

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

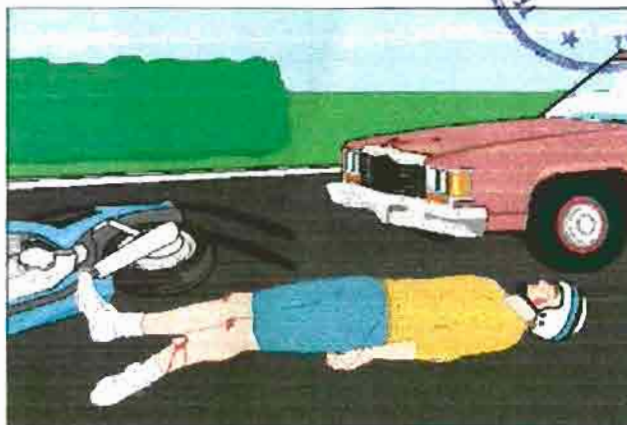
**ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ**

**"Επιδημιολογική μελέτη ατυχημάτων**

**σε παιδιά ηλικίας 6 - 12 ετών**



**Υπεύθυνος Καθηγητής**

**DR. Δετοράκης Ιωάννης**

**Σπουδάστριες:**

**Βαλδούμα Ευαγγελία**

**Νταλιακούρα Παρασκευή**

**Πανταζοπούλου Μαρία**

**Πάτρα 1998**

ΑΡΙΘΜΟΣ	2539
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	

*«Η ζωή είναι μια περιπέτεια, όπου τίποτε  
δεν είναι στατικό... Η όλη διαδικασία της  
επιβίωσης, δεν αποτελεί τίποτα άλλο παρά  
μια συνεχή αλληλεξάρτηση μεταξύ του ατόμου  
και του περιβάλλοντός του, που πολλές φορές  
παίρνει τη μορφή της βιοπάλης για να  
καταλήξει στο ατύχημα ή την ασθένεια....  
η πλήρης και διαρκής απελευθέρωση από το  
ατύχημα ή την ξαφνική ασθένεια δεν είναι  
τίποτα άλλο παρά ένα όνειρο»*

"Rene j Dubos"

## **Ευχαριστίες**

*Για την άμεση ή έμμεση συμβολή τους, στην πραγματοποίηση της συγγραφής της έρευνας αυτής, οφείλουμε ευχαριστίες. Στους γονείς μας, που μας στήριξαν ηθικά και οικονομικά για την διεκπεραίωση αυτής της έρευνας καθώς και στον καθηγητή μας Ι. Λετοράκη που μας υπέδειξε το θέμα, και μας βοήθησε στην τελική διεκπεραίωσή της.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	2

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

1.1. Παιδί και ανάπτυξη.....	4
1.2. Ατυχήματα στην παιδική ηλικία - Ορισμός.....	5

#### Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

2.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	7
2.2. Νοσηρότητα.....	9

#### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

#### Κατηγορίες ατυχημάτων ..... 11

3.1. Πτώσεις.....	11
3.2. Τροχαία ατυχήματα.....	14
3.3. Έγκαυμα.....	15
3.4. Δηλητηρίαση.....	17
3.5. Πνιγμοί.....	20
3.6. Ξένα σώματα.....	21

#### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

#### Πρώτες βοήθειες..... 22

4.1. Πρώτες Βοήθειες σε τροχαίο ατύχημα.....	22
4.2. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση.....	25
4.3. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με κάταγμα.....	28
4.4. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με εξάρθρωμα.....	30
4.5. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση.....	30
4.6. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με έγκαυμα.....	30
4.7. Πρώτες Βοήθειες σε ηλεκτροπληξία.....	32
4.8. Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με Δηλητηρίαση.....	33

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>**

5.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στα τροχαία ατυχήματα.....	34
5.2. Νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδιά με έγκαυμα. ....	36
5.3. Νοσηλευτική παρέμβαση στις Δηλητηριάσεις. ....	38

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>**

<b>Πρόληψη κυριότερων ατυχημάτων.....</b>	<b>40</b>
6.1. Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων. ....	40
6.2. Πρόληψη εγκαυμάτων. ....	41
6.3. Πρόληψη δηλητηριάσεων.....	43
6.4. Στάση της Π.Ο.Υ. για την πρόληψη των ατυχημάτων. ....	44

### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>Σκοπός της εργασίας.....</b>	<b>46</b>
<b>Υλικό - Μέθοδος.....</b>	<b>47</b>
<b>Αποτελέσματα.....</b>	<b>50</b>
<b>Συζήτηση.....</b>	<b>75</b>
<b>Προτάσεις.....</b>	<b>78</b>
<b>Περίληψη .....</b>	<b>79</b>
<b>Summary .....</b>	<b>80</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>81</b>

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

## Πρόλογος

Τα παιδιά είναι η πηγή ζωής του κόσμου μας. Χρέος όλων μας είναι να διασφαλίσουμε την ακεραιότητά τους και να δημιουργούμε εκείνες τις προϋποθέσεις έτσι ώστε να μεγαλώσουν γερά και αρτιμελή. Ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των παιδικών ατυχημάτων εμποδίζει αισθητά την πραγματοποίηση του παραπάνω σκοπού. Τα παιδιά που σκοτώνονται ή μένουν ανάπηρα είναι πάρα πολλά για να μας επιτρέπεται να μένουμε αδρανείς.

Στο σχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών, υπογραμμίζεται σήμερα η ανάγκη πρόληψης του μεγάλου αριθμού των παιδικών ατυχημάτων και καθορίζονται συγκεκριμένοι στόχοι με βασική προτεραιότητα την ελάττωση της επίπτωσης των θανατηφόρων ατυχημάτων.

Με την εργασία αυτή επιχειρούμε να αποτυπώσουμε μερικές από τις διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων κατά την σχολική ηλικία καθώς και την ευαισθητοποίηση όλων. Λξιοσημείωτα είναι τα σχόλια του Αμερικανού Κρατικού Αρχίατρου Everett Koop: *"αν υπήρχε άλλη αρρώστια που να σκότωνε τα παιδιά μας με τόση ορμή όσο τα ατυχήματα, τότε ο κόσμος θα είχε ξυσηκωθεί απαιτώντας να σταματήσει αυτή η εκατόμβη"*.

## Εισαγωγή

Τα παιδικά ατυχήματα αποτελούν πρωταρχικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στη νεαρή ηλικία προκαλώντας τις περισσότερες αναπηρίες και θανάτους, συγκριτικά με τις υπόλοιπες παιδικές ασθένειες.

Η τραγική αυτή διαπίστωση, έδωσε την κύρια ώθηση για την επιλογή του θέματος της παρούσας εργασίας, καθώς και την τελική διεκπεραίωσή της.

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η εκτίμηση του μεγέθους του προβλήματος των ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών που κατοικούν μόνιμα στην Πάτρα, κατά το έτος 1997 με βάση στοιχείων νοσηρότητας, καθώς και η αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για ατυχήματα από το ίδιο το παιδί, το οικογενειακό και φυσικό του περιβάλλον.

Απώτερος σκοπός είναι η κοινωνική ευαισθητοποίηση και η συμβολή στην εξεύρεση τρόπων πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων. Επίσης η ερευνητική αυτή προσπάθεια να ληφθεί ως ερέθισμα για παραπέρα σχετικές μελέτες, από ειδικούς επιστήμονες. Η εργασία αυτή αποτελεί επιδημιολογική μελέτη η οποία ερευνά το ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων ηλικίας 6-12 ετών το έτος 1997 στην Πάτρα καθώς και τους παράγοντες που συντέλεσαν σ' αυτά. Ο αριθμός των παιδικών ατυχημάτων βρέθηκε ύστερα από έρευνα η οποία έγινε στα αρχεία του Νοσοκομείου Παίδων, Καραμανδάνειο και την Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Σαν όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, με ερωτήσεις κλειστού τύπου εναλλακτικών απαντήσεων.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, γενικό και ειδικό. Το γενικό μέρος περιλαμβάνει την επιδημιολογία των παιδικών ατυχημάτων. Επίσης αναφέρονται οι μορφές σοβαρών ατυχημάτων η παροχή Πρώτων Βοηθειών, Νοσηλευτική Παρέμβαση και μέτρα πρόληψης αυτών.



Στο ειδικό μέρος καταγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνά μας που έγινε στο Νοσοκομείο Παίδων "Καραμανδάνειο" και την Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Τελειώνοντας την εργασία παραθέτουμε προτάσεις για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, πιστεύοντας ότι θα υπάρξει μια ελάχιστη ευαισθητοποίηση των ιθυνόντων και την κοινωνίας.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### 1.1. Παιδί και ανάπτυξη.

Το παιδί καθώς αναπτύσσεται, περνά από διάφορα στάδια ανάπτυξης. Το νεογέννητο, δεν μπορεί να περπατήσει αλλά το βρέφος των 13-14 μηνών μπορεί. Το βρέφος των 13-14 μηνών, δεν μπορεί να μιλήσει, αλλά το παιδί των 2-3 χρονών μπορεί. Οι ψυχολόγοι που μελετούν την ανάπτυξη του παιδιού έχουν συχνά χρησιμοποιήσει τον όρο «στάδιο» για να χαρακτηρίσουν τους σημαντικούς σταθμούς ανάπτυξης του παιδιού. Μερικοί από αυτούς υποστηρίζουν ότι η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο είναι θέμα ποσοτικής αλλαγής, ενώ άλλοι νομίζουν ότι η αλλαγή στην ανάπτυξη χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση διαφορετικών δομών γνώσεων και συμπεριφοράς.

Οι περισσότεροι ψυχολόγοι συμφωνούν στο ότι η παιδική ηλικία μπορεί να διαιρεθεί στα ακόλουθα στάδια, τα οποία αρχικά πρότεινε ο γνωστός Αμερικανός ψυχολόγος Arnold Gesell (1880-1961):

- Βρεφική ηλικία (από την γέννηση μέχρι το δεύτερο χρόνο ζωής).
- Προσχολική ηλικία (από το δεύτερο μέχρι το έκτο χρόνο ζωής).
- Σχολική ηλικία (από το έκτο μέχρι το δωδέκατο έτος της ζωής του παιδιού).

Στην βρεφική ηλικία το παιδί αποκτά την ικανότητα της συμβολικής σκέψης, ενώ στην προσχολική παρατηρείται ραγδαία γλωσσική και νοητική ανάπτυξη του νηπίου και η ανάπτυξη της ικανότητας για αναπαραστασιακή σκέψη. Τέλος κατά τη διάρκεια της σχολικής περιόδου η γνώση του παιδιού οργανώνεται σε ένα καινούργιο, πιο πολύπλοκο επίπεδο που συμπεριλαμβάνει την ικανότητα για αφαιρετική σκέψη καθώς και τη δυνατότητα να λύνει λεκτικά προβλήματα παραγωγικής λογικής.<sup>1</sup>

Η σχολική ηλικία ονομάζεται και δεύτερη παιδική ηλικία και συμπίπτει με τη φοίτηση του παιδιού στο Δημοτικό Σχολείο. Έτσι η είσοδος του παιδιού στο σχολείο είναι γι' αυτό μια σημαντική αλλαγή από κάθε άποψη. Από τον κόσμο

του παιχνιδιού μπαίνει στον κόσμο της τάξης της εργασίας. Αρχίζει συγκεκριμένα να μαθαίνει να παραιτείται από την άμεση και συνεχή ικανοποίηση των ορμών του (να αυτοκυριαρχείται) και να περιορίζει χάρη νέων σκοπών το παιχνίδι.

Η νόηση του αρχικά σε συνάρτηση με εικόνες και συγκεκριμένες συνδέσεις γίνεται προς το τέλος αυτής της ηλικίας ανεξάρτητα από αυτές, αφηρημένη. Η αρχική παιδική άγνοια - απειρία μεταβάλλεται σε μια περισσότερο κριτική στάση και η μνήμη του είναι πολύ έντονη. η γλωσσική του ικανότητα διαφοροποιείται και ολοκληρώνεται. Επίσης η κοινωνική του συμπεριφορά παρουσιάζει ενίσχυση της στροφής προς τους συνομήλικους και είναι πιθανές οι πρώτες συγκρούσεις με τους γονείς. Η οικειοποίηση από το παιδί των κανόνων του επιτρεπτού και μη του κοινωνικού περιβάλλοντος γίνεται εντονότερη και συμπίπτει με την ταύτιση του φύλου στο οποίο το άτομο ανήκει παίρνοντας ως πρότυπο το αντίστοιχο συνήθως μερών των γονέων του. <sup>2</sup>

## **1.2. Ατυχήματα στην παιδική ηλικία - Ορισμός.**

Τα ατυχήματα στην παιδική ηλικία αποτελούν οικουμενικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, με σημαντικές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Τα παιδιά με τη σωματική και συναισθηματική τους ανωριμότητα, την έλλειψη εμπειρίας, την έμφυτη έλξη στην περιπέτεια, την περιέργεια και τον αυθορμητισμό τους, αποτελούν ένα πληθυσμό που συχνά μαθαίνει να αναγνωρίζει τον κίνδυνο ως αποτέλεσμα επώδυνου βιώματος. Ο θάνατος παιδιού από ατύχημα, δεν είναι μόνο ένα εξαιρετικό οδυνηρό γεγονός αλλά ταυτόχρονα συνεπάγεται χρόνια χαμένης παραγωγικότητας και κάνει την κοινωνία γεροντότερη.

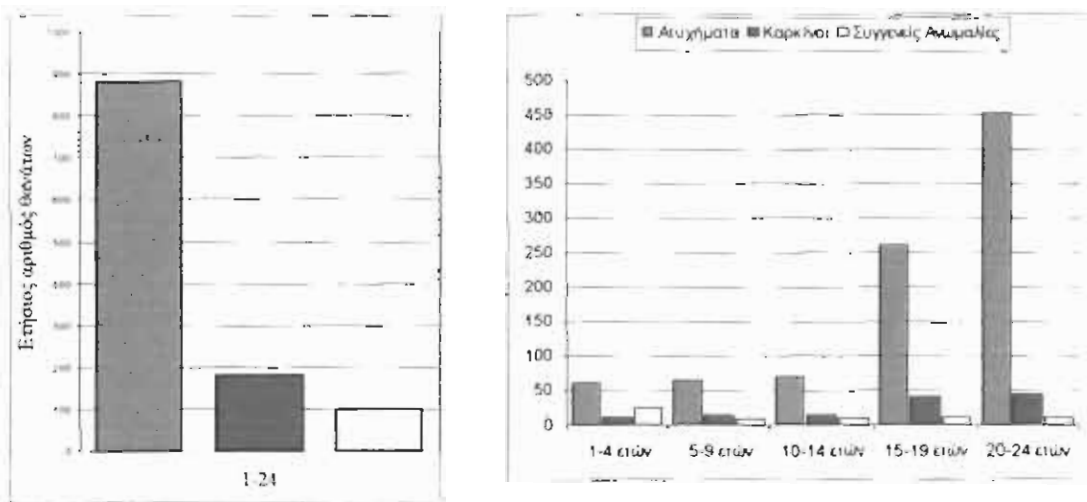
Ενώ αρχικά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) όρισε το ατύχημα ως "τυχαίο και απρόβλεπτο γεγονός που προκαλεί εμφανείς βλάβες", σήμερα με βάση στοιχεία από διεθνείς έρευνες, θεωρήθηκε σαν "**αποτέλεσμα μιας σειράς γεγονότων που αυτοπαθογενετικά συνδέονται με κάποιες προϋπάρχουσες**

**καταστάσεις, ενώ η τύχη καθορίζει μόνο τη βαρύτητα της προκαλούμενης βλάβης**". Είναι ενδεικτικό ότι στην σύγχρονη βιβλιογραφία, η λέξη "ατυχήματα (accidents)", έχει αντικατασταθεί από τον όρο "ακούσιες κακώσεις (unintentional injuries)" προκειμένου να τονισθεί η πεποίθηση ότι τα ατυχήματα είναι γεγονότα τα οποία ο άνθρωπος μπορεί να ελέγξει (Greensher 1984). Πολλοί ερευνητές θεωρούν μάλιστα, ότι δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ ασθενειών και ατυχημάτων δεδομένου ότι τα τελευταία αποτελούν την παθολογική κατάληξη μιας σειράς καταστάσεων που προϋπάρχουν και μπορούν να μελετηθούν με βάση τις αρχές της επιδημιολογίας. Επιπλέον σήμερα πιστεύεται πως τα χαρακτηριστικά των παιδιών που κινδυνεύουν να πάθουν ατύχημα είναι εξίσου προσδιορίσιμα με εκείνα των ομάδων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν κάποιο παθολογικό νόσημα. Η αντίληψη αυτή επηρέασε καθοριστικά την σύγχρονη έρευνα για τα ατυχήματα στην παιδική ηλικία.<sup>2</sup>

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### 2.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.

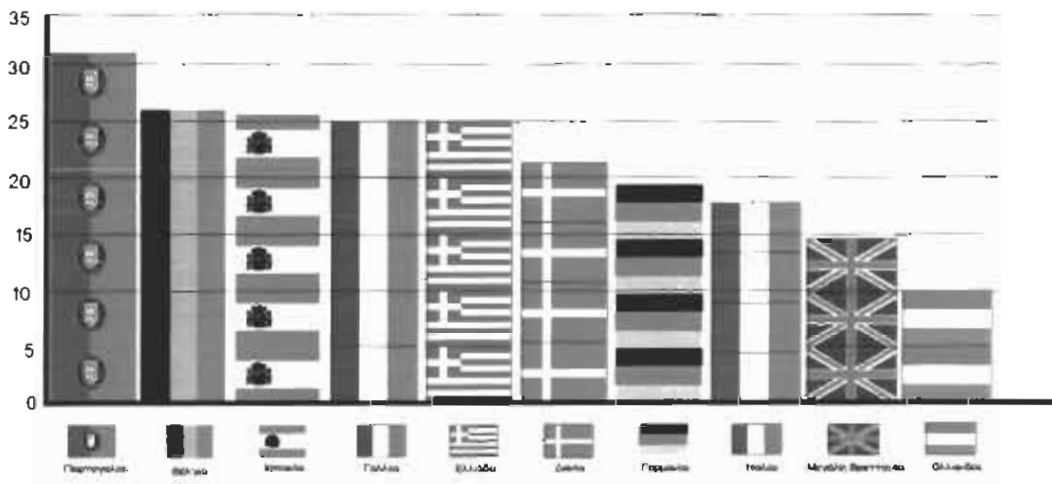
Τα ατυχήματα αποτελούν το σημαντικότερο πρόβλημα υγείας των παιδιών και των νέων και έχουν πάρει διαστάσεις επιδημίας ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Από στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας προκύπτει ότι καθώς περνούν τα χρόνια, μειώνεται ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν από συνηθισμένες παιδικές ασθένειες ή συγγενείς ανωμαλίες, ενώ αντίθετα αυξάνεται σταθερά ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν από ατυχήματα. Στο σχήμα 2.1. φαίνεται ότι σε νέους ηλικίας 24 ετών τα ατυχήματα ξεπερνούν κατά πολύ τους καρκίνους και τα άλλα νοσήματα ως αιτία θανάτου.



**Σχήμα 2.1. Ετήσιος μέσος όρος θανάτων από ατυχήματα, καρκίνους και συγγενείς ανωμαλίες κατά ομάδα ηλικιών.**

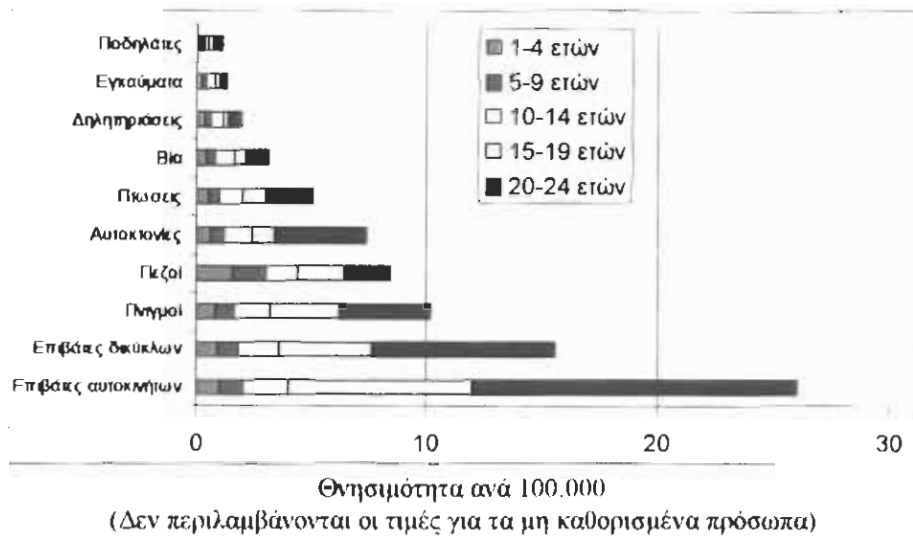
Στη χώρα μας η παιδική θνησιμότητα από διάφορα νοσήματα δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Αντίθετα παρουσιάζεται υψηλό ποσοστό θανάτων από ατυχήματα σε νεαρή

ηλικία. Συγκεκριμένα ανάμεσα στις 10 μεγαλύτερες χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (εξαιρούνται η Ιρλανδία και το Λουξεμβούργο) η Ελλάδα κατέχει την 5<sup>η</sup> θέση όσον αφορά τη θνησιμότητα από ατυχήματα ατόμων ηλικίας 0-24 ετών (Πηγή WHO, Annual Health Statistics). Η ταξινόμηση υποεκτιμά το πρόβλημα, δεδομένου ότι στην πραγματικότητα παρουσιάζει παρόμοια ποσοστά θνησιμότητας με το Βέλγιο, την Ισπανία και τη Γαλλία που βρίσκονται στη δεύτερη, τρίτη και τέταρτη θέση αντίστοιχα (σχήμα 2.2.).



**Σχήμα 2.2. Θνησιμότητα από ατυχήματα και επιπλοκές σε άτομα ηλικίας 0-24 ετών σε δέκα Ευρωπαϊκές χώρες.**

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα τροχαία ατυχήματα καταλαμβάνουν σταθερά την πρώτη θέση στις ομάδες ηλικίας μετά τον τέταρτο χρόνο της ζωής (σχήμα 2.3.) ενώ παίρνουν εκρηκτικές διαστάσεις στην εφηβική ηλικία (15-19 ετών) και ανάμεσα σε νεαρούς ενήλικες (15-24 ετών).



**Σχήμα 2.3. Ετήσια θνησιμότητα κατά αίτια ατυχήματος και ομάδα ηλικιών (Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε.)**

Στην ηλικία των 5-9 ετών, την περίοδο της πρώτης σχολικής ηλικίας, είναι αυξημένο το ποσοστό των παιδιών που παρασύρονται από τροχοφόρα. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει την αυξημένη κινητικότητα και διάθεση των παιδιών για ανεξαρτησία και υπογραμμίζει την αυξημένη ανάγκη για συνεχή επιτήρηση και σωστή εκπαίδευση στην κυκλοφορική αγωγή. Αθροιστικά το σύνολο των τροχαίων ατυχημάτων στα οποία τα παιδιά συμμετέχουν είτε ως πεζοί, είτε ως επιβάτες ευθύνονται για τα τρία πέμπτα των θανάτων παιδιών αυτής της ηλικίας<sup>3</sup>.

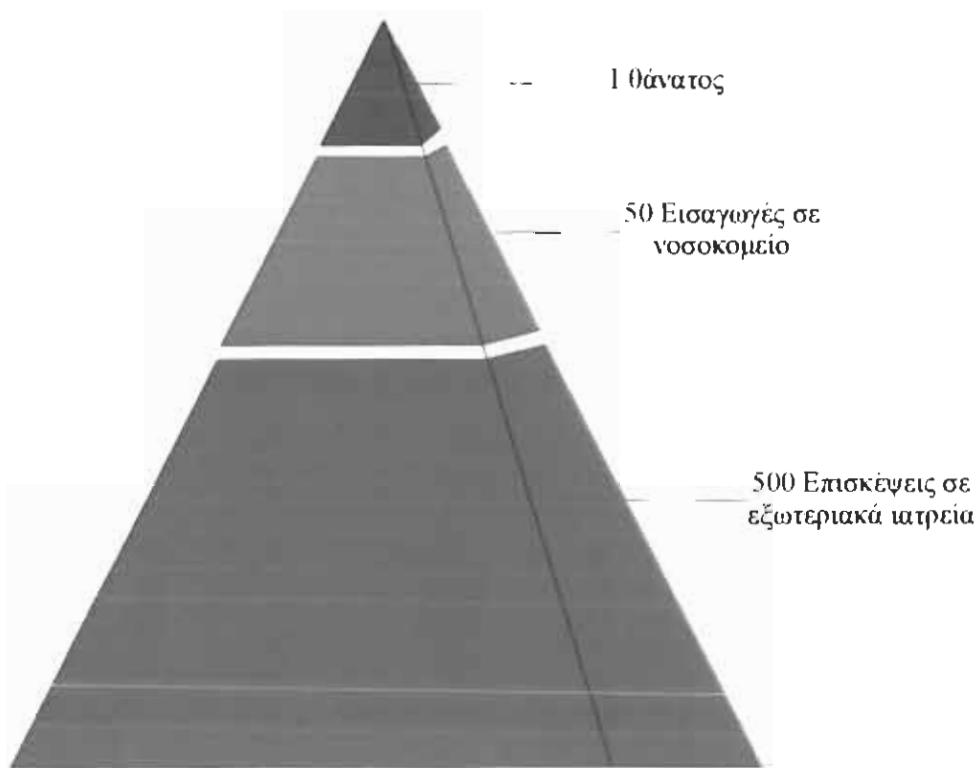
## 2.2. Νοσηρότητα.

Κάθε θάνατος από παιδικό ατύχημα είναι συναισθηματικά απαράδεκτος. Όμως οι θάνατοι αποτελούν σε αριθμητική διάσταση ένα μικρό μόνο ποσοστό της νοσηρότητας και της φόρτισης των υγειονομικών υπηρεσιών εξαιτίας των ατυχημάτων. Στην πυραμίδα του σχήματος 2.4. συγκρίνεται ο αριθμός των θανάτων από ατυχήματα με τον αριθμό των ατόμων που χρειάστηκε να νοσηλευτούν ή να επισκεφθούν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στην



Ελλάδα τα στοιχεία αυτά αποτελούν εκτιμήσεις που βασίζονται σε δεδομένα της Ε.Σ.Υ.Ε. και ξένων χωρών.

Αν η θνησιμότητα από ατυχήματα στους νέους αποτελεί μια καθημερινή τραγωδία, οι τραυματισμοί, οι συνακόλουθες αναπηρίες, η αγωνία κάθε οικογένειας και η επιβάρυνση του υγειονομικού σώματος, διαμορφώνουν μια κατάσταση που διαβρώνει τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του κοινωνικού συνόλου. Στοιχεία από την παγκόσμια βιβλιογραφία συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι τα μέτρα για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του παιδικού ατυχήματος, μπορούν να συμβάλουν τόσο στην μείωση της συχνότητας των ατυχημάτων όσο και στο περιορισμό των βαρύτερων από τις συνέπειές τους.<sup>3</sup>



**Σχήμα 2.4. Η πυραμίδα του ατυχήματος στους νέους.**  
(Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε.)

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### Κατηγορίες ατυχημάτων

#### 3.1. Πτώσεις.

Οι πτώσεις από ύψος, είναι συχνότερες στις μικρότερες ηλικίες. Ειδικά κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τα παιδιά πέφτουν 2 φορές περισσότερο, από τα παιδιά 1-5 χρονών και 10 φορές συχνότερα από 5-14 χρονών. Τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής, οι πτώσεις συμβαίνουν σχεδόν αποκλειστικά μέσα στο σπίτι και συχνά περιλαμβάνονται στην ομάδα των οικιακών ατυχημάτων, ενώ αντίθετα στα μεγαλύτερα παιδιά οι πτώσεις συμβαίνουν στο σχολείο ή στην ύπαιθρο, κατά την διάρκεια του παιχνιδιού ή των αθλητικών δραστηριοτήτων.

Στο 4<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. που έγινε το Δεκέμβριο του 1994 αναφέρθηκε ότι στην Ελλάδα κάθε χρόνο 20.000 Ελληνόπουλα νοσηλεύονται λόγω ατυχημάτων με κακώσεις σε διάφορα νοσοκομεία (Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών 1994). Ειδικά το 1990 είχαμε 350 θανάτους από ατυχήματα στις ηλικίες 1-19 ετών. Το 60-80% όλων των παιδικών ατυχημάτων συμβαίνει μέσα στο σπίτι και το σχολείο και στους έξω χώρους το υπόλοιπο 20-40%.<sup>4</sup>

#### Είδη κακώσεων.

##### Α. Κακώσεις μαλακών μορίων.

Οι κακώσεις των μαλακών μορίων περιλαμβάνουν τις κακώσεις του δέρματος και των υποκείμενων μυών, διαίρονται δε σε κλειστές και ανοιχτές.<sup>5</sup>

- **Κλειστές κακώσεις.**

1. **Θλάση:** Είναι η κάκωση κατά την οποία το δέρμα παραμένει ακέραιο, μπορεί όμως να υπάρξει οίδημα και πάντοτε είναι επικίνδυνο.
2. **Εκχύμωση:** Είναι η θλάση του δέρματος κατά την οποία κάτω από το δέρμα έχουμε μικρή συλλογή αίματος.

3. **Μώλωπας:** Είναι η θλάση κατά την οποία έχουμε μικρό οίδημα, μικρή συλλογή αίματος με μικρή αποκόλληση του δέρματος.
  4. **Αιμάτωμα:** Είναι η θλάση κατά την οποία κάτω από το δέρμα έχουμε μεγαλύτερη συλλογή αίματος.
- **Ανοιχτές κακώσεις:**
    1. **Εκδορά:** Είναι η κάκωση του δέρματος κατά την οποία υπάρχει μικρή αποκόλληση (γρατσουνιά).<sup>6</sup>

## **B. Κακώσεις μυοσκελετικού.**

1. **Εξάρθρωμα:** Είναι η κάκωση κατά την οποία έχουμε μετατόπιση των οστών μιας άρθρωσης.<sup>6</sup>
2. **Διάστρεμμα:** Είναι η κάκωση των μαλακών μορίων μιας άρθρωσης (σύνδεσμοι, τένοντες) η οποία όμως δεν ακολουθείται από μετατόπιση των αρθρικών επιφανειών των αντίστοιχων οστών.
3. **Κάταγμα:** Ονομάζεται κάθε λύση της συνέχειας ενός οστού. Κλειστά λέγονται τα κατάγματα που δεν έχουν σχέση με ανοιχτές κακώσεις της αντίστοιχης περιοχής. Ανοιχτά είναι τα κατάγματα που σχετίζονται άμεσα με κάποιο τραύμα.<sup>5</sup>

Τα συνηθέστερα κατάγματα στα παιδιά είναι κατά σειρά συχνότητας τα εξής:

- Κάταγμα κλειδός.
- Υπερκονδύλιο κάταγμα βραχιόνιου (αγκώνας).
- Κάταγμα κάτω τριτημόριου κερκίδος και ωλένης (καρπό)
- Κάταγμα μηριαίου.
- Κάταγμα κνήμης.

Το πιο σοβαρό από τα κατάγματα αυτά - με περισσότερες πιθανότητες για μελλοντικές επιπλοκές στην ανάπτυξη του παιδιού - είναι το υπερκονδύλιο κάταγμα του βραχιόνιου. Αυτό μπορεί να συνοδεύεται από νευρικές και αγγειακές διαταραχές με μεγαλύτερο κίνδυνο την ισχαιμη νέκρωση των χειρών τύπου Volvman (βλάβη οριστική και αμετάκλητη με μόνιμες αναπηρίες).<sup>4</sup>

### **Γ. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.**

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι η συχνότερη αιτία θανάτου στα τροχαία ατυχήματα. Κάθε τραύμα ή κάταγμα του κρανίου μπορεί να συνοδεύεται από κάκωση του εγκεφάλου. Είναι όμως πολύ πιθανό η κάκωση του εγκεφάλου να μην ακολουθείται από κάποια εμφανή κάκωση του κρανίου.

Οι κλειστές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι πιο συχνές στα καθημερινά ατυχήματα. Οι κλειστές κακώσεις συμπεριλαμβάνουν εκείνες στις οποίες δεν υπάρχει κρανιακή βλάβη ή υπάρχει μόνο ένα γραμμικό κάταγμα. Οι άρρωστοι μπορεί να μην έχουν σημαντική δομική βλάβη του εγκεφάλου οπότε η κάκωση τους ονομάζεται διάσειση ή μπορεί να υπάρχει βλάβη του εγκεφαλικού ιστού εξαιτίας οιδήματος, ρήξης, μώλωπα ή αιμορραγίας.

Στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να συμβούν διάφορες διεργασίες:

1. Παροδική βλάβη των νευρώνων με μεταβολές στη λειτουργία του νευρικού συστήματος.
2. Βλάβη των αγγείων με συνέπεια την ρήξη τους και αιμορραγία μέσα στον εγκέφαλο ή σε διάφορους χώρους του κρανίου.
3. Καταστροφή του εγκεφαλικού ιστού με αποτέλεσμα την νέκρωσή του.
4. Εγκεφαλικό οίδημα.<sup>7</sup>

#### **Δ. Κακώσεις σπονδυλικής στήλης.**

Η βλάβη του νωτιαίου μυελού που μπορεί να συνοδεύει τις κακώσεις της σπονδυλικής στήλης, περιλαμβάνει καταστροφή της φαιάς ουσίας και αιμορραγία δευτεροπαθή προς τη συμπίεση του νωτιαίου μυελού. Συνήθως συμβαίνει εξαιτίας υπέρκαψης, υπερέκτασης, ανώμαλης στροφής ή κατακόρυφης συμπίεσης. Οι περιοχές που συχνότερα παθαίνουν βλάβη είναι η κατώτερη αυχενική σπονδυλική στήλη (Λ<sub>4</sub> ως Θ<sub>1</sub>) και η θωρακοσφυϊκή συμβολή (Θ<sub>12</sub> ως Ο<sub>2</sub>).<sup>7</sup>

Ατυχήματα στα οποία συνήθως παρατηρούνται κακώσεις της Σ.Σ. είναι η πτώση από ύψος, τα χτυπήματα κατά τις καταδύσεις και τα τροχαία.<sup>5</sup>

#### **3.2. Τροχαία ατυχήματα.**

Τα τροχαία ατυχήματα χρήζουν ιδιαίτερη προσοχής επειδή αντιπροσωπεύουν το 55% των θανατηφόρων ατυχημάτων της παιδικής ηλικίας ενώ ένα στα δέκα παιδιά χρειάζεται νοσοκομειακή παρακολούθηση και αντιμετώπιση. Στην χώρα μας, οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας συνέπεια των τροχαίων ατυχημάτων, είναι ιδιαίτερα υψηλοί σε αντίθεση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και παρουσιάζουν ανοδικές τάσεις τις τελευταίες δεκαετίες.

Στην σχολική ηλικία αυξάνεται ο κίνδυνος των τροχαίων με θύμα το παιδί - πεζό και το παιδί με ποδήλατο καθώς επίσης οι τραυματισμοί κατά τη διάρκεια της αθλητικής δραστηριότητας.

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.) κάθε βδομάδα δεκατρία παιδιά και νέοι μέχρι 24 ετών σκοτώνονται κατά μέσο όρο σε τροχαία ατυχήματα. Το ισοδύναμο του υπολογισμού αυτού για το μαθητικό πληθυσμό είναι σαν να σκοτώνονται κάθε μήνα όλα τα παιδιά μιας σχολικής τάξης. Υπολογίζεται ότι το 80% περίπου των θανάτων παιδιών και νέων μέχρι 24 ετών σε τροχαία ατυχήματα αφορούν τις ηλικίες 15-24 έτη.<sup>3</sup>

Χαρακτηριστικά είναι τα στοιχεία που δόθηκαν από την Τροχαία Πατρών, για τα τροχαία ατυχήματα της περιοχής το έτος 1996. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά συνολικά υπήρξαν 349 άτομα. Θύματα τροχαίων ατυχημάτων εκ των οποίων τα 72 ήταν παιδιά. Δηλαδή ποσοστό 21%. Από τα 349 άτομα τα 36 σκοτώθηκαν, 39 τραυματίστηκαν σοβαρά και 274 ελαφρά.

Το πιο συγκλονιστικό όμως είναι, ότι όσον αφορά τις αιτίες αυτών των ατυχημάτων, κατά 82% οφείλονται σε παράβαση του Κ.Ο.Κ., στο 16.5% το φταίξιμο ήταν του πεζού και μόνο 1% οφειλόταν σε βλάβη του αυτοκινήτου και 0.5% σε ολισθηρότητα του δρόμου. Στον πίνακα 3.1. φαίνονται καθαρά τα στοιχεία αυτά.<sup>8</sup>

**Πίνακας 3.1.**

<b>ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b>
Σύνολο θυμάτων	349	100 %
Παιδιά	72	21 %
Θάνατοι	36	10 %
Σοβαροί τραυματισμοί	39	11 %
Ελαφροί τραυματισμοί	274	79 %

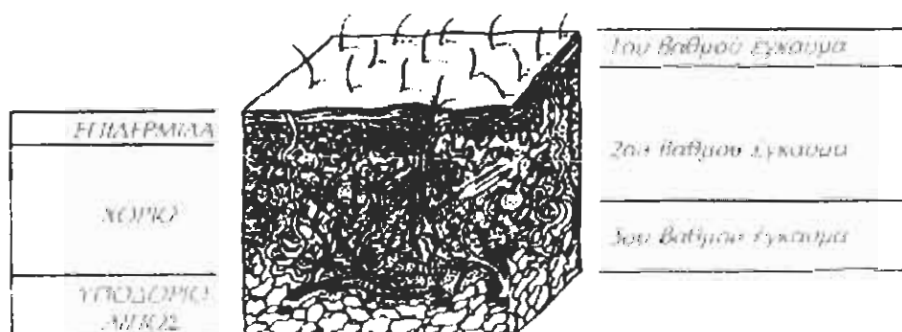
### 3.3. Έγκαυμα.

Το έγκαυμα είναι τοπική βλάβη των ιστών που προκαλείται από την επίδραση σε αυτούς διαφόρων μορφών ενέργειας όπως θερμική, χημική, ηλεκτρική, ακτινοβολός και μηχανική.

- Οι περισσότερες εγκαυματικές βλάβες προκαλούνται από θερμικούς παράγοντες κυρίως φλόγα, από άμεση επαφή με τη θερμική πηγή (θερμάστρα) και από ζεστό νερό και σε μικρότερη έκταση από τριβή και από ψύξη.
- Τα χημικά εγκαύματα προκαλούνται από οξέα ή αλκάλια και τα ακτινικά από ακτίνες X ή υπεριώδη ακτινοβολία.
- Τα ηλεκτρικά εγκαύματα είναι ιδιαίτερος απατηλά, διότι χαρακτηρίζονται από πιο εκτεταμένες θρομβώσεις που δεν είναι εμφανείς παρά μόνο 27-36 ώρες μετά τη βλάβη.

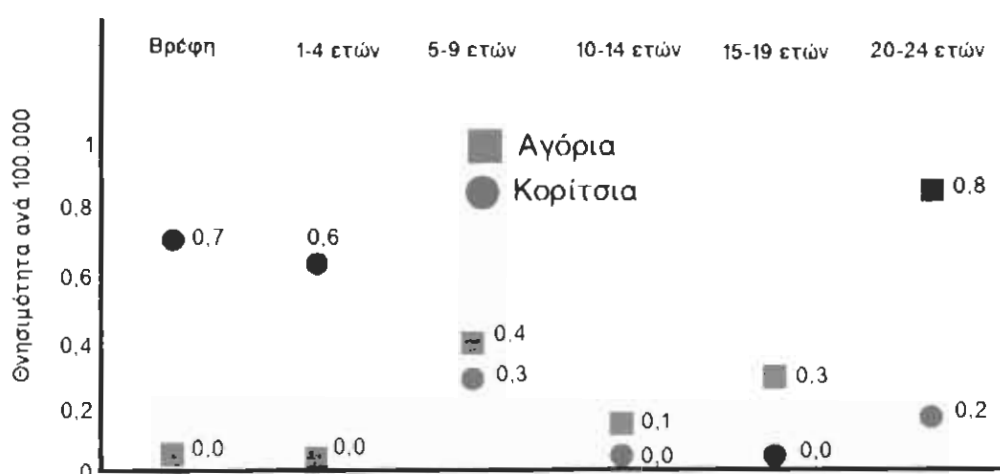
Τα εγκαύματα από άποψη βάθους ιστικής καταστροφής διακρίνονται:

- 1<sup>ου</sup> βαθμού ή επιδερμικά.
- 2<sup>ου</sup> βαθμού ή δερματικά ή μερικού πάχους.
- 3<sup>ου</sup> βαθμού ή ολικού πάχους.<sup>9</sup>



Εικόνα 3.2. Οι στοιβάδες του δέρματος που προσβάλλονται στα διαφόρων βαθμών εγκαύματα.

Οι Θάνατοι από εγκαύματα ήταν μέχρι πρόσφατα στην χώρα μας σχετικά λίγοι (σχήμα 3.3.). Παρόλα αυτά είναι γνωστό ότι οι υπολειμματικές βλάβες μετά από έγκαυμα δημιουργούν σημαντική ζήτηση εξειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την καταγραφή της νοσηρότητας από εγκαύματα προκειμένου να προγραμματιστεί ορθολογικά το υγειονομικό μας σύστημα και να αποτιμηθεί το σύνθετο σχετικό κοινωνικοοικονομικό κόστος.<sup>3</sup>



Σχήμα 3.3. Ετήσια θνησιμότητα από εγκαύματα κατά φύλο και ομάδα ηλικιών (Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε.).

### 3.4. Δηλητηρίαση.

Δηλητηρίαση είναι η κατάσταση η οποία προκαλείται από την είσοδο δηλητηρίου στον οργανισμό.

Δηλητήριο είναι κάθε ουσία που μπορεί να προκαλέσει βλάβη της υγείας ή θάνατο όταν μπει στον οργανισμό με οποιοδήποτε τρόπο. Θεωρητικά όλες οι ουσίες του περιβάλλοντος έχουν αυτή τη δυνατότητα, στην πράξη όμως δηλητήρια για τον άνθρωπο θεωρούνται μόνο οι ουσίες που προκαλούν βλάβη ή θάνατο όταν χορηγηθούν για μια φορά σε ποσότητα μικρότερη των 50gr. Ισχυρά δηλητήρια θεωρούνται εκείνα που προκαλούν κάποια βλάβη του οργανισμού όταν ληφθούν σε ποσότητα μικρότερη των 5gr.<sup>5</sup>



Δηλητηρίαση μπορεί να προκληθεί από:

1. Υπερδόση φαρμάκων.
2. Τροφές.
3. Μονοξείδιο του άνθρακα.

### 1. Υπερδόση φαρμάκων.

Η υπερδόση φαρμάκων είναι κάθε τοξίκωση που δημιουργείται από φάρμακο που παίρνεται από οποιαδήποτε οδό χωρίς συνταγή ή επίβλεψη ιατρικού προσωπικού, σε δόση υψηλότερη από τη θεραπευτική. Η πράξη μπορεί να είναι συμπτωματική ή σκόπιμη. Τα πιο συνηθισμένα φάρμακα που προκαλούν δηλητηριάσεις από υπερδόσεις είναι τα σαλικυλικά, τα ναρκωτικά, τα καταπραϋντικά, τα ηρεμιστικά και τα αντιψυχωτικά.

### 2. Τροφική δηλητηρίαση.

Διακρίνεται:

- **Αλλαντίαση:** Συμβαίνει 18-36 ώρες μετά τη λήψη αντικανονικά επεξεργασμένης κονσερβοποιημένης τροφής.
- **Μικροβιακή τροφική δηλητηρίαση:** Συμβαίνει 2 ώρες μετά τη λήψη σταφυλοκοκκικής εντεροτοξίνης από σταφυλοκοκκική μόλυνση που έγινε μέσα σε 2-12 ώρες. Επίσης προκαλείται από το ίδιο μικρόβιο, όπως η σαλμονέλα.
- **Χημική τροφική δηλητηρίαση:** Είναι αποτέλεσμα λήψης όξινων τροφών που τοποθετήθηκαν σε δοχεία επικαλυμμένα με αντιμόνιο, κάδμιο, μόλυβδο ή άπλυτων φρούτων και λαχανικών που ψεκάστηκαν με σκευάσματα που περιέχουν τα άλατα, των πιο πάνω μετάλλων.<sup>10</sup>

### 3. Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα.

Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα μπορεί να προέλθει έπειτα από παρατεταμένη έκθεση του παιδιού στο αέριο. Προκαλεί υποξαιμία, υποξία, πιθανός κίνδυνος υπολειμματικής νευρολογικής βλάβης, κίνδυνοι από σπασμούς και περιορισμός δραστηριοτήτων (κόμα).<sup>10</sup>

Οι δηλητηριάσεις με φαρμακευτικές και χημικές ουσίες είναι πολύ συχνές σε όλες τις ηλικίες, αποτελώντας παγκόσμιο πρόβλημα που οξύνεται με την πάροδο του χρόνου ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες. Εξαιτίας των δηλητηριάσεων πολλά παιδιά νοσηλεύονται στα νοσοκομεία με άμεσες συνέπειες το κόστος νοσηλείας, ενώ δεν πρέπει να παραγνωρίζεται και η τραυματική εμπειρία της επείγουσας αντιμετώπισης μιας δηλητηρίασης.

Από το 1953 που ιδρύθηκε το πρώτο Κέντρο Δηλητηριάσεων στις Η.Π.Α., ο θεσμός εξαπλώθηκε σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα λειτουργεί από το 1975 Κέντρο Δηλητηριάσεων στο Νοσοκομείον Παιδών «Π. & Α. Κυριακού».<sup>11</sup>

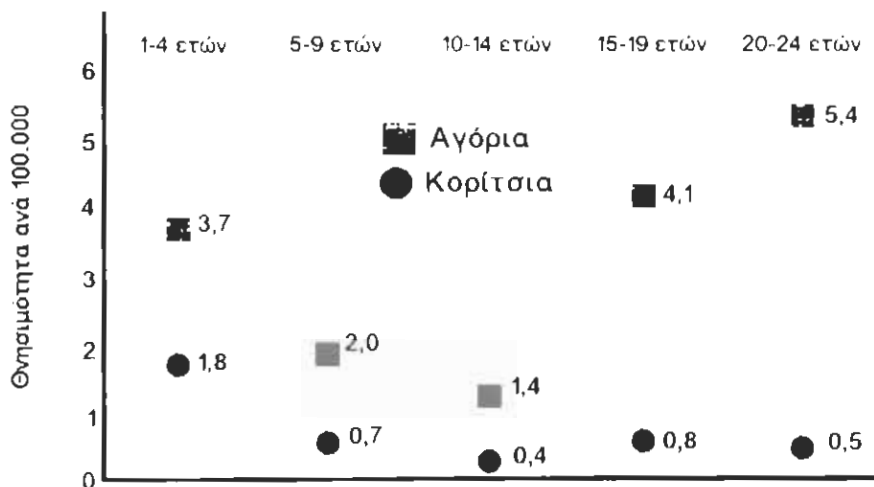
Κατά την οκταετία 1982-1990 καταγράφηκαν 475 περιπτώσεις νοσηλευθέντων παιδιών με δηλητηρίαση στην Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική Πατρών. Από την ανάλυση των στοιχείων προέκυψε ότι στις ηλικίες κάτω των 10 ετών οι δηλητηριάσεις βρέθηκαν συχνότερα στα αγόρια (49.2%) έναντι των κοριτσιών (37.5%), ενώ η σχέση αυτή αντιστρέφεται στην εφηβεία (αγόρια 4.0%, κορίτσια 8.8%).

Οι δηλητηριάσεις ήταν συχνότερες σε παιδιά ηλικίας 0-5 ετών σε ποσοστό 81% ενώ μικρότερη εμφανίστηκε σε παιδιά ηλικίας 6-10 ετών (6.1%).<sup>12</sup>

### 3.5. Πνιγμοί.

Οι πνιγμοί αποτελούν ένα θλιβερό "προνόμιο" των αγοριών σε όλες τις ομάδες ηλικιών (σχήμα 3.4.). Οι πνιγμονές σε νήπια 1-4 ετών συνηθέστερα συμβαίνουν από εισρόφηση ή κατά την κατάποση αντικειμένου που προκαλεί απόφραξη της αναπνευστικής οδού, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά, και στους εφήβους κατά τη διάρκεια ψυχαγωγίας στη θάλασσα.

Για κάθε θάνατο από πνιγμό υπολογίζεται ότι νοσηλεύονται για "παρ' λίγο" πνιγμό 50 παιδιά ενώ άλλα 20 εξετάζονται από γιατρούς ή σε εξωτερικά ιατρεία. Είναι αναγκαίο να αναβαθμίζουν οι προσπάθειες που γίνονται στη χώρα μας να μάθουν τα παιδιά να κολυμπούν με ασφάλεια από μικρή ηλικία και να επιχειρηθεί ο συνδυασμός της εκπαίδευσης αυτής με παροχή στοιχειωδών γνώσεων για διάσωση συνανθρώπων μας που κινδυνεύουν από πνιγμό.<sup>3</sup>



Σχήμα 3.4. Ετήσια θνησιμότητα από πνιγμούς κατά φύλο και ομάδα ηλικιών.

### 3.6. Ξένα σώματα.

Ο όρος "ξένο σώμα" σημαίνει κάθε υλικό εξωγενούς προέλευσης που εισέρχεται στον οργανισμό από κάποιο τραύμα του δέρματος (με τρύπημα) ή από κάποιο φυσικό άνοιγμα του οργανισμού (με διείσδυση ή κατάποση). Ένα ξένο σώμα που μπαίνει στο ανθρώπινο σώμα, μπορεί να είναι οτιδήποτε από μικροσκοπικό κομματάκι ξύλου ή γυαλιού, μέχρι μεγάλη παρασχίδα από ξύλο ή μεγάλο κομμάτι από μέταλλο. Μπορεί να είναι χαλαρό μέσα στο τραύμα και να αφαιρείται εύκολα χωρίς πρόσθετο πόνο ή βλάβη ή μπορεί να είναι σφηνωμένο και να ενεργεί σαν βύσμα που εμποδίζει την απώλεια αίματος.

Τα μεγάλα ξένα σώμα που σφηνώνονται στο δέρμα είναι δυνατό να προξενήσουν βαθύ τραύμα, ενώ οι μικρές παρασχίδες προκαλούν μικρά σχισίματα.

Το κυριότερο πρόβλημα των κακώσεων που προκαλούνται από ξένα σώματα βρίσκεται στο γεγονός ότι αυτά σπάνια είναι καθαρά, κι έτσι υπάρχει πάντα μεγάλος κίνδυνος λοίμωξης. Όποιο και να είναι το είδος ή το μέγεθος τους, τα ξένα σώματα πρέπει να αφαιρούνται όσο είναι δυνατό πιο σύντομα. Τα μικρά και χαλαρά μπορούν να αφαιρεθούν και από εσάς τους ίδιους αλλά τα σφηνωμένα πρέπει να αφαιρούνται σε νοσοκομείο. <sup>13</sup>

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

### Πρώτες βοήθειες

Πρώτες βοήθειες είναι η αρχική βοήθεια ή αγωγή που δίνεται σε ένα περιστατικό τραυματισμού ή ξαφνικής ασθένειας πριν να φθάσει το ασθενοφόρο, ο γιατρός ή κάποιος άλλος ειδικός. Οι πρώτες βοήθειες κατέχουν διακεκριμένη θέση στην αντιμετώπιση ατυχημάτων. Υπολογίζεται ότι το 45% των ατόμων που πεθαίνουν από ατυχήματα θα μπορούσαν να είχαν διασωθεί και ότι το 25% των αναπήρων από τα ατυχήματα δεν θα ήταν ανάπηροι, αν τους παρέχονταν έγκαιρα οι Πρώτες Βοήθειες και μεταφέρονταν με ασφάλεια αμέσως μετά το ατύχημα.<sup>5</sup>

#### 4.1. Πρώτες Βοήθειες σε τροχαίο ατύχημα.

Ο σκοπός των Πρώτων Βοηθειών κατά την αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων είναι:

1. Η λήψη μέτρων για την αποφυγή ενός νέου ατυχήματος.

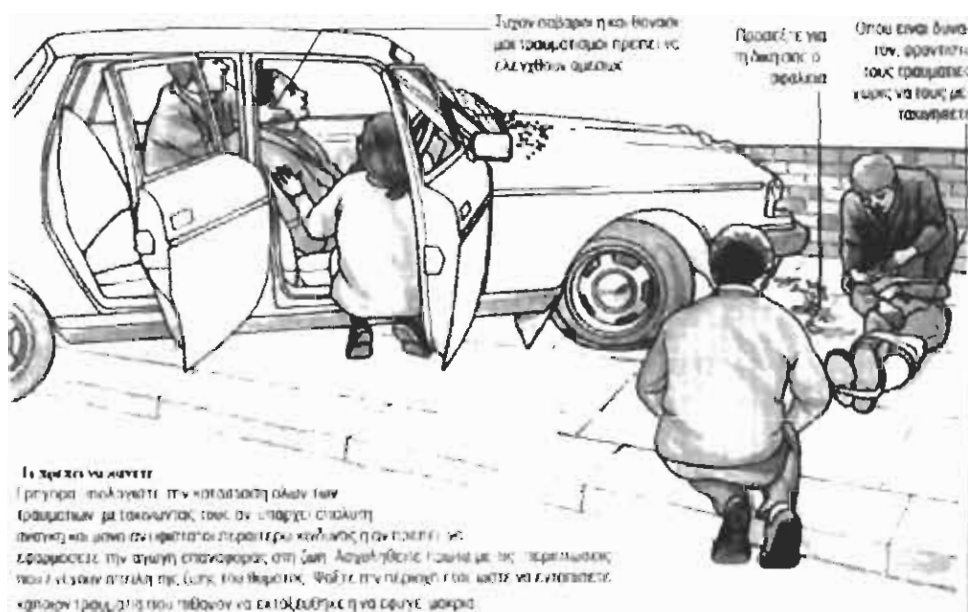
- Η μεταφορά των θυμάτων έξω από τα συγκρουσθέντα οχήματα καταβάλλεται μόνο αν έχουν πιάσει φωτιά, δεν αναπνέουν ή δεν έχουν σφυγμό.
- Εκτίμηση της κατάστασης των θυμάτων και παροχή Πρώτων Βοηθειών στη θέση που βρίσκονται.
- Εξετάζεται το ενδεχόμενο της παρουσίας δηλητηριωδών ή εκρηκτικών ουσιών στο χώρο του τροχαίου.
- Σβήνεται η μηχανή των συγκρουσθέντων αυτοκινήτων.
- Απαγορεύεται σε όσους κυκλοφορούν στο χώρο του ατυχήματος να καπνίζουν και ανάβουν σπέρτα.
- Τοποθετούνται κόκκινα τρίγωνα κινδύνου 200m πριν και μετά το σημείο του ατυχήματος.

- Ακινητοποιούνται τα συγκρουσθέντα οχήματα με το χειρόφρενο.
- Αν είναι νύκτα, φωτίζεται ο χώρος του ατυχήματος με τους προβολείς κάποιου άλλου αυτοκινήτου.
- Θύματα αναζητούνται σε όλο το γύρω χώρο και όσοι από τους τραυματίες επικοινωνούν, ρωτιούνται για τον αριθμό των επιβατών, ώστε να εντοπιστούν όλοι τους.

## 2. Η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

Ειδικά στην περίπτωση του τροχαίου, η ειδοποίηση αυτή περιλαμβάνει:

- Ακριβή θέση του ατυχήματος.
- Τον αριθμό, το είδος και την κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα οχήματα που συγκρούστηκαν.
- Το αριθμό των θυμάτων και το είδος των κακώσεών τους.
- Τους κινδύνους που πιθανόν υπάρχουν στο χώρο του ατυχήματος.<sup>5</sup>



### 3. Η παροχή Πρώτων βοηθειών.

Τέσσερα σημεία χρειάζονται προσοχή για την άμεση προσφορά βοήθειας:

- Εξασφάλιση ελεύθερης αναπνοής του τραυματία.

Ο έλεγχος των ανωτέρω αεροφόρων οδών γίνεται με ελαφρά έκταση της κεφαλής, με έλξη της κάτω γνάθου προς τα εμπρός και κάτω και διεύρυνση της στοματικής κοιλότητας με το δάκτυλο. Για τους αναισθητους τραυματίες η ασφαλέστερη θέση είναι η πλάγια.

- Λιμόσταση και απλή κάλυψη των τραυμάτων.

Συνήθως η αιμορραγία από τα τραύματα σταματά μόνη της. Πάντως η αιμορραγία ελέγχεται αρκετά ικανοποιητικά με απλή πιεστική επίδεση. Η ισχυαίμη περίδεση να αποφεύγεται και να χρησιμοποιείται μόνο όταν η απλή πιεστική δεν αρκεί.

- Το μετατραυματικό shock. (ολιγαϊμικό).

Συνήθως εμφανίζεται 1-2 ώρες μετά το ατύχημα. Οφείλεται στην εσωτερική ή εξωτερική αιμορραγία. Μέτρα που μπορούν να ληφθούν για να προλάβουν ή να ελαττώσουν το shock είναι:

1. Έλεγχος αιμορραγίας.
2. Ήπια μεταφορά του αρρώστου.
3. Σκέπασμα με κουβέρτα.
4. Ελάττωση του πόνου με αναλγητικό.

- Η στοιχειώδης ακινητοποίηση.

Εύκολος τρόπος ακινητοποίησης ενός κάτω άκρου είναι η πρόσδεση στο υγιές, ή η χρήση πρόχειρων ξύλινων νάρθηκων με μαλακή και παχιά περιτύλιξη του μέλους. Αν πρόκειται για άνω άκρο, εύκολη είναι η ακινητοποίηση του με την ανάρτηση του σε ένα τριγωνικό επίδεσμο, ή περίδεση του στο θώρακα, ή πάλι με τη χρήση ξύλινων πρόχειρων νάρθηκων.<sup>14</sup>

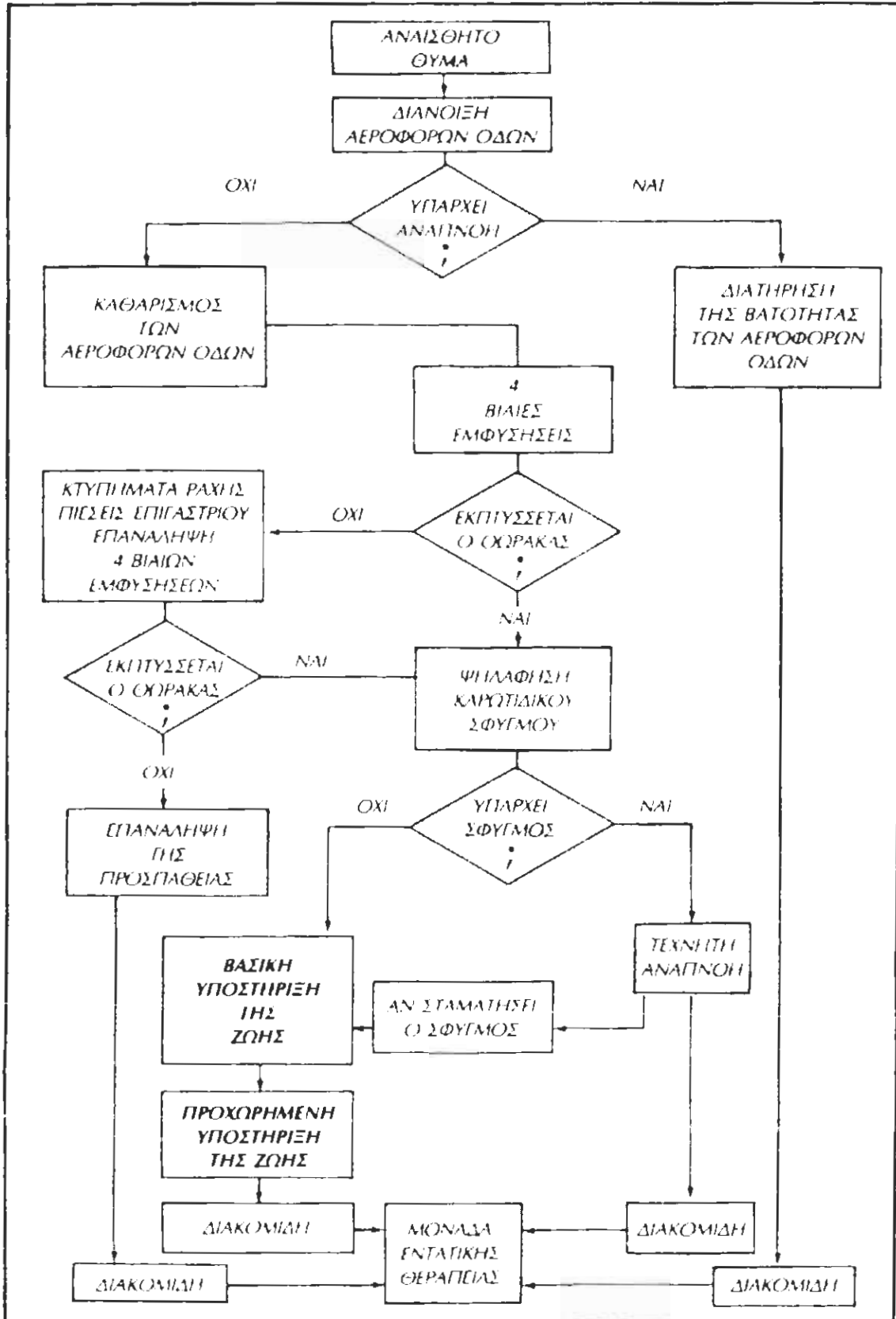
## 4.2. Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση.

Καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση είναι ο συνδυασμός τεχνητής αναπνοής και μαλάξεων της καρδιάς, που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της καρδιοαναπνευστικής ανακοπής.

Η γρήγορη εφαρμογή της Κ.Α.Α. αμέσως μόλις διαπιστωθεί η καρδιοαναπνευστική ανακοπή και ο συντονισμός των ενεργειών του αρωγού έτσι ώστε να μην υπάρχει απώλεια χρόνου κατά την εκτέλεση της είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία της. Αν η Κ.Α.Α. αρχίσει αφού περάσουν 10min από τη στιγμή που συνέβη η καρδιοαναπνευστική ανακοπή, οι πιθανότητες να ανακτήσει το θύμα την φυσιολογική του εγκεφαλική λειτουργία είναι μηδαμινές.

- Ο άρρωστος τοποθετείται ύπτιος πάνω σε στερεό και ανένδοτο έδαφος.
- Διανοίγονται οι αναπνευστικές οδοί: Το ένα χέρι τοποθετείται κάτω από το αυχένα και σπρώχνει προς τα εμπρός, ενώ το άλλο πιέζει προς τα κάτω το μέτωπο έτσι που να προκαλείται υπερέκταση της κεφαλής. Στη θέση αυτή διατηρείται η κεφαλή καθ' όλη τη διάρκεια της τεχνητής αναπνοής. Με το δείκτη και τον αντίχειρα του χεριού, που πιέζει το μέτωπο, συλλαμβάνονται τα ρουθούνια και κλείνεται η μύτη του θύματος. Έτσι αποκλείεται η διαφυγή αέρα κατά την εμφύσηση στο στόμα του. Ο σώστης ανοίγει το στόμα του, παίρνει βαθιά εισπνοή, εφαρμόζει το στόμα του, στο στόμα του θύματος και εκπνέει φυσώντας μέσα σ' αυτό. Κατά την διάρκεια της εμφύσησης ο σώστης παρακολουθεί αν εκτύσσετε ο θώρακας του θύματος. Η εμφύσηση σταματά, όταν εκπτυχθεί πλήρως ο θώρακας. Όταν γίνεται τεχνητή αναπνοή σε παιδιά το στόμα του σώστη καλύπτει και το στόμα και τη μύτη του θύματος, οι εμφύσεις είναι συχνότερες και αποφεύγεται η υπερέκταση της κεφαλής.
- Ελέγχεται ο καρωτιδικός σφυγμός. Αν δεν υπάρχει εφαρμόζεται κλειστή μάλαξη της καρδιάς εναλλασσόμενη με τεχνητή αναπνοή.





Για την εκτέλεση της κλειστής μάλαξης της καρδιάς ο σώστης παίρνει θέση στο πλευρό του ύπτιου θύματος. Το χέρι που εφάπτεται με το θώρακα, τοποθετείται δύο δάκτυλα πάνω από τη συνάρθρωση του σώματος με τη ξιφοειδή απόφυση του στέρνου. Το άλλο χέρι του σώστη τοποθετείται πάνω στο προηγούμενο και τα δάκτυλα των δύο χεριών διαπλέκονται μεταξύ τους ή παραμένουν τεντωμένα, πάντοτε όμως σε απόσταση από το θωρακικό τοίχωμα. Οι ώμοι του σώστη φέρονται πάνω από το στέρνο του θύματος και οι αγκώνες διατηρούνται τεντωμένοι, έτσι που η πίεση της μάλαξης να ασκείται κατευθείαν προς τα κάτω. Οι πιέσεις, που ασκούνται από τη θέση αυτή πρέπει να είναι ήρεμες και κανονικές, το δε κατώτερο τμήμα του στέρνου πρέπει να υποχωρεί κατά 4-5cm σε κάθε πίεση. Η μεταξύ των πιέσεων χάλαση πρέπει να είναι πλήρης χωρίς όμως τα χέρια να αποκρίνονται από το θώρακα.

Στα παιδιά οι μαλάξεις γίνονται με την παλάμη του ενός χεριού μόνο ή με το δείκτη και το μέσο δάκτυλο ανάλογα με την ηλικία. Σημείο πίεσης είναι το μέσο ακριβώς του στέρνου, η πίεση πρέπει να είναι μικρότερη και η συχνότητα των μαλάξεων μεγαλύτερη εκείνης του ενήλικα.

Όταν η Κ.Α.Α. γίνεται από έναν σώστη κάθε σειρά 15 μαλάξεων ακολουθείται από 2 εμφυσησεις, έτσι που να επιτυγχάνεται συχνότητα 60 μαλάξεων/min.

Στην περίπτωση που υπάρχουν δύο σώστες, ο ένας αναλαμβάνει τη μάλαξη με ρυθμό 60/min και άλλος τη διάνοιξη των αεροφόρων οδών και την τεχνητή αναπνοή με συχνότητα 1 εμφυσησεις κάθε 5 μαλάξεις.

Η βασική υποστήριξη της ζωής σταματά:

- Όταν επανέλθει η αυτόματη καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία.
- Όταν την προσπάθεια αναλάβει γιατρός.
- Μόλις το θύμα φτάσει σε χώρο με κατάλληλο εξοπλισμό και ανάλογα εκπαιδευμένο προσωπικό.
- Αν ο σώστης εξαντληθεί και αδυνατεί να συνεχίσει την προσπάθεια.<sup>5</sup>

### **4.3. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με κάταγμα.**

Η ακινητοποίηση του κατάγματος πρέπει να ακολουθεί τους παρακάτω γενικούς κανόνες:

1. Στα ανοικτά κατάγματα η ακινητοποίηση γίνεται μετά την επίδεση του τραύματος.
2. Η αποκατάσταση του σπασμένου οστού στη φυσιολογική του θέση δεν επιτρέπεται να γίνεται στον τόπο του ατυχήματος και ιδιαίτερα όταν στο κάταγμα συμμετέχει κάποια άρθρωση. Ο ευθραυστός καταγμάτων με μεγάλη γωνίωση μπορεί να επιχειρηθεί μόνο όταν είναι βέβαιο πως δεν θέτει σε κίνδυνο την ακεραιότητα κάποιου μαλακού μορίου.
3. Σε ένα ανοικτό κάταγμα απαγορεύεται η προσπάθεια να τοποθετηθούν πάλι μέσα στο τραύμα τα σπασμένα κομμάτια οστού.
4. Η ισχυρή περιδεση δεν έχει θέση στην αντιμετώπιση των καταγμάτων, παρά μόνο αν πρόκειται για ακρωτηριασμό.
5. Τα κατάγματα ακινητοποιούνται πριν μετακινηθεί ο άρρωστος.
6. Για την επιτυχή ακινητοποίηση ενός κατάγματος πρέπει να ακινητοποιηθεί η άρθρωση που βρίσκεται πριν καθώς και εκείνη που είναι μετά από αυτό.<sup>5</sup>



Το γερό πόδι ενός θύματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν νάρθηκας για την ακινητοποίηση ενός κατάγματος του άλλου ποδιού. Οι αριθμοί δείχνουν τη σειρά με την οποία γίνεται η επίδεση.



Ανάρτηση του άνω άκρου με τριγωνικό επίδεσμο



Ακινητοποίηση κατάγματος του αντιβραχίου με νάρθηκα από διπλωμένες εφημερίδες.

#### **4.4. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με εξάρθρωμα.**

Στην περίπτωση των εξάρθρωμάτων ο σκοπός των πρώτων βοηθειών είναι η ακινητοποίηση του πάσχοντος μέλους στη θέση που βρέθηκε. Η μόνη περίπτωση που επιτρέπεται η ανάταξη του εξάρθρηματος είναι το εξάρθρωμα γόνατος, που η μεταφορά του στο νοσοκομείο πρόκειται να καθυστερήσει πάνω από μια ώρα. Η ανάταξη αυτή γίνεται με έλξη του μέλους κατά μήκος του μηρού και ακολουθείται η ακινητοποίηση με νάρθηκα έλξης.<sup>5</sup>

#### **4.5. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση.**

Οι πρώτες βοήθειες σε παιδί με κρανιοεγκεφαλική κάκωση έχουν σκοπό.:

1. Την διατήρηση της βατότητας των αεροφόρων οδών.
2. Την εφαρμογή κολάρου της αυχενικής μοίρας, ακόμη και στην περίπτωση που η κάκωση είναι απλή υποψία.
3. Τη χορήγηση οξυγόνου και την υποβοήθηση της αναπνοής όπου χρειάζεται.
4. Στενή παρακολούθηση και καταγραφή των μεταβολών της κατάστασης του θύματος.<sup>5</sup>

#### **4.6. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με έγκαυμα.**

Ο σκοπός των πρώτων βοηθειών που προέρχονται στον εγκαυματία, είναι:

1. Η ανακούφιση από τον πόνο.
  2. Η πρόληψη της μόλυνσης.
  3. Η αντιμετώπιση του shock
- **Εγκαύματα πρώτου βαθμού:**

Η αντιμετώπιση των εγκαυμάτων πρώτου βαθμού έγκειται στην εφαρμογή κρύων επιθεμάτων ή την εμβύθιση του εγκαυματος, αν περιορίζεται σε κάποιο άκρο, μέσα σε κρύο (όχι παγωμένο) νερό. Στην συνέχεια το έγκαυμα καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα ή με ένα καθαρό, πρόσφατα σιδερωμένο κομμάτι

υφάσματος. Η επάλειψη του εγκαύματος με οποιαδήποτε αλοιφή, κρέμα ή σπρέι απαγορεύεται αυστηρά.

- **Εγκαύματα δευτέρου βαθμού:**

Η θεραπεία των εγκαυμάτων δευτέρου βαθμού είναι ανάλογη εκείνης του πρώτου βαθμού. Η εφαρμογή κρύων επιθεμάτων ή η εμβύθιση σε κρύο νερό μέσα στα πρώτα 20-30min για διάστημα μισής ώρας περίπου, ελαττώνει το οίδημα και ανακουφίζει τον πόνο. Τα άκρα με εγκαύματα δευτέρου βαθμού διατηρούνται ανυψωμένα. Οι φυσαλίδες αυτών των εγκαυμάτων δεν πρέπει να διανοίγονται ούτε να κόπτονται.

- **Εγκαύματα τρίτου βαθμού:**

Σε αυτό τον τύπο εγκαυμάτων, ακολουθούνται οι εξής διαδικασίες:

- α. Σβήσιμο της φωτιάς. Το θύμα που τα ρούχα του έπιασαν φωτιά δεν πρέπει να τρέχει, αντίθετα να ξαπλώσει στο έδαφος όπου το τυλίγμα με μια κουβέρτα, το βρέξιμο με άφθονο νερό ή το κύλισμά του θα βοηθήσει στο σβήσιμο. Στη συνέχεια αφαιρείται από πάνω του κάθε κομμάτι υφάσματος που σιγοκαίγεται ή οτιδήποτε θα μπορούσε να διατηρήσει θερμότητα.
- β. Εξασφάλιση αναπνοής και χορήγηση  $O_2$ , ειδικά όταν το παιδί έχει εκτεθεί στην εισπνοή καπνού.
- γ. Αφαίρεση περισφιξεων (βραχιόλια, δακτυλίδια).
- δ. Αντιμετώπιση συνοδών κακώσεων.
- ε. Επί εκτεταμένων εγκαυμάτων το παιδί τυλίγεται σε ένα καθαρό σεντόνι και μεταφέρεται στο νοσοκομείο.<sup>5</sup>

- **Χημικά εγκαύματα.**

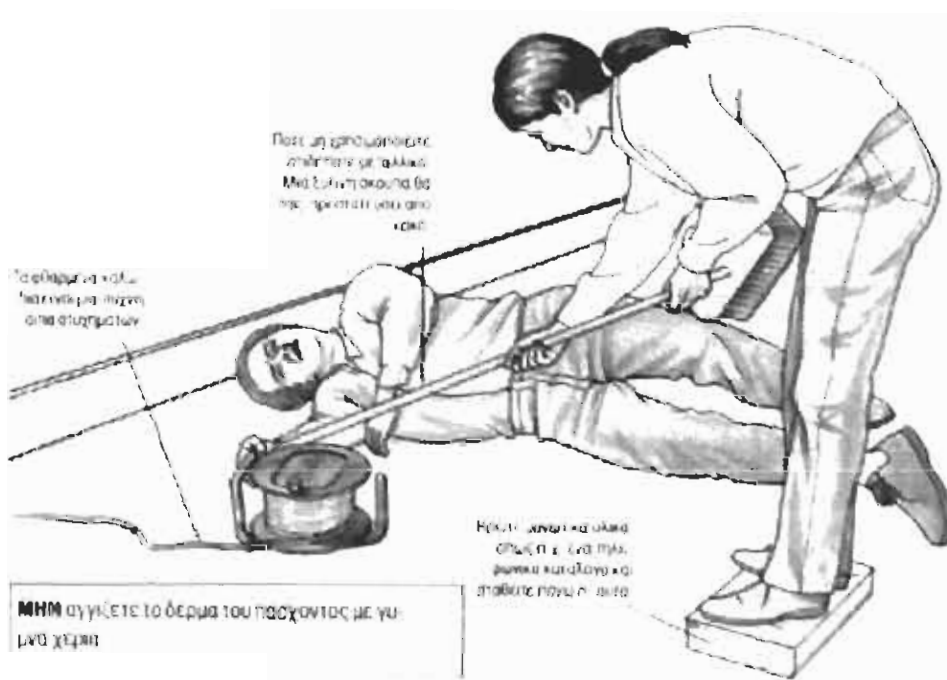
Τα χημικά εγκαύματα προκαλούνται όταν το δέρμα έλθει σε επαφή με ισχυρά οξέα, αλκάλια ή άλλες διαβρωτικές ουσίες. Όσο η υπεύθυνη ουσία παραμένει σε επαφή με το δέρμα, τόσο επεκτείνεται το έγκαυμα. Για

απομάκρυνση της χημικής ουσίας, είναι απαραίτητη η καλή πλύση της περιοχής με άφθονο νερό για 5min τουλάχιστον. Ύστερα αφαιρούνται τα ενδύματα που είναι διαποτισμένα με την υπεύθνη χημική ουσία, επιδένετε το έγκαιμα με αποστειρωμένη γάζα και το θύμα μεταφέρεται στο νοσοκομείο.<sup>15</sup>

#### 4.7. Πρώτες Βοήθειες σε ηλεκτροπληξία.

Οι βασικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας είναι:

- Απομάκρυνση του παιδιού από την επαφή του με το ηλεκτρικό ρεύμα με τη χρήση μονωτικών υλικών (ξύλο, κουβέρτα κ.λ.π.).
- Εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού. Αν το παιδί δεν αναπνέει επιχειρείται τεχνητή αναπνοή, ή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αν απουσιάζει και ο σφυγμός.
- Μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο.<sup>5</sup>



#### 4.8. Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με Δηλητηρίαση.

Ο σκοπός των Πρώτων Βοηθειών που χορηγούνται σε παιδί που πήρε κάποιο δηλητήριο από το στόμα είναι:

1. Αραίωση του δηλητηρίου που βρίσκεται στο στομάχι με τη χορήγηση 1-2 ποτηριών νερού ή γάλατος το συντομότερο δυνατό.
2. Η κένωση του στομάχου με πρόκληση εμετού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί:
  - ⇒ Με διάλυμα μαγειρικού άλατος ή μουστάρδας (1 ή 1/2 κουτάλι του γλυκού αντίστοιχα σε ένα ποτήρι νερό).
  - ⇒ Με σιρόπι ιπεκακουάνας. Στα παιδιά ηλικίας άνω του 1 έτους χορηγούνται 15ml μαζί με άφθονο νερό.
  - ⇒ Μηχανικά (ερεθισμός της σταφυλής και του στοματοφάρυγγα).  
Η πρόκληση εμετού απαγορεύεται στις εξής περιπτώσεις:
    - Κοματώδεις ασθενείς.
    - Παιδί με σπασμούς.
    - Παιδί με λήψη διαβρωτικών ουσιών.
    - Λήψη πετρελαιοειδών.
3. Πλύση στομάχου με ρινογαστρικό σωλήνα στο νοσοκομείο.
4. Αδρανοποίηση του δηλητηρίου με χορήγηση ενεργοποιημένου ζωικού άνθρακα, ύστερα από την κένωση του στομάχου.
5. Κάθαρση του εντέρου με θειικό Νάτριο (250mg / Kg Σ.Β.). Η κάθαρση του εντέρου απαγορεύεται στις περιπτώσεις λήψης διαβρωτικών ουσιών από το παιδί.<sup>5</sup>



## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

### 5.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στα τροχαία ατυχήματα.

Η αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων και των τραυμάτων που δημιουργούνται από αυτά, πρέπει να αρχίζει από τον τόπο του ατυχήματος και να συνεχίζει κατά τη μεταφορά του στο νοσοκομείο.

Οι νοσηλευτικές ενέργειες που παρέχονται σε θύμα τροχαίου ατυχήματος είναι ίδιες σε παιδιά και ενήλικες, και έχουν ως σκοπό:

- την άμεση υποστήριξη της ζωής του θύματος.
- την πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης του.
- προαγωγή της ανάρρωσής του.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά σειρά προτεραιότητας περιλαμβάνει:

- αποκατάσταση ή ενίσχυση της αναπνευστικής και κυκλοφορικής λειτουργίας.
- έλεγχο τυχόν αιμορραγίας.
- αντιμετώπιση μυοσκελετικών και τυχόν συνοδών κακώσεων.<sup>10</sup>

#### A. Εξασφάλιση των ζωτικών λειτουργιών του τραυματία.

Αυτό που έχει προτεραιότητα αμέσως μετά την παραλαβή στα εξωτερικά ιατρεία ενός παιδιού που έχει υποστεί ατύχημα και απειλείται η ζωή του είναι το τρίπτυχο A.B.C.

- A: Αεραγωγός (Airway).
- B: Αναπνοή (Breathing)
- C: Κυκλοφορία (Circulation)

Ο έλεγχος των αεραγωγών του παιδιού - θύματος, γίνεται με:

- Τοποθέτηση του παιδιού σε ύπτια θέση.
- Υπερέκταση της κεφαλής.
- Έλξη της γλώσσας προς τα έξω.
- Αφαίρεση τυχόν ενσφηνωμένων ξένων σωμάτων.

Σε περίπτωση που δεν αποκατασταθεί η αναπνοή ύστερα από τη διάνοιξη των αεραγωγών, επιχειρείται διασωλήνωση του θύματος και χορήγηση  $O_2$ , με υποβοήθηση συσκευής ambu, η οποία υποκαθιστά τη συχνότητα των αναπνοών και τις αναπνευστικές κινήσεις.

Το κυκλοφοριακό σύστημα αξιολογείται από την ύπαρξη ή όχι καρωτιδικού σφυγμού. Αν ο καρωτιδικός σφυγμός δεν εντοπιστεί τότε επιχειρείται καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση που περιλαμβάνει τις εξής διαδικασίες:

- Σύνδεση του παιδιού με Ηλεκτροκαρδιογράφο.
- Εφαρμογή μαλάξεων με κλειστό θώρακα από το νοσηλευτή ή γιατρό με ρυθμό 80 μαλάξεις το λεπτό.
- Σε κάθε 2 εμφύσεις με τη συσκευή ambu αντιστοιχούν 15 μαλάξεις.

Αν με τα παραπάνω μέτρα δεν επαναλειτουργήσει η καρδιά, επαναλαμβάνεται η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση μέχρι να υπάρξει αποτέλεσμα. Στα πολύ βαριά περιστατικά, διενεργείται απινίδωση.<sup>8</sup>

## **B. Έλεγχος της αιμορραγίας.**

Οι νοσηλευτικές ενέργειες που επιχειρούνται σε περίπτωση αιμορραγίας περιλαμβάνουν.

- Έλεγχο αιμορραγίας με άσκηση πίεσης ή με χρησιμοποίηση απορροφητικών αποστειρωμένων γαζών.
- Σε τραύμα άκρου ανύψωση του πάνω από το επίπεδο της καρδιάς.
- Εφαρμογή ψυχρών κομπρεσών γύρω από την πάσχουσα περιοχή.
- Χορήγηση αίματος, όταν υπάρχει μεγάλη απώλεια.
- Χορήγηση αιμοστατικών φαρμάκων ύστερα από ιατρική εντολή.
- Χορήγηση υγρών ενδοφλεβίως για την πρόληψη του υποβολαιμικού shock.<sup>10</sup>

### Γ. Αντιμετώπιση κακώσεων.

Σε περίπτωση ύπαρξης κακώσεων επιχειρούνται:

- Ανάταξη της κάκωσης συντηρητικά με εφαρμογή γύψου ή νάρθηκα.
- Ακινητοποίηση του μέλους.
- Χορήγηση παυσίπων με εντολή γιατρού.
- Παρακολούθηση για τυχόν μεταβολές στη χροιά του δέρματος γύρω από την κάκωση.<sup>10</sup>

### 5.2. Νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδί με έγκαυμα.

Τα παιδιά με θερμικές βλάβες, είναι εκτεθειμένα σε βαριές επιπλοκές, τόσο από το τραύμα, όσο και από τις γενικές μεταβολές που προκαλούνται εξαιτίας του εγκαύματος. Για το λόγο αυτό, η νοσηλευτική παρέμβαση πρέπει να είναι άμεση ξεκινώντας από τον χώρο της βλάβης, και συνεχίζοντας κατά την μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο.

Η νοσηλευτική φροντίδα στο χώρο της βλάβης περιλαμβάνει τους εξής σκοπούς:

- Πρόληψη περαιτέρω ιστικής βλάβης.
- Πρόληψη επιπλοκών.
- Εξασφάλιση άνεσης.
- Μεταφορά του παιδιού ιατρικής βοήθειας το ταχύτερο δυνατό.

Όταν το παιδί μεταφερθεί στο νοσοκομείο αξιολογείται το μέγεθος και η έκταση του εγκαύματος. Τα περισσότερα, ελαφρά εγκαύματα αντιμετωπίζονται ως εξωτερικά περιστατικά, όταν διαπιστώνεται ότι οι γονείς μπορούν να ακολουθήσουν τις οδηγίες για φροντίδας και παρατήρηση στο σπίτι. Η φροντίδα που παρέχεται στις διάφορες μορφές ελαφρών εγκαυμάτων είναι:

- Τα δευτέρου βαθμού εγκαύματα (κάτω από 15% της επιφάνειας του σώματος) καθορίζονται με κρύο ισότονο διάλυμα NaCl με αραιωμένο διάλυμα Betadine ή με ήπιο βακτηριοστατικό και επιδέονται με χαλαρής ύφανσης γάζα.

- Τα τρίτου βαθμού εγκαύματα καλύπτονται τοπικός με αντιβιοτική αλοιφή και εφαρμόζεται επίδεση.
- Τα εγκαύματα προσώπου αφήνονται εκτεθειμένα στον ατμοσφαιρικό αέρα αν είναι κρύος και στεγνός, σχηματίζεται προστατευτική κρούστα 24-36 ώρες.
- Χορηγείται ανθρόπεια αντιτετανική ανατοξίνη, εάν δεν έχει προηγηθεί αντιτετανικός εμβολιασμός.
- Ο πόνος των επιφανειακών εγκαυμάτων ελέγχεται ικανοποιητικά με ακεταμινοφαίνη.

Στα βαριά εγκαύματα επιχειρούνται τα εξής:

- Γέσασφάλιση και διατήρηση ανοικτού αεραγωγού και χορήγηση  $O_2$ , καθώς και ενδοτραχειακή διασωλήνωση και αναπνευστική υποστήριξη αν ενδείκνυται.
- Χορήγηση των ενδυμάτων και διεξοδικός έλεγχος του σώματος του παιδιού για ύπαρξη κακώσεων, σκελετικών και νευρολογικών.
- Γέσασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής για χορήγηση υγρών με ταχύ ρυθμό και για αρρώστους με εκτεταμένο έγκαυμα για μέτρηση Κ.Φ.Π.
- Ζύγισμα του παιδιού.
- Εξέταση του εγκαυματικού τραύματος και εκτίμηση της έκτασης και του βάθους της βλάβης.
- Αφαίρεση όλων των κοσμημάτων προτού σχηματιστεί το οίδημα.
- Αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών, επάλειψη αλοιφών ή κρεμών και επίδεση.
- Κατάλληλη προστασία έναντι του τετάνου.
- Υπολογισμός των αναγκών σε υγρά και καθορισμός του τρόπου χορήγησης αυτών.
- Λήψη ιστορικού σχετικά με την πρόκληση του εγκαύματος και άλλων σχετικών πληροφοριών.
- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα / Foley για λήψη δειγμάτων ούρων και ωριαία μέτρηση αποβαλλόμενων ούρων.

- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για κένωση στομάχου και πρόληψη εισρόφησης γαστρικού υγρού.<sup>9</sup>

### **5.3. Νοσηλευτική παρέμβαση στις Δηλητηριάσεις.**

#### **A. Υπερδόση Φαρμάκων.**

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας σε δηλητηρίαση με μεγάλη δόση φαρμάκων είναι:

1. Αποκατάσταση βατότητας και επάρκειας αερισμού.
2. Αποκατάσταση ισορροπίας νερού και ηλεκτρολυτών.
3. Αποκατάσταση επαρκούς κυκλοφορίας.
4. Αποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας.
5. Ελαχιστοποίηση υπολειμματικής βλάβης του νευρικού συστήματος και του ήπατος.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται:

1. Αν το επίπεδο συνείδησης και η κατάσταση προσανατολισμού του αρρώστου είναι διαταραγμένα, παραμονή του αρρώστου στο νοσοκομείο.
2. Διασωλήνωση, αν οι αναπνοές είναι επιπόλαιες και υπάρχει κυάνωση, ή αν υπάρχει ένδειξη για αναπνευστική ανεπάρκεια.
3. Χορήγηση ιεκακουάνας ή πλύση στομάχου.
4. Συχνή παρακολούθηση ζωτικών σημείων και επιπέδου συνείδησης.
5. Διατήρηση ανοικτής φλέβας για χορήγηση υγρών και φαρμάκων.

#### **B. Τροφική Δηλητηρίαση.**

Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:

1. Διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας.
2. Αποκατάσταση υδατοηλεκτρικής ισορροπίας.
3. Ελαχιστοποίηση νευρολογικής υπολειμματικής βλάβης.
4. Θεραπεία shock ή πρόληψη επικείμενου shock.

#### 5. Απαλλαγή από τον πόνο και την δυσχέρεια.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται, ανάλογα με τον τύπο της τροφικής δηλητηρίασης:

##### Αλλαντίαση.

1. Άμεση εισαγωγή στο νοσοκομείο για θεραπεία με τρισθενή ανατοξίνη αλλαντίασης.
2. Συμπτωματική και υποστηρικτική θεραπεία, σύμφωνα με τις ενδείξεις.
3. Εμετικά και πλύση, που είναι μικρής αξίας όταν περάσουν 12 ώρες από τη λήψη.

##### Μικροβιακή τροφική δηλητηρίαση.

1. Κένωση στομάχου αμέσως με εμετικά και γαστρικά, πλύση που ακολουθείται από χορήγηση ενεργοποιημένου άνθρακα.
2. Καταπολέμηση πόνου με θειική μορφίνη.
3. Παραμονή στο νοσοκομείο αν υπάρχει shock και μεγάλου βαθμού αφυδάτωση.

##### Χημική τροφική δηλητηρίαση.

1. Εμετικά που ακολουθούνται από πλύση.
2. Ενεργοποιημένος άνθρακας σε νερό από το στόμα.
3. Καθαρτικά άλατα.
4. Θειική ατροπίνη 0.5mg υποδόρια.
5. Ειδική για το ανάλογο μέταλλο θεραπεία.

#### **Γ. Δηλητηρίαση με μονοξείδιο του άνθρακα.**

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται:

1. Διατήρηση βιωσιμότητας για εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής.
2. Φλεβοκέντηση για εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής.
3. Λήψη μέτρων για αποφυγή ρίγους.
4. Παρακολούθηση του αρρώστου γιατί μετά την ανάρρωση του μπορεί να παρουσιάσει καθυστερημένα μυοκαρδιακά και νευρολογικά συμπτώματα. <sup>10</sup>

## Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### Πρόληψη κυριότερων ατυχημάτων

Τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου, στην παιδική ηλικία καθώς και την πιο συχνή αιτία αναπηρίας. Κάθε χρόνο περισσότερα παιδιά πεθαίνουν από κακώσεις παρά από άλλες αιτίες (καρκίνος συγγενείς ανωμαλίες). Στην Ελλάδα κάθε χρόνο περισσότερο από 20.000 παιδιά νοσηλεύονται λόγω ατυχημάτων με κακώσεις στα διάφορα νοσοκομεία. Λόγω της τραγικής αυτής διαπίστωσης είναι απαραίτητο να δοθεί προτεραιότητα στο θέμα πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων, καθώς και να γίνει διεξοδική μελέτη των συνθηκών που τα ευνοούν.<sup>16</sup>

Οι πιο συνηθισμένες μορφές σοβαρού ατυχήματος είναι τα τροχαία ατυχήματα, τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις.

#### 6.1. Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων.

Η βλαπτική επίδραση του αυτοκινήτου, ιδιαίτερα όσον αφορά τα παιδιά των πόλεων, είναι άμεση και συνταρακτική. Τις περισσότερες φορές οι τραυματισμοί και οι θάνατοι των παιδιών οφείλονται σε αμέλεια των ενηλίκων. Σ' αυτό που πρέπει να δοθεί έμφαση, είναι τι πρέπει να γίνει για να μάθουν, τι πρέπει να προσέχουν ως πεζοί. Η διδασκαλία των γονιών πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής:

Το παιδί μαθαίνει ότι:

- Πρέπει να περπατά στο πεζοδρόμιο.
- Να διασχίζει το δρόμο από τις διαβάσεις, αφού κοιτάζει δεξιά και αριστερά.
- Να κατεβαίνει από το αυτοκίνητο από δεξιά στο πεζοδρόμιο.
- Ο δρόμος είναι για τα αυτοκίνητα και όχι για τους πεζούς.
- Τα πεζοδρόμια είναι για να περπατούν οι άνθρωποι και όχι για να παίζουν.

Το παιδί όμως χρειάζεται ειδική μεταχείριση και ως επιβάτης:

- Δεν χρειάζεται να κάθεται στο μπροστινό κάθισμα. Στην Αμερική, το 40% των παιδιών ταξιδεύουν στο μπροστινό κάθισμα. Στην Ελλάδα το ποσοστό φτάνει το 80%.

Από μελέτη των ατυχημάτων έχει βρεθεί ότι όταν κρατά το παιδί ενήλικας στα πόδια του, σε περίπτωση ατυχήματος, κοιτά να προφυλαχθεί ο ίδιος και όχι να προφυλάξει το παιδί.

Εάν πάλι βρίσκεται δεμένο με ζώνη ασφαλείας στην αγκαλιά ενήλικου, τότε συμπιέζεται μεταξύ ζώνης και ενήλικου, με αποτέλεσμα πολλαπλές κακώσεις.

- Η ύπαρξη ζώνης ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα, είναι απαραίτητη για τα μεγαλύτερα παιδιά, καθώς και η ύπαρξη ειδικών καθισμάτων για τα βρέφη και τα παιδιά.
- Το παιδί δεν πρέπει ποτέ να είναι όρθιο στο αυτοκίνητο.
- Οι πίσω πόρτες πρέπει να είναι ασφαλισμένες και να ανοίγουν μόνο από έξω.

Είναι ολοφάνερο λοιπόν, ότι η μεγαλύτερη ευθύνη στην πρόληψη των τροχαίων ανήκει στους γονείς και κατά δεύτερο λόγο στην πολιτεία, η οποία χρειάζεται να έχει αυστηρή νομοθεσία όσον αφορά το θέμα αυτό.<sup>17</sup>



## 6.2. Πρόληψη εγκαυμάτων.

Για την πρόληψη των εγκαυμάτων πρέπει κατ' αρχήν να ληφθούν υπόψη οι αιτιολογικοί παράγοντες που τα προκαλούν. Τα περισσότερα εγκαύματα συμβαίνουν στο σπίτι. Σε αυτό το χώρο λοιπόν πρέπει να δοθεί η μεγαλύτερη έμφαση της πρόληψης των εγκαυμάτων:

- Τα μαγειρικά σκεύη πρέπει να τοποθετούνται στο μέσα μάτι της κουζίνας, όπου το παιδί δεν μπορεί να φθάσει.
- Καλό είναι να αποφεύγονται οι ανοικτές φωτιές για τη θέρμανση του σπιτιού, αλλά όταν αυτό αδύνατο, τότε απαραίτητα είναι να υπάρχει κάποιο προστατευτικό κάλυμμα.
- Όταν υπάρχει φιάλη υγραερίου στο σπίτι, θα πρέπει να είναι πάντοτε κλειστή και μακριά από τα παιδιά.
- Τα σπέρτα και οι αναπτήρες πρέπει να βρίσκονται σε σημείο απρόσιτο στα παιδιά.
- Οι πρίζες πρέπει να έχουν καλύμματα, ενώ τα καλώδια του ηλεκτρικού πρέπει να είναι καλυμμένα.
- Διάφορα εύφλεκτα υλικά, όπως οινόπνευμα ή βενζίνη, θα πρέπει να τοποθετούνται μακριά από τα παιδιά.
- Τα ενδύματα των μικρών παιδιών να προτιμώνται να είναι βαμβακερά, παρά συνθετικά τα οποία είναι και εύφλεκτα.
- Γενικότερα η επίβλεψη του παιδιού σε χώρους με αυξημένους κινδύνους.

Όσον αφορά τα εγκαύματα που συμβαίνουν έξω από το σπίτι, όπου οι γονείς δεν είναι παρόντες, αυτό που μπορούν να κάνουν, είναι να ενημερώσουν τα παιδιά για τα εξής:

- Να πετούν τους χαρταετούς μακριά από καλώδια της Δ.Ε.Η.
- Όταν δουν κάποια καλώδια πεσμένα στο δρόμο να μην πλησιάζουν.
- Σε περίπτωση τροχαίων, επίσης να μην πλησιάζουν, γιατί υπάρχει κίνδυνος πυρκαγιάς από εύφλεκτα υλικά.
- Τέλος, να μην παίζουν με μπαρούτι, ούτε να χρησιμοποιούν βεγγαλικά.<sup>18</sup>

Όπως είναι ολοφάνερο, η καλύτερη αντιμετώπιση του εγκαύματος, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, είναι η **ΠΡΟΛΗΨΗ**.

### 6.3. Πρόληψη δηλητηριάσεων.

Οι λόγοι που πέφτουν τα παιδιά συχνά θύματα δηλητηριάσεων είναι η ίδια η φύση του παιδιού, που με την απειρία του, τη φυσική περιέργεια και τη συναισθηματική του ανωριμότητα εύκολα μπορεί να πέσει θύμα ατυχήματος.

Για το λόγο αυτό η συχνότητα δηλητηριάσεως στα παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες είναι 2:1 και οι περισσότερες περιπτώσεις αφορούν τις ηλικίες 1-3 ετών.

Η πρόληψη των δηλητηριάσεων συνίσταται κυρίως στην αντιμετώπιση του αιτίου. Υπεύθυνες για τις περισσότερες δηλητηριάσεις είναι οι διάφορες ουσίες ή φάρμακα που βρίσκονται μέσα στο σπίτι. Για το λόγο αυτό οι γονείς πρέπει να παίρνουν τουλάχιστον κάποια στοιχειώδη μέτρα ασφαλείας για την πρόληψη μιας δηλητηρίασης, όπως:

- Τα ηρεμιστικά καρδιολογικά και όλα τα φάρμακα γενικότερα πρέπει να φυλάσσονται μακριά από τα παιδιά.
- Διάφορα υγρά ή στερεά απορρυπαντικά πρέπει επίσης να μην είναι προσιτά σε παιδιά.
- Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη σωστή δόση χορήγησης ενός φαρμάκου στο παιδί, γιατί η υπερδοσολογία μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση.

- Να αποφεύγεται η χρήση υγραερίου στο σπίτι, καθώς και η θέρμανση με μαγκάλι, γιατί κατά τη λειτουργία του παράγεται μονοξείδιο του άνθρακα, το οποίο είναι πολύ επικίνδυνο.

Εκτός όμως από τους γονείς και η ίδια η πολιτεία μπορεί να βοηθήσει στο πρόβλημα των δηλητηριάσεων, με την επιβολή δια νόμου, ασφαλούς συσκευασίας, σε όλα τα φάρμακα. Η ασφαλής συσκευασία επίσης θα μπορούσε να επιβληθεί και σε είδη οικιακής χρήσης που προκαλούν σοβαρές δηλητηριάσεις.

Οι δηλητηριάσεις και γενικά τα ατυχήματα θα μειωθούν μόνο αν η πολιτεία, οι οργανισμοί πρόληψης ατυχημάτων, οι Παιδίατροι και οι Νοσηλεύτες, συντονίσουν τις προσπάθειες τους για να εκπαιδεύσουν τους γονείς. Με τη σειρά τους θα προστατευτούν, θα επιβλέπουν αλλά και θα εκπαιδεύονται τα παιδιά με την ενεργητική όμως συμμετοχή τους σε όλη τη διαδικασία της μόρφωσής τους.<sup>8</sup>

#### 6.4. Σύσταση της Π.Ο.Υ. για την πρόληψη των ατυχημάτων.

Για την πρόληψη των ατυχημάτων η Π.Ο.Υ. συνιστά:

1. Σωστή οργάνωση σε εθνικό επίπεδο με υπεύθυνο κεντρικό φορέα (κρατικό ή μη) που θα συντονίζεται κατάλληλα με περιφερειακές υπηρεσίες.
2. Έρευνα που να ασχολείται με το πρόβλημα και με την αποτύπωση των συνεπειών του.

Η οικονομική ωφέλεια που θα προκύψει από τα προγράμματα πρόληψης ατυχημάτων θα είναι σίγουρα πολλαπλάσια από τα χρήματα που θα πρέπει να διατεθούν για την έρευνα.

3. Εκπαίδευση. Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι η εκπαίδευση χρειάζονται τόσο οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι υπόλοιποι υγειονομικοί, όσο και τα παιδιά, οι γονείς, οι δάσκαλοι και όλοι οι πολίτες γενικότερα.

Εκπαίδευση τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο, προσαρμοσμένη στην ηλικία του παιδιού, μια και οι κίνδυνοι διαφέρουν από ηλικία σε ηλικία.

4. Εξασφάλιση καλής νομοθεσίας που θα καταστήσει δυνατή την εφαρμογή των παραπάνω.<sup>8</sup>

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας μας ήταν κυρίως :

- να εκτιμηθεί το μέγεθος του προβλήματος των ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών που κατοικούν μόνιμα στην πόλη της Πάτρας κατά το έτος 1997 με βάση τα στοιχεία νοσηρότητας
- να αναζητηθούν οι παράγοντες κινδύνου για ατύχημα από το ίδιο το παιδί, το οικογενειακό και φυσικό του περιβάλλον

Για τον λόγο αυτό και συντάχθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο το οποίο και παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα.

Στην συνέχεια οι απαντήσεις που δόθηκαν από έναν αριθμό γονέων διαφόρων μορφωτικών επιπέδων και ηλικιών, αναλύθηκαν στατιστικά και τέλος με βάση τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης βγήκαν τα σχετικά συμπεράσματα γύρω από το θέμα.

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή. Το ερωτηματολόγιο αυτό συμπληρώθηκε από γονείς παιδιών ηλικίας 6 έως 12 ετών. Η επιλογή έγινε, γιατί η συγκεκριμένη δέσμη ηλικιών χαρακτηρίζεται από αλλεπάλληλες ψυχολογικές διακυμάνσεις στο παιδί, λόγω της έναρξης των σχολικών δραστηριοτήτων.

Μελετήθηκαν 138 περιπτώσεις παιδιών ηλικίας 6-12 ετών που νοσηλεύθηκαν τουλάχιστον 24 ώρες, από την 1-1-1997 έως την 31-12-1997, στην περιοχή των Πατρών και πιο ειδικά στο Νοσοκομείο Παιδών «Καραμανδάνειο» και την Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Από τους ιατρικούς φακέλους των παιδιών αυτών κατόπιν ειδικής αδείας ελήφθησαν τα δημογραφικά μόνο στοιχεία τους με στόχο να έλθουμε σε επαφή με τους γονείς τους.

Κατά την επικοινωνία μας μαζί τους και πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εξηγήσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας δηλαδή τη σχολή της φοίτησής μας.

Το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνει 19 ερωτήσεις κλειστού τύπου εναλλακτικών απαντήσεων. Χωρίζεται σε τέσσερις ενότητες.

Στην πρώτη ενότητα υπάρχουν ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των παιδιών όπως η ηλικία, το φύλο, η τάξη φοίτησης και ο τόπος κατοικίας.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση των γονέων, την εργασία της μητέρας των αριθμό των τέκνων της οικογένειας.

Η τρίτη ενότητα εστιάζεται στην προσωπικότητα του παιδιού και τις επιδόσεις στο σχολείο.

Η τέταρτη ενότητα ερωτήσεων αφορά το ατύχημα (τόπο και τύπο), το τραύμα, την συνέπεια του και τους παρόντες κατά το ατύχημα.

Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση. Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το STATISTICA για Windows '95.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες, καθώς και τα ποσοστά επί % που αντιστοιχούν σε αυτές επί του συνόλου.

Τέλος, για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν crosstabs με τα οποία συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Στο τέλος των crosstabs αναγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον στατιστικό έλεγχο. Πιο συγκεκριμένα τα στατιστικά αποτελέσματα αποτελούνται από :

1. Μέγεθος του δείγματος
2.  $\chi^2$  (chi-square)
3. Πιθανότητα στατιστικής σημαντικότητας (p - value)

Θεωρήσαμε σαν στατιστικώς σημαντική μία διαφορά ως προς κάποιο χαρακτηριστικό, αν και μόνο αν το αποτέλεσμα που δίνεται από το στατιστικό έλεγχο οδηγεί σε μία πιθανότητα  $p < 0.05$ .



Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των παρατηρηθεισών διαφορών μεταξύ των εξεταζομένων ομάδων, ήταν το chi-square.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την ερευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

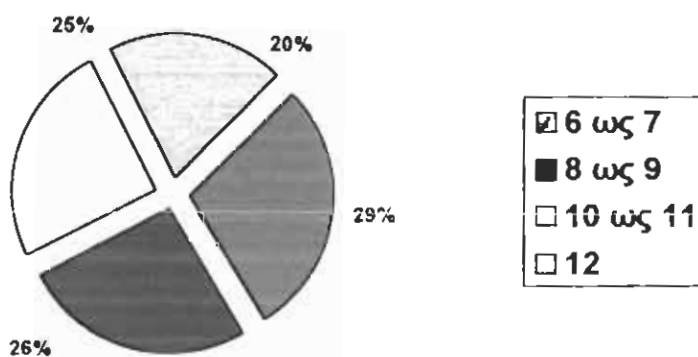
## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των απαντήσεων. Επίσης παρουσιάζονται με μορφή πινάκων τα αποτελέσματα, ενώ ακολουθεί αντίστοιχο σχήμα με ανάλογη γραφική παράσταση των αποτελεσμάτων για σαφέστερη παρουσίαση τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την ηλικία του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
6 - 7 ετών	40	29
8 - 9	36	26
10 - 11	34	25
12	28	20

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα (σε ποσοστό 29%) τα παιδιά είχαν ηλικία μεταξύ των 6 έως 7 ετών.

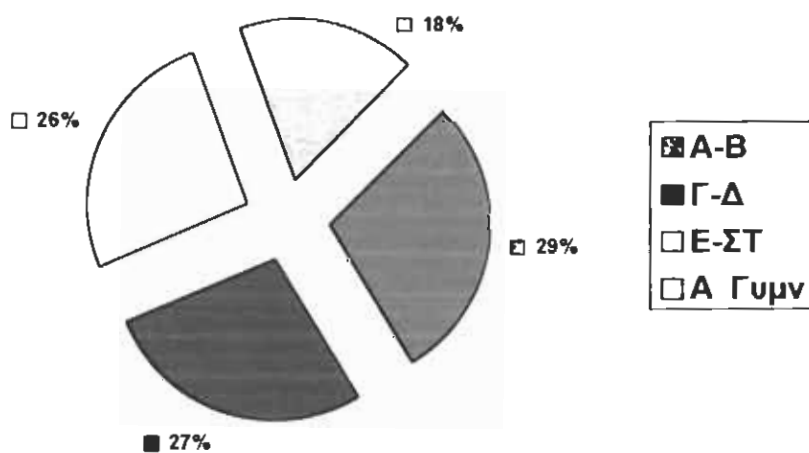


**ΣΧΗΜΑ 1.** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την ηλικία.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2.** Κατανομή των απαντήσεων σε σχέση με την τάξη φοίτησης του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
A-B Δημοτικού	40	29
Γ-Δ	37	27
Ε - ΣΤ	36	26
A Γυμνασίου	25	18

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τα παιδιά (σε ποσοστό 29%) φοιτούν στην Α και Β τάξη του Δημοτικού σχολείου χωρίς να υπάρχει σημαντική διαφορά με το ποσοστό των μεγαλύτερων τάξεων.

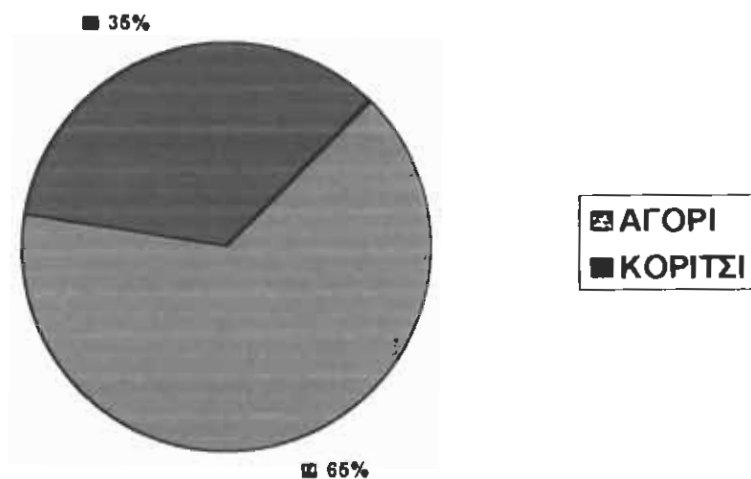


**ΣΧΗΜΑ 2.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την τάξη.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με το φύλο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΑΓΟΡΙ	90	65
ΚΟΡΙΤΣΙ	48	35

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην τα παιδιά που είχαν ατύχημα ήταν αγόρια ( σε ποσοστό 65 %).

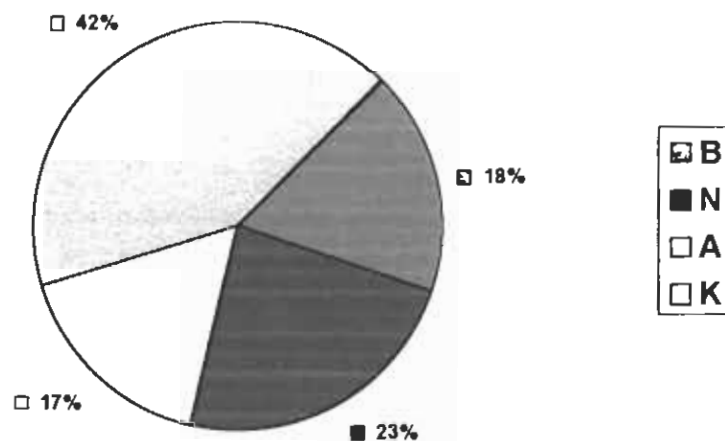


**ΣΧΗΜΑ 3.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος σε σχέση με το φύλο.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση τον τόπο κατοικίας του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
Βόρεια Προάστια	24	18
Νότια	31	23
Ανατολικά	29	17
Κέντρο	54	42

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα ( σε ποσοστό 42 %) τα παιδιά ήταν από το κέντρο της πόλης.



**ΣΧΗΜΑ 4.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τον τόπο κατοικίας.

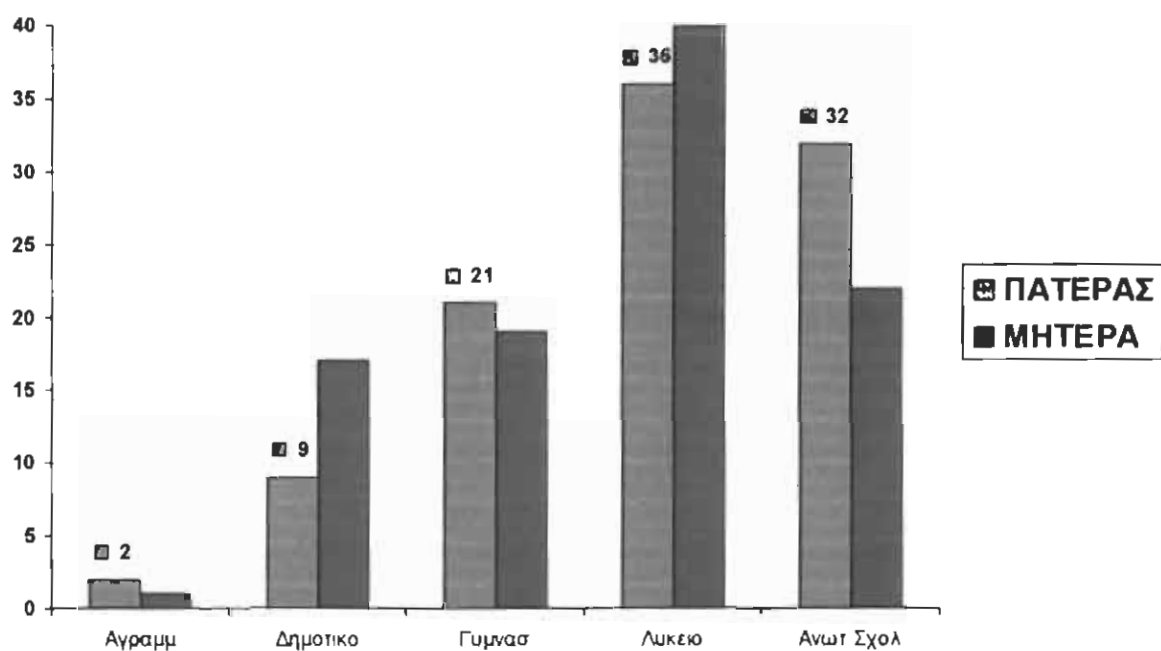
**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση την εκπαίδευση του πατέρα.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	3	2
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	12	9
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	29	21
ΛΥΚΕΙΟ	50	36
ΑΝΩΤ. ΣΧΟΛΗ	44	32

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6.** Κατανομή των παιδιών σε σχέση την εκπαίδευση της μητέρας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	2	1
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	24	17
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	26	19
ΛΥΚΕΙΟ	55	40
ΑΝΩΤ. ΣΧΟΛΗ	31	23

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα το επίπεδο μόρφωσής τους ήταν επίπεδου αποφοίτων λυκείου και άνω.

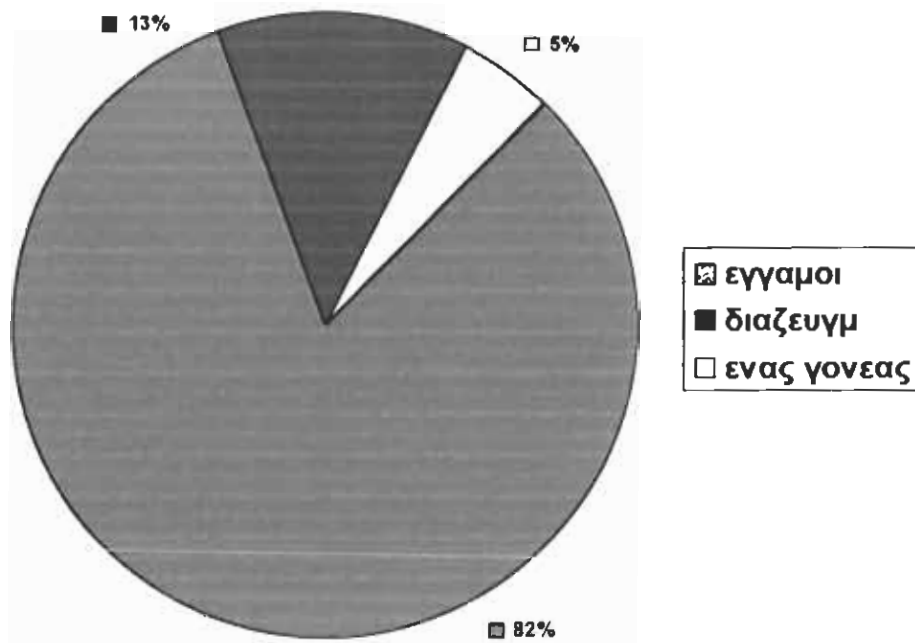


**ΣΧΗΜΑ 5.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών δείγματος σε σχέση με την μόρφωση των γονέων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 7.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΕΓΓΑΜΟΙ	114	82
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	18	13
ΜΟΝΟ ΕΝΑΣ ΓΟΝΕΑΣ	6	5

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα (σε ποσοστό 82 %) αντιπροσωπεύουν οικογένειες με τους δύο γονείς μαζί, ενώ το ποσοστό των διαζευγμένων είναι 13 %.



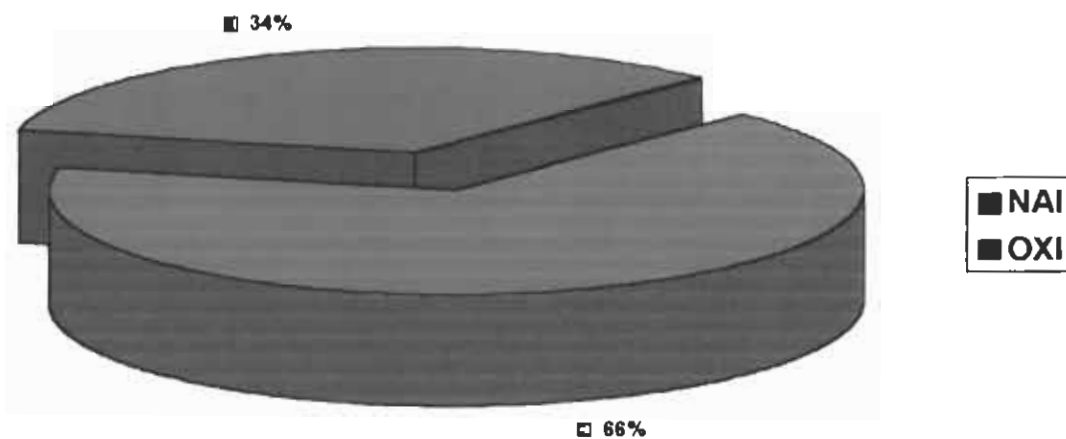
**ΣΧΗΜΑ 6.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την οικογένεια



**ΠΙΝΑΚΑΣ 8.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την εργασία της μητέρας του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΝΑΙ	92	66
ΟΧΙ	46	34

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες ( σε ποσοστό 66 %) στην παρούσα έρευνα τα παιδιά είχαν εργαζόμενες μητέρες.

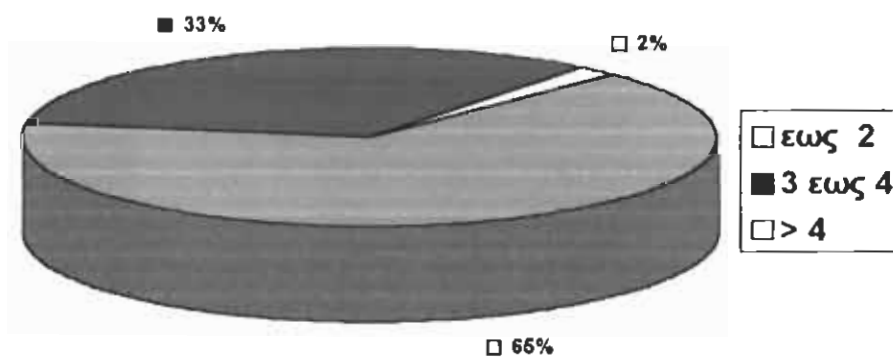


**ΣΧΗΜΑ 7.** Γραφική παράσταση των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την εργασία της μητέρας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 9.** Κατανομή των απαντήσεων των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
1 έως 2	89	65
3 έως 4	46	33
> 4	3	2

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες είχαν έως 2 παιδιά (65%).

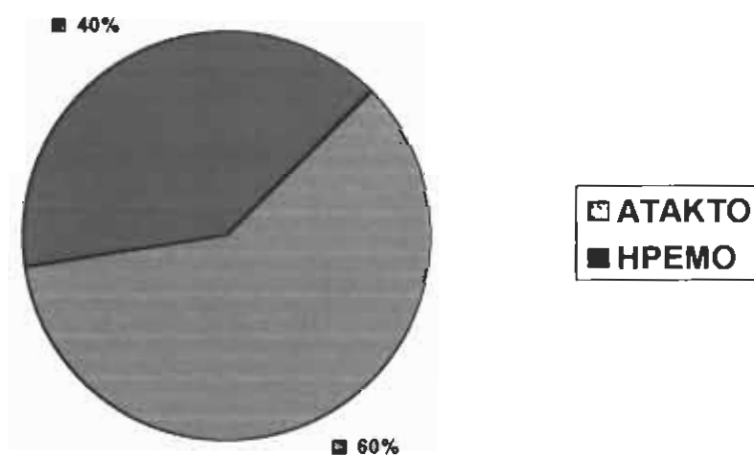


**ΣΧΗΜΑ 8.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος ερωτηθέντων σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια

**ΠΙΝΑΚΑΣ 10.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την συμπεριφορά του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΑΤΑΚΤΟ	83	60
ΗΡΕΜΟ	55	40

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τα παιδιά ήταν άτακτα (σε ποσοστό 60 %).

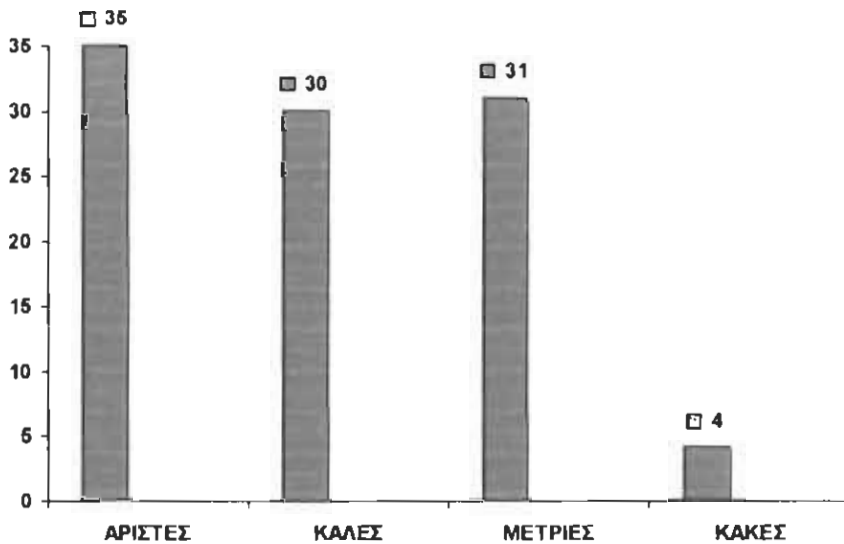


**ΣΧΗΜΑ 9.** Γραφική παράσταση των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την συμπεριφορά τους.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 11.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τις επιδόσεις του παιδιού στο σχολείο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΚΑΛΕΣ	41	30
ΚΑΚΕΣ	5	4
ΜΕΤΡΙΕΣ	43	31
ΑΡΙΣΤΕΣ	49	35

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τα παιδιά ήταν καλοί μαθητές.

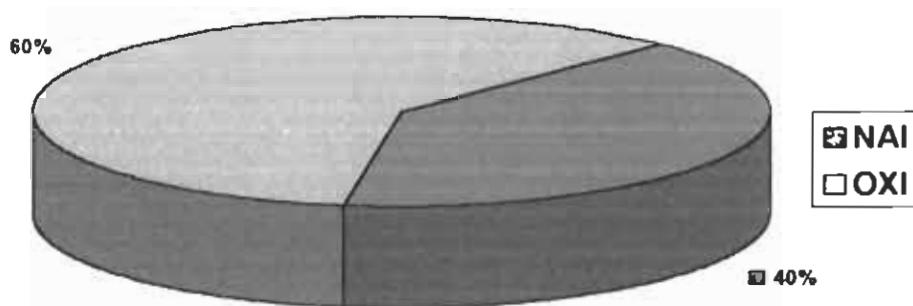


**ΣΧΗΜΑ 10.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την σχολική επίδοση.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 12.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση το ιστορικό ατύχηματος του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΝΑΙ	55	40
ΟΧΙ	83	60

Τα παιδιά σε ποσοστό 60% δεν είχαν υποστεί ατύχημα που να χρειάστηκε νοσοκομειακή περίθαλψη ενώ το 40 % είχε νοσηλευτεί στο παρελθόν.

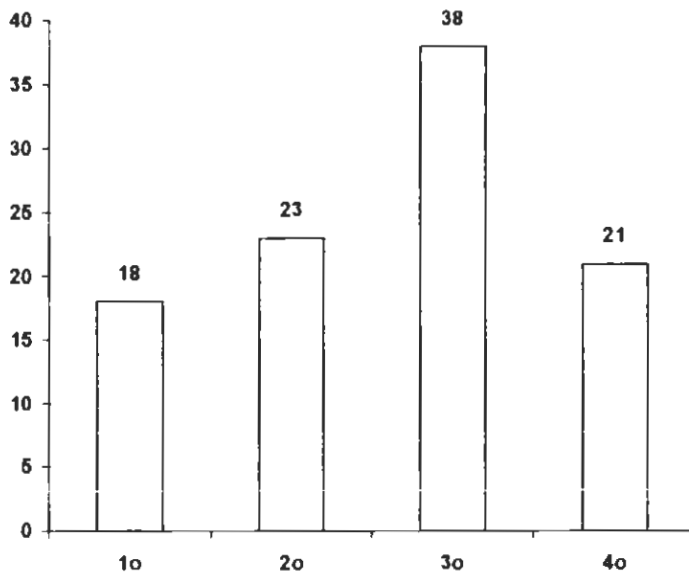


**ΣΧΗΜΑ 11.** Γραφική παράσταση των παιδιών του δείγματος σε σχέση με το ιστορικό.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 13.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση την χρονική στιγμή νοσηλείας του παιδιού μέσα στο έτος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
1 <sup>ο</sup> τρίμηνο '97	23	18
2 <sup>ο</sup>	33	23
3 <sup>ο</sup>	53	38
4 <sup>ο</sup>	29	21

Την καλοκαιρινή περίοδο παρατηρείται αυξημένη συχνότητα ατυχημάτων στα παιδιά σε ποσοστό 38 %. Αυξημένος επίσης είναι ο αριθμός των ατυχημάτων την εαρινή περίοδο με ποσοστό 23 %.

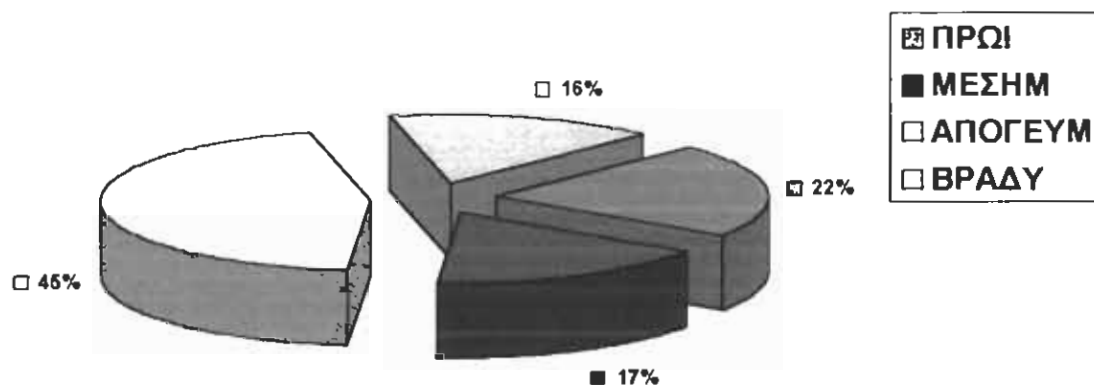


**ΣΧΗΜΑ 13.** Γραφική παράσταση της κατανομής των απαντήσεων 138 ερωτηθέντων σε σχέση με την ημερομηνία του ατυχήματος.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 14.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τη χρονική στιγμή του ατυχήματος στην διάρκεια της ημέρας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΡΩΙ	30	22
ΜΕΣΗΜΕΡΙ	23	17
ΑΠΟΓΕΥΜΑ	63	45
ΒΡΑΔΥ	22	16

Παρατηρούμε ότι τα παιδιά σε ποσοστό 45 % τραυματίστηκαν κατά τις απογευματινές ώρες, ενώ το 22 % το πρωί.

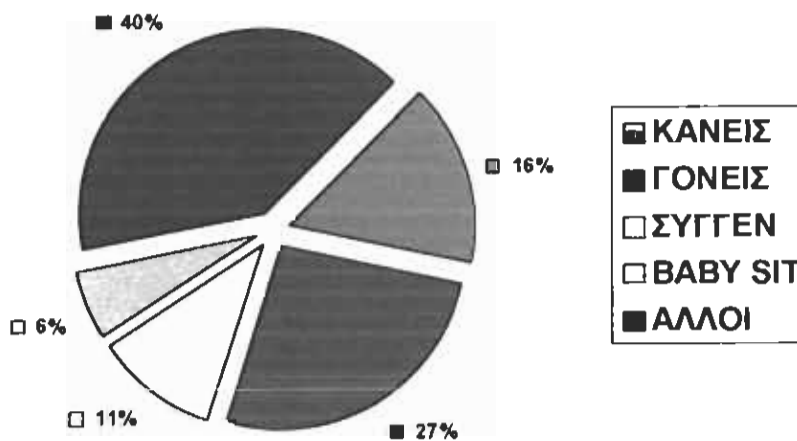


**ΣΧΗΜΑ 13.** Γραφική παράσταση των παιδιών του δείγματος σε σχέση με την στιγμή του ατυχήματος.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 15.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τους παρόντες στο ατύχημα του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΚΑΝΕΙΣ	22	16
ΓΟΝΕΙΣ	37	27
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ	15	11
BABY SITTER	7	6
ΑΛΛΟΙ	57	40

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα τα παιδιά ήταν συνοδευόμενα και μάλιστα από άτομα που ανήκαν σε μη οικογενειακό ή συγγενικό περιβάλλον (40%).



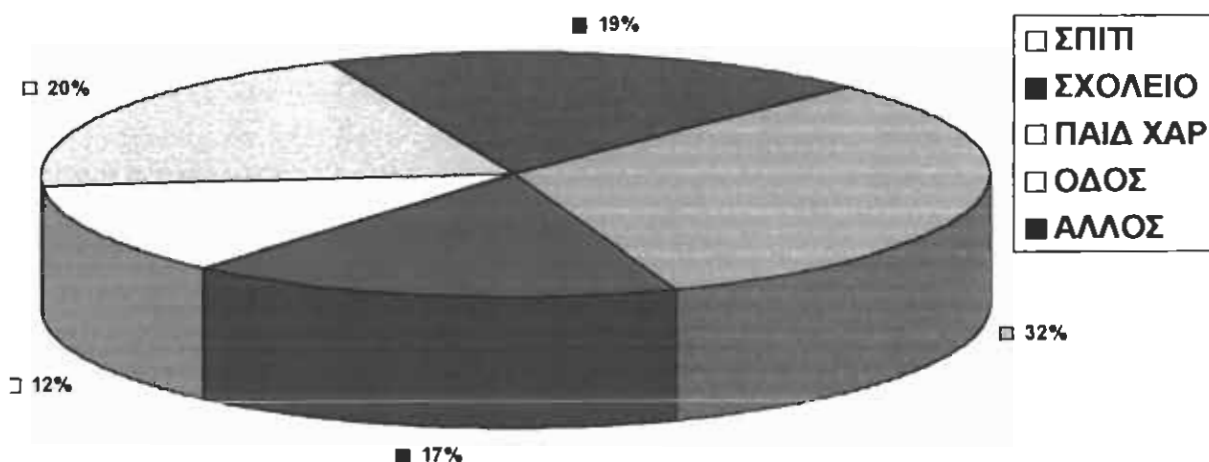
**ΣΧΗΜΑ 14.** Γραφική παράσταση των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τους παρόντες στο ατύχημα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 16.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τον τόπο ατυχήματος του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΣΠΙΤΙ	44	32
ΣΧΟΛΕΙΟ	23	17
ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ	16	12
ΟΔΟΣ	28	20
ΑΛΛΟΣ ΧΩΡΟΣ	27	19

Στο πίνακα αυτό παρατηρούμε ότι το 32 % των ατυχημάτων συμβαίνουν στο περιβάλλον του σπιτιού ενώ το 20 % σημειώνεται στις οδούς.



**ΣΧΗΜΑ 15.** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τον τόπο ατυχήματος

**ΠΙΝΑΚΑΣ 17.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με το είδος του ατυχήματος του παιδιού.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
ΠΤΩΣΗ	71	51
ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ	14	10
ΑΙΧΜΗΡΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	32	23
ΕΚΡΗΚΤΙΚΟ	0	0
ΚΑΥΤΗ ΥΛΗ	4	2
ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ	2	2
ΠΥΡΚΑΓΙΑ	0	0
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΦΑΡΜΑΚΑ	4	3
ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΤΡΟΦΗ	4	3
ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΝΤΟΜΑ- ΖΩΑ	7	6

Παρατηρούμε ότι οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση στα ατυχήματα σε ποσοστό 51 % και ακολουθούν τα ατυχήματα που οφείλονται σε αιχμηρά αντικείμενα και μεταφορικό μέσο με ποσοστό 23 και 10 % αντίστοιχα.

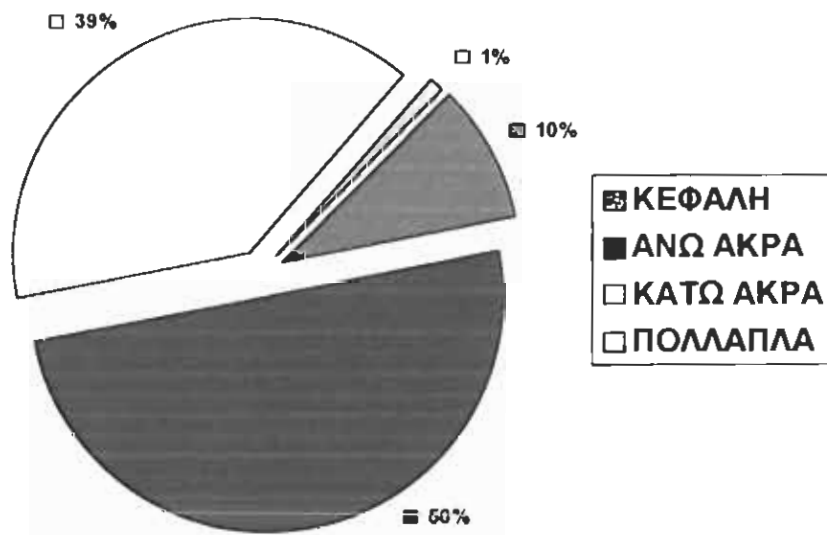


**ΣΧΗΜΑ 16.** Γραφική παράσταση των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τον τύπο ατυχήματος

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τη θέση του τραύματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΚΕΦΑΛΗ	12	10
ΑΝΩ ΑΚΡΑ	65	50
ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ	51	39
ΠΟΛΛΑΠΛΟ	2	1

Σε ποσοστό 50 % τα παιδιά τραυματίζονται στα άνω άκρα ενώ 39 % στα κάτω άκρα.

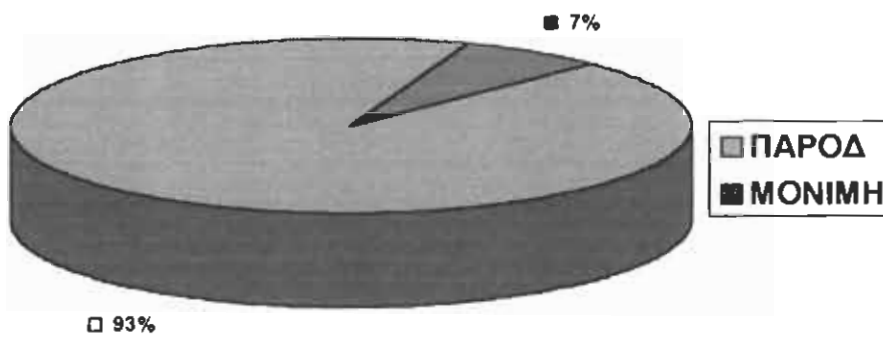


**ΣΧΗΜΑ 17:** Γραφική παράσταση της κατανομής των παιδιών του δείγματος ερωτηθέντων σε σχέση με τη θέση του τραύματος.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19.** Κατανομή των παιδιών του δείγματος σε σχέση με τις συνέπειες του ατυχήματος.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ( %)
ΠΑΡΟΔΙΚΗ ΑΝΑΠ	129	93
ΜΟΝΙΜΗ ΑΝΑΠΗΡ	9	7

Για τους περισσότερους ερωτηθέντες στην παρούσα έρευνα η αναπηρία ήταν παροδική (93%).



**ΣΧΗΜΑ 18.** Γραφική παράσταση των παιδιών ερωτηθέντων σε σχέση με τις συνέπειες.

### ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20.** Συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την ηλικία και τον τύπο του ατυχήματος (Ερωτήσεις 1 και 17 ).

Αριθμός	6 ΕΩΣ 7	8 ΕΩΣ 10	11 ΕΩΣ 12	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΤΩΣΗ	38	13	51	<b>103</b>
ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ	6	4	10	<b>20</b>
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	44	17	61	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	88.0	0.002

Σύμφωνα με την ανάλυση δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στα ατυχήματα σε σχέση με την ηλικία των παιδιών αφού υπάρχει υψηλή συσχέτιση απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 21.** Συσχέτιση των απαντήσεων 138 ερωτηθέντων σε σχέση με το φύλο και τον τύπο του ατυχήματος (Ερωτήσεις 3 και 17).

Αριθμός	ΑΓΟΡΙ	ΚΟΡΙΤΣΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΠΤΩΣΗ	38	13	51
ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ	6	4	10
ΑΙΧΜΗΡΑ	15	8	23
ΕΙΚΑΥΜΑ	0	2	2
ΡΕΥΜΑ	0	1	1
ΔΗΛΗΓ ΦΑΡΜ	1	1	2
ΔΗΛΗΓ ΤΡΟΦΗ	0	2	2
ΔΕΙΓΜΑΤΑ	4	2	6
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>64</b>	<b>33</b>	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	83.0	0.0005

Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ του φύλου και του τύπου των ατυχημάτων με επίσης υψηλή συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων της κάθε υποομάδας.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 22.** Συσχέτιση των απαντήσεων 138 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασία της μητέρας και τον τύπο του ατυχήματος (Ερωτήσεις 8 και 17).

Αριθμός	ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΙΠΤΩΣΗ	28	23	51
ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ	6	4	10
ΛΙΧΜΗΡΑ	17	6	23
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>51</b>	<b>33</b>	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	82.0	0.0002

Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην εργασία ή μη της μητέρας και τον τύπο του ατυχήματος αφού διαπιστώθηκε υψηλή συσχέτιση των απαντήσεων των υποομάδων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23.** Συσχέτιση των απαντήσεων 138 ερωτηθέντων σε σχέση με την εργασία της μητέρας και τον τόπο του ατυχήματος (Ερωτήσεις 8 και 16 ).

Αριθμός	ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ	ΟΧΙ	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΙΤΙ	24	20	44
ΣΧΟΛΕΙΟ	10	13	23
ΟΔΟΣ	15	13	28
ΣΥΝΟΛΟ	49	46	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	77.0	0.0005

Δεν διαπιστώθηκε διαφοροποίηση μεταξύ των στην εργασία ή μη της μητέρας και τον τόπο του ατυχήματος αφού από την ανάλυση βρέθηκε υψηλή συσχέτιση απαντήσεων σε κάθε ομάδα.



**ΠΙΝΑΚΑΣ 24.** Συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την περιοχή διαμονής και τον τόπο του ατυχήματος (Ερώτηση 4 και 16).

Αριθμός	B	N	K	A	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΗΤΙ	9	9	17	9	<b>44</b>
ΟΔΟΣ	8	7	7	17	<b>23</b>
ΣΧΟΛΕΙΟ	7	5	10	3	<b>28</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>24</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	89.0	0.0005

Σύμφωνα με την ανάλυση δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στον τύπο των ατυχημάτων σε σχέση με τον τόπο διαμονής των παιδιών αφού υπάρχει υψηλή συσχέτιση απαντήσεων.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25.** Συσχέτιση των απαντήσεων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση και τον τόπο του ατυχήματος (Ερωτήσεις 7 και 16 ).

Αριθμός	Έγγαμοι	Ένας Γονέας	Διαζευγμένοι	ΣΥΝΟΛΟ
ΣΠΠΤ	38	5	1	44
ΟΔΟΣ	20	2	1	23
ΣΧΟΛΕΙΟ	27	1	0	28
ΣΥΝΟΛΟ	85	8	2	

$\chi^2$	ΤΙΜΗ	P
Συντελεστής συσχέτισης	80.0	0.003

Σύμφωνα με την ανάλυση δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στον τόπο των ατυχημάτων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των παιδιών αφού υπάρχει υψηλή συσχέτιση απαντήσεων.

## Συζήτηση

Τα ατυχήματα αποτελούν το πρωταρχικό πρόβλημα δημόσιας υγείας της παιδικής ηλικίας, γεγονός που επιβάλλει την συνεχή έρευνα για την ακριβή αποτύπωση της έκτασης του προβλήματος. Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη είναι αναδρομική, πιστεύουμε ότι αποτυπώνει αξιόπιστα το μέγεθος του προβλήματος στην πόλη της Πάτρας.

Στον αναδρομικό χαρακτήρα της μελέτης, θα μπορούσε να αποδοθεί ελλιπής καταγραφή των περιστατικών λόγω πιθανής απουσίας φακέλων από τα αρχεία των Νοσοκομείων που ερευνήθηκαν.

Από την άμεση επικοινωνία με τους γονείς, διαπιστώσαμε ότι το ατύχημα των παιδιών τους αποτέλεσε σημαντικό γεγονός που δεν ξεχνιέται εύκολα. Άλλωστε με το ερωτηματολόγιο, δεν ζητήθηκαν λεπτομερείς πληροφορίες για τις συνθήκες του ατυχήματος. Αξιοσημείωτη δε υπήρξε η προθυμία των γονέων να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, και να συζητήσουν μαζί μας.

Τα άτομα επιλογής για την διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης ανήκουν στην ηλικία των 6-12 ετών. Από την στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι τα περισσότερα παιδιά που νοσηλεύτηκαν λόγω ατυχήματος ήταν ηλικίας 6-7 ετών (29), ενώ το 65% του δείγματος ήταν αγόρια και το 35% κορίτσια.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών διαμένει στο κέντρο της πόλης (40%), αποκλίνοντας αισθητά από τα παιδιά που κατοικούν στα Βόρεια (17%), Νότια (22%) και Ανατολικά Προάστια (16%) αντίστοιχα.

Αναλύοντας το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού δείγματος προέρχεται από οικογένεια όπου και οι δύο γονείς είναι απόφοιτοι λυκείου (36% - 40%).

Όταν αφορά την οικογενειακή κατάσταση, τα περισσότερα παιδιά ανήκουν σε οικογένεια με τους δύο γονείς μαζί (82%) δεν είναι όμως αμελητέο το ποσοστό των παιδιών με διαζευγμένους γονείς (13%).

Λξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός ότι το ποσοστό των εργαζόμενων μητέρων ανέρχεται σε 66%, ενώ μόνο το 34% δεν απασχολείται σε κάποια εργασία.

Όσον αφορά την συμπεριφορά τα περισσότερα παιδιά χαρακτηρίστηκαν ως "άτακτα" (60%), ενώ το 40% ως "ήρεμα". Σε ποσοστό 65% το δείγμα προέρχονταν από οικογένεια με 2 παιδιά.

Χαρακτηριστικό επίσης είναι το γεγονός ότι οι επιδόσεις των παιδιών στο σχολείο είναι αρκετά καλές. Συγκεκριμένα άριστες σχολικές επιδόσεις είχε το 35%, ενώ μικρό ήταν το ποσοστό των παιδιών με κακές επιδόσεις στο σχολείο (4%).

Λξιολογώντας το ατομικό ιστορικό των παιδιών που μελετήθηκαν, για τυχόν ατύχημα στο παρελθόν, που χρειάστηκε νοσοκομειακή περίθαλψη, συμπεραίνουμε ότι το 40% υπέστη ατύχημα και νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο, ενώ ενθαρρυντικό είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν τυχάνει ιστορικού ατυχήματος (60%).

Όσον αφορά την χρονική περίοδο των ατυχημάτων, παρατηρείται αύξηση κατά τους καλοκαιρινούς μήνες (38%), ενώ ύφεση παρουσιάζεται τους χειμερινούς μήνες σε ποσοστό 18%.

Τα περισσότερα ατυχήματα συνέβησαν τις απογευματινές ώρες της ημέρας (45%), αντίθετα λιγότερα ατυχήματα σημειώθηκαν τις βραδινές (16%). Επίσης, χαρακτηριστικό είναι ότι τα παιδιά συνοδεύονταν κατά την χρονική στιγμή του ατυχήματος, και μάλιστα από άτομα που ανήκουν σε μη οικογενειακό ή συγγενικό περιβάλλον (40%). Δεν πρέπει όμως να παραβλέψουμε ότι ένα αξιολογικό ποσοστό παιδιών (16%) ήταν μόνοι τους όταν συνέβη το ατύχημα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα περισσότερα ατυχήματα σημειώνονταν κυρίως στο χώρο του σπιτιού (32%). Δεύτερα σε συχνότητα έρχονται τα ατυχήματα που σημειώνονται στο δρόμο με ποσοστό 20%, ενώ σε

μικρότερη συχνότητα παρατηρούνται στο σχολείο (17%), την παιδική χαρά (12%) και άλλους χώρους (19%). Δεν διαπιστώθηκε διαφοροποίηση μεταξύ της εργασίας ή μη της μητέρας και τον τόπο του ατυχήματος, αφού από την ανάλυση βρέθηκε υψηλή συσχέτιση απαντήσεων σε κάθε ομάδα ( $p < 0.0005$ ). Επίσης δεν υπήρξε διαφοροποίηση στον τόπο των ατυχημάτων σε σχέση με τον τόπο διαμονής των παιδιών ( $p < 0.0005$ ). Επιπλέον δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στον τόπο των ατυχημάτων σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των παιδιών ( $p < 0.003$ ).

Αναφορικά με το είδος του ατυχήματος παρατηρούμε ότι οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση στα ατυχήματα, σε ποσοστό (51%). Ακολουθούν τα ατυχήματα που οφείλονται σε αιχμηρά αντικείμενα και μεταφορικό μέσο με ποσοστό 23% και 10% αντίστοιχα. Από την στατιστική ανάλυση δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των ατυχημάτων σε σχέση με την ηλικία των παιδιών, αφού υπήρχε υψηλή συσχέτιση απαντήσεων ( $p < 0.002$ ). Επιπλέον δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ φύλου και του τύπου των ατυχημάτων με επίσης υψηλή συσχέτιση μεταξύ των απαντήσεων της κάθε υποομάδας ( $p < 0.0005$ ).

Συσχετίζοντας την εργασία ή μη της μητέρας και τον τόπο του ατυχήματος, δεν υπήρχε διαφοροποίηση αφού διαπιστώθηκε υψηλή συσχέτιση των απαντήσεων των υποομάδων ( $p < 0.0002$ ).

Σε σχέση με την θέση του τραύματος, το 50% των παιδιών τραυματίστηκε στα άνω άκρα, το 39% στα κάτω, ενώ μόνο 1% υπέστη πολλαπλό τραύμα.

Το 93% των παιδιών που τραυματίστηκαν, απέκτησαν παροδική αναπηρία, ενώ το υπόλοιπο 7% μόνιμη.

Τελειώνοντας πρέπει να τονίσουμε ότι η ερευνητική αυτή προσπάθεια μας δίδαξε τον τρόπο διεξαγωγής μιας επιδημιολογικής μελέτης με συλλογική προσπάθεια, δίνοντάς μας το ερέθισμα για την διεκπεραίωση παρόμοιων εργασιών κατά την διάρκεια της επαγγελματικής μας καριέρας.

## Προτάσεις

Αποδεχόμενοι το πρόβλημα των παιδικών ατυχημάτων και όπως αποδείχτηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης, θα θέλαμε να αναφέρουμε ορισμένες προτάσεις, που πιστεύουμε ότι θα συμβάλλουν στην ενίσχυση των προσπαθειών για την πρόληψη και αντιμετώπιση του τεράστιου αυτού προβλήματος.

1. Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος στο σπίτι, στο σχολείο, την παιδική χαρά την γειτονιά.
2. Τήρηση των προδιαγραφών ασφαλείας των αθλητικών εγκαταστάσεων και του αθλητικού εξοπλισμού.
3. Ασφαλής φύλαξη πυροβόλων όπλων και επικίνδυνων εργαλείων, φαρμάκων και τοξικών ουσιών.
4. Διδασκαλία του παιδιού για τους κινδύνους που διατρέχει από τις δικές του δραστηριότητες.
5. Διδασκαλία του παιδιού για τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας για πεζούς και οδηγούς.
6. Σωστή ενημέρωση των γονέων για την συστηματική χρήση ζώνης ασφαλείας των παιδιών στο αυτοκίνητο και κράνος στη μοτοσικλέτα.
7. Εκπαίδευση των γονέων για την παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση ατυχήματος.
8. Συμβολή των Μ.Μ.Ε. στην δημιουργία νέων προτύπων συμπεριφοράς στα παιδιά.
9. Κάθε στρατηγική πρόληψης είναι απαραίτητο να συνδυάζεται με παράλληλη ενημέρωση της κοινής γνώμης.
10. Κρατική μέριμνα για την εφαρμογή προτύπων προγραμμάτων προληπτικής παρέμβασης.

## Περίληψη

Τα παιδικά ατυχήματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας στην χώρα μας. Η τραγική αυτή διαπίστωση έδωσε την ώθηση για την διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

Η εργασία αυτή ασχολείται με τη συχνότητα των ατυχημάτων στην Πάτρα το 1997 σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών. Παρουσιάζονται γενικά στοιχεία των παιδικών ατυχημάτων και επιδημιολογικά στοιχεία. Επίσης δίνονται στοιχεία για τους τύπους των ατυχημάτων και τρόπο αντιμετώπισής τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας σε n =138, το 65% των παιδιών ήταν αγόρια και το 35% κορίτσια. Τα περισσότερα παιδιά ήταν ηλικίας 6-7 ετών σε ποσοστό 29% και κατοικούν κυρίως στο κέντρο της Πάτρας.

Τα συνηθέστερα ατυχήματα, όπως καταγράφηκαν στη μελέτη, ήταν οι πτώσεις (51%), ακολουθούν τα ατυχήματα με αιχμηρό αντικείμενο (23%) και τα ατυχήματα με μεταφορικό μέσο. Τελειώνοντας την έρευνα παραθέτονται προτάσεις για την ενίσχυση των προσπάθειών για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων.

## Summary

The accidents in childhood are one of the most important problems in the public care in Greece. This ascertainment gave us the motive to perform this study.

The research is occupied with the occurrence of the accidents in Patras, in 1997 in the childhood of 6-12. General rudiments for the juvenile accidents are presented. The research includes rudiments of mortality and morbidity. Except that, there are given elements for the types of accidents and the confront methods.

According to the results of research in n=138, the 65% per cent of children were boys and the 35% per cent were girls. A large percentage of children (29%) had age 6-7 and they mainly lived in the center of the city. The most usual accidents, as they are recorded in the study, were the collapses (51%) then there are the accidents with sharp objects (23%) and the accidents with sharp objects (23%) and the accidents with mean of transport.

At the end of the study are quoted propositions to support the attempts for the prevention of children accidents.



## Βιβλιογραφία

1. Βοσνιάδου Στ. "Σχολική ηλικία". Λήμμα στην Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια - Λεξικό, Τόμος 8<sup>ος</sup>.
2. Παπαδόπουλος Ν. "Ψυχολογία". Έκδοση Γ', Εκδόσεις Πανεπιστήμιο Κρήτης, Αθήνα 1993.
3. Πετρίδου Ε. "Ελλάδα 1993: Ατυχήματα σε παιδιά και Νέους". Εκδόσεις Κέντρου Έρευνας και πρόληψης παιδικών ατυχημάτων, Αθήνα 1993.
4. Δημόπουλος Ν. "Κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος της παιδικής ηλικίας". Πρακτικά 4<sup>ου</sup> Διεθνούς Συνεδρίου Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., Αθήνα 1994, σελ 95-96.
5. Γερμένης Γ. "Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας". Έκδοση Γ', Εκδόσεις Βήτα Medical arts, Αθήνα 1994.
6. Φίδανη Αικ. "Πρώτες Βοήθειες". Σημειώσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας 1996.
7. Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση Δ', Εκδόσεις Βήτα Medical arts, Αθήνα 1994.
8. Μαντά Φ. "Νοσηλευτική Παρέμβαση σε παιδικά ατυχήματα". Πτυχιακή εργασία, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πατρών, Πάτα 1997, σελ 48.51-54.
9. Πάνου Μ. "Παιδιατρική Νοσηλευτική", Έκδοση Β', Εκδόσεις Βήτα Medical arts, Αθήνα 1994.
10. Σαχίνη - Καρδάση Α. - Πάνου Μ. "Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική". Τόμος 2<sup>ος</sup>, Μέρος Β', Έκδοση Δ', Εκδόσεις Βήτα Medical arts, Αθήνα 1994.

11. Βλάχος Π. "Απολογισμός λειτουργίας 1995". Ενημερωτικό φυλλάδιο, Κέντρο Δηλητηριάσεων Νοσοκομείων Παίδων Αθηνών "Παναγιώτου και Αγλαΐας Κυριακού", Αθήνα 1996.
12. Ανθρακόπουλος Μ. - Τρίγκα Μ. "Επιδημιολογική προσέγγιση νοσηλευθέντων με δηλητηρίαση παιδιών κατά τα έτη 1982-1990". Παιδιατρική τεύχος 54, 1991, σελ. 345-351.
13. Ματσανιώτη Ν., "Παιδιατρική". Τόμος 1<sup>ος</sup>, Έκδοση 1<sup>η</sup>, Εκδόσεις Ακμή, Αθήνα 1973, σελ 705-706.
14. Αντωνακόπουλος Κ. "Επιλεγμένα Μαθήματα Ορθοπεδικής". Διδακτικές σημειώσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας 1993-94, σελ. 2-3.
15. Keir I., - Wise B. Krebs C. (Μετάφραση Γαλαντοπούλου Μ.) "Βοήθεια και Φροντίδα". Πρώτες Βοήθειες, Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Έλλην Αθήνα 1996, σελ. 14-16.
16. Βαλσαμίδης Στ. "Ατυχήματα στα παιδιά". Πρακτικά 4<sup>ου</sup> Διεθνούς Συνεδρίου Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., Αθήνα 1994, σελ. 93.
17. Αδάμ Γ. "Γροχιάι Ατυχήματα - το παιδί επιβάτης", 290 Δελτ. Α΄, Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, τεύχος 2<sup>ο</sup>, σελ 82-85.
18. Παλλίδης Σ. "Το φυσιολογικό παιδί η φροντίδα και τα προβλήματά του". Έκδοση 2<sup>η</sup>, Εκδόσεις Λιβάνη - Ζουμπούλης, Θεσσαλονίκη 1991.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Στατιστική μελέτη σε παιδιά ηλικίας 6 - 12 ετών που κατοικούν μόνιμα στην πόλη της Πάτρας.

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία:
2. Τάξη:
3. Φύλο:    α) Αγόρι             β) Κορίτσι
4. Τόπος Κατοικίας:.....
5. Εκπαίδευση Πατέρα:
  - α) Αγράμματος
  - β) Δημοτικό
  - γ) Γυμνάσιο
  - δ) Λύκειο
  - ε) Ανωτέρα Σχολή
6. Εκπαίδευση Μητέρας:
  - α) Αγράμματος
  - β) Δημοτικό
  - γ) Γυμνάσιο
  - δ) Λύκειο
  - ε) Ανωτέρα Σχολή
7. Οικογενειακή κατάσταση:
  - α) Έγγαμοι
  - β) Διαζευγμένοι
  - γ) Εν ζωή μόνο ο ένας γονέας

8.Εργαζόμενη μητέρα: α) Ναι  β) Όχι

9.Αριθμός τέκνων:

10. Προσωπικότητα του παιδιού που υπέστη το ατύχημα:

α) Άτακτο

β) Ήρεμο

11. Επιδόσεις στο σχολείο:

α) Καλές

β) Κακές

γ) Μέτριες

δ) Άριστες

12. Ιστορικό ατυχήματος στο παρελθόν που χρειάστηκε ιατρική αντιμετώπιση:

α) Ναι

Ημερομηνία : . . . . . Τύπος ατυχήματος: . . . . .

β) Όχι

13. Ημερομηνία που συνέβη το παρόν ατύχημα: . . . . .

14. Χρονική στιγμή του ατυχήματος:

α) Πρωί

β) Μεσημέρι

γ) Απόγευμα

δ) Βράδυ

15. Παρόντες κατά την χρονική στιγμή του ατυχήματος:

α) Κανένας

β) Γονείς

γ) Συγγενείς

δ) Baby sitter

ε) Άλλοι

16. Τόπος ατυχήματος:

- α) Σπίτι
- β) Σχολείο
- γ) Παιδική χαρά
- δ) Οδός
- ε) Άλλος χώρος

17. Τύπος ατυχήματος:

Ατύχημα προκαλούμενο από:

- α) πτώση
- β) μεταφορικό μέσο
- γ) κοφτερά και διεισδυτικά αντικείμενα
- δ) εκρηκτικό υλικό
- ε) καυτή ύλη ή αντικείμενο
- στ) ηλεκτρικό ρεύμα
- ζ) πυρκαγιά
- η) δηλητηρίαση από φάρμακα
- θ) δηλητηρίαση από τροφή
- ι) δείγμα ζώων - εντόμων

18. Θέση τραύματος:

- α) Κεφαλή
- β) Άνω άκρα
- γ) Κάτω άκρα
- δ) Πολλαπλό τραύμα

19. Συνέπεια του ατυχήματος:

- α) Παροδική αναπηρία
- β) Μόνιμη αναπηρία