός πολυτραυματία, στη γνώση της παρέμβασης σε ενδεχόμενη δηλητηρίαση από το στόμα ή εισπνοής τοξικών αερίων ή στην προτεραιότητα ενεργειών σε ένα διαβητικό που έχει χάσει τις αισθήσεις του.

Ταυτόχρονα, η ομάδα των μη εκπαιδευμένων εμφανίζει πολύ χαμηλότερα ποσοστά σωστών απαντήσεων στην παρέμβαση σε ενδεχόμενη επιληπτική κρίση όπου τα αποτελέσματα ήταν αρκετά απογοητευτικά, στην προτεραιότητα ενάργειας σε ένα ασθενή χωρίς καρδιακό σφυγμό που έχει κάνει εμετό, όπως και στην περίπτωση ενός υπερτασικού ατόμου που παρουσιάζει υψηλή πίεση.

Η μοναδική ερώτηση στην οποία όλο το σύνολο των εκπαιδευμένων εργαζόμενων σε ποσοστό 100 % είχε σωστή γνώση ήταν σ' αυτή που αναφέρεται στον τρόπο που σταματάμε την αιμορραγία σε ένα τραύμα, όπου και εδώ οι μη εκπαιδευμένοι εμφάνισαν χαμηλότερο ποσοστό σωστών αποκρίσεων.

Η πλειοψηφία και στις δύο ομάδες αναφέρει την ύπαρξη ιατρού εργασίας στην επιχείρηση που δουλεύουν. Ωστόσο, ελάχιστοι είναι αυτοί που τον έχουν επισκεφτεί.

Από την άλλη πλευρά, ελάχιστοι από την ομάδα των μη εκπαιδευμένων αναφέρουν την ύπαρξη επιτροπής υγείας και ασφάλειας στον εργασιακό τους χώρο ενώ λίγοι είναι αυτοί που γνωρίζουν την ύπαρξή της από τους εργαζόμενους στη Δ. Ε. Η.

Τέλος, η πλειοψηφία και στις δύο ομάδες αναφέρει ότι έχουν πάθει εργατικό ατύχημα και ούτε έχει γίνει μάρτυρας σε κάποιο στο παρελθόν. Ωστόσο, η πλειοψηφία αυτών που απάντησαν θετικά θεωρεί ότι βοήθησε ικανοποιητικά τον τραυματία.

Στην ερώτηση για το αν γίνουν κάποια στιγμή μελλοντικά μάρτυρες εργατικού ατυχήματος, η συντριπτική πλειοψηφία των εξεταζόμενων και στις δύο ομάδες πιστεύει ότι θα βοηθήσει ικανοποιητικά τον πάσχοντα.

Από τα δεδομένα που προαναφέραμε λοιπόν διακρίνουμε εμφανώς το πρόβλημα ελλιπών γνώσεων των εργαζόμενων όπως και τη διαφορά μεταξύ των ατόμων που είχαν παρακολουθήσει στο παρελθόν εκπαιδευτικό πρόγραμμα πάνω στις πρώτες βοήθειες και σε αυτούς που ποτέ μα ποτέ δεν είχαν δεχτεί παρόμοια μαθήματα.

Έμφαση, τέλος, θέλουμε να δώσουμε και στο γεγονός ότι ακόμα και τα άτομα που είχαν παρακολουθήσει τα σεμινάρια από την εξουσιοδοτημένη ομάδα του E. K. A. B. έχουν γνώσεις αμφίβολης πρακτικής εφαρμογής και στην ανάγκη εφαρμογής για ένα επαναλαμβανόμενο πρόγραμμα εκπαίδευσης πρώτων βοηθειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εγχειρίδιο πρώτων βοηθειών : Heinz-e . Kolnlein, Siegfried Wellet, Jurgen Nobel, Thomas Meinertz, 9 αναθεωρημένη έκδοση.
2. Στατιστικές εργατικών ατυχημάτων στην Ελλάδα :Σπύρου Μπράνη, Αθήνα 1998
3. Ιατρική της εργασίας : Λ . Σιγλετίδης , Θεσ/κη 1999
4. B. L. S WORKING GROUP E. R. C : Guidelines for basic life support, Resuscitation 1992, 28, 2, 103
5. Εφημερίδα « Πατρίς », « Εφιάλτης τα Εργατικά Ατυχήματα » : Ρεπορτάζ Σοφία Τσεντελιέρου, 9/1/2003
6. Advance Life Support Working Groups of Illorin : E. R. C Guidelines for Resuscitation . Ed. Bossart Leo, Elsevier 1998
7. Ιατρική 48, 97 -101, 1995, Προληπτική Ιατρική στο εργασιακό περιβάλλον, Μ. Γ. Βελονακης
8. Αγγελής Α. (1973) Ιατρική εργασίας και βιομηχανική Ιατρική, Αργυρός, 6, 295
9. Schilling R. S. F. More effective prevention in occupational health. J Soc Occup Med 1984, 34: 71-9.
- 10.1989, Voluntary Safety and Health Program Management Guidelines.
- 11.Demographic differences in the resuscitation knowledge and skills of the standard First Aid Class ambulance crews in Japan, European. Journal of Emergency medicine, 1998, 5, 41-46, K. Tanigama and k. Tanaka
12. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Νοσηλευτικές Διαδικασίες. Άννα Σαχίνη – Καρδάση, Μαρία Πάνου