

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ  
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ

ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΕΤΡΟΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ

Κα ΣΑΛΑΤΑ ΑΠΟΣΤΟΛΙΑ

ΠΑΤΡΑ , 2004



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>1</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>3</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....</b>	<b>4</b>
1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ .....	5
1.2. ΠΙΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	6
1.3. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ. ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>12</b>
2.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ.....	13
2.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ .....	20
2.2.1. Πρόληψη κακώσεων του παιδιού ως συνεπιβάτης σε τροχαίο .....	20
2.2.2. Το παιδί ως αναβάτης ποδηλάτου – Πρόληψη.....	21
2.2.3. Το παιδί πεζός – Πρόληψη.....	24
2.2.4. Συγκεκριμένες προτάσεις για την βελτίωση της οδικής ασφάλειας των παιδιών στην Ελλάδα.....	25
2.2.5. Εκσυγχρονισμός κανόνων οδικής κυκλοφορίας σχετικούς με την ασφάλεια των παιδιών .....	27
2.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ .....	29
2.3.1. Υποξία.....	30
2.3.2. Αιμορραγία .....	30
2.3.3. Κάκωση σπονδυλικής στήλης .....	31
2.3.4. Θωρακικές κακώσεις.....	32
2.3.4.α. Τραύμα στο στήθος.....	32
2.3.4.β. Κάταγμα πλευρών .....	32
2.3.5. Κακώσεις της κοιλιακής χώρας – Εσωτερική αιμορραγία .....	33
2.3.6. Κακώσεις των άκρων .....	34
2.3.6.α. Ακρωτηριασμός .....	34
2.3.6.β. Κάταγμα ποδιού.....	35
2.3.6.γ. Κάταγμα βραχίονα – αγκώνα – χεριού.....	35
2.3.7. Κάταγμα κρανίου – Διάσειση.....	36
2.3.8. Κάταγμα μύτης – ζυγωματικού –σιαγόνα .....	37
2.3.9. Κάταγμα λεκάνης .....	37
2.3.10. Κάταγμα κλείδας – ώμου.....	38
2.3.11. Τραυματισμός στην πλάτη και το λαιμό .....	38
2.3.12. Στραμπουλιγμένος αστράγαλος, μώλωπες, πρηξίματα .....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....</b>	<b>40</b>
3.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....	41
3.2. ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ .....	49
3.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ .....	53
3.4. ΤΟ ΣΟΥΗΔΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ .....	59
3.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ .....	60
3.5.1. Πινιγμονή .....	60
3.5.1.α. Συστάσεις για το χειρισμό του παιδιού με ασφυξία .....	61
3.5.1.β. Προφυλάξεις.....	63
3.5.2. Ξένα σώματα .....	63
3.5.2.α. Ακίδα.....	63
3.5.2.β. Μάτι.....	63
3.5.2.γ. Αυτί.....	64
3.5.2.δ. Μύτη .....	64

3.5.3. Κοψίματα – Αμυχές.....	65
3.5.4. Χωμένο βαθιά αντικείμενο.....	65
3.5.5. Τραυματισμός στο μάτι.....	65
3.5.6. Ρινορραγία.....	66
3.5.7. Τραυματισμός στο αυτί.....	66
3.5.8. Τραυματισμός στο στόμα.....	66
3.5.9. Τραυματισμός από σύνθλιψη.....	67
3.6. ΤΟ ΒΑΛΙΤΣΑΚΙ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....	67
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ. ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ.....</b>	<b>69</b>
4.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ.....	70
4.2. ΑΙΤΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ.....	73
4.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ.....	75
4.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ.....	79
4.4.1. Τρόποι άμεσης συμπεριφοράς για να μειωθεί η βαρύτητα του εγκαύματος.....	79
4.4.2. Εγκαύματα στο στόμα και το λαιμό.....	80
4.4.3. Φλεγόμενος ρουχισμός.....	80
4.4.4. Τραυματισμός από ηλεκτρικό ρεύμα.....	81
4.4.5. Χημικό, δερματικό έγκαυμα.....	82
4.4.6. Χημικό έγκαυμα στο μάτι.....	82
4.4.7. Ηλιακό έγκαυμα.....	83
4.5. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ.....	84
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ. ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>85</b>
5.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ.....	88
5.2.1. Γενική κλινική εικόνα σε δηλητηρίαση.....	88
5.2.2. Ειδικές κλινικές εικόνες δηλητηρίασης.....	89
5.3. ΑΙΤΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ.....	92
5.4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ.....	92
5.4.1. Οδηγίες για την πρόληψη δηλητηριάσεων.....	93
5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ.....	96
5.5.1. Αναγνώριση του δηλητηρίου.....	96
5.5.2. Απομάκρυνση του δηλητηρίου.....	97
5.5.3. Εξουδετέρωση του δηλητηρίου.....	98
5.5.4. Επιτάχυνση αποβολής του δηλητηρίου.....	99
5.5.5. Συμπτωματική θεραπεία.....	99
5.5.6. Αντιμετώπιση δηλητηρίασης από δόγματα εντόμων και δηλητηριωδών φυτών.....	99
5.5.7. Επείγουσα αντιμετώπιση δηλητηρίασης στο σπίτι –Γενικές οδηγίες.....	100
5.5.8. Κατάποση χημικών ουσιών.....	101
5.5.9. Φαρμακευτική δηλητηρίαση.....	102
5.5.10. Δηλητηρίαση από οινόπνευματώδη.....	102
5.5.11. Φυτική δηλητηρίαση.....	103
5.5.12. Δόγμα ζώου.....	103
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ. ΠΝΙΓΜΟΣ.....</b>	<b>104</b>
6.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΠΝΙΓΜΩΝ.....	105
6.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΝΙΓΜΩΝ.....	108
6.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΝΙΓΜΟΥ.....	110
6.3.1. Βασικές αρχές αναζωογόνησης.....	111
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ – ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ – ΣΠΟΡ .</b>	<b>114</b>
7.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ, ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΠΟΡ.....	115
7.1.1. Ατυχήματα στο χώρο του σχολείου.....	115
7.1.2. Ατυχήματα στους χώρους παιχνιδιού – παιδικές χαρές.....	117

7.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ, ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΠΟΡ.....	123
7.2.1. Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων με την έναρξη του σχολικού έτους.....	123
7.2.2. Πρόληψη κακώσεων στην παιδική χαρά και στα σπορ.....	126
7.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ, ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΧΑΡΩΝ – ΣΠΟΡ.....	130
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ .....</b>	<b>132</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>134</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Θύματα κάποιου ατυχήματος πέφτουν κάθε χρόνο 20 εκατομμύρια παιδιά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Απ' αυτά 10.000 χάνουν τη ζωή τους, ενώ 30.000 μένουν ανάπηρα για όλη τους τη ζωή. Στη χώρα μας 20.000 παιδιά νοσηλεύονται κάθε χρόνο, λόγω κάποιου ατυχήματος (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Ο παιδικός πληθυσμός της Ευρώπης μειώθηκε από το 1970 μέχρι σήμερα κατά 16%, γεγονός που αποδίδεται όχι μόνο στη μείωση της γεννητικότητας, αλλά και στην κατακόρυφη αύξηση των συχνά θανατηφόρων παιδικών ατυχημάτων. Οι κίνδυνοι για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα των παιδιών, προκαλούνται καθημερινά από παγίδες –κρυφές και ορατές– που δημιουργούν τα φαινομενικά “αθώα” παιδικά παιχνίδια ή τα αντικείμενα του σπιτιού με τα οποία έρχεται σ' επαφή ένα παιδί.

Μπροστά σ' αυτή την τρομακτική πραγματικότητα, είναι ευνόητο ότι δεν πρέπει κανείς να εφησυχάζει. Η πρόληψη είναι και εδώ, όπως και σε πολλές άλλες περιπτώσεις-δραστηριότητες της καθημερινότητας, η λέξη κλειδί. Πολλές φορές ο κόσμος δεν γνωρίζει τι πρέπει να κάνει στις περιπτώσεις τραυματισμού ενός παιδιού και είναι χρέος μας να τον καθοδηγήσουμε. Οι γονείς, οι παππούδες και οι γιαγιάδες, δεν μαθαίνουν πολλά σχετικά με τις συνθήκες ασφαλείας, και πολλές φορές δεν έχουν καν συνειδητοποιήσει τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν τα παιδιά τους. Τις περισσότερες φορές θεωρούν αυτονόητη την ασφάλεια του σπιτιού που ζει το παιδί ή των παιχνιδιών που αγοράζουν, μέχρι τη στιγμή που έρχεται η τραγωδία. Είναι λοιπόν υποχρέωση όλων –περισσότερο δε των γιατρών, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών– να λάβουν μέρος στην ενημέρωσή τους και να τους βοηθήσουν όσο γίνεται περισσότερο, στο να αποφευχθούν οι τραγωδίες τέτοιου είδους.

Εκτός βέβαια απ' το τι θα πρέπει να αποφεύγουν ή οα προτιμούν στα πλαίσια της πρόληψης, θα πρέπει να ενημερώνονται και για τρόπους αντιμετώπισης επείγουσών καταστάσεων και παιδικών τραυματισμών, μιας και ανά πάσα στιγμή μπορεί να χρειαστεί να επέμβουν, εφόσον υπάρχει μικρό

παιδί στο σπίτι. Εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πνιγμοί, ακρωτηριασμοί, κατάγματα, ακόμα και τροχαία, απειλούν το παιδί καθημερινά.

Έτσι μπορεί να αντιληφθούν ότι τελικά κοστίζει λιγότερο να λάβουν μέτρα και γνώσεις, που ενδεχομένως θα στοιχίσουν κάτι παραπάνω, απ' το να θρηνούν ανθρώπινες ζωές και ανεπανόρθωτους τραυματισμούς. Και αναμφισβήτητα υπάρχουν αμέτρητες περιπτώσεις παιδιών που έχουν υποστεί τρομακτική ζημιά από "ατυχήματα" τα οποία προήλθαν από αντικείμενα του σπιτιού, όπως παιχνίδια, καυστικά, χημικά υλικά καθαρισμού, εύφλεκτα ρούχα και μαλακά κλινοσκεπάσματα, λιμνούλες σε αυλές, και μηχανήματα ή συσκευές του σπιτιού.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή πραγματεύεται το πρόβλημα των παιδικών ατυχημάτων, της πρόληψης και της αντιμετώπισής τους. Κύριος στόχος της είναι η επισήμανση των κυριότερων και πιο συνηθισμένων μορφών παιδικών ατυχημάτων, καθώς και η ενημέρωση των γονέων και κάθε ενδιαφερόμενου, σε οτιδήποτε έχει σχέση με αυτά. Ειδικότερα, αναφέρεται στα τροχαία ατυχήματα, τα εγκαύματα, τις δηλητηριάσεις, τους πνιγμούς και τα ατυχήματα στο χώρο του σπιτιού και έξω από αυτό.

Αρχικά, παρατίθενται στατιστικά στοιχεία σε μια προσπάθεια να δοθεί μια ολοκληρωμένη και στατιστικά επιβεβαιωμένη εικόνα του προβλήματος, ώστε να γίνει αντιληπτό το συνολικό μέγεθός του, που είναι κατά τη γνώμη μας, πραγματικά, τεράστιο.

Παράλληλα, επισημαίνονται τα αίτια που ευθύνονται για την εμφάνιση τέτοιων τραυματισμών, σαν παράγοντες που μπορούν να προβλεφθούν και να ελεγχθούν απόλυτα, και οι συνέπειες, ώστε ο αναγνώστης να συνειδητοποιήσει τις τραγικές διαστάσεις του προβλήματος των παιδικών τραυματισμών πάνω στη ζωή και κυρίως στο «ευ ζην» των παιδιών.

Επιπλέον, τονίζεται η σημασία της πρόληψης σαν καθοριστικό κριτήριο για την αποφυγή μοιραίων αποτελεσμάτων, που οφείλονται σε τρόπους ζωής-συμπεριφοράς παιδιών-οικογένειας και τη σημασία που πρέπει να επιδείξουν οι γονείς σ' αυτήν για μεγαλύτερη ασφάλεια. Η εκπαίδευση των γονέων στον τομέα αυτό, πρέπει να θεωρείται καθοριστικής σημασίας στοιχείο για την ύφεση του φαινομένου των παιδικών ατυχημάτων-κακώσεων.

Παρόλα αυτά, αν χρειαστεί να αντιμετωπιστούν παρόμοιες καταστάσεις, παρατίθεται οδηγός με τις πιο συνηθισμένες μορφές παιδικών κακώσεων-ατυχημάτων και την ανάλογη-προσθήκουσα αντιμετώπισή τους, με κύριο στόχο τη θετική-ασφαλή έκβασή τους για την υγεία και την προστασία της ζωής του παιδιού.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**  
**ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**



## 1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Το μοναδικό ίσως σπουδαιότερο εμπόδιο στην πρόοδο του ελέγχου των κακώσεων, είναι η αντίληψη ότι οι κακώσεις είναι τυχαίες, ευκαιριακά συμβάντα που δεν μπορούν να προβλεφθούν ή να αποτραπούν. Η χρησιμοποίηση του όρου «ατύχημα» υπαινίσσεται αυτή τη μη δυνατότητα πρόβλεψης. Όμως, η πραγματικότητα είναι ότι οι κακώσεις δεν συμβαίνουν περισσότερο συχνά κατά τύχη απ' ό,τι οι νόσοι.

Οι κακώσεις συμβαίνουν όταν τα στοιχεία ξενιστής, παράγοντας και περιβάλλον βρεθούν μαζί κατά έναν κριτικό τρόπο, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Για ένα συγκεκριμένο τύπο κακώσεων, αυτά τα στοιχεία είναι αρκετά ικανά να προβλεφθούν. Για άλλες κακώσεις τα στοιχεία του μοντέλου μπορεί να είναι γνωστά, αλλά οι ακριβείς μηχανισμοί και ο χρόνος αλληλεπίδρασης μπορεί να είναι αρκετά απρόβλεπτα, όπως είναι στις περιπτώσεις κακώσεων με ποδήλατα ή με τον εξοπλισμό της παιδικής χαράς.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της κάκωσης κλιμακώνονται από τα μικρά κοψίματα και τις εκχυμώσεις, μέχρι τα βαριά πολλαπλά τραύματα και το θάνατο. Για περιγραφικούς σκοπούς, το επίπεδο βαρύτητας των κακώσεων μπορεί να προσεγγιστεί ομαδοποιώντας τις κακώσεις σε 4 επίπεδα θεραπευτικής αντιμετώπισης: 1) **εκείνες που αντιμετωπίζονται στο σπίτι μόνες τους**, 2) **αυτές που αντιμετωπίζονται στις μονάδες επείγουσας ανάγκης και κατόπιν εξέρχονται απ' το νοσοκομείο**, 3) **αυτές που νοσηλεύονται**, 4) και τέλος **αυτές που προκαλούν θάνατο**.

Έχει υπολογιστεί ότι για κάθε θανατηφόρα κάκωση αντιστοιχούν 45 κακώσεις αρκετά σοβαρές, ώστε να καταλήξουν σε εισαγωγή στο νοσοκομείο και 1.300 κακώσεις που απαιτούν πρώτες βοήθειες στις μονάδες επείγουσας ανάγκης. Ο συνολικός αριθμός των ελαφρότερων κακώσεων, που δεν αντιμετωπίζονται στο νοσοκομείο, είναι διπλάσιος από αυτές τις πιο σοβαρές κακώσεις.

**Πίνακας 1. Κατανομή περιστατικών σύμφωνα με το επίπεδο της ιατρικής φροντίδας για όλες τις κατώσεις της παιδικής ηλικίας.**

ΕΠΙΠΕΔΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑ 10.000	ΛΟΓΟΣ ΘΑΝΑΤΗ- ΦΟΡΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ
• Μονάδα επείγουσας ανάγκης – αντιμετώπιση – έξοδος	18.800	96,5	2.160	1.270,6
• Εισαγωγή στο νοσοκομείο	668	3,4	7	44,5
• Θάνατος	15	0,1	1,7	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>19.483</b>	<b>100</b>	<b>2.239</b>	<b>1270:45:1</b>

ΠΗΓΗ: Surveillance System U.S.A. 1995-96

## 1.2. ΠΙΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σχεδόν 22.000 θάνατοι από κατώσεις συμβαίνουν σε παιδιά και νέους από 0 έως 19 ετών κάθε χρόνο στις Η.Π.Α. Ένας αδρός ρυθμός θανάτων είναι 30,3 ανά 100.000.

Σήμερα, είναι γνωστό ότι οι κατώσεις είναι η κυρίαρχη αιτία θανάτου στην περιφέρεια (επαρχία) μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Ακόμα πιο σημαντικό είναι ότι οι κατώσεις συμβαίνουν πρόωρα, σε νέα άτομα και προκαλούν μεγαλύτερη απώλεια παραγωγικών χρόνων ζωής, πριν την ηλικία των 65 ετών, απ' ό,τι οι νόσοι της καρδιάς, ο καρκίνος ή τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Ο πίνακας 2 δείχνει τις ειδικές αιτίες θανάτου από κατώσεις στα παιδιά και τους νέους στις Η.Π.Α. το 1995. Το 63% των θανάτων από κατώσεις στα παιδιά και τους νέους σχετίζονται με τα μηχανοκίνητα, εκ των οποίων οι περισσότεροι απ' τους μισούς συμβαίνουν στους κατόχους μηχανοκινήτων. Είναι πολύ σημαντικό να μην παραβλεφθούν οι θάνατοι πεζών από μηχανοκίνητα, γιατί αντιπροσωπεύουν μια μεγάλη αναλογία των θανάτων σε παιδιά ηλικίας 5 έως 14 ετών. Τα εγκαύματα και οι πνιγμοί είναι η δεύτερη αιτία θανάτων στην ομάδα ηλικιών κάτω των 5 ετών. Ενώ, οι περισσότερες

δηλητηριάσεις συμβαίνουν σε πολύ μικρά παιδιά, οι θάνατοι από δηλητηριάσεις, αν και σπάνιοι, συμβαίνουν στους εφήβους κατά κύριο λόγο.

Περισσότεροι από τους μισούς αυτών των θανάτων, συμβαίνουν σε εφήβους κάτω από 20 ετών, που είναι μια ομάδα ηλικιών στην οποία δεν έχει δοθεί η απαιτούμενη προσοχή και έρευνα.

**Πίνακας 2. Θάνατοι από κακώσεις στις Η.Π.Α., το 1995**

Τύπος κακώσεων	Μικρότερα 1 έτους	1-4	5-14	15-19	Σύνολο
<i><u>Μηχανοκίνητα</u></i>					
Κάτοχος	218	493	1.122	7.246	9.079
Πεζός	13	435	1.005	757	2.210
Μοτοσικλέτα	1	8	120	788	917
Ποδήλατο	0	16	387	159	562
Άλλα	20	264	285	480	1.049
Σύνολο	252	1.216	2.919	9.430	13.817
Ποδήλατο	0	4	25	10	39
Έγκαυμα	177	735	535	348	1.795
Πνιγμός σε νερό	91	693	795	1.012	2.591
Ασφυξία/πνιγμός	439	214	205	131	989
Ξένο σώμα	1	4	2	2	9
Δηλητήρια	22	83	52	293	450
Πτώση	44	111	89	209	453
Άλλα	140	253	602	824	1.819
Σύνολο	1.166	3.313	5.224	12.259	21.962

ΠΗΓΗ: National Center for Health Statistics

**Παιδιά προσχολικής ηλικίας (0-5 ετών).** Τα παιδιά αυτά υποφέρουν από κακώσεις λόγω πτώσεων, με ρυθμό από 1-1,5 φορά ως δυο φορές περισσότερο από τα μεγαλύτερα παιδιά (Έρικσον, 1985). Ένα στα δώδεκα

παιδιά κάτω των 6 ετών απαιτούν νοσοκομειακή αντιμετώπιση λόγω πτώσης. Αυτές οι πτώσεις συμβαίνουν περισσότερο συχνά μέσα στο σπίτι και σχετίζονται με έπιπλα και σκάλες. Έξω από το σπίτι, οι περισσότερες πτώσεις σχετίζονται με τον εξοπλισμό παιδικών χαρών ή με τα καρτσάκια και τις «στρατούλες» (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας δηλητηριάζονται 10 φορές συχνότερα απ' τα παιδιά του δημοτικού. Έχουν τη μεγαλύτερη επίπτωση σε κακώσεις από εγκαύματα που συμβαίνουν στην κουζίνα και που προκαλούνται με καυτή τροφή ή νερό, ή με την επαφή με καυτές επιφάνειες, όπως η σόμπα, το καλοριφέρ, το σίδερο. Πολύ λίγα παιδιά πίνουν καυτό νερό (Dr Stoppard, 1988).

Υψηλή επίπτωση κακώσεων υπάρχει από ξένα σώματα, που προκαλούνται κυρίως από την κατάποση μικρών αντικειμένων ή από την τοποθέτησή τους στο αυτί ή την μύτη. Αν και η επίπτωση των ασφυξιών ήταν χαμηλή, στα παιδιά προσχολικής ηλικίας ήταν 14 φορές περισσότερο συχνή απ' ό,τι στα παιδιά του δημοτικού, και ήταν φορές πιο συχνή η ασφυξία από ένα αντικείμενο, απ' ό,τι στους εφήβους (Λαγός και συν, 1988). Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας είχαν χαμηλότερο κίνδυνο στις κακώσεις από την κατοχή μηχανοκινήτων ή στις κακώσεις των πεζών, συγκρινόμενα με τα μεγαλύτερα παιδιά.

Τα βρέφη διέφεραν κατά κάποιο τρόπο από τα παιδιά της ηλικίας 1-5 ετών. Ενώ τα βρέφη είχαν ένα χαμηλότερο ρυθμό κακώσεων για όλες τις αιτίες, εκτός από την ασφυξία και τα εγκαύματα, παρόλα αυτά νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο πιο συχνά για κακώσεις απ' ό,τι τα μεγαλύτερα παιδιά.

**Παιδιά ηλικίας δημοτικού σχολείου (6-12 ετών).** Ο κίνδυνος αυτών για κακώσεις σαν πεζοί ήταν δύο φορές μεγαλύτερος, από των μικρών παιδιών. Περισσότερα από ένα στα 80 παιδιά της ηλικίας του δημοτικού σχολείου χρειάστηκαν νοσοκομειακή θεραπεία για ατύχημα όχι από μηχανοκίνητο, συμπεριλαμβανομένου και του ποδηλάτου. Είχαν δυο φορές το ρυθμό των εφήβων και 4 φορές το ρυθμό των παιδιών προσχολικής ηλικίας. Οι ρυθμοί εγκαυμάτων και δηλητηριάσεων ήταν οι χαμηλότεροι σ' αυτή την ομάδα ηλικιών (Έρικσον, 1985).

**Έφηβοι (13-19 ετών).** Ένας στους 14 εφήβους είχε ανάγκη νοσοκομειακής αντιμετώπισης για κάκωση σε σπορ. Οι μεγαλύτερες αναλογίες για κακώσεις από τα σπορ ανήκουν στο ποδόσφαιρο (19,9%), το μπάσκετ (17,4%) και το πατινάζ (13,4%).

Οι έφηβοι είχαν ένα ρυθμό κακώσεων από κατοχή μηχανοκινήτου έξι φορές μεγαλύτερο του ρυθμού των μικρότερων παιδιών. Ένας στους 50 εφήβους τραυματίζεται από κατοχή μηχανοκινήτου κάθε χρόνο. Οι έφηβοι επίσης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο σύγκρουσης με μηχανοκίνητο, ενώ οδηγούν ποδήλατο. Έχουν ένα ρυθμό 20 φορές μεγαλύτερο των παιδιών της προσχολικής ηλικίας και διπλάσιο των παιδιών της σχολικής.

Τα περισσότερα από τα εγκαύματα των εφήβων προέρχονται από εγκαύματα επαφής και φλόγας και σχετίζονται με την εργασία. Τα αγόρια παθαίνουν πιο συχνά χημικά εγκαύματα που προκαλούνται από τις ουσίες που χρησιμοποιούνται για την συντήρηση και την επισκευή λ.χ. του αυτοκινήτου. Σημειώθηκε ένας σημαντικός αριθμός εγκαυμάτων των ποδιών στους οδηγούς μοτοσικλετών (Έρικσον, 1985).

Οι πιο συνηθισμένες προσλήψεις δηλητηρίων περιλαμβάνουν το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, κατά κύριο λόγο, παρά την τυχαία λήψη ουσιών που διατηρούνται στο σπίτι ή φάρμακα, που ήταν συνηθισμένα στα μικρά παιδιά (Βλάχος και συν, 1987). Τα μόρια στο μάτι ευθύνονται για την πλειονότητα των κακώσεων από ξένα σώματα.

### **1.3. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Σύμφωνα με στατιστικές που έχουν γίνει, η Ελλάδα αναφέρεται ως η δεύτερη χώρα –μετά την Πορτογαλία– της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, με το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας από παιδικά ατυχήματα. Η ηλικία των 4-6 ετών θεωρείται η πιο επικίνδυνη περίοδος για ατυχήματα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ένα μικρότερο ή μεγαλύτερο παιδί δεν διατρέχει εξίσου σοβαρό κίνδυνο για ατύχημα.

Το 1995 στη χώρα, σημειώθηκαν 217 θάνατοι παιδιών ηλικίας ολίγων μηνών έως 14 ετών. Οι ποσοστιαίες αναλογίες θνησιμότητας από εσωτερικά-

εξωτερικά αίτια κακώσεων, καθώς και τα είδη των κακώσεων, αναφέρονται στον πίνακα 3 (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 1998).

Σε τροχαία ατυχήματα αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας παρουσιάζεται στις ηλικίες των **5-9** και **10-14** ετών, σε ποσοστό **30,8%** και **46,9%** αντίστοιχα.

Σε θανάτους από ξένα σώματα, αυξημένο ποσοστό **70%** παρουσιάζεται στην ηλικία κάτω του ενός έτους: **19** απ' τα **27** παιδιά πέθαναν το 1995 σ' αυτή την ηλικία.

Ποσοστό **50%** ως προς τη θνησιμότητα παρουσιάζεται στην ηλικία των **5-9** ετών από εγκαύματα.

Αυξημένο ποσοστό **57%** χαρακτηρίζει τις πτώσεις στην ηλικία **10-14** ετών.

**Πίνακας 3. Ποσοστά παιδικών κακώσεων, το 1995**

Είδη κακώσεων	Γενικό Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	% ποσοστό
Ενδοκρανιακές κακ.	91	53	38	41,9
Τροχαία ατυχήματα	81	47	34	37,3
Ξένα σώματα	27	15	12	12,4
Εγκαύματα	8	2	6	3,6
Πτώσεις	7	4	3	3,2
Δηλητηριάσεις	2	1	1	0,9
Κατάγματα Διάφ.	2	1	1	0,9

ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (1994)

Επιπλέον στα Ε.Ι. του Νοσοκομείου Παιδων Αθηνών «Π. και Α. Κυριακού» από 1-1-1989 έως και 30-4-1990 προσήλθαν 13.461 παιδιά, εκ των οποίων τα 1.399 προσήλθαν λόγω τραύματος των οφθαλμών. Συχνότερη αιτία τραυματισμού ήταν ξένα σώματα κερατοειδούς σε ποσοστό **25%**, ενώ η πλήξη με το χέρι ή άλλα αντικείμενα όπως ξύλο, πέτρες κ.ά. είχε ως αποτέλεσμα τραυματισμούς σε ποσοστό **23%**. Θερμικά ή χημικά εγκαύματα που προκλήθηκαν από τσιγάρα, ασβέστη, απορρυπαντικά σε ποσοστό **20%**, ακολουθούν οι πτώσεις ή προσκρούσεις σε έπιπλα (**8%**), τα εκσφενδονιζόμενα

αντικείμενα τόξο, καλάμι, πλαστικά παιχνίδια (7%), τα νύσσοντα αντικείμενα, βελόνες, σύρματα, κατσαβίδια (5%), τα εκρηκτικά, κροτίδες, βλήματα, σκάγια (1,4%) και τέλος τροχαία, τραυματισμοί από ζώα (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 1998).

**Πίνακας 4. Αναλογία κακώσεων και δηλητηριάσεων σε αγόρια και κορίτσια το 1994**

Είδη κακώσεων και δηλητηριάσεις	Γενικό Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια	% ποσοστό
• Κατάγματα κρανίου–προσώπου	450	280	170	3,6
• Κατάγματα άνω άκρων	1.391	1.172	347	12,2
• Κατάγματα κάτω άκρων	1.391	947	444	11,2
• Εξαρθρήματα-διαστρεμ.	417	261	156	3,3
• Ενδοκρανιακές λοιμ.	2.746	1.769	977	22,0
• Εσωτ. κακώσεις	247	178	69	2,2
• Ανοιχτά τραύματα οφθαλμών–αυτιών–κεφαλής	476	343	133	3,8
• Ανοιχτά τραύματα άνω άκρων	229	166	63	1,8
• Ανοιχτά τραύματα κάτω άκρων	164	124	40	1,3
• Ξένα σώματα	413	252	161	3,3
• Εγκαύματα	572	364	208	4,6
• Δηλητηριάσεις	1.700	837	863	13,7
• Τοξικές επιδράσεις ουσιών	1.209	723	486	9,7
• Διάφορα κατάγματα	720	494	226	5,8

ΠΗΓΗ: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία. Αθήνα (1994)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ



## 2.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Οι κακώσεις στα παιδιά-επιβάτες κατά τις συγκρούσεις των μηχανοκινήτων είναι η κυρίαρχη αιτία θανάτου στα παιδιά μετά τους πρώτους μήνες της ζωής τους. Αν και οι θάνατοι που σχετίζονται με παράγοντες περιγεννητικούς είναι πολύ συχνότεροι από εκείνους που οφείλονται στα μηχανοκίνητα τους πρώτους μήνες ζωής, οι θάνατοι από μηχανοκίνητα σ' αυτή την περίοδο είναι σταθερά υψηλότεροι από τους αντίστοιχους θανάτους της μετέπειτα ηλικίας (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Οι μη θανατηφόρες κακώσεις δεν είναι σαφώς προσδιορισμένες διεθνώς, αφ' ενός μεν γιατί το πρόβλημα έχει παραβλεφθεί και αφετέρου γιατί εξαρτώνται από τα δεδομένα της αστυνομίας για εθνικές εκτιμήσεις. Ένας σημαντικός αριθμός περιστατικών από μηχανοκίνητα προσέρχονται στις πρώτες βοήθειες χωρίς να έχουν δηλωθεί στην αστυνομία.

Η φύση και η έκταση της κάκωσης είναι συνάρτηση της μάζας του επιβάτη, της ταχύτητας, της αντοχής στη μηχανική ενέργεια, των ιστών που προσκρούουν και το βαθμό απορρόφησης της ενέργειας από την επιφάνεια πρόσκρουσης. Το τελευταίο είναι συνάρτηση των υλικών που επενδύουν τις επιφάνειες πρόσκρουσης και της διαμόρφωσής τους.

Δεν είναι απαραίτητα λεπτομερή δεδομένα για να συμπεράνουμε ότι οι συνήθεις επιφάνειες πρόσκρουσης είναι σχεδιασμένες χωρίς προσοχή, σ' ό,τι αφορά την ιδιότητά τους να μην τραυματίζουν. Παρά τις δεκαετίες ερευνών, μπορεί κανείς να μπει σε ένα αυτοκίνητο και να δει σχέδια που θα μπορούσαν να είναι λίγο περισσότερο θανατηφόρα αν είχαν σχεδιαστεί από πρόθεση για ανθρώπινη καταστροφή. Τμήματα του ταμπλό προεξέχουν προς τους επιβάτες κατά τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε σε μια σύγκρουση είναι ικανά να επιφέρουν τραύματα –κυρίως στο λαιμό– τις περισσότερες φορές θανατηφόρα. Διάφορα εξαρτήματα ελέγχου προεξέχουν απαράδεκτα και προκαλούν τραύματα στα χέρια, το θώρακα, τα γόνατα των παιδιών στις μετωπικές συγκρούσεις (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Άλλη μια αιτία αύξησης των θανάτων παιδιών από τροχαία ατυχήματα είναι η μη σωστή τοποθέτησή τους στο χώρο του αυτοκινήτου. Συνηθίζεται από τους περισσότερους γονείς να τοποθετούν τα παιδιά είτε στα μπροστινά

καθίσματα, είτε στο πίσω κάθισμα χωρίς όμως να ασφαρίζονται με ζώνες, με αποτέλεσμα σε μια σύγκρουση να εκτιναχτεί το παιδί βίαια, ίσως και να πεταχτεί έξω από το παρμπρίζ. Το 91% των παιδιών δεν φορούν ζώνη ασφαλείας, παρά το γεγονός ότι το 67% των παιδικών τραυματισμών θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αν τα παιδιά ήταν προστατευμένα. Η έρευνα για τα τροχαία ατυχήματα και την ασφαλή μεταφορά των παιδιών, που πραγματοποιήθηκε από τον Ιανουάριο έως το Νοέμβριο του 1996 σε 190 παιδιά κάτω των 15 ετών, τα οποία μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο Παιδών Αγγλαΐα Κυριακού ως επιβάτες κατά την διάρκεια τροχαίου ατυχήματος, είναι αποκαλυπτική:

- Δύο στα τρία παιδιά δεν θα είχαν τραυματιστεί αν είχαν ληφθεί τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης τους κατά τη μεταφορά τους με αυτοκίνητο.
- Τουλάχιστον το 16% των τραυματισμών θα είχε αποφευχθεί αν όλα τα παιδιά μεταφέρονταν στο πίσω κάθισμα.
- Μόνο ένα στα τρία παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών κάθεται σε ειδικό καθισματάκι.
- Ο κίνδυνος τραυματισμός των βρεφών και των νηπίων αυξάνεται κατά 3 φορές όταν δεν είναι δεμένα τα παιδιά στο αυτοκίνητο.
- Ο κίνδυνος να τραυματιστεί το παιδί, όταν κάθεται στη θέση του συνοδηγού, είναι πενταπλάσιος (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Όπως αναφέρουν οι ερευνητές, η τοποθέτηση του παιδιού στο κάθισμα, με ανάστροφη φορά προς την κίνηση του αυτοκινήτου, προσφέρει μεγαλύτερη προστασία στον παιδικό πληθυσμό.

Τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει η μεταφορά του παιδιού στο πίσω κάθισμα, εκτός από τη μεγαλύτερη ασφάλεια που παρέχει η θέση αυτή, περιλαμβάνουν και εξάλειψη του μικρού αλλά υπαρκτού κινδύνου για σοβαρό ή θανατηφόρο τραυματισμό που εγκυμονούν οι αερόσακοι αν εκτιναχθούν, σε περίπτωση μεταφοράς του παιδιού στο μπροστινό κάθισμα.

Βέβαια σειρά ερευνών από τη Σουηδία ενθαρρύνει τη μεταφορά του παιδιού με ειδικό καθισματάκι που τοποθετείται στο μπροστινό κάθισμα, επειδή ο οδηγός μπορεί να επιβλέπει το παιδί κατά τη διαδρομή, χωρίς να προκαλείται έντονη απόσπαση της προσοχής.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα στα Ελληνόπουλα ηλικίας έως 9 ετών είναι πολύ χαμηλή και η χώρα μας κατέχει την τέταρτη καλύτερη θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τις Η.Π.Α. –μετά την Ολλανδία, τη Δανία και τη Φιλανδία (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος). Το γεγονός αυτό είναι αξιοσημείωτο, ιδιαίτερα αν ληφθεί υπόψη πως η χώρα μας χαρακτηρίζεται από αυξημένη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα, ενώ το ποσοστό χρήσης παιδικών συστημάτων πρόσδεσης αναφέρεται ανάμεσα στα χαμηλότερα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται κυρίως ανάμεσα στα μεγαλύτερα παιδιά, για τα οποία θα έπρεπε να χρησιμοποιείται και ειδικό ανυψωτικό μαξιλαράκι (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία).

Ακόμα όμως και ανάμεσα στα παιδιά κάτω των 5 ετών, μόνο το ένα στα τρία κάθεται στο ειδικό καθισματάκι. Ευτυχώς, η πλειοψηφία των παιδιών (98%) κάθεται στο πίσω κάθισμα.

Με βάση υπολογισμούς που έκαναν ερευνητές, προκύπτει ότι το ποσοστό των τραυματισμένων παιδιών θα μειωνόταν κατά 67% εάν όλα τα παιδιά χρησιμοποιούσαν ειδικό σύστημα πρόσδεσης και κατά 16% αν όλα κάθονταν στο πίσω κάθισμα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής παρέχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η μη χρήση ειδικών συστημάτων πρόσδεσης σε βρέφη και νήπια αυξάνει τον κίνδυνο τραυματισμού περισσότερο από τρεις φορές. Η αποτελεσματικότητα αυτών των συστημάτων για την αποφυγή τραυματισμών σε παιδιά μικρής ηλικίας είναι περίπου 70%.

Αυξημένος είναι και ο αριθμός των ατυχημάτων που οφείλονται στην προσπάθεια του παιδιού να ανοίξει την πόρτα ενώ το αυτοκίνητο βρίσκεται ακόμα εν κινήσει. Η έλλειψη ειδικής ασφάλειας, η οποία κρατά κλειδωμένες τις πόρτες από τη μέσα μεριά, έχει ως αποτέλεσμα την πτώση των παιδιών από το αυτοκίνητο –εφόσον ανοίξουν την πόρτα– και τον σοβαρό τραυματισμό τους.

Συνέπεια των παραπάνω παραγόντων είναι να αποτελούν μέχρι σήμερα τα τροχαία ατυχήματα σημαντική αιτία θανάτου στα παιδιά.

Η έκταση των βλαβών λόγω κακώσεων της κεφαλής ή και ψυχολογικών βλαβών μακροπρόθεσμα, είναι άγνωστη. Τα άτομα με ενδοκρανιακό αιμάτωμα

ή 24ωρη απώλεια συνείδησης ή αμνησία, έχουν μετατραυματικούς σπασμούς σε ποσοστό 7,1% των περιστατικών μέσα σε ένα έτος, συγκρινόμενο με το 91% του γενικού πληθυσμού. Η μόνιμη ανικανότητα από κακώσεις της κεφαλής και του νωτιαίου μυελού, κερδίζει την προσοχή λόγω του υψηλού κόστους που εμπεριέχει. Δεν είναι ασυνήθιστο να ξοδεύονται αρκετά χρήματα για μια ατομική περίπτωση σ' ένα έτος για ιατρικές υπηρεσίες και αποκατάσταση. Αυτοί οι ασθενείς επιβιώνουν για αρκετές δεκαετίες, δημιουργώντας έτσι ένα τεράστιο επιπρόσθετο κόστος στις οικογένειές τους και την κοινωνία (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

Σημαντικές επίσης είναι και οι ψυχολογικές επιπτώσεις των τροχαίων ατυχημάτων, τόσο για τα ίδια τα θύματα, όσο και για τα συγγενικά τους πρόσωπα. Ψυχολογικές επιπτώσεις είναι η αδιαφορία για τις συνήθειες ασχολίες, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, οι αγχώδεις κρίσεις, η κατάθλιψη, η φοβία, οι διαταραχές της διατροφής, ο θυμός, οι δυσκολίες μάθησης, οι τάσεις φυγής.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εταιρία Υποστήριξης Θυμάτων Τροχαίων παρατηρήθηκαν προβλήματα σχέσεων σε ποσοστό που αγγίζει το 60% στους συγγενείς θανόντων από τροχαία και σε μικρότερο ποσοστό στους συγγενείς αναπήρων αλλά φυσικά και στα ίδια τα θύματα.

Ένα τροχαίο έχει τη θλιβερή "ικανότητα" να κλέβει τη "γεύση" της ζωής από τους ανθρώπους που το ζουν από κοντά. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι η ικανότητα απόλαυσης της ζωής, όπως πριν το τραγικό συμβάν, μειώνεται δραματικά σε ποσοστό που μπορεί να φθάσει ακόμα και το 90%. Ενδεικτικό είναι ότι οι μισοί από τους συγγενείς των θανόντων, αναπήρων ή και οι ίδιοι οι τραυματίες, παύουν να κάνουν σχέδια για το μέλλον. Κάτι που είναι αναμενόμενο, αφού η ζωή μοιάζει γι' αυτούς πλέον πιο σκληρή, άδικη και απάνθρωπη.

Βλέπουμε λοιπόν ότι οι επιπτώσεις ενός τροχαίου ατυχήματος είναι τεράστιες και τα προβλήματα που γεννιούνται πολύ περισσότερα.

Το 1999 είχε χαρακτηριστεί από τον Ο.Η.Ε. ως το έτος προστασίας των ευάλωτων ατόμων στους δρόμους, ενώ από 1<sup>η</sup> έως 7 Μαΐου του 2000 ήταν η εβδομάδα οδικής ασφάλειας του Ο.Η.Ε.

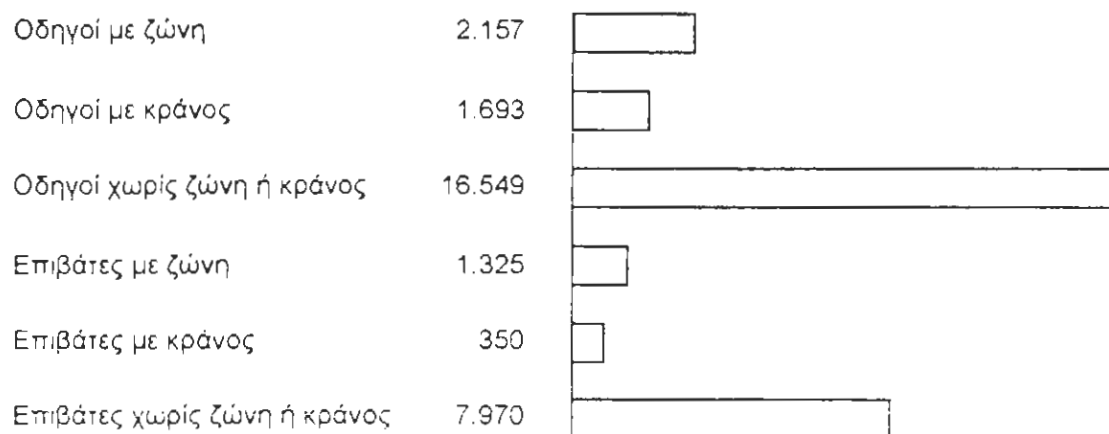
## Στατιστικά (98-99)

### A. Μικρή μείωση τροχαίων (98-99)

Πίνακας 5. Αντιστοιχία κακώσεων από τροχαία τα έτη 1998-99

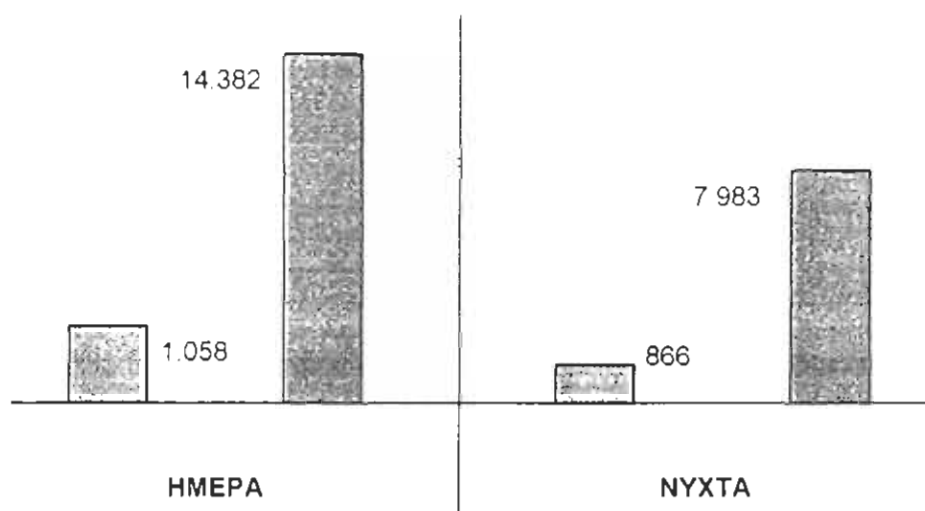
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ			ΔΙΑΦΟΡΑ	ΠΑΘΟΝΤΕΣ			ΔΙΑΦΟΡΑ
Θανατηφόρα	{ 1.929 ('99) 1.980 ('98)	-2,8%	Νεκροί	{ 2.181 ('99) 2.229 ('98)	-2,2%		
Σοβαρά	{ 3.696 ('99) 3.768 ('98)	-1,9%	Βαριά τραυμ.	{ 4.702 ('99) 4.889 ('98)	-3,8%		
Ελαφρά	{ 18.669 ('99) 19.146 ('98)	-2,5%	Ελαφρά	{ 27.649 ('99) 28.224 ('98)	-2,0%		
Σύνολο	{ 24.289 ('99) 24.894 ('98)	-2,4%	Σύνολο	{ 34.532 ('99) 35.342 ('98)	-2,3%		

### B. Τα περισσότερα θύματα δε φορούν ζώνη-κράνος



Εικόνα 1. Ποσοστά θυμάτων που χρησιμοποιούσαν προστατευτικά μέσα ή όχι

### Γ. Πιο επικίνδυνη η οδήγηση τη νύχτα



**Εικόνα 2. Αντιστοιχία τροχαίων που συνέβησαν την ημέρα και τη νύχτα κατά το 1998**

Στους αριθμούς αυτούς έρχεται να προστεθεί και η πρόβλεψη που έκανε πρόσφατα ο ορθοπεδικός-χειρουργός Νικολ. Δημόπουλος. Στο τέλος κάθε χρόνου 2.500 άνθρωποι στην Ελλάδα δεν θα ζουν εξαιτίας τροχαίων ατυχημάτων ενώ άλλοι 30.000 θα έχουν τραυματιστεί.

- 500.000 Ελληνόπουλα τραυματίζονται ετησίως
- 700 χάνουν τη ζωή τους
- 3.000 παθαίνουν μόνιμες αναπηρίες (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Πεζοί κάτω των 18 ετών πέφτουν θύματα παρασύρσεως κοντά σε:

Φροντιστήρια 30%

Στάση λεωφορείων 14%

Παίζοντας στο δρόμο 7%

Παιδικές χαρές 3%

Χώροι άθλησης 1%

## ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΕΤΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ

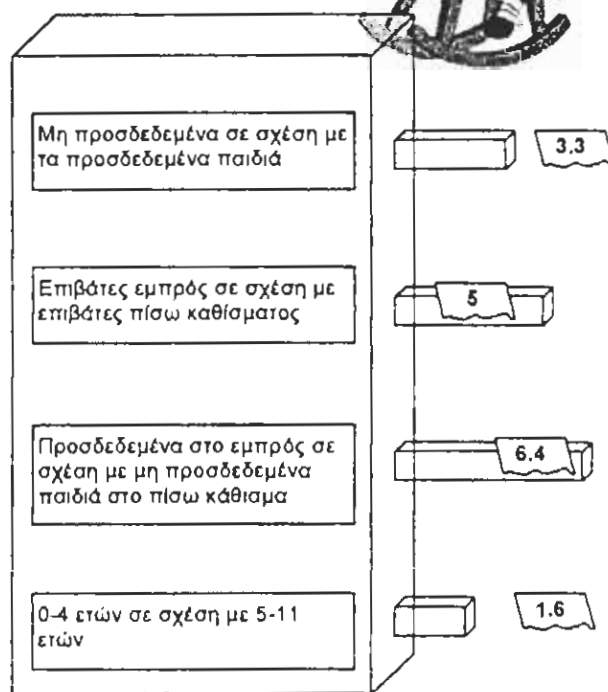
Οι επιλογές καθισμάτων ασφαλείας εξαρτώνται από την ηλικία και το μέγεθος του σώματος του παιδιού:

- Για βρέφος έως 10 κιλών και ηλικίας περίπου έως 8 μηνών χρησιμοποιείται το βρεφικό κάθισμα.
- Η χρήση νηπιακού καθίσματος συνιστάται για παιδιά βάρους 10-18 κιλών ή ηλικίας 8 μηνών περίπου έως 4 ετών.
- Για μεγαλύτερα παιδιά, βάρους 18 μέχρι και 36 κιλών ή ύψους κάτω από 150 cm ή ηλικίας περίπου 11 ετών, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα ανυψωτικό μαξιλαράκι για να εφαρμόζονται καλύτερα στο σώμα οι ζώνες ασφαλείας του αυτοκινήτου.

**Κατανομή συχνότητας 129 παιδιών (0-11 ετών) επιβατών αυτοκινήτων σε τροχαίο ατύχημα και 191 παιδιών επιβατών αυτοκινήτων σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού, ανάλογα με τη θέση στο αυτοκίνητο και τη χρήση παιδικού συστήματος πρόσδεσης.**

0-4 ετών	Τραυματίες	Υγιή παιδιά
• Εμπρός κάθισμα, μη προσδεδεμένα	10	5
• Εμπρός κάθισμα, προσδεδεμένα	0	1
• Πίσω κάθισμα, μη προσδεδεμένα	36	39
• Πίσω κάθισμα, προσδεδεμένα	5	16
<b>5-11 ετών</b>		
• Εμπρός κάθισμα, μη προσδεδεμένα	16	2
• Εμπρός κάθισμα, προσδεδεμένα	0	0
• Πίσω κάθισμα, μη προσδεδεμένα	62	128
• Πίσω κάθισμα, προσδεδεμένα	0	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>129</b>	<b>191</b>

**Σχετικός κίνδυνος τραυματισμού σε τροχαίο (ΣΚ) παιδιών (0-11 ετών) επιβατών αυτοκινήτων ανάλογα με τη θέση στο αυτοκίνητο και τη χρήση παιδικού συστήματος πρόσδεσης.**



ΠΗΓΗ: Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος

**Εικόνα 3. Παράγοντες επιλογής κατάλληλου καθίσματος για το παιδί – Στατιστικά στοιχεία σε περίπτωση μη χρήσης του.**

## 2.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΡΟΧΑΙΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

### 2.2.1. Πρόληψη κακώσεων του παιδιού ως συνεπιβάτης σε τροχαίο

Από τις βασικές αιτίες κακώσεων στα παιδιά–συνεπιβάτες είναι η έλλειψη σταθεροποίησης καθώς κινείται το όχημα.

Οι ζώνες ασφαλείας, οι σάκοι που φουσκώνουν αυτόματα κατά τη στιγμή της σύγκρουσης, οι ειδικές κλειδαριές που συγκρατούν κλειδωμένη την πόρτα από μέσα, έχουν αποδειχτεί σωτήρια μέτρα πρόληψης αυτού του είδους των κακώσεων. Σε μερικά μοντέλα αυτοκινήτων διατίθενται κλειδαριές ασφαλείας για τα παιδιά στις πίσω πόρτες. Οι κλειδαριές αυτές έχουν μια αρπάγη στο πλευρικό πλαίσιο των θυρών, που μπορεί να εμπλακεί για να εμποδίσει τις πίσω πόρτες να ανοίξουν από μέσα. Ασφάλειες παραθύρων εμποδίζουν το παιδί να κατεβάσει ή να αλλάξει τη θέση των παραθύρων του αυτοκινήτου.

Επίσης, δεν πρέπει ποτέ να τοποθετούνται τα παιδιά στην αγκαλιά των συνεπιβατών. Σε περίπτωση ατυχήματος, όχι μόνο δεν προστατεύονται, αλλά κινδυνεύουν να συνθλιβούν από το βάρος του ενήλικα (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

Σημαντικό μέτρο πρόληψης είναι και η σωστή εκπαίδευση-ενημέρωση των γονιών και οδηγών για τους διάφορους τρόπους ασφαλούς δεσίματος των παιδιών στο αυτοκίνητο. Είναι αποδεδειγμένο στατιστικά ότι η σωστή χρήση του εξοπλισμού ασφαλείας για παιδιά στο αυτοκίνητο μπορεί να μειώσει σημαντικά τον αριθμό σοβαρών τραυματισμών και θανάτων (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Οι γονείς πρέπει να κατανοήσουν τη σημασία της σωστής τοποθέτησης των παιδιών στα καθίσματα, της πρόσδεσής τους, έτσι ώστε να μπορέσουν να μεταδώσουν στα παιδιά τους.

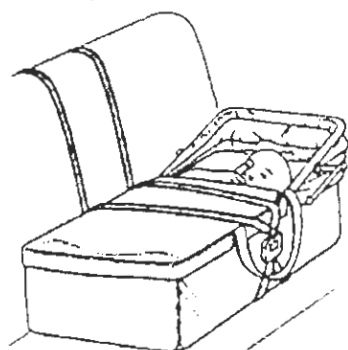
Εξίσου σημαντική με την εκπαίδευση των γονιών είναι και η εκπαίδευση των παιδιών αναφορικά με τον τρόπο συμπεριφοράς μέσα στο αυτοκίνητο. Να μην βγάζουν τα χέρια και το κεφάλι έξω από το παράθυρο, να μην προσπαθούν να ανοίξουν τις πόρτες, να βγαίνουν πάντα από τη μεριά του πεζοδρομίου.

Ένας άλλος τρόπος μείωσης του κινδύνου για κακώσεις λόγω τροχαίων ατυχημάτων είναι η χρήση του αυτοκινήτου –έχοντας παιδί μέσα– σε λιγότερο

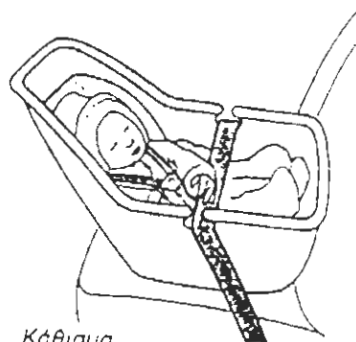


επικίνδυνες ώρες ή ημέρες της εβδομάδας. Οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα είναι συχνότεροι κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς και τα σαββατοκύριακα, σε σχέση με τις άλλες μέρες.

**Ασφάλεια για μωρά**  
Όπου το μωρό να μεγαλώσει αρκετά για να κάθεται και να κρατά το κορμί του όρθιο, πρέπει να ταξιδεύει ή σε πορτ-μπεμπέ ή σε ειδικά κάθισμα που βλέπει προς τα πίσω. Αυτό το κάθισμο προσδένεται στη ζώνη ενός ενήλικου και βλέπει προς τα πίσω' έτσι, σε περίπτωση ατυχήματος, άλη η δύναμη ασκείται πάνω στη ράχη του μωρού και όχι στη λεκάνη του.



Πορτ-μπεμπέ με ζώνες προάδεσης



Κάθισμα που βλέπει προς τα πίσω

**Ασφάλεια για μεγαλύτερα μωρά και μικρά παιδιά**

Μόλις το παιδί σας μπορέσει να κρατά όρθιο το κεφάλι του και να κάθεται καλά μόνο του, μπορείτε να το βόλετε σε ειδικά καθισματάκι αυτοκινήτου. Όταν γίνει

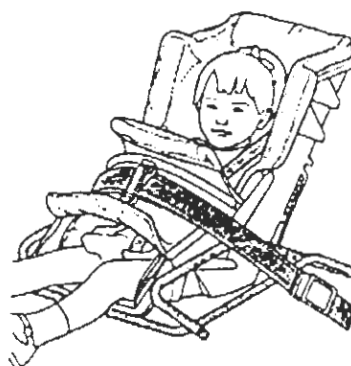


Προσδεδωμένο κάθισμα ασφαλείας



Πλαστικό κάθισμα ασφαλείας

τριών χρόνων ή ζυγίζει 18 κιλά, μπορεί να χρησιμοποιεί ειδική εξάρτηση ασφαλείας, με ή χωρίς υπερυψωμένο κάθισμα. Καθίσματα ασφαλείας υπάρχουν σε διάφορα σχέδια και μεγέθη' αναζητήστε στην αγορά το πιο κατάλληλο για σας.



Κάθισμα ασφαλείας με προστατευτική ασπίδα



Υπερυψωμένο κάθισμα με εξάρτηση ασφαλείας

**Εικόνα 4. Ορθοί τρόποι μεταφοράς του παιδιού με το αυτοκίνητο, ανά ηλικία.**

### 2.2.2. Το παιδί ως αναβάτης ποδηλάτου – Πρόληψη

Ενώ το ποδήλατο είναι μια μορφή υγιεινής άσκησης και αποταμίευση ενέργειας σε ό,τι αφορά τις μεταφορές, μεγάλο είναι το ποσοστό θανατηφόρων κακώσεων που οφείλονται στην ποδηλασία.

Οι κακώσεις που προκαλούνται από σύγκρουση ποδηλάτου-μηχανοκίνητου, παρουσιάζουν πενταπλάσια πιθανότητα να έχουν ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο από ότι οι κακώσεις από ποδήλατο που προκαλούνται από άλλες αιτίες. Η πλειονότητα των άλλων αιτιών κακώσεων από ποδήλατο είναι οι συγκρούσεις μεταξύ ποδηλάτων, συγκρούσεις με πεζούς, συγκρούσεις με άλλα αντικείμενα, αποκόλληση κάποιου εξαρτήματος του ποδηλάτου, που είχαν ως αποτέλεσμα την πτώση από το ποδήλατο. Οι κακώσεις που προκαλούνται –ως επί το πλείστον– από τη σύγκρουση ποδηλάτων με μηχανοκίνητα αφορούν το Κ.Ν.Σ., το κεφάλι και το πρόσωπο.

Οι κακώσεις στην παιδική ηλικία, γενικά, είναι συχνότερες στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Σε αντίθεση με το γενικό πλαίσιο, όπου τα πολύ μικρά παιδιά και οι έφηβοι βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο στις κακώσεις με το ποδήλατο, οι ρυθμοί θανάτων είναι υψηλότεροι στις ηλικίες 10 έως 14 ετών και τα παιδιά ηλικίας από 6 έως 12 ετών έχουν τους υψηλότερους ρυθμούς μη θανατηφόρων κακώσεων (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

Από τα πλέον σημαντικά μέτρα πρόληψης είναι η χρήση προστατευτικού κράνους, το οποίο είναι σχεδιασμένο να εξυπηρετεί δύο διαφορετικές ανάγκες: α) να προστατεύει τον εγκέφαλο από τη σύνθλιψη, προκαλώντας βαθμιαία επιβράδυνση και β) να προστατεύει το κρανίο από τα κατάγματα.

Σημαντική προς αυτήν την κατεύθυνση θα ήταν και η ύπαρξη ενημερωτικού προγράμματος στα σχολεία, το οποίο θα αναφέρεται στην σπουδαιότητα της χρήσης κράνους κατά την οδήγηση του ποδηλάτου, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό από τους μαθητές αλλά και τους γονείς και να αποτελέσει πλέον το κράνος βασικό εξάρτημα των ποδηλατιστών.

Βασικό μέτρο πρόληψης, επίσης, είναι και η εκπαίδευση αναφορικά με τον τρόπο συμπεριφοράς πάνω στο ποδήλατο, την κατανόηση των κανόνων οδικής κυκλοφορίας. Σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση διαδραματίζει και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο θα πρέπει να τονίζει στους γονείς και τα παιδιά τη λήψη απλών προφυλάξεων που αφορούν την ορατότητα και την προνοητικότητα κατά την ποδηλασία.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα θα μπορούσαν να αναφέρονται στα εξής μέτρα πρόληψης:

- 1) Οι ποδηλάτες να οδηγούν πάντα σύμφωνα με την κυκλοφορία.
- 2) Τα παιδιά δεν πρέπει να κάνουν ποδήλατο σε δρόμους πολυσύχναστους.
- 3) Εξασφάλιση ότι το παιδί γίνεται εύκολα ορατό όταν κυκλοφορεί με ποδήλατο, φοράει ζωντανά φωσφοριζέ χρώματα, έχει εφοδιάσει το ποδήλατο με αντανακλαστικούς καθρέφτες τη νύχτα.
- 4) Να μη φοράνε ακουστικά και να ακούνε μουσική διότι αυτό τους εμποδίζει να ακούσουν τον ήχο ενός αυτοκινήτου που πλησιάζει.
- 5) Τα πολύ μικρά παιδιά δεν θα πρέπει να οδηγούν το ποδήλατο χωρίς επίβλεψη.
- 6) Τα μεγαλύτερα παιδιά θα πρέπει να είναι πολύ καλά εκπαιδευμένα πριν βγουν στους δρόμους.

Ιδιαίτερη προσοχή –όσον αφορά τα εκπαιδευτικά προγράμματα– θα πρέπει να δοθεί στα αγόρια της παιδικής ηλικίας, τα οποία πολύ συχνά αποκτούν θάρρος δυσανάλογο με την ηλικία τους, συγκρινόμενα με άλλες ομάδες. Η επιβολή νόμων για το ποδήλατο, αν και δεν είναι δημοφιλής, έχει προφανή αξία και αποτελεί σημαντικό μέτρο πρόληψης των κακώσεων που οφείλονται στην ποδηλασία.

Επίσης, τα προστατευτικά εμπόδια, οι ποδηλατόδρομοι και ειδικοί σχεδιασμοί που διαχωρίζουν τους ποδηλάτες από την κυκλοφορία και τους πεζούς στις κατοικημένες περιοχές και το ευρύτερο περιβάλλον, είναι σημαντικά βήματα για τη συνολική αντιμετώπιση των κακώσεων στους ποδηλάτες.

Η αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων έχει αποδειχθεί, ειδικά στις Σκανδιναβικές χώρες, που έχουν ευρέως υιοθετηθεί. Αρχές διαφοροποίησης της κυκλοφορίας θα πρέπει να ενσωματωθούν στο σχεδιασμό των κατοικημένων περιοχών. Ωστόσο, και σε ήδη διαμορφωμένες περιοχές, θα μπορούσαν να εφαρμοστούν κάποια από αυτά τα μέτρα, έτσι ώστε να μειωθεί το ποσοστό των κακώσεων.

### 2.2.3. Το παιδί πεζός – Πρόληψη

Οι κακώσεις παιδιών, που σχετίζονται με την κυκλοφορία, είναι το πιο σοβαρό πρόβλημα θανάτων στο δυτικό κόσμο. Για να γίνει κατανοητό το πρόβλημα των κακώσεων των πεζών και για να ληφθούν αποτελεσματικά μέτρα, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και οι λειτουργοί της δημόσιας υγείας πρέπει να συνεργάζονται με τους μηχανικούς, τους αρμόδιους για την ασφάλεια και τους σχεδιαστές πόλεων. Το 80% των κακώσεων των πεζών σε παιδιά συμβαίνει κατά τη διάρκεια της ημέρας: οι περισσότερες από αυτές στο διάστημα του μεσημεριού, σε σύγκριση με τους εφήβους και τους ενήλικες στους οποίους συμβαίνουν λιγότερες από το 20% των θανατηφόρων κακώσεων σ' αυτή τη χρονική περίοδο.

Είναι πολύ σημαντικό να διδαχτεί το παιδί από πολύ μικρό τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας –σε ποιο σημείο μπορεί να διασχίσει ακίνδυνα το δρόμο, που θα παίξει με ασφάλεια. Η εκπαίδευση των παιδιών θα πρέπει να περιέχει γνώση και πρακτική εξάσκηση. Τα παιδιά πρέπει να κάνουν και να παρατηρούν τι κάνουν. Τα παιδιά θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε σωστούς χώρους και όχι στη σχολική αίθουσα, σε υποκατάστατα χώρου παιχνιδιού, έτσι ώστε να αντιλαμβάνονται τις πραγματικές συνθήκες. Στα προγράμματα αυτά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και η θετική ενίσχυση της συμπεριφοράς του παιδιού, π.χ. η σωστή συμπεριφορά του παιδιού στο δρόμο να συνοδεύεται από τον έπαινο του γονιού, ή του εκπαιδευτή.

Η εκπαίδευση του παιδιού μπορεί να αναφέρεται στα εξής:

- 1) Να μην παίζει ποτέ κοντά σε κλειστή στροφή.
- 2) Να μην κυνηγήσει την μπάλα εάν ξεφύγει στο δρόμο.
- 3) Να μην παίζει ποτέ πίσω από παρκαρισμένα αυτοκίνητα.
- 4) Να μην παίζει ποτέ δίπλα σε δρόμους με πολύ κίνηση.
- 5) Να μην πεταχτεί απότομα στο δρόμο εάν δει ένα αγαπημένο του πρόσωπο.
- 6) Να κοιτάει πάντα δεξιά και αριστερά το δρόμο πριν περάσει απέναντι.

Ωστόσο σημαντικότερο ρόλο στην πρόληψη διαδραματίζει όχι μόνο η συμπεριφορά του παιδιού αλλά και η συμπεριφορά των οδηγών, καθώς και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες.

Εκπαιδευτικά προγράμματα θα πρέπει να οργανωθούν και για τους οδηγούς, έτσι ώστε να τροποποιηθεί η συμπεριφορά τους και να συνειδητοποιήσουν ότι δεν είναι μόνο ευθύνη του πεζού να αποφύγει το αυτοκίνητο.

Σ' αυτή την προσπάθεια θα βοηθούσε και η επιλογή νόμων πιο αυστηρών αναφορικά με την κυκλοφορία, τον έλεγχο των οδηγών. Επίσης η σωστή διαμόρφωση και τοποθέτηση των χώρων παιχνιδιού –παιδικές χαρές κτλ.– για τα παιδιά –μακριά από πολυσύχναστους δρόμους, θα συντελούσε στη μείωση των κακώσεων στα παιδιά πεζούς.

#### **2.2.4. Συγκεκριμένες προτάσεις για την βελτίωση της οδικής ασφάλειας των παιδιών στην Ελλάδα**

Οι δρόμοι είναι επικίνδυνοι για τα παιδιά είτε ως πεζοί, είτε ως επιβάτες κάθε είδους οχήματος. Τα ατυχήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτου των παιδιών στην χώρα μας και τα τροχαία ατυχήματα είναι πρώτα στην λίστα των παιδικών ατυχημάτων, γι' αυτό είναι επιτακτική ανάγκη να βελτιωθεί η οδική ασφάλεια των παιδιών.

Για τα παιδικά τροχαία ατυχήματα συνήθως ευθύνονται οι ενήλικες, είτε επειδή δεν επιβλέπουν σωστά τα παιδιά τους, είτε επειδή είναι απρόσεκτοι οδηγοί, είτε δεν υπολογίζουν τα παιδιά με τις αδυναμίες τους όταν κατασκευάζουν και ρυθμίζουν το οδικό δίκτυο.

Η ενημέρωση και εκπαίδευση αφορά τόσο τα παιδιά όσο και τους ενήλικες (γονείς, δασκάλους, οδηγούς).

**Στα σχολεία να καθιερωθεί το μάθημα κυκλοφοριακής αγωγής.** Ιδανικά θα πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένα άτομα (π.χ. της Τροχαίας) σε συνδυασμό πάντα με εκπαιδευτικούς, ώστε να κάνει μεγαλύτερη εντύπωση στα παιδιά. Πρέπει, όμως, να είναι και ιδιαίτερα ενδιαφέρον (χρησιμοποιώντας και οπτικοακουστικά βοηθήματα) και προσαρμοσμένο στις ηλικίες των παιδιών. Θα πρέπει, επίσης, να συμπεριλαμβάνει διάλογο, ώστε τα παιδιά να μπορούν να κάνουν ερωτήσεις και να εκφράσουν την γνώμη τους και τις εμπειρίες τους.

**Δημιουργία πάρκων κυκλοφοριακής αγωγής για παιδιά.** Εκεί τα παιδιά θα μπορούν, σε ειδικά διαμορφωμένο περιβάλλον, να μαθαίνουν τους κανόνες κυκλοφοριακής αγωγής, χρησιμοποιώντας δίκυκλα για να έχει περισσότερο ενδιαφέρον. Θα μπορούν, επίσης, να λάβουν μέρος σε παιχνίδια και διαγωνισμούς, ακόμα και να παρακολουθήσουν κάποια ενημερωτική ταινία για να εμπεδώσουν αυτά που έχουν μάθει.

**Να εκσυγχρονιστεί η ύλη και ο τρόπος των εξετάσεων δίκυκλων μικρού κυβισμού.** Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τον Νόμο, τα παιδιά μπορούν από το 16<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, με εξετάσεις και με την συγκατάθεση των γονέων, να οδηγούν νόμιμα δίκυκλα χαμηλού κυβισμού. Εφόσον, κατόπιν αυτού, τα παιδιά κυκλοφορούν σε όλους τους αυτοκινητόδρομους, αυτές οι εξετάσεις θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα αυστηρές αλλά και εκσυγχρονισμένες, ώστε να καλύπτουν πλήρως τις υπάρχουσες συνθήκες οδικής κυκλοφορίας.

**Θα μπορούσε να υπάρξει και δίπλωμα για μικρούς ποδηλάτες που οδηγούν το ποδήλατό τους σε κεντρικούς δρόμους και όχι μόνο σε πάρκο, αυλή ή κήπο.** Έτσι μόνο μπορεί το κράτος να βοηθήσει στην σωστή εκπαίδευση οδικής κυκλοφορίας και για τα μικρά παιδιά (η εκπαίδευση σε αυτό το επίπεδο θα μπορούσε να γίνεται και από τα ίδια τα σχολεία).

**Μία ενδιαφέρουσα και συστηματική εκστρατεία πρόληψης παιδικών τροχαίων ατυχημάτων από τα ΜΜΕ,** που θα απευθύνεται ειδικά στα παιδιά, μπορεί να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα, εφόσον προσαρμόζεται στις διάφορες ηλικίες (προσχολική, σχολική και εφηβική).

**Σωστή ενημέρωση των οδηγών αυτοκινήτων για τους διάφορους τρόπους ασφαλούς δεσίματος των παιδιών στο αυτοκίνητο (π.χ. από ασφαλιστικές εταιρείες).** Είναι στατιστικά αποδεδειγμένο, ότι η σωστή χρήση του εξοπλισμού ασφαλείας για παιδιά στο αυτοκίνητο (ζώνες, καθίσματα) μπορεί, σε περίπτωση τροχαίου ατυχήματος, να μειώσει τον αριθμό των σοβαρών τραυματισμών μεταξύ 40-70% και τους θανάτους 50-90%.

## 2.2.5. Εκσυγχρονισμός κανόνων οδικής κυκλοφορίας σχετικούς με την ασφάλεια των παιδιών

**Αυστηρή τήρηση των κανόνων οδικής κυκλοφορίας.** Για να προφυλάξει τα παιδιά από τους κινδύνους της οδικής κυκλοφορίας, το κράτος έχει προβλέψει και έχει συντάξει σειρά κανόνων. Οι κανόνες οδικής κυκλοφορίας για να είναι αποτελεσματικοί, πρέπει να επιβάλλονται συνεχώς, αυστηρώς και χωρίς εξαιρέσεις π.χ.:

- Τα παιδιά πρέπει πάντα να κάθονται στο πίσω κάθισμα σωστά δεμένα.
- Τα παιδιά που οδηγούν ποδήλατο ή μοτοποδήλατο πρέπει πάντα να φορούν κράνος και τον απαραίτητο εξοπλισμό ασφαλείας.
- Τα παιδιά πρέπει πάντα να περνούν το δρόμο από την διάβαση των πεζών, όταν το φως είναι πράσινο κ.ο.κ.

**Διαμόρφωση του περιβάλλοντος.** Δυστυχώς, η εκπαίδευση των παιδιών στα θέματα σωστής οδικής συμπεριφοράς δεν είναι πάντα αποτελεσματική και αυτό διότι είναι αποδεδειγμένο ότι τα παιδιά κάτω των 8-9 ετών δεν έχουν την ωριμότητα να κρίνουν σωστά τους κινδύνους της οδικής κυκλοφορίας. Όταν μεγαλώσουν, ενώ γνωρίζουν πλέον τους κινδύνους, βρίσκονται στην ηλικία της πρόκλησης και της επίδειξης, με αποτέλεσμα να είναι και πάλι επιρρεπή στα τροχαία ατυχήματα. Γι' αυτό, διαμορφώνοντας ένα περιβάλλον πιο ασφαλές όσον αφορά την οδική κυκλοφορία, μπορεί να έχει ουσιαστικότερα αποτελέσματα.

### α. Διαμόρφωση χώρου γύρω από τα σχολεία:

- Δρόμοι μονής κατεύθυνσης
- Σωστή σήμανση
- Στένεμα του δρόμου (για αναγκαστική μείωση ταχύτητας)
- Τοποθέτηση σαμαριών
- Όριο ταχύτητας

- Διάβαση πεζών
- Προστατευτικό κιγκλίδωμα στην έξοδο του σχολείου
- Διαμόρφωση σωστών πεζοδρομίων
- Σχολικός τροχονόμος
- Χώρος στάθμευσης αυτοκινήτων (για τους γονείς που συνοδεύουν τα παιδιά τους).

### **β. Δημιουργία παιδότοπων**

Για να μην παίζουν τα παιδιά στους δρόμους, σωστά διαμορφωμένοι παιδότοποι που καλύπτουν τις ανάγκες όλων των ηλικιών (παιδική χαρά, χώρος για skateboard, γήπεδα κλπ.), θα συγκεντρώσουν τα παιδιά μακριά από τους κινδύνους της οδικής κυκλοφορίας.

### **γ. Να λαμβάνονται πάντα υπόψη οι ιδιαιτερότητες των παιδιών σε όλα τα σχέδια της πολεοδομίας**

- Κατασκευή πεζοδρομίων στις αγορές
- Απαγόρευση βαρέων οχημάτων σε κατοικημένες περιοχές
- Ειδικές λωρίδες για ποδηλάτες
- Σωστά πεζοδρόμια
- Όριο ταχύτητας
- Χώροι σταθμεύσεως για να μην παρκάρουν τα αυτοκίνητα στους δρόμους
- Στις κατοικημένες περιοχές να μην υπάρχει πρόσβαση στις σιδηροδρομικές γραμμές
- Όπου υπάρχουν γέφυρες να είναι σωστά ασφαλισμένες προς αποφυγή πτώσεων
- Σωστά μελετημένοι χώροι για την ανέγερση, γυμναστηρίων και παιδότοπων



### 2.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΕΣ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Υπάρχουν πολλά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν αντιμετωπίζουμε ένα παιδί-θύμα τραυματισμού. Τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα αφορούν στατιστικά στο 38% των γενικότερων τραυματισμών.

Το μέγεθος του παιδιού δημιουργεί μικρότερο στόχο για τις δυνάμεις που αναπτύσσονται από επιφάνειες όπως προφυλακτήρες, πεζοδρόμια κ.ά. Λόγω του ελάχιστου σωματικού λίπους, της μικρής απόστασης μεταξύ των οργάνων, οι δυνάμεις αυτές δεν κατανέμονται ικανοποιητικά όπως στον ενήλικα και συνεπώς μεταφέρουν υψηλά ποσά ενέργειας σε πολλά όργανα ταυτόχρονα. Ο σκελετός του παιδιού είναι λιγότερο ικανός να απορροφήσει τις κινητικές δυνάμεις που εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια ενός τραυματισμού και μπορεί να επιτρέψει τη δημιουργία σημαντικών εσωτερικών βλαβών, ενώ ο τραυματισμός εξωτερικά φαίνεται ασήμαντος (Elmer and Gregg, 1987).

Οι ψυχολογικές προεκτάσεις της φροντίδας ενός παιδιού αποτελούν σίγουρα πρόκληση. Στο μικρό παιδί ο πόνος, ο φόβος μπορεί να οδηγήσουν σε αμυντική συμπεριφορά (Elmer and Gregg, 1987).

Επίσης, σημαντικό πρόβλημα για το τραυματισμένο παιδί είναι οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει ο τραυματισμός στη συμπεριφορά του. Το παιδί πρέπει να ξεπεράσει τον τραυματισμό του και να συνεχίσει τη φυσιολογική διαδικασία ανάπτυξης του σώματος. Οι επιπτώσεις του τραυματισμού στη φυσιολογική διαδικασία ανάπτυξης υπό τη μορφή μακροχρόνιας δυσλειτουργίας, ή της αναπτυξιακής ανωμαλίας, δεν μπορούν να παραβλεφθούν. Παιδιά που υφίστανται ακόμα και ασήμαντους τραυματισμούς, μπορεί να παρουσιάσουν παρατεταμένη δυσλειτουργία σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης τους (Elmer and Gregg, 1987).

Το αποτέλεσμα της φροντίδας που παρέχεται στο παιδί που έχει τραυματιστεί, εξαρτάται από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας κατά τα πρώτα λεπτά του τραυματισμού του.

### 2.3.1. Υποξία

Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση ενός παιδιού-θύμα τραυματισμού είναι η επιβεβαίωση ανοιχτών αεραγωγών. Τα παιδιά που έχουν τραυματιστεί μπορεί να φτάσουν σε στάδιο πλήρους άπνοιας. Όταν έχει διασφαλιστεί ο ανοιχτός αεραγωγός, είναι απαραίτητη η αξιολόγηση του ρυθμού και του βάθους της αναπνοής.

Όταν επέρχεται υποξία, γίνεται μια έντονη αύξηση του αναπνευστικού έργου για να αντισταθμιστεί η υποξία, με αποτέλεσμα η προσπάθεια αυτή να προκαλέσει αναπνευστική ανεπάρκεια. Η ταχύπνοια μαζί με σημάδια έντονης αναπνευστικής προσπάθειας μπορεί να αποτελούν ενδείξεις αναπνευστικής δυσκολίας.

Η αναπνευστική προσπάθεια μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής:

- λαχάνιασμα
- πλατιά ρουθούνια
- ροχαλητό.

Ενώ, η αποτελεσματικότητα των αναπνοών του παιδιού μπορεί να αξιολογηθεί με τους εξής δείκτες:

α) Χρώμα δέρματος > ροζ υποδηλώνει επαρκή οξυγόνωση ενώ, κυανωτικό χρώμα υποδηλώνει ανεπαρκή ανταλλαγή αερίων.

β) Επίπεδο συνείδησης > υπερκινητικός, μειωμένο επίπεδο συνείδησης, λήθαργος, υποδηλώνουν προχωρημένη υποξία (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Δοξιάδης, 1986· Γολεμάτης, 1990).

### 2.3.2. Αιμορραγία

Το ποσοστό επιβίωσης μετά από κάκωση με μεγάλη αιμορραγία είναι πολύ μικρό στα παιδιά. Η αιμορραγία μπορεί να προέρχεται είτε από ένα εξωτερικό τραύμα, ένα ενδοθωρακικό ή ενδοκοιλιακό τραύμα.

Τέσσερα είναι τα βασικά βήματα προκειμένου να δράσει κάποιος αποτελεσματικά σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης:

- α) Σωστή εκτίμηση της κατάστασης
- β) Απομάκρυνση κάθε πηγής κινδύνου από το παιδί
- γ) Αντιμετώπιση των πιο σοβαρών τραυμάτων
- δ) Εξασφάλιση βοήθειας.

Κάθε αιμορραγία που προκαλείται για οποιονδήποτε λόγο σε ένα παιδί πρέπει να αντιμετωπίζεται χωρίς καθυστέρηση (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Δοξιάδης, 1986· Γολεμάτης, 1990).

### 2.3.3. Κάκωση σπονδυλικής στήλης

Η ένδειξη για ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης σε τραυματισμένο παιδί, βασίζεται στο μηχανισμό κάκωσης, στην παρουσία άλλων κακώσεων που υποδηλώνουν βίαιη ή απότομη κίνηση της κεφαλής του αυχένα ή του κορμού, ή στην παρουσία συγκεκριμένων ενδείξεων τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης όπως παραμόρφωση ή πόνος. Η σωστή εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση μιας ασταθούς σπονδυλικής στήλης αποτελείται από ακινητοποίηση με τα χέρια, εφαρμογή κολάρου στον αυχένα, και ακινητοποίηση του ασθενούς σε άκαμπτο φορείο, έτσι ώστε η κεφαλή, ο αυχένας, ο κορμός, η λεκάνη και τα πόδια να διατηρούνται ευθυγραμμισμένα και σε ουδέτερη θέση. Όλα αυτά πρέπει να επιτευχθούν χωρίς να εμποδίζεται η αναπνευστική λειτουργία, η δυνατότητα να ανοίγει το στόμα ή οποιαδήποτε άλλη διαδικασία αναζωογόνησης.

Όταν τα μικρά παιδιά τοποθετούνται σε άκαμπτη επιφάνεια, το μεγαλύτερο μέγεθος του κρανίου, σε σχέση με τη σπονδυλική στήλη, θα φέρει το κεφάλι σε θέση κάμψης. Γι' αυτό θα πρέπει να τοποθετούνται μαξιλάρια κάτω από τον κορμό για να τον ανυψώσουν και να φέρουν το κεφάλι σε ευθεία με το υπόλοιπο σώμα. Αυτά τα μαξιλαράκια πρέπει να εκτείνονται σ' όλο το μήκος του κορμού, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η σταθερότητα της σπονδυλικής στήλης πάνω σε μια επίπεδη, σταθερή και συνεχή βάση. Επίσης, απαραίτητο είναι να τοποθετούνται μαξιλάρια και στα πλάγια του παιδιού για να αποφευχθούν τυχόν

κινήσεις όταν κινείται το φορείο (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

#### **2.3.4. Θωρακικές κακώσεις**

Ο υψηλός δείκτης υποξίας είναι το κλειδί για τη διάγνωση τέτοιου είδους τραυματισμών. Εάν κάποιο παιδί δεχθεί κάποιο ισχυρό χτύπημα στην περιοχή του θώρακα, θα πρέπει να παρακολουθείται για σημεία αναπνευστικής δυσκολίας ή shock. Το παιδί πρέπει να μεταφέρεται στο νοσοκομείο χωρίς καθυστέρηση για να γίνει ακτινολογικός έλεγχος καθώς και έλεγχος της καρδιοαναπνευστικής του λειτουργίας (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

##### 2.3.4.α. Τραύμα στο στήρνο

Ο τραυματισμός στο στήρνο πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια εξαιρετικά σοβαρή και επικίνδυνη κατάσταση. Ένα τέτοιο τραυματισμό μπορεί να ακολουθήσουν shock, αναπνευστικά προβλήματα, πνευμονική κατάρρευση.

Τοποθετείται το παιδί σε ημικαθιστή θέση και υποστηρίζεται την πληγή με γάζα την οποία καλύπτετε με το χέρι σας. Είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί μια αεροστεγής κάλυψη, έτσι ώστε να εμποδιστεί η εισροή αέρα στην κοιλότητα. Εφαρμόζετε μια γάζα στην πληγή και καλύπτετε τη γάζα με ένα κομμάτι ζελατίνα ή νάιλον και κολλάτε με λευκοπλάστ. Γέρνετε το παιδί προς την τραυματισμένη πλευρά και το στηρίζετε με μαξιλάρια. Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του, αφού ελέγξετε την αναπνοή και το σφυγμό του, ετοιμάζεστε για αναζωογόνηση (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Feldman and Brewer, 1994).

##### 2.3.4.β. Κατάγμα πλευρών

Ενδείξεις κατάγματος πλευρών: πόνος κατά την αναπνοή, πληγή στην περιοχή του κατάγματος, σημάδια shock εξαιτίας εσωτερικής αιμορραγίας.

Υποστηρίξτε το βραχίονα της τραυματισμένης πλευράς με **ανορθωτικό επίδεσμο τύπου θηλιάς** και καλείτε ασθενοφόρο. Εάν υπάρχει ανοιχτή πληγή στο θώρακα, καλύπτετε με γάζα και δημιουργείτε αεροστεγή κάλυψη. Προηγουμένως έχει τοποθετηθεί το παιδί σε ημικαθιστή θέση και υποστηρίζεται με μαξιλάρια. Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του, ελέγχετε την αναπνοή και το σφυγμό και ετοιμάζεστε για αναζωογόνηση (Feldman and Brewer, 1994· Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 2.3.5. Κακώσεις της κοιλιακής χώρας – Εσωτερική αιμορραγία

Η παρουσία ασταθούς λεκάνης, μετατραυματικής κοιλιακής διάτασης, ακαμψίας και ευαισθησίας μπορεί να θεωρηθεί ως συσχετιζόμενο με πιθανή ενδοκοιλιακή αιμορραγία.

Τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα και εναποθέτετε ένα μαξιλάρι κάτω από τα πόδια, κάμπτοντας τα γόνατα για να είναι χαλαρή η κοιλιακή χώρα και να εμποδίζεται το τέντωμά της. Εφαρμόζετε γάζες πάνω στην πληγή και πιέζετε εάν το παιδί ετοιμάζεται να βήξει ή να κάνει εμετό.

Σταθεροποιείτε το επιδεσμικό υλικό πάνω στην πληγή με λευκοπλάστ, ενώ σε περίπτωση που μέρος των εντέρων είναι ορατό μέσα από την πληγή, σκεπάζετε με ζελατίνα και στερεώνετε με λευκοπλάστ. Εάν ο τραυματισμός είναι σοβαρός μπορεί να προκληθεί εσωτερική αιμορραγία σημεία αναγνώρισης της οποίας αποτελούν: ρίγος, ωχρότητα, ταχύπνοια, ανησυχία, και πιθανόν το παιδί να χάσει τις αισθήσεις του. Σε περίπτωση αναγνώρισης σημείων εσωτερικής αιμορραγίας ενεργείτε ως εξής: τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα με το κεφάλι πιο χαμηλά από το υπόλοιπο σώμα και ανυψώνετε τα πόδια του, υποστηρίζοντάς τα σε κάποιο αντικείμενο ή σε μαξιλάρια. Χαλαρώνετε τα ενδύματά του και το σκεπάζετε με κουβέρτες για να παραμείνει ζεστό. Παρακολουθείτε την αναπνοή και το σφυγμό του. Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του ετοιμάζεστε για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 2.3.6. Κακώσεις των άκρων

Στις περιπτώσεις παιδιών με μεμονωμένη κάκωση οποιουδήποτε άκρου, και η μικρότερη σκελετική βλάβη απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη. Λόγω της πιθανότητας να παραβλεφθεί κάποια κάκωση στα οστά ή τρώση κάποιου αγγείου, με αποτέλεσμα να εμποδιστεί η ομαλή ανάπτυξη του άκρου, τέτοιου είδους κακώσεις απαιτούν προσεκτική εξέταση και αξιολόγηση στο νοσοκομείο. Σε παιδί με πολλά τραύματα, η προσοχή πρέπει, ωστόσο, να εστιαστεί στις επείγουσες ανάγκες και να μην ξεγελαστεί από τη φαινομενικά σοβαρή παραμόρφωση που συνοδεύει αρκετές φορές τους τραυματισμούς των άκρων. Η ακατάσχετη αιμορραγία αποτελεί την πιο σημαντική απειλή για τη ζωή του παιδιού που έχει υποστεί κάκωση των άκρων (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

#### 2.3.6.α. Ακρωτηριασμός

Εφαρμόζετε πίεση στο τραύμα χρησιμοποιώντας γάζες για να ελέγξετε την αιμορραγία. Τοποθετείτε το τραυματισμένο μέλος σε υψηλότερο επίπεδο από το επίπεδο της καρδιάς και επιδένετε την πληγή με λευκοπλάστ και επιδεσμικό υλικό. Τοποθετείτε, στη συνέχεια, το ακρωτηριασμένο μέλος σε καθαρή πλαστική σακούλα την οποία τυλίγετε με ένα κομμάτι ύφασμα. Βάζετε ένα σακουλάκι με πάγο γύρω από το ύφασμα για να διατηρηθεί το αποκομμένο μέλος μέχρι να φτάσει στο νοσοκομείο. Τοποθετείτε το πακέτο σε ένα δοχείο, αναγράφετε το χρόνο ακρωτηριασμού και το όνομα και το μεταφέρετε στο νοσοκομείο. Απαραίτητη προϋπόθεση για να διατηρηθεί το ακρωτηριασμένο μέλος και να είναι δυνατή η επανασυγκόλληση, είναι η άμεση διακομιδή στο νοσοκομείο. Το ακρωτηριασμένο μέλος δεν πλένεται και δεν τοποθετείται απευθείας πάνω στον πάγο (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Γολεμάτης, 1990).

### 2.3.6.β. Κάταγμα ποδιού

Τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα και υποστηρίζετε τις αρθρώσεις του γόνατος και του αστραγάλου. Τοποθετείτε δύο μεγάλες πετσέτες τυλιγμένες σε ρολό στις δύο πλευρές εσωτερικά και εξωτερικά του ποδιού. Κρατάτε το παιδί ακίνητο μέχρι την άφιξη βοήθειας.

Τοποθέτηση αυτοσχέδιου νάρθηκα στο πόδι: τοποθετείτε πετσέτες τυλιγμένες σε ρολά στην εσωτερική μεριά του ποδιού. Φέρνετε το υγιές μέλος κατά μήκος του τραυματισμένου και επιδένετε τα πόδια με την πετσέτα ανάμεσα. Αρχικά επιδένετε τους αστραγάλους με τον επίδεσμο σε σχήμα 8 για να ακινητοποιήσετε το πόδι. Στη συνέχεια, τοποθετείτε πλατύς επίδεσμοις γύρω από το γόνατα και το τραύμα (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 2.3.6.γ. Κάταγμα βραχίονα – αγκώνα – χεριού

**Βραχίονας:** Τοποθετείτε το παιδί σε καθιστή θέση και του λέτε να υποστηρίξει το βραχίονα που έχει τραυματιστεί με το άλλο του χέρι. Τοποθετείτε μια πετσέτα μεταξύ βραχίονα και στέρνου και υποστηρίζετε το τραυματισμένο μέλος με **ανορθωτικό επίδεσμο τύπου θηλιάς** (Εικόνα 5). Τέλος, τοποθετείτε έναν πλατύ επίδεσμο γύρω από το βραχίονα και το στέρνο του παιδιού και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο.

**Αγκώνας:** Τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα με το τραυματισμένο μέλος κατά μήκος του σώματος. Δεν ευθείάζετε τον αγκώνα και δεν τον τοποθετείτε σε κάμψη. Τοποθετείτε ένα πλατύ επίδεσμο γύρω από το στήθος και το βραχίονα και ένα δεύτερο γύρω από τον καρπό και το γοφό και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994).

**Χέρι:** Τυλίγετε το τραυματισμένο χέρι με μια μαλακή πετσέτα και εάν υπάρχει αιμορραγία πιέζετε για λίγο. Στη συνέχεια τοποθετείτε το χέρι ψηλά και στηρίζετε με ανορθωτικό επίδεσμο τύπου θηλιάς. Στερεώνετε τον ανορθωτικό επίδεσμο με έναν πλατύ επίδεσμο με τον οποίο επιδένετε το στήθος και το

βραχίονα, για να εμποδιστεί η κίνηση του τραυματισμένου μέλους και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Χαρτοφλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994).



*Εικόνα 5. Ανορθωτικός επίδεσμος τύπου θηλιάς*

### **2.3.7. Κάταγμα κρανίου – Διάσειση**

Τα κατάγματα στο κρανίο απαιτούν άμεση ιατρική φροντίδα, καθώς μπορεί να προκαλέσουν δυνητικά απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές όπως εγκεφαλικό αιμάτωμα.

Σημεία και συμπτώματα κατάγματος κρανίου είναι: μώλωπες στο κεφάλι, απώλεια συνείδησης, παραμόρφωση του κεφαλιού, καθαρό υγρό που ρέει από τη μύτη και το αυτί.

Αντιμετώπιση: Αρχικά ενημερώνετε το γιατρό. Στη συνέχεια ελέγχετε την αναπνοή και το σφυγμό και ετοιμάζεστε για αναζωογόνηση. Παραμένετε κοντά στο παιδί και παρατηρείται τυχόν αλλαγές στην κατάστασή του μέχρι την άφιξη βοήθειας.

Η διάσειση μπορεί να προκληθεί από δυνατό χτύπημα στο κεφάλι, το οποίο πιθανόν να προκαλέσει κίνηση του μυαλού. Τη διάσειση πιθανόν να ακολουθήσει απώλεια αισθήσεων για σύντομο χρονικό διάστημα. Στο παιδί που



διατηρεί τις αισθήσεις του, τοποθετείτε κρύες κομπρέσες στο σημείο του τραύματος και παρακολουθείτε τη γενικότερη κατάσταση του παιδιού για λίγα λεπτά. Εάν το παιδί δεν επικοινωνεί με το περιβάλλον για λίγα δευτερόλεπτα, καλείτε αμέσως το γιατρό. Μόλις συνέλθει το παιδί, προσπαθείτε να το κρατήσετε ήρεμο και παρατηρείτε τη συμπεριφορά του. Παραμένετε κοντά του μέχρι την άφιξη βοήθειας. Σε περίπτωση που το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του, ανοίγετε τις αναπνευστικές οδούς, ελέγχετε την αναπνοή και το σφυγμό του και ετοιμάζεστε για αναζωογόνηση (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 2.3.8. Κάταγμα μύτης – ζυγωματικού –σιαγόνα

**Μύτη:** Τοποθετείτε κρύες κομπρέσες στο τραυματισμένο σημείο για τη μείωση του οιδήματος και κρατάτε για 30 λεπτά. Εάν η μύτη αιμορραγεί, κλείνετε τα ρουθούνια μέχρι να σταματήσει η αιμορραγία. Εάν το παιδί πονάει, τοποθετείτε ένα κομμάτι ύφασμα ή πετσέτα βρεγμένη για να μαζέψει το αίμα, γέρνοντας το κεφάλι του παιδιού προς τα εμπρός. Στη συνέχεια μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο.

**Σιαγόνα:** Αναγνώριση κατάγματος σιαγόνας: οίδημα, πιθανή μετακίνηση των δοντιών. Αντιμετώπιση: Γέρνετε το κεφάλι του παιδιού προς τα εμπρός και υποστηρίζετε την περιοχή με μια πετσέτα την οποία κρατάτε με το χέρι σας. Ενθαρρύνετε το παιδί να αφήσει τα υγρά από το στόμα (αίμα, σάλιο) να τρέξουν έξω και όχι να τα καταπίνει. Δεν επιδένετε την πετσέτα, σε περίπτωση που το παιδί θέλει να κάνει εμετό. Μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο υποστηρίζοντας, σε όλη τη διαδρομή, την τραυματισμένη περιοχή (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 2.3.9. Κάταγμα λεκάνης

Ενδείξεις κατάγματος λεκάνης: πόνος, αδυναμία βαδίσματος, αιμορραγία από την ουρήθρα. Μπορεί να προκληθεί και εσωτερική αιμορραγία από τέτοιου είδους τραυματισμούς.

Τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα και τοποθετείτε πετσέτες τυλιγμένες ρολά ανάμεσα στα πόδια και επιδένετε (όπως και στο κάταγμα στα πόδια). Δεν επιδένετε εάν προκαλείται πόνος. Παραμένετε κοντά στο παιδί, παρατηρείτε τη γενικότερη συμπεριφορά του για να εντοπίσετε τυχόν σημάδια shock που μπορεί να προκληθεί εξαιτίας εσωτερικής αιμορραγίας και ενεργείτε ανάλογα (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### **2.3.10. Κάταγμα κλείδας – ώμου**

Τοποθετείτε το παιδί σε καθιστή θέση και φέρνετε το βραχίονα της τραυματισμένης πλευράς διαγώνια στο στήθος. Τοποθετείτε ανορθωτικό επίδεσμο τύπου θηλιάς και υποστηρίζετε. Στη συνέχεια, δένετε έναν πλατύ επίδεσμο γύρω από το βραχίονα και το σώμα και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### **2.3.11. Τραυματισμός στην πλάτη και το λαιμό**

Δεν μετακινείτε το παιδί παρά μόνο αν είναι αναγκαίο (εάν υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του). Λέτε στο παιδί να μην κινείται και κρατώντας το κεφάλι του στην ίδια ευθεία με τη σπονδυλική στήλη, σταθεροποιείτε και υποστηρίζετε το λαιμό και το κεφάλι.

Κρατάτε σ' αυτή τη θέση το κεφάλι μέχρι την άφιξη βοήθειας. Εάν υπάρχει κάποιος άλλος κοντά, ζητάτε να τυλίξει σε ρολά μεγάλες πετσέτες και να τις βάλει γύρω από το λαιμό και τους ώμους για υποστήριξη.

Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του, κρατάτε το κεφάλι σε ευθεία γραμμή με τη σπονδυλική στήλη και βάζοντας δύο δάχτυλα κάτω από την κάτω γνάθο, τη σηκώνετε απαλά για να ανοίξετε τις αναπνευστικές οδούς. Με το άλλο χέρι γέρνετε ελαφρά το κεφάλι προς τα πίσω. Ελέγχετε την αναπνοή και το σφυγμό, κρατώντας πάντα το κεφάλι του παιδιού με το ένα χέρι και ετοιμάζεστε για αναζωογόνηση (Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Δοξιάδης, 1986).

### 2.3.12. Στραμπουλιγμένος αστράγαλος, μώλωπες, πρηξίματα

Τοποθετείτε το παιδί σε καθιστή θέση και αφαιρείτε τα υποδήματα και τις κάλτσες προτού εμφανιστεί το οίδημα. Για να μειωθεί το οίδημα, τοποθετείτε κρύες κομπρέσες και στη συνέχεια εναποθέτετε γάζες τις οποίες στερεώνετε με επίδεσμο γύρω από τον αστράγαλο. Κρατάτε το πόδι ανυψωμένο και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Χαρτοφυλλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

**ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

### 3.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η κοινή αντίληψη θέλει –κατά τεκμήριο– τα σπίτια ως τους πλέον ασφαλείς χώρους για τα παιδιά. Τα αποτελέσματα των ερευνών, όμως, καταρρίπτουν αυτή την παραδοχή και οι ειδικοί κρούουν των κώδωνα του κινδύνου. Τα ατυχήματα στο σπίτι και το οικείο οικογενειακό περιβάλλον, όπως μαρτυρούν οι στατιστικές, αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου στην παιδική ηλικία και την πιο συχνή αιτία αναπηρίας.

Τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα σε ποσοστό 60-80% σημειώνονται μέσα στο σπίτι. Γι' αυτό δεν ευθύνεται μόνο η ιδιομορφία του παιχνιδιού των παιδιών σ' αυτό, αλλά και ο χώρος. Οι πλέον επικίνδυνες ηλικίες είναι από 2-3 ετών και 11-15. Τα αγόρια πέφτουν συχνότερα θύματα τέτοιων ατυχημάτων απ' ό,τι τα κορίτσια (Alpert and Guyer, 1995).

Τα ατυχήματα που παθαίνουν τα βρέφη ως 12 μηνών οφείλονται συνήθως σε πτώση ή ασφυξία. Στα παιδιά ενός έως πέντε ετών, συνηθέστερα είναι τα εγκαύματα (το 80% συμβαίνει στην κουζίνα), οι δηλητηριάσεις και τα δάγματα εντόμων. Για τις ηλικίες από 5-14 ετών, τα περισσότερα ατυχήματα οφείλονται σε πνιγμό και ασφυξία (Alpert and Guyer, 1995).

Πράγματι το σπίτι κρύβει πολλές παγίδες γι' αυτό, άλλωστε, ποικίλουν και οι μορφές των ατυχημάτων που συναντά κανείς στους χώρους του.

Τα ατυχήματα από πτώσεις είναι συνηθέστατα στους χώρους του σπιτιού, ιδιαίτερα στα μικρά παιδιά που προσπαθούν να κάνουν τα πρώτα τους βήματα. Το σπίτι πράγματι είναι ένα επικίνδυνο περιβάλλον για τα παιδιά που αρχίζουν να περπατούν. Κυριαρχούν οι κακώσεις από τις σκάλες, ενώ τα κρεβάτια, τα τραπέζια και οι καρέκλες είναι συνηθισμένα αντικείμενα κάκωσης. Δεν λείπουν και οι περιπτώσεις όπου βρέφη έπεσαν από τα ειδικά τραπέζια που τα τοποθετούν για να τα αλλάζουν, πολλά από τα οποία μεταφέρονται στο νοσοκομείο (Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).

Οι σκάλες είναι η πιο συνηθισμένη τοποθεσία τραυματισμού, επίσης επικρατούν τα έπιπλα –ιδίως εκείνα με αιχμηρές γωνίες– κρεβάτια κτλ. Επιπλέον, μικρά χαλάκια, γλιστερά δάπεδα, σε συνδυασμό με επικίνδυνα παιχνίδια των παιδιών ή κυνηγητό στο σπίτι, έχουν ολέθρια αποτελέσματα. Ακόμα, η πρόσκρουση σε εύθραυστα αντικείμενα, σε τζαμαρίες, εσωτερικές

πόρτες, γυάλινα σκεύη που σπάζουν και τραυματίζουν, μπορεί να τραυματίσει σοβαρά το παιδί. Επίσης, το σκαρφάλωμα στα παράθυρα σε συνάρτηση με αραιά κάγκελα μπορεί να έχει μοιραία κατάληξη, μιας και οι πτώσεις από τα παράθυρα είναι συνήθως θανατηφόρες ή καταστροφικές/ (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994· Helfer and Kempe, 1996).

Παράλληλα, δίστανται οι απόψεις σε ό,τι αφορά τη χρήση της **στράτας**. Υπολογίζεται πως πωλούνται 1 εκατομμύριο στράτες κάθε χρόνο, ενώ πρόσφατη έρευνα αποκάλυψε ότι χρησιμοποιούνται από το 77% των βρεφών ηλικίας 5-15 μηνών. Οι περισσότεροι παιδίατροι συνιστούν στους γονείς να αποφεύγουν να βάζουν τα παιδιά στη στράτα, διότι πολλά παιδιά τραυματίστηκαν όταν ήταν πάνω σ' αυτή. Άλλωστε, είναι πολύ εύκολο τα παιδιά να πέσουν απ' τη στράτα κατά την προσπάθειά τους π.χ. να πιάσουν ένα αντικείμενο ή να βρεθούν σε ανώμαλη επιφάνεια. Επίσης, έχουν αναφερθεί κακώσεις στους αστραγάλους παιδιών που τη χρησιμοποιούσαν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέλος, είναι συχνότερες οι πτώσεις από σκάλες, ενώ δεν έχει τελικά αποδειχτεί αν οι στράτες βοηθούν τελικά τα παιδιά να κάνουν τα πρώτα τους βήματα, αντίθετα, ορισμένοι παιδίατροι υποστηρίζουν πως ευθύνεται για μια καθυστέρηση περίπου πέντε εβδομάδων στην ανάπτυξη της αδρής κινητικότητας των βρεφών (κάθισμα, μπουσούλισμα, περπάτημα) (Elmer and Gregg, 1987).

Οι πτώσεις βρέθηκαν να είναι συχνότερες στα αγόρια και η σχέση των πτώσεων των αγοριών προς τις πτώσεις των κοριτσιών αύξανε με την ηλικία. Ωστόσο, η σχέση των φύλων μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία. Επίσης, η συχνότητα των πτώσεων είναι η μισή στις αγροτικές περιοχές και τα προάστια σε σχέση με τις αντίστοιχες των αστικών κέντρων (Elmer and Gregg, 1987· Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994).

Επιπλέον, η συχνότητά τους αυξάνει κατά την άνοιξη και νωρίς το καλοκαίρι. Το 70% των πτώσεων από παράθυρο συμβαίνουν τον Ιούνιο, Ιούλιο και Αύγουστο. Η κορύφωση της επίπτωσης κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού αντικατοπτρίζει το εποχιακό διάγραμμα που ισχύει για όλες τις κακώσεις που συμβαίνουν στα παιδιά. Παράλληλα, μελέτες που έγιναν το 1999 στις Η.Π.Α. πάνω στις κακώσεις της κεφαλής, έδειξαν μια κορύφωση του ρυθμού των πτώσεων μεταξύ των ωρών από το μεσημέρι μέχρι το βράδυ. Οι ώρες αιχμής

των επισκέψεων στα τμήματα Άμεσης Ανάγκης ήταν μεταξύ 6 και 8 το απόγευμα, αν και παρουσιάστηκε αύξηση σταθερή των πτώσεων καθώς προχωρούσε η μέρα (Elmer and Gregg, 1987· Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994).

Τέλος, 'η νοσηρότητα από πτώσεις είναι μεγάλη.' Οι πτώσεις είναι η συχνότερη αιτία κάκωσης –σε ασθενείς που τραυματίστηκαν στο σπίτι– που αναγκάζει όλους τους ασθενείς, όλων των ηλικιών να προσέλθουν σε τμήμα Άμεσης Βοήθειας. 'Συνήθως τα αποτελέσματα των πτώσεων ποικίλουν από απλά κοψίματα, μώλωπες, "καρούμπαλα" στο ευαίσθητο κρανίο των παιδιών, μέχρι κατάγματα, διαστρέμματα, πιο βαριές κακώσεις της κεφαλής, επιληψία –η επιληψία έχει συσχετιστεί με κακώσεις της κεφαλής– νυκτερινούς σπασμούς ή σε προβλήματα στο σχολείο.' Αυτά εμφανίζονται συνήθως 1 χρόνο μετά την κάκωση και αφορούν ατελή συγκέντρωση, δυσκολίες στη μάθηση, ευερεθιστότητα, αλλαγές της προσωπικότητας ή σε βαρύτερες περιπτώσεις διαταραχές της ομιλίας και οπτικές ή ακουστικές διαταραχές (Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).

**Πίνακας 6. Από πού πέφτουν τα παιδιά που παθαίνουν κάκωση της κεφαλής**

ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ	ΣΗΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
1	Σκάλες	328	42
2	Έπιπλα	215	28
3	Κρεβάτια ενηλίκων/τραπέζια αλλαγής	136	18
4	Δέντρα	34	4
5	Ποδήλατα	23	4
6	Παράθυρα	21	3
7	Κινητές σκάλες	8	1
8	Καθίσματα για βρέφη	6	1
9	Στέγες	2	–

ΠΗΓΗ: Extracted charts V.A.

### Πίνακας 7. Πού προσκρούει το κεφάλι των παιδιών

ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ	ΣΗΜΕΙΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ	%
1	Έπιπλο	504	49
2	Τσιμέντο/άσφαλτος	334	32
3	Τούβλο	71	7
4	Μεταλλικό αντικείμενο	59	6
5	Πέτρα	50	5
6	Εξοπλισμός για την ψυχαγωγία	14	1

ΠΗΓΗ: Extracted charts V.A.

Έκτός από τις πτώσεις μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά και από ατυχήματα που σχετίζονται με **δηλητηριάσεις**. Σε έρευνες που έγιναν το 1999 φάνηκε ότι το 91,2% των δηλητηριάσεων συμβαίνουν μέσα στο σπίτι. Περισσότερο από το 80% των περιπτώσεων παιδικών δηλητηριάσεων που καταγράφονται κάθε χρόνο δεν φθάνουν ποτέ στα νοσοκομεία, αφού οι ειδικοί των Κέντρων Δηλητηριάσεων μπορούν να καθοδηγήσουν τηλεφωνικώς τους γονείς, ώστε να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά το πρόβλημα στο σπίτι τους. Κάθε χρόνο αναφέρονται περίπου 35.000 περιπτώσεις δηλητηριάσεων, σημαντικό ποσοστό των οποίων από παιδιά, και οφείλονται κυρίως σε κατάποση φαρμάκων, υγρών καθαρισμού, καλλυντικών που από απροσεξία των γονέων βρίσκονται εκτεθειμένα σε σημεία που μπορεί εύκολα να προσεγγίσει το παιδί. Όσο για τα πιο "αγαπημένα" δηλητήρια των παιδιών, αυτά είναι το σαπούνι, η οδοντόκρεμα, οι κρέμες ξυρίσματος, τα κραγιόν, τα κεριά, το μελάνι καθώς και οι κολόνιες. Τα φάρμακα και δη τα ηρεμιστικά και τα αντιβιοτικά παραμένουν η κύρια αιτία δηλητηριάσεων (45,9%), ενώ ακολουθούν τα είδη οικιακής χρήσεως (22,9%), διάφορες χημικές ουσίες και καλλυντικά (12,8%). Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στις δηλητηριάσεις από φυτά, όπου το πρόβλημα σχεδόν μονοπωλείται από την κατανάλωση κυρίως μανιταριών, (Blaiss and de Sharo, 1988· Helfer and Kempe, 1996).

Σε ό,τι αφορά τις πιο επικίνδυνες χρονικές περιόδους, ο Ιούνιος και ο Ιούλιος είναι οι πιο επικίνδυνοι μήνες.



Παράλληλα, έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας στα παιδιά, ιδιαίτερα σ' εκείνα κάτω των 5 ετών, αποτελούν τα εγκαύματα που γίνονται μέσα στο σπίτι. Ο χώρος του σπιτιού κρύβει σοβαρούς κινδύνους για την υγεία του παιδιού, τους οποίους σε αρκετές περιπτώσεις οι γονείς υποτιμούν. Το πρόβλημα παίρνει τεράστιες διαστάσεις αν σκεφθεί κανείς ότι τα εγκαύματα μπορεί να προκαλέσουν παραμορφώσεις και αναπηρίες με σημαντικές επιπτώσεις στη μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού (Hight, Bakalar and Lloyd, 1989· Helfer and Kempe, 1996).

Παιδιά εργαζόμενων μητέρων με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζουν υπερδιπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με τα υπόλοιπα. Επίσης, τα παιδιά πολύ μικρής ηλικίας αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν έγκαυμα. Τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα (2/3) που προκαλούν έγκαυμα συμβαίνουν στο χώρο της κουζίνας. Συχνότερες αιτίες αναφέρονται τα καυτά υγρά ή φαγητά, η επαφή με το ηλεκτρικό σίδερο και τις συσκευές οικιακής θέρμανσης, το καυτό νερό της βρύσης, ενώ επικίνδυνο είναι και ένα αναμμένο τσιγάρο, αφημένο σε τασάκι, σ' ένα τραπέζι χαμηλό, όπου μπορεί να φτάσει το παιδί. Αρκεί ένα δευτερόλεπτο απροσεξίας από την πλευρά της μητέρας για να ακουμπήσει το περίεργο παιδικό χεράκι πάνω στο αναμμένο μάτι της κουζίνας ή να ρίξει το παιδί πάνω του καυτό νερό, ενώ/δεν λείπουν και οι περιπτώσεις όπου οι γονείς βάζουν τα παιδιά τους στη μπανιέρα χωρίς να έχουν ελέγξει πρώτα τη θερμοκρασία του νερού ή αφήνουν το παιδί μόνο του στο μπάνιο να παίξει, με κίνδυνο να ανοίξει τη βρύση και να καεί απ' το καυτό νερό (Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

Άλλη "παγίδα" για τους νεαρούς ενοίκους του σπιτιού είναι οι πρίζες. Αν και οι περιπτώσεις ηλεκτροπληξίας δεν είναι ιδιαίτερα συχνές, ωστόσο, συμβαίνουν και οι γονείς οφείλουν να έχουν λάβει τα μέτρα τους. Κίνδυνος-θάνατος είναι τα γυμνά ηλεκτρικά καλώδια, ιδιαίτερα σε σημεία που μπορούν να φτάσουν τα παιδιά. Ηλεκτρικές συσκευές που βρίσκονται κοντά στο μπάνιο ή την κουζίνα, όπως είναι οι στεγνωτήρες μαλλιών και οι ξυριστικές μηχανές, είναι δυνατόν να προκαλέσουν βραχυκυκλώματα και ηλεκτροπληξία. Τέλος, οι πρίζες που βρίσκονται σε προσιτό για τα παιδιά σημείο, ύψος και δεν πληρούν κανόνες ασφαλείας, μπορεί ανά πάσα στιγμή να αποτελέσουν εστία θανατηφόρων παιχνιδιών.

Και το νερό όμως είναι "εχθρός". Τα περιστατικά πολλά και σοβαρά. Αν το παιδί είναι μικρό οι κίνδυνοι πολλαπλασιάζονται. Μια μπανιέρα γεμάτη με νερό, που δεν άδειασε μετά από ένα μπάνιο, η τουαλέτα, ένα πηγάδι ασφράγιστο στον κήπο ή μια αφύλακτη πισίνα και βέβαια τα απρόσεκτα και χωρίς τη γονική προσοχή παιχνίδια σε μικρές τεχνητές λιμνούλες στις αυλές των σπιτιών, μπορούν να στοιχίσουν μια παιδική ζωή (Elmer and Gregg, 1987· Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994).

Κέρματα, καρφίτσες, παραμάνες και κουμπιά έχουν κατά καιρούς βρεθεί στο αναπνευστικό και το πεπτικό σύστημα παιδιών. Την τελευταία τετραετία, μόνο στην κλινική του "Αγία Σοφία", έχουν νοσηλευτεί 350 παιδιά με υποψία εισρόφησης ξένου σώματος. Την κακή συνήθεια να καταπίνουν ό,τι βρίσκουν μπροστά τους έχουν πολλά παιδιά ειδικά της προσχολικής ηλικίας. Η ηλικία που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό εισρόφησης σωμάτων είναι μεταξύ 1-3 ετών. Οι ακτινογραφίες των παιδιών έχουν κατά καιρούς δείξει τα πιο απίθανα αντικείμενα όπως κέρματα, φυλακτά, παραμάνες, κόκαλα, παιχνίδια κτλ (Λαγός και συν, 1988· Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994).

Από το 1995 μέχρι σήμερα έχουν αποσυρθεί από το εμπόριο τουλάχιστον 12 είδη παιδικών παιχνιδιών, τα οποία κρίθηκε ότι δεν πληρούν τους κανόνες ασφαλείας στη χρήση τους. Μόνο στη διάρκεια του 1999, σε παγκόσμιο επίπεδο, 28 μεγάλες εταιρείες που διακινούν ανά τον κόσμο τα προϊόντα τους, αναγκάστηκαν να αποσύρουν από την αγορά 750.000 είδη παιχνιδιών. Σύμφωνα, εξάλλου, με μελέτες ειδικών που κατατέθηκαν σήμερα, η παιδική επιθετικότητα έχει άμεση συνάρτηση με τη χρήση από τα παιδιά πολεμικών παιχνιδιών.

Κάθε χρόνο, στην Αμερική, συμβαίνουν περίπου 3.000 θάνατοι που οφείλονται στην εισρόφηση ξένων σωμάτων. Το 20% των περιστατικών συμβαίνουν σε παιδιά ηλικίας κάτω των 4 ετών. Η εισρόφηση ξένου σώματος είναι η συνηθέστερη αιτία αιφνίδιου θανάτου σε παιδιά ηλικίας κάτω του έτους (Alpert and Guyer, 1995).

Σαν ξένο σώμα χαρακτηρίζεται κάθε ουσία που δεν είναι φυσική στην οδό στην οποία βρίσκεται. Αρχικά, οι παραμάνες ήταν τα συνηθέστερα αντικείμενα που εισροφούν τα παιδιά ηλικίας κάτω του έτους. Τα κέρματα και τα φιστίκια ήταν συνηθέστερα για την ομάδα ηλικιών από 2-4 ετών. Πιο πρόσφατα

προσδιορίστηκαν σαν κίνδυνος σημαντικής απόφραξης τα ξεφούσκωτα μπαλόνια, οι παιδικές ασπιρίνες των οποίων η διάμετρος είναι 0,75 cm, ενώ το άνοιγμα της γλωττίδας των βρεφών είναι 0,65 cm, το κέλυφος των αυγών, η πούδρα των μωρών, ξηροί καρποί και σπόροι, όσπρια, φύλλα δέντρων, και τα μικρά καπάκια των αναψυκτικών (Λαγός και συν, 1988).



*Εικόνα 6. Οπισθιο-πρόσθια ακτινογραφία θώρακα που δείχνει την παρουσία ενός ακτινοσκοπεύσιμου ξένου σώματος στη δεξιά κατώτερη αναπνευστική οδό*



*Εικόνα 7. Πλάγια ακτινογραφία θώρακα στην οποία φαίνεται ένα ακτινοσκοπεύσιμο ξένο σώμα στις κατώτερες αναπνευστικές οδούς*

Η ανατομική θέση της απόφραξης για παιδιά ηλικίας κάτω του έτους είναι ο λάρυγγας, ενώ οι συχνότερες θέσεις για παιδιά ηλικίας από 1 και 4 ετών είναι η τραχεία και οι βρόγχοι.

Συνήθως το παιδί μεταφέρεται από τους γονείς στο νοσοκομείο με έντονα συμπτώματα πνιγμού και έντονου βήχα και ενώ απ' την εξέταση δεν προκύπτει κάτι παθολογικό, η ακτινογραφία δείχνει κατάποση κάποιου ξένου σώματος (Εικόνες 6, 7). Πολλές φορές το παιδί πρέπει να χειρουργηθεί για να του αφαιρεθεί. Στην αναπνευστική οδό τα ξένα σώματα μπορούν να δημιουργήσουν πολύ σοβαρά προβλήματα και να επιφέρουν ακόμα και το θάνατο!

Στην περίπτωση που το ξένο σώμα ενσφηνωθεί στην αναπνευστική οδό, το παιδί έχει τα εξής συμπτώματα: πόνο, αδυναμία κατάποσης, τάση προς εμετό ή εμετό, σιελόρροια κλπ. Επίσης, μπορεί να παρουσιάσει έντονη βραχνάδα στη φωνή και δυσκολία στην αναπνοή. Επίσης, το παιδί δυσκολεύεται να αναπνεύσει ή μπορεί να έχει ερεθιστικό βήχα και ανάλογα με την περιοχή που καταλαμβάνει το ξένο σώμα, βραχνάδα, αιμόπτυση, συριγγώδη αναπνοή. Οι εκδηλώσεις βέβαια εξαρτώνται απ' το μέγεθος του ξένου σώματος, τη σύνθεσή του, την εντόπιση, το βαθμό και τη διάρκεια απόφραξης. Οι άμεσες εκδηλώσεις απόφραξης της ανώτερης αναπνευστικής οδού είναι η ασφυξία, ο συριγγμός, η αφωνία ή η δυσφωνία. Η απόφραξη των ανώτερων αναπνευστικών οδών είναι άμεσα απειλητική για τη ζωή και απαιτεί ταχεία απελευθέρωση. Η απόφραξη των κατώτερων αναπνευστικών οδών μπορεί να είναι ανεκτή για μακρύτερο χρονικό διάστημα (Alpert and Guyer, 1995· Λαγός και συν, 1988· Κάσιμος, 1988· Κάσιμος, 1987· Κάσιμος, Κρεμενόπουλος και Τσιούρης, 1989).

Επίσης, πολύ μικρά παιδιά παίζοντας μπορεί να βάλουν ένα ξένο σώμα στη μύτη τους και να σφηνωθεί. Συνήθως, στη μύτη τα παιδιά τοποθετούν ξηρούς καρπούς, όσπρια, πλαστικά αντικείμενα και εξαρτήματα παιχνιδιών, κομμάτια χαρτιού ή βαμβάκι τα οποία αν παραμείνουν για αρκετό χρονικό διάστημα υγραίνονται, διογκώνονται και επιδεινώνουν την ήδη επιβαρημένη κλινική κατάσταση του παιδιού. Εκτός απ' τη δυσκολία στην αναπνοή, εμφανίζεται δακρύρροια, φτάρνισμα, δυσφορία, ενώ υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να κατακυλήσει το ξένο σώμα προς τους πνεύμονες σε κάθε περίπτωση

αποτυχημένης απόπειρας ή απρόσεκτου χειρισμού του παιδιού ή των γονέων να το αφαιρέσουν. “Παραμελημένες” περιπτώσεις μπορεί να εξελιχθούν σε μόλυνση με βλεννοπυώδη ή βλεννοαιματηρή έκκριση (Λαγός και συν, 1988· Κάσιμος, Κρεμενόπουλος και Τσιούρης, 1989· Κάσιμος, 1987· Κάσιμος, 1988).

Επιπλέον, ξένα σώματα, σπόροι, μεταλλικά τμήματα παιχνιδιών, χαρτί ή βαμβάκι, βύσματα ή και έντομα μπορούν να εισχωρήσουν στον έξω ακουστικό πόρο. Το παιδί παραπονιέται για πόνο, φαγούρα στο αυτί, ελάττωση της ακοής και αν πρόκειται για έντομο, μπορεί να αισθάνεται τις κινήσεις του. Ωστόσο, ενδέχεται να μην παρατηρηθούν όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα στο παιδί, αρκεί η ενόχληση και μόνο για να γίνει αντιληπτή η παρουσία του ξένου σώματος (Λαγός και συν, 1988).

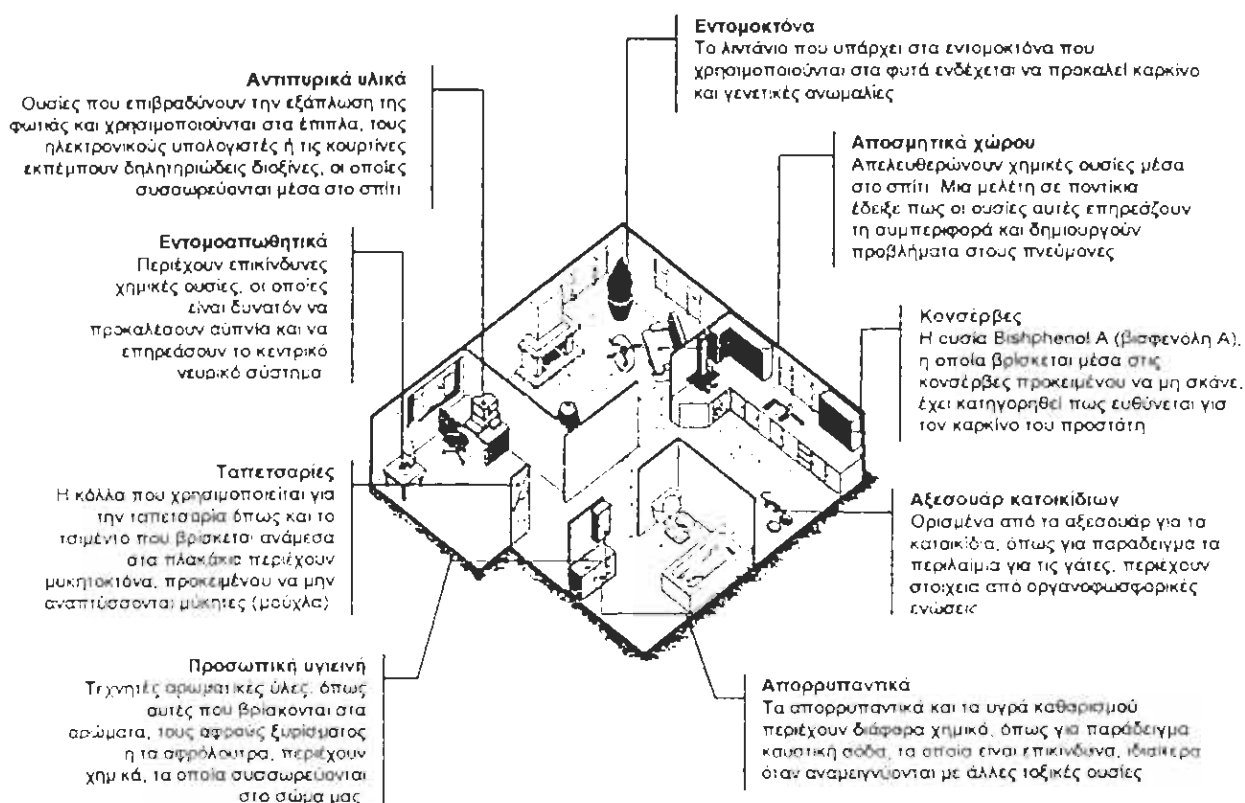
Τέλος, σχοινιά ή θηλιές, σε προσιτά για τα παιδιά σημεία του σπιτιού, μπορούν να στραγγαλίσουν ένα μικρό παιδί. Επιπλέον, σχοινάκια παιχνιδιών που έλκονται και ξεπερνούν τις 12 ίντσες και η αλυσίδα που συγκρατεί την πιπίλα μπορεί να γίνουν αιτίες ατυχήματος στραγγαλισμού.

### **3.2. ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

Η μοναξιά, ίδιον του σύγχρονου ανθρώπου, έχει δυστυχώς καταβάλει και τις ηλικίες που άλλοτε ζούσαν στην ξεγνοιασιά, καλά προστατευμένες κάτω απ’ τα φτερά των ενηλίκων. Τα παιδιά μας τη βιώνουν όλο και περισσότερο, καθώς έχει παρέλθει πια ανεπιστρεπτή η εποχή των ομαδικών παιχνιδιών στους δρόμους και τις αλάνες, αλλά κι εκείνος ο καιρός που η οικογένεια είχε το χρόνο να μαζευτεί γύρω από το τραπέζι για να συζητήσει, να επικοινωνήσει. Σήμερα που συνήθως και οι δύο γονείς δουλεύουν, τα παιδιά αναγκάζονται να αναζητήσουν εναλλακτικούς τρόπους ψυχαγωγίας και συντροφιάς. Η σιωπηλή κραυγή τους προς τους γονείς, να σταθούν δίπλα τους, αντιμετωπίζεται μ’ ένα όψιμο ενδιαφέρον που μετατρέπεται εύκολα σε δώρα και πραγματοποίηση κάθε επιθυμίας των μικρών. Κι αυτό για να πάψουν οι ενοχές που βαραίνουν τον πατέρα και την μάνα, οι οποίοι δεν έχουν το χρόνο να ασχοληθούν προσεκτικά με τα παιδιά τους. Τέτοιες συμπεριφορές, ωστόσο, επιβαρύνουν την κατάσταση.

Το γεγονός ότι τα παιδιά δεν απολαμβάνουν της αρμόζουσας προσοχής από τους γονείς τους, δημιουργεί και άλλα προβλήματα. Αν η μάνα και ο πατέρας δεν μάθουν στο παιδί πως να αντιδρά σε μια κατάσταση εκτάκτου ανάγκης ή δεν το διδάξουν να προστατεύεται από τους κινδύνους που ελλοχεύουν στο εσωτερικό του σπιτιού, είναι νομοτελειακή κατάληξη ο τραυματισμός ή ακόμα και ο θάνατος.

Παράλληλα, για την πρόκληση ατυχήματος μπορεί να ευθύνεται η σωματική κατάσταση του παιδιού. Η κόπωση, η πείνα, η υπερκινητικότητα και η υπερένταση αποτελούν παράγοντες που ευνοούν τα ατυχήματα. Επιπλέον, η ανεπαρκής επιτήρηση από τους γονείς, η διαλυμένη οικογένεια και τα προβλήματα στο σχολείο φέρουν μεγάλο μερίδιο ευθύνης. Αναμφισβήτητα η αμέλεια, η απροσεξία, η αφηρημάδα και η προχειρότητα δεν συγχωρούνται από έναν ενήλικο, ιδιαίτερα όταν έχει υπό την επίβλεψή του ένα παιδί (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994· Έρικσον, 1985· Helfer and Kempe, 1996).



Εικόνα 8. Θανατηφόρες παγίδες μέσα στο σπίτι

**Πίνακας 8. Παράγοντες κινδύνου που εντοπίζονται στους χώρους του σπιτιού**

ΣΗΜΕΙΟ	ΕΝΤΟΠΙΣΗ	% ΣΠΙΤΙΩΝ ΜΕ ΠΑΡΑΒΙΑΣΕΙΣ
Ανεπαρκή κάγκελα προστασίας στις σκάλες (λιγότερο από 30 ίντσες)	Υπόγειο-εξωτερικό του κτιρίου	50%
Τα κάγκελα και η κουπαστή τοποθετημένα σε μη κανονική απόσταση ή έλλειψή τους	Υπόγειο-εξωτερικό πλέον συνηθισμένο σημείο, γενικά το εσωτερικό	30-50%
Μη επιδιορθωμένα παράθυρα, σπασμένα ρολά και σπασμένα τζάμια	Δωμάτιο του παιδιού	
Απουσία της κουπαστής της σκάλας ή με κακή επισκευή	Εξωτερική δομή γενικά στο εσωτερικό, κοινό-χρηστος χώρος	
Θερμοκρασία ζεστού νερού όχι μεταξύ 120°-140° F	Μπάνιο	
Μη σωστή αποθήκευση των εύφλεκτων υλικών (π.χ. βενζίνη σε ακατάλληλα δοχεία)	Υπόγειο	
Απουσία κλειδαριάς και σήτας στα παράθυρα	Δωμάτιο του παιδιού	10-30%
Βεράντα με κακή επισκευή	Εξωτερική δομή	10-30%
Σκάλες με κακή επισκευή	Εξωτερική δομή υπόγειο, κοινό-χρηστοι χώροι γενικά το εσωτερικό	
Μη φωτιζόμενοι διάδρομοι και σκάλες	Γενικά το εσωτερικό	
Ανεπαρκής καλωδίωση, π.χ. ακάλυπτες έξοδοι, περισσότερες από δύο έξοδοι εκτεθειμένα καλώδια	Κουζίνα, living room	10%
Ακάλυπτος κεντρικός αγωγός	Υπόγειο	
Κλεισμένες διπλές έξοδοι ή απούσες	Εξωτερική δομή	
Έλλειψη ασφαλειών	Υπόγειο	
Μη κανονικά τοποθετημένες συσκευές	Κουζίνα	
Κλειστοί διάδρομοι και σκάλες	Γενικά το εσωτερικό	
Πυκνοκατοίκηση	Γενικά το εσωτερικό	

ΠΗΓΗ: SCIPP, Surveillance System, 1990-91

**Πίνακας 9. Παράγοντες κινδύνου που εντοπίζονται στους χώρους του σπιτιού**

ΣΗΜΕΙΟ	ΕΝΤΟΠΙΣΗ	% ΣΠΙΤΙΩΝ ΜΕ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ
Οι πυροσβεστήρες έλειπαν	Γενικά στο εσωτερικό	75%
Σαμπουάν, σαπούνια κλπ. προσιτά στα παιδιά Μαχαίρια – προσιτά Προϊόντα του νοικοκυριού προσιτά	Μπάνιο Κουζίνα Κουζίνα	50-75%
Δηλητηριώδη φυτά προσιτά Δηλητηριώδη προϊόντα προσιτά Φάρμακα προσιτά Απουσία ανιχνευτή καπνού Ξυριστικές λεπίδες προσιτές Οι πόρτες για τα παιδιά που μόλις περπατούν απουσιάζουν από τη βάση και/ή από την κορυφή της σκάλας Καλλυντικά, νομίσματα, φάρμακα προσιτά Καλώδια προέκτασης προσιτά Κάγκελα που απείχαν περισσότερο από 2 3/8 ίντσες (στο κρεβάτι του παιδιού)	Γενικά στο εσωτερικό Υπόγειο Μπάνιο Γενικά στο εσωτερικό Μπάνιο Γενικά στο εσωτερικό Κρεβατοκάμαρα Living room Δωμάτιο του παιδιού	30-50%
Ηλεκτρικές συσκευές κοντά σε νερό Σπίρτα και αναπτήρες προσιτά Κούνιες και χώροι παιχνιδιού κοντά σε εξόδους ή παράθυρα χωρίς σήτα Εύφλεκτα υλικά προσιτά Καλώδια επέκτασης προσιτά	Μπάνιο Κουζίνα Δωμάτιο του παιδιού  Υπόγειο Κρεβατοκάμαρα	20-30%
Τσιγάρα και τασάκια προσιτά Αιωρούμενα καλώδια και σύρματα κοντά στην κούνια Αιωρούμενα καλώδια συσκευών Σπασμένη κούνια ή κακώς επισκευασμένη Απουσία των περιοριστικών κιγκλιδωμάτων της κούνιας	Living room Δωμάτιο του παιδιού  Κουζίνα Δωμάτιο του παιδιού Δωμάτιο του παιδιού	10-20%
Επικίνδυνα εργαλεία προσιτά Σόμπα ξύλων ή τζάκι ακάλυπτο Προϊόντα του σπιτιού σε ακατάλληλη συσκευασία Δηλητηριώδη προϊόντα σε ακατάλληλη συσκευασία Ηλεκτρικά εργαλεία συνδεδεμένα ή προσιτά Μη ύπαρξη ασφαλών πωμάτων στα φάρμακα Φάρμακα, όχι στο αρχικό κουτί Μη ύπαρξη ασφαλών πωμάτων στα προϊόντα	Υπόγειο Living room Κουζίνα Υπόγειο Υπόγειο Μπάνιο Μπάνιο Κουζίνα	10%
Τρόφιμα πάνω από τη σόμπα Θερμάστρα χώρου Πλαστικές σακούλες μέσα ή κοντά στην κούνια Μη ανεύρεση σόμπας ξύλων	Κουζίνα Μπάνιο Δωμάτιο του παιδιού Γενικά το εσωτερικό	

ΠΗΓΗ: SCIPP, Surveillance System, 1990-91



### 3.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ

Τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν στο σπίτι, και πάνω απ' τα μισά, σε παιδιά κάτω των 5 ετών. Πολλά απ' αυτά μπορούν να προληφθούν, γι' αυτό πρέπει να βρείτε το χρόνο για να ασχοληθείτε με ορισμένα βασικά πράγματα μέσα στο σπίτι και να φροντίσετε να ελαχιστοποιήσετε τις πιθανότητες ατυχήματος, τακτοποιώντας κατάλληλα τα διάφορα αντικείμενα και συγχρόνως εκπαιδεύοντας το παιδί σας. Μάθετε στο παιδί την αυτοπροστασία από πολύ μικρό, κάνοντάς το να συνειδητοποιήσει τους κινδύνους. Δεν θα καταλάβει πλήρως τις οδηγίες σας στην αρχή και πιθανόν να τις ξεχνά ύστερα από λίγο, αλλά, με την επιμονή, το μήνυμα θα περάσει. Καθώς θα μεγαλώνει, το παιδί θα αρχίσει να καταλαβαίνει τη λογική των συμβουλών σας και να κάνει ό,τι του λέτε. Ωστόσο, όταν το παιδί είναι μικρό και δεν μπορεί να σκεφτεί λογικά, θα πρέπει να του επιβάλετε την απαραίτητη τήρηση ορισμένων απλών, αυστηρών κανόνων (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Μην αφήνετε ποτέ το παιδί μόνο του για πολύ χρόνο, όσο κι αν είστε απασχολημένοι, πρέπει να ελέγχετε πάντα τι κάνει και που βρίσκεται το παιδί σας. Να είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί στο τέλος της μέρας, που θα είστε κουρασμένοι και πιθανόν απασχολημένοι με τη συγκέντρωση της οικογένειας.

Πολύ συχνά στην κουζίνα είναι συγκεντρωμένο όλο σχεδόν το νοικοκυριό και είναι ο χώρος στον οποίο γίνεται όλη η φασαρία του σπιτιού συνήθως. Η κουζίνα είναι εκ των πραγμάτων επικίνδυνη για πολλούς λόγους, απ' το μαγείρεμα (βραστό νερό και καυτό λάδι), από τα μαγειρικά σκευή (μαχαίρια και ζεστά δοχεία) και από το γεγονός ότι εσείς, όντας απασχολημένοι με την ετοιμασία των φαγητών, μπορεί να μη δώσετε αρκετή προσοχή στο παιδί.

Αποκλείστε την πρόσβαση των παιδιών στους διακόπτες της ηλεκτρικής κουζίνας. Μην αφήνετε ακάλυπτες τις ζεστές εστίες. Έχετε πάντα τα χερούλια της κατσαρόλας και των υπόλοιπων σκευών μαγειρέματος από τη μέσα πλευρά της κουζίνας για να μην μπορεί να τα πιάσει το παιδί και περιχυθεί με το περιεχόμενο. Χρησιμοποιείτε πάντα τα πίσω μάτια της κουζίνας για μαγείρεμα.

Μην αφήνετε ποτέ αντικείμενα στις άκρες των πάγκων ή των τραπεζιών· σπρώξτε τα στο κέντρο ή στο βάθος. Μην αφήνετε ζεστά υγρά που μπορεί να

τα φτάσει το παιδί –ακόμη κι ένα φλιτζάνι με καφέ μπορεί να το ζεματίσει. Μη χρησιμοποιείται τραπεζομάντιλο αν έχετε μικρό παιδί. Ακόμα και ένα μωρό που μπουσουλάει μπορεί να το τραβήξει και να φέρει το περιεχόμενο του τραπεζιού στο κεφάλι του.

Φυλάξτε το σίδερο του σιδερώματος σε ασφαλή θέση, όπου δεν το φτάνει το παιδί· ένα ραφάκι ψηλά στον τοίχο είναι ιδεώδες.

Μην αφήνετε τα ηλεκτρικά καλώδια να κρέμονται· μπορεί να τα τραβήξει το παιδί και μαζί τους τη συσκευή με την οποία έχουν συνδεθεί και να τη ρίξει πάνω του. Απομονώστε τις ηλεκτρικές συσκευές, όταν δεν τις χρησιμοποιείτε, ώστε να μη μπορεί το παιδί να τις βάλει σε λειτουργία τυχαία.

Φυλάξτε μαχαίρια και πιρούνια σε απρόσιτα για το παιδί μέρη. Τοποθετήστε πόμολα ασφαλείας σε όλα τα συρτάρια και ντουλάπια που περιέχουν επικίνδυνες ουσίες.

Μέχρι το παιδί σας να μεγαλώσει αρκετά για να κάθεται στο τραπέζι, μια ψηλή καρέκλα είναι ό,τι πρέπει για την ώρα του φαγητού. Διαλέξτε μια που να είναι σταθερή, με πολύ ανοιχτά πόδια. Αν ο δίσκος είναι κινητός θα πρέπει να υπάρχει μηχανισμός στερέωσής του την ώρα της χρήσης. Ακόμη θα πρέπει να υπάρχουν λουριά για να δένετε το παιδί, όταν κάθεται στην καρέκλα. Μην αφήνετε ποτέ το παιδί χωρίς επίβλεψη επάνω σε μια ψηλή καρέκλα. Τοποθετείτε την ψηλή καρέκλα μακριά από τις πόρτες και μακριά από πάγκους εργασίας.

Βεβαιωθείτε ότι δεν γλιστράει το δάπεδο και ότι είναι απαλλαγμένο από λίπη· σκουπίστε τα υγρά που τυχόν έχουν χυθεί στο πάτωμα.

Έχετε πάντα πρόχειρο έναν πυροσβεστήρα και μια αντιπυρική κουβέρτα, για την περίπτωση πυρκαγιάς.

Διευθετήστε μια περιοχή παιχνιδιού για το παιδί (πάρκο) μακρύτερα από το σημείο που εργάζεσθε· έτσι θα μπορεί να παίζει κοντά σας χωρίς κίνδυνο ατυχήματος.

Παράλληλα, η λήψη μέτρων ασφαλείας στο υπνοδωμάτιο είναι ιδιαίτερα σημαντική στον πρώτο χρόνο της ζωής του μωρού, γιατί εκεί πιθανώς το παιδί θα περνά τον περισσότερο χρόνο του.

Αγοράστε ένα γερό κρεβατάκι με στρογγυλεμένες κόγχες. Αν το κρεβατάκι έχει κινητό πλαϊνό κάγκελο, σιγουρευτείτε ότι στερεώνεται καλά και το παιδί δεν μπορεί να το ελευθερώσει καθώς θα πιάνεται συνέχεια απ' αυτό. Βεβαιωθείτε, επίσης, ότι τα κάγκελα είναι αρκετά ψηλά, ώστε το παιδί, και όταν είναι όρθιο, να μην μπορεί να σκύψει έξω και να πέσει. Μη χρησιμοποιείτε μαξιλάρι και γενικά αποφεύγετε τα μαλακά μαξιλάρια στην κούνια του μωρού. Ευθύνονται για μεγάλο αριθμό επεισοδίων ασφυξίας σε μωρά.

Χρησιμοποιείτε φωτισμό τοίχου ή οροφής μάλλον, παρά πορτατίφ με καλώδια που σέρνονται.

Μην τοποθετείτε ελαφρά έπιπλα στο δωμάτιο του παιδιού, γιατί μπορεί να τα αναποδογυρίσει πάνω του. Φροντίστε να έχετε έπιπλα με στρογγυλεμένες άκρες.

Έχετε όλο τον εξοπλισμό αλλαγής του μωρού κοντά στην επιφάνεια που χρησιμοποιείτε για να το αλλάξετε, ώστε να μη χρειαστεί να απομακρυνθείτε απ' αυτό ούτε στιγμή.

Απομακρύνετε απ' το περιβάλλον του παιδιού αντικείμενα που σπάνε εύκολα και τα κομμάτια τους μπορεί εύκολα να καταποθούν. Το ίδιο ισχύει και για επικίνδυνα παιχνίδια με μικρά αποσπώμενα κομμάτια, μπίλιες, LEGO, ξεφούσκωτα μπαλόνια. Είναι λιγότερο γνωστό ότι οι πάνες μιας χρήσης των μωρών, που είναι επενδυμένες με πλαστικό, μπορούν να κομματιαστούν απ' τα μικρά παιδιά, και έχουν αναφερθεί θάνατοι από εισρόφηση και μηχανική ασφυξία.

Κίνδυνος ασφυξίας υπάρχει επίσης και από τα παιχνίδια με σακούλες συσκευασίας, οι οποίες βρίσκονται εκτεθειμένες και εύκολα μετατρέπονται σ' επικίνδυνο παιχνίδι.

Το παιδί διατρέχει και πολλούς κινδύνους στο λουτρό, κυρίως από πτώσεις και δηλητηριάσεις. Η ηλεκτροπληξία είναι επίσης πιθανή, αλλά οι βελτιωμένοι οικοδομικοί κανονισμοί απαγορεύουν την εγκατάσταση στο χώρο του μπάνιου πριζών κλπ. Μόνο εντοιχισμένα σώματα καλοριφέρ επιτρέπονται και αυτά πρέπει να τοποθετηθούν σε ψηλά σημεία του τοίχου. Οι φορητές ηλεκτρικές θερμάστρες απαγορεύονται αυστηρά μέσα στο λουτρό.

Μην αφήνετε ποτέ ένα παιδί, κάτω των 3 ετών, μόνο μέσα στη μπανιέρα· μπορεί εύκολα να πνιγεί, ή να πέσει ή να υποστεί έγκαυμα από καυτό νερό. Χρησιμοποιείτε το ειδικό ταπέτο για την μπανιέρα, για να μην γλιστράει.

Χρησιμοποιείτε αντιολισθητικό χαλάκι αν το δάπεδο είναι λείο.

Κλείνετε το καπάκι της λεκάνης· μην ανακατεύετε απορρυπαντικά απολύμανσης με λευκαντικό γιατί προκαλούνται τοξικές αναθυμιάσεις.

Εγκαταστήστε το φαρμακείο σε σημείο που να μην το φτάνει το παιδί. Φυλάξτε όλα τα φάρμακα σε κουτιά απαραβίαστα από τα παιδιά και να θυμάστε πως 50 ασπιρίνες μπορούν να σκοτώσουν ένα παιδί.

Φυλάξτε τα καλλυντικά σε μέρος που δεν τα φτάνουν τα παιδιά. Ιδίως εκείνα που είναι σε μορφή σπρέι. Επίσης όλα τα απορρυπαντικά, τα οξέα καθαρισμού και το σκουπάκι του μπάνιου κλειδωμένα κάπου και όχι χωμένα πίσω απ' τη λεκάνη.

Αρκετές ώρες της ημέρας όμως περνάτε και στο **καθιστικό**. Ένα από τα προβλήματα των γονιών που έχουν μικρό παιδί είναι όχι μόνο το πως θα κάμουν τον χώρο αυτό ασφαλή για το παιδί τους, αλλά και πως θα προφυλάξουν προσφιλή εύθραυστα αντικείμενα απ' το παιδί τους.

Αν έχετε τζάκι, χρησιμοποιείτε πάντα προφυλακτικό πλέγμα για να μην πέσει πάνω στις φλόγες το παιδί. Μην αφήνετε κανένα απ' τα αντικείμενα του παιδιού πάνω απ' το τζάκι ή άλλη εστία φωτιάς, μπορεί να δοκιμάσει να σκαρφαλώσει για να το πάρει.

Αν έχετε τραπέζια με αιχμηρές γωνίες και άκρες και υπάρχει κίνδυνος να πέσει το παιδί σας πάνω, τοποθετήστε πλαστικές γωνίες ασφαλείας. Επιπλέον, εμποδίζετε τα παιδιά να σκαρφαλώνουν σε καρέκλες και τραπέζια και να μην τους επιτρέπετε να τρέχουν μέσα στους χώρους του σπιτιού. Το ίδιο ισχύει κι αν έχετε λεία πλακόστρωτα ή ξύλινα δάπεδα, μην αφήνετε το παιδί να τριγουρίζει με τις κάλτσες, ενώ χρησιμοποιείτε ειδικά στιλβωτικά που δεν κάνουν τα πατώματα γλιστερά.

Καλύψτε όλες τις ηλεκτρικές πρίζες που δεν χρησιμοποιείτε με ειδικά καπάκια που υπάρχουν στην αγορά. Ελέγξτε όλα τα ηλεκτρικά σας καλώδια, αν έχουν ξεφτίσει ή σχιστεί είναι επικίνδυνα και πρέπει να αντικατασταθούν

αμέσως. Επίσης, στερεώστε τα μόνιμα καλώδια συσκευών στις εσωτερικές πλευρές ντουλαπιών ή παρυφές κλπ. και τοποθετήστε τα μακριά καλώδια κάτω από χαλιά ή πίσω από έπιπλα για να μην μπορεί το παιδί να τα πατάει ή να παίζει μ' αυτά.

Φροντίστε να μάθετε στο παιδί ότι τα καλοριφέρ και οι θερμάστρες και τα διάφορα θερμαντικά σώματα καίνε όταν τα αγγίζει. Καλύψτε τα με πετσέτες ή κρύψτε τα πίσω από έπιπλα.

Κολλήστε μεμβράνες ασφαλείας στα μεγάλα τζάμια (τζαμαρίες, βιτρίνες, πόρτες, γυαλικά κλπ.), χαρούμενα αυτοκόλλητα ώστε να θυμίζουν στο παιδί ότι υπάρχει ένα αντικείμενο και να μην πέσει πάνω του.

Ασφαλίστε όλα τα ψηλά παράθυρα με μπάρες ή με πόμολα ασφαλείας, ανάλογα με το σχέδιο του παραθύρου. Μην αφήνετε έπιπλα κοντά στο παράθυρο –το παιδί μπορεί να σκαρφαλώσει και να δοκιμάσει να το ανοίξει ή να σκύψει έξω.

Στερεώστε τις πόρτες και ιδίως αυτές που κλείνουν αυτόματα, όταν το παιδί περιφέρεται μέσα στο σπίτι. Εύκολα μπορούν να του κόψουν τα δάχτυλα ή να το χτυπήσουν.

Καλό είναι επίσης να έχετε την τηλεόραση, βίντεο, μαγνητόφωνο, στερεοφωνικά κλπ. σε μέρη που δεν φτάνει.

Φροντίστε ώστε τα χαλιά και τα καρπέτα να είναι σε καλή κατάσταση, χωρίς τρύπες και γυρισμένες άκρες για να μην μπορεί κανείς να σκοντάψει.

Μην αφήνετε ζεστά ποτά, οινόπνευμα, τσιγάρα, σπύρτα ή αναπτήρες εκεί που μπορεί να τα φτάσει το παιδί. Οι σκληροί, λείοι ξηροί καρποί όπως τα φιστίκια ή οι τροφές που περιέχουν ξηρούς καρπούς και απαιτούν έντονο και καλό μάσημα, δεν θα πρέπει να δίδονται στα μικρά παιδιά. Η ικανότητα μάσησης δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένη μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Τα φιστίκια δεν θα πρέπει να δίνονται στα παιδιά πριν την ηλικία των 7 ετών. Τα χάπια για τους ενήλικους εντάσσονται στην ίδια κατηγορία.

Στο ίδιο πλαίσιο, την τροφή θα πρέπει να την τεμαχίζετε σε μέγεθος μπουκιάς και τα παιδιά θα πρέπει να μάθουν να τη μασούν με επιμέλεια. Πρέπει

να αποθαρρύνετε την ομιλία κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων, του φαγητού, καθώς και όταν τρέχουν ή παίζουν γιατί μπορεί να προκληθεί εισρόφηση.

Δεν πρέπει να χαρίζετε στα παιδιά κέρματα ή μικρά αντικείμενα σαν ένδειξη επιβράβευσης. Γενικά θα πρέπει να διδάξετε στα παιδιά να μη βάζουν αντικείμενα στο στόμα τους, ενώ θα πρέπει να σας προβληματίζει κάθε επίμονος βήχας του παιδιού αν δεν οφείλεται σε κάποια αναπνευστική πάθηση.

Αν έχετε όπλο στο σπίτι, μην το αφήνετε ποτέ γεμάτο. Κλειδώστε το κάπου και κλειδώστε επίσης σε χωριστό ντουλάπι τις σφαίρες. Η τηλεόραση έχει κάνει τα όπλα πολύ οικεία στα παιδιά και είναι πολύ πιθανό να τα χρησιμοποιήσουν στα παιχνίδια τους.

Έχετε πάντα πλάι στο τηλέφωνο τους αριθμούς των τηλεφώνων επείγουσας ανάγκης, ιδίως αν λείπετε και προσέχει το παιδί μπίμπι-σίτερ.

Ο κήπος μπορεί να είναι επικίνδυνος για ένα παιδί, όχι μόνο γιατί εύκολα από εκεί μπορεί το παιδί να ξεφύγει στο δρόμο, αλλά και γιατί υπάρχουν εκεί διάφορα μηχανήματα και εργαλεία ή φυτοφάρμακα. Υπάρχει ακόμη ο πρόσθετος κίνδυνος των δηλητηριωδών φυτών που όμως φαίνονται ακίνδυνα και γλυκά. Αν και, ακόμη κι όταν φαι κανείς, σπάνια είναι θανατηφόρα, μπορούν ωστόσο να επιφέρουν δυσάρεστες παρενέργειες.

Μην αφήνετε ποτέ το παιδί σας να παίζει χωρίς επιτήρηση· κρατήστε το μακριά από αγκαθωτά φυτά όπως οι τριανταφυλλιές και μην το αφήνετε να παίζει με τα χώματα, μπορεί να είναι μολυσμένα από χημικές ουσίες ή να περιέχουν θραύσματα γυαλιών ή κόπρανά ζώων.

Κλειδώνετε, πάντα, όλες τις πόρτες του κήπου. Όποια αποθήκη βρίσκεται στο χώρο πρέπει να κλειδώνεται επίσης.

Ξεριζώστε κάθε λογής μανιτάρια ευθύς μόλις φυτρώσουν, ενώ βεβαιωθείτε ότι κανένα απ' τα φυτά που βρίσκονται στο χώρο δεν είναι δηλητηριώδες. Αφαιρείτε τακτικά τα βρύα από πλακόστρωτες περιοχές και σκαλοπάτια του κήπου για να διατηρούνται σε καλή κατάσταση και να προλαμβάνονται οι πτώσεις.

Καλύψτε κάθε λογής πηγάδια που τυγχάνει να υπάρχουν στο χώρο, καθώς και τα φρεάτια με πλέγμα. Αδειάζετε την τεχνητή λιμνούλα αμέσως μόλις

το παιδί τελειώσει το παιχνίδι του εκεί. Σκεπάστε μ' επιμέλεια τυχόν υδατοσυλλέκτες για να μην πέσει το παιδί στο νερό.

Ελέγξτε τα όργανα ψυχαγωγίας του παιδιού σε τι κατάσταση βρίσκονται. Αν χρειάζονται συντήρηση, επισκευή, τα ξύλα για σκλήθρες, τα σχοινιά για φθορές και τις αλυσίδες για ετοιμόρροπους κρίκους.

Ξύλα, πέτρες, σίδερα, κινητές σκάλες και οτιδήποτε άλλο θα μπορούσε να χρησιμεύσει σαν παιχνίδι και να τραυματίσει ένα παιδί, θα πρέπει να φροντίσετε να το απομακρύνετε απ' το χώρο.

Άλλος μεγάλος κίνδυνος είναι η ίδια η σκάλα και το ενδεχόμενο να βγει το παιδί στο κεφαλόσκαλο και να ορμήσει στο δρόμο. Ωστόσο το παιδί γίνει ικανό να ισορροπεί και να κατεβαίνει σκαλί-σκαλί, πιασμένο από την κουπαστή, εκπαιδεύστε το να κατεβαίνει τη σκάλα σερνόμενο με τον ποπό του. Μην το αφήνετε να βγαίνει έξω μόνο του.

Τοποθετείστε μια καγκελόπορτα στην κορυφή της σκάλας ή στη βάση της, για να μην κατρακυλάει ή σκαρφαλώνει. Βεβαιωθείτε ότι τα κάγκελα τις σκάλας είναι αρκετά πυκνά για να μην μπορεί το παιδί να χώσει ανάμεσά τους το κεφάλι του, με κίνδυνο να πέσει κάτω ή να σφηνωθεί εκεί, ενώ διατηρείτε τη σκάλα πάντα φωτισμένη ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος να σκοντάψαι κανείς και να πέσει.

Το μπαλκόνι είναι επίσης από τους πιο επικίνδυνους χώρους. Αραιά κάγκελα που μπορεί να περάσει το κεφάλι του παιδιού ή σκαλιστά κάγκελα που μπορεί να σκαρφαλώσει έχουν γίνει πολλές φορές αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων, γι' αυτό και χρειάζεται προσοχή. Η λύση μπορεί να είναι κάποια προέκταση στα κάγκελα ή το κατάλληλο πλέγμα και ακόμη, να μην υπάρχουν καρέκλες και γλάστρες ή άλλα αντικείμενα όπου θα μπορούσε ν' ανέβει το παιδί.

### 3.4. ΤΟ ΣΟΥΗΔΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ

Στη Σουηδία η εφαρμογή ενός προγράμματος για την αντιμετώπιση των κινδύνων που απειλούν τη ζωή των παιδιών και των εφήβων, απέδειξε πως

μπορεί η πρόληψη να σώσει πραγματικά ζωές, καθιστώντας τη σκανδιναβική αυτή χώρα σε χώρα-πρότυπο για την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Στη Σουηδία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση των ατυχημάτων σε ποσοστό 60%, τόσο στο σπίτι, όσο και στον δρόμο, έπειτα από μια επιτυχημένη ενημερωτική εκστρατεία των αρμόδιων κρατικών φορέων. Τα τελευταία 3 χρόνια μοιράστηκαν χιλιάδες φυλλάδια, προβλήθηκαν τηλεοπτικά σποτ, έγιναν συζητήσεις, αλλά τελικά το μήνυμα πέρασε: κωδικοποιήθηκαν οι οδηγίες και οι κανονισμοί που πρέπει να διέπουν τη ζωή των σύγχρονων οικογενειών για τη σωματική και ψυχική ασφάλεια μικρών και μεγάλων.

### **3.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ**

#### **3.5.1. Πνιγμονή**

Έχουν περιγραφεί τρεις διαφορετικοί χειρισμοί των αποφρασσόντων ξένων σωμάτων:

- i) Ο χειρισμός του χτυπήματος στην πλάτη και θωρακική ώση.
- ii) Κοιλιακή ώση – Χειρισμός Heimlich.
- iii) Ο θεωρητικός χειρισμός του Day, που περιλαμβάνει την πίεση των ώμων προς τα κάτω.

Βέβαια ο φυσικός αμυντικός μηχανισμός της απομάκρυνσης ενός ξένου σώματος από τις αεροφόρες οδούς, είναι ο βήχας. Οι υποδοχείς του αντανακλαστικού του βήχα βρίσκονται παντού μέσα στις αεροφόρες οδούς και διεγείρονται όταν εισέλθει ξένο σώμα. Επί απουσίας ή έκπτωσης του φυσιολογικού μηχανισμού του βήχα, έχουν ερευνηθεί διάφορες τεχνικές που δημιουργούν μια θετική ενδοθωρακική πίεση που θ' απομακρύνει το ξένο σώμα από την ανώτερη αναπνευστική οδό.

Τα κτυπήματα στην πλάτη εντοπίζουν το ξένο σώμα που δημιουργεί πλήρη απόφραξη, παράγοντας για παλμική κίνηση και μια πολύ υψηλή πίεση σε μικρό χρονικό διάστημα.

Οι θωρακικές ώσεις ή οι κοιλιακές ώσεις δημιουργούν μικρότερη πίεση σ' ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.



Τα κτυπήματα στην πλάτη και η θωρακική ώση δεν έχουν προταθεί να εφαρμόζονται χωριστά. Είναι σημαντική η επιμονή στην επανάληψη των διαδικασιών αν οι χειρισμοί δεν είναι επιτυχείς (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 3.5.1.α. Συστάσεις για το χειρισμό του παιδιού με ασφυξία

1. Τοποθετήστε το βρέφος ή το παιδί με το κεφάλι χαμηλότερα από τον κορμό, με το πρόσωπο ανεστραμμένο προς τα κάτω και εφαρμόστε τέσσερα χτυπήματα στην πλάτη με τη γωνία του χεριού, μεταξύ των πτερυγίων της ωμικής ζώνης. Το βρέφος μπορεί να τοποθετηθεί με το πρόσωπο προς τα κάτω και το κεφάλι χαμηλότερα από τον κορμό, ο οποίος στηρίζεται στο χέρι του ατόμου που κάνει τον χειρισμό. Ένα μεγαλύτερο παιδί μπορεί να τοποθετηθεί στα γόνατα του ατόμου που εφαρμόζει τον χειρισμό. Αυτό το άτομο μπορεί να κάθεται ή να γονατίσει και να τοποθετήσει το θύμα ανάμεσα στους μηρούς του με το κεφάλι και το πρόσωπο προς τα κάτω σε χαμηλότερη θέση από τον κορμό και να εφαρμόσει τα τέσσερα χτυπήματα στην πλάτη (Εικόνα 9), όπως περιγράφονται παραπάνω (Λαγός και Αντωνιάδης, 1995).

2. Αν οι παραπάνω χειρισμοί δεν αποκαταστήσουν την αναπνοή στρίψτε τον ασθενή και εφαρμόστε τέσσερις ταχύτατες θωρακικές ώσεις παρόμοιες με το χειρισμό της καρδιακής μάλαξης (Εικόνα 10). Για να πετύχει αυτός ο χειρισμός, ο ασθενής θα πρέπει να ξαπλώσει πάνω στην πλάτη του σε ύπτια θέση. Ποτέ δεν πρέπει να τοποθετούνται τα χέρια στην ξιφοειδή απόφυση ή στην κατώτερη παρυφή των πλευρών.

3. Αν η αναπνοή δεν αποκαθίσταται, η αεροφόρα οδός θα πρέπει να ανοιχθεί με την τεχνική της πίεσης της γνάθου, και να ελεγχθεί οπτικά η ύπαρξη ξένου σώματος. Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη ξένου σώματος θα πρέπει αυτό να απομακρυνθεί (Εικόνα 11).

Εικόνα 9



Εικόνα 10



Εικόνα 11



**Εικόνες 9, 10, 11. Οι τρεις φάσεις του χειρισμού σε μωρό με ασφυξία**

4. Αν δεν αποκαθίσταται η αναπνοή, εφαρμόστε δύο αναπνοές στόμα με στόμα ή στόμα με μύτη. Αν ο θώρακας δεν εκτύσσεται και η απόφραξη παραμένει, τότε πρέπει να επαναληφθεί όλη η σειρά των χειρισμών.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι δύο είναι τα στοιχεία-κλειδιά στο χειρισμό της πλήρους απόφραξης: η επιμονή στους χειρισμούς και η επανάληψη της σειράς τους πριν ο ασθενής μεταφερθεί στο Τμήμα Άμεσης Βοήθειας.

5. Αν και αυτοί οι χειρισμοί δεν αποδώσουν, τότε θα πρέπει να γίνει επείγουσα τραχειοτομή ή να τοποθετηθεί βελόνα μεγάλης διαμέτρου δια μέσου της κρικοθυρεοειδικής μεμβράνης, από άτομο που έχει εμπειρία σ' αυτές τις ενέργειες. Αυτό μπορεί να διατηρήσει μια οδό βαθιά στον αέρα ως ότου να μεταφερθεί το παιδί σε ιατρικό κέντρο όπου θα υπάρχει ενδοσκόπος ή αναισθησιολόγος.

6. Μην επεμβαίνετε αν ο ασθενής μπορεί να βήξει, ν' αναπνεύσει ή να μιλήσει. Ο φυσιολογικός βήχας του αρρώστου μπορεί να καθαρίσει πιο αποτελεσματικά την αεροφόρα οδό από οποιοδήποτε ξένο σώμα. Η μερική απόφραξη με χαμηλή ανταλλαγή αέρα ή κυάνωση και η πλήρης απόφραξη απαιτούν άμεση απελευθέρωση (Κάσιμος, Κρεμενόπουλος και Τσιούρης, 1989· Dr Stoppard, 1988· Κάσιμος, 1987· Κάσιμος, 1988).

### 3.5.1.β. Προφυλάξεις

1. Μην αναστρέψετε αμέσως τον ασθενή ή μην ασκείτε πίεση στην πλάτη αν αυτός βήχει, αναπνέει ή ομιλεί γιατί δεν είναι απαραίτητο και μπορεί να δημιουργηθεί πλήρης απόφραξη της αεροφόρας οδού από το ξένο σώμα.

2. Μην τοποθετείτε το δάχτυλο στο λαιμό προσπαθώντας να αφαιρέσετε το ξένο σώμα γιατί μπορεί να μετακινηθεί προς τον λάρυγγα και να προκαλέσει πλήρη απόφραξη.

3. Μην επεμβαίνετε σε μη πλήρη απόφραξη από ξένο σώμα. Μπορεί να μετατρέψετε μια μη επείγουσα κατάσταση, σε πλήρη απόφραξη, απειλητική για τη ζωή.

4. Για το χειρισμό του θώρακα, μην τοποθετείτε τα χέρια πάνω στην ξιφοειδή απόφυση, και στο κατώτερο χείλος του πλευρικού κλωβού (Δρ Τσόχας και Δρ Πετριδής, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Alpert and Guyer, 1995).

### **3.5.2. Ξένα σώματα**

#### 3.5.2.α. Ακίδα

Καθαρίζετε την πληγή με ζεστό νερό και σαπούνι και χρησιμοποιώντας το τσιμπιδάκι των φρυδιών –το οποίο προηγουμένως έχετε απολυμάνει– τραβάτε την ακίδα προς τα έξω. Πιέζετε λίγο την περιοχή γύρω από την πληγή για να παρασυρθεί προς τα έξω μικρή ποσότητα αίματος που πιθανόν έχει μολυνθεί από την ακίδα. Πλένετε πάλι την περιοχή και τοποθετείτε γάζα την οποία στερεώνετε με λευκοπλάστ. Σε περίπτωση που η ακίδα σπάσει ή δυσκολευόσαστε να τη βγάλετε, μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετριδής, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Γολεμάτης, 1990).

#### 3.5.2.β. Μάτι

Τοποθετείτε το παιδί σε καθιστή θέση και του λέτε να κοιτάξει προς όλες τις κατευθύνσεις σταδιακά –δεξιά, αριστερά, πάνω, κάτω– για να ελέγξετε όλο

το μάτι. Εάν εντοπίσετε το ξένο αντικείμενο, χρησιμοποιώντας μια κανάτα νερό, ξεπλένετε το μάτι. Εάν το μάτι είναι κόκκινο ή πονάει, μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο.

Δεν επιχειρείτε να βγάλετε από το μάτι κάποιο ξένο σώμα που έχει μπει βαθιά μέσα. Εάν δεν μπορείτε να βγάλετε το ξένο σώμα, τοποθετείτε έναν επίδεσμο στο μάτι και στη συνέχεια καλύπτετε και το άλλο μάτι για να μην παρασυρθεί από την κίνηση του υγιούς, το τραυματισμένο μάτι και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Κάσιμος, 1988).

### 3.5.2.γ. Αυτί

Εάν ένα ξένο σώμα τοποθετηθεί στο αυτί, μπορεί να προκληθεί μέχρι και κώφωση, παροδική βέβαια. Ωστόσο είναι πιθανό, αν τοποθετηθεί με μεγάλη πίεση να προκληθεί μεγάλη βλάβη στο τύμπανο. Δεν επιχειρείτε να βγάλετε το ξένο σώμα. Καθησυχάζετε το παιδί και το μεταφέρετε στο νοσοκομείο. Εάν ένα έντομο εισρεύσει μέσα στο αυτί, τοποθετείτε το παιδί σε καθιστή θέση με το κεφάλι να γέρνει προς τη μη τραυματισμένη πλευρά. Καθησυχάζετε το παιδί και χρησιμοποιώντας μια κανάτα ρίχνετε νερό λίγο-λίγο, μέχρι να γεμίσει το αυτί, έτσι ώστε να επιπλεύσει το έντομο και να βγει έξω. Σε περίπτωση που δεν καταστεί δυνατό να απομακρυνθεί το έντομο, μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Κάσιμος, 1988).

### 3.5.2.δ. Μύτη

Σημάδια ύπαρξης ξένου σώματος στη μύτη: οίδημα, δυσκολία στην αναπνοή, αίμα ή κακή οσμή στην περιοχή της μύτης.

Αντιμετώπιση: Δεν επιχειρείτε να απομακρύνετε το αντικείμενο από τη μύτη. Καθησυχάζετε το παιδί και το μεταφέρετε στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 3.5.3. Κοψίματα – Αμυχές

Τοποθετείτε το παιδί σε άνετη θέση και καθαρίζετε την πληγή απαλά χρησιμοποιώντας γάζες με σαπούνι και νερό. Απομακρύνετε μικρά μόρια χρώματος ή χαλικιών που βρίσκονται στην επιφάνεια της πληγής, προσέχοντας μην προκαλέσετε μεγαλύτερη αιμορραγία. Καλύπτετε την πληγή με γάζα, εφαρμόζοντας πίεση για να σταματήσει η αιμορραγία και στη συνέχεια τοποθετείτε στην πληγή χανσαπλάστ. Δεν καλύπτετε την πληγή με βαμβάκι ή άλλο χνουδωτό υλικό που μπορεί να αφήσει υπολείμματα και να καθυστερήσει την επούλωση της πληγής (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 3.5.4. Χωμένο βαθιά αντικείμενο

Εάν κάποιο αντικείμενο βρίσκετε βαθιά χωμένο σε κάποια πληγή ενεργείτε ως εξής: Τοποθετείτε το παιδί σε άνετη θέση και υποστηρίζετε το τραυματισμένο μέλος σε επίπεδο υψηλότερο από το επίπεδο της καρδιάς.

Δεν επιχειρείτε να αφαιρέσετε το αντικείμενο εάν είναι βαθιά μέσα στην πληγή γιατί υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης μεγαλύτερης βλάβης και αιμορραγίας. Τοποθετείτε γάζα πάνω στην πληγή για να προστατέψετε από τυχόν μολύνσεις. Στη συνέχεια τοποθετείτε ρολά επιδέσμων γύρω από την πληγή και στερεώνετε προσεκτικά με επίδεσμο. Στη συνέχεια μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Κάσιμος, 1988).

### 3.5.5. Τραυματισμός στο μάτι

Τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα σε άνετη θέση και ακινητοποιείτε το κεφάλι του. Τοποθετείτε γάζα ή κάποιο άλλο πρόχειρο ύφασμα στο μάτι και επιδένετε σταθερά αλλά απαλά. Επιδένετε και τα δύο μάτια σε περίπτωση που η κίνηση του υγιούς ματιού παρασύρει σε κίνηση και το τραυματισμένο μάτι. Μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 3.5.6. Ρινορραγία

Τοποθετείτε το παιδί σε καθιστή θέση με το κεφάλι γερμένο μπροστά. Κλείνετε με τα δάχτυλα τα ρουθούνια για λίγα λεπτά και ενθαρρύνετε το παιδί να φτύνει οποιοδήποτε υγρό νιώσει στο στόμα του. Κρατάτε τη μύτη κλειστή έως ότου σταματήσει η αιμορραγία και ζητάτε από το παιδί, να αναπνέει από το στόμα. Εάν η αιμορραγία δεν σταματήσει μέσα σε 30 λεπτά μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 3.5.7. Τραυματισμός στο αυτί

Αιμορραγία από το εσωτερικό του αυτιού: Τοποθετείτε το παιδί σε ημικαθιστή θέση με το κεφάλι γερμένο προς την τραυματισμένη πλευρά, έτσι ώστε να ρεύσει το αίμα προς τα έξω. Στη συνέχεια τοποθετείτε μια γάζα πάνω από το αυτί και στερεώνετε. Μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο.

Αιμορραγία από το εξωτερικό τμήμα του αυτιού: Χρησιμοποιείτε ένα κομμάτι γάζας ή ένα καθαρό ύφασμα που έχετε πρόχειρο για να πιέσετε την πληγή. Εφαρμόζετε πιεστικά τη γάζα και στερεώνετε με επιδεσμικό υλικό. Μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο εάν χρειάζεται ράμματα (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 3.5.8. Τραυματισμός στο στόμα

Τοποθετείτε μια καθαρή γάζα πάνω από την πληγή και εφαρμόζετε πίεση για λίγα λεπτά. Σε περίπτωση που λόγω του τραυματισμού αφαιρεθεί κάποιο δόντι, τοποθετείτε μια γάζα αρκετά χοντρή σ' εκείνο το σημείο και ενθαρρύνετε το παιδί να δαγκώσει δυνατά τη γάζα. Απαραίτητο είναι βέβαια η γάζα να είναι σε υψηλότερο επίπεδο από τα άλλα δόντια έτσι ώστε να μπορέσει το παιδί να τη δαγκώσει. Προσπαθείτε να βρείτε το δόντι για να βεβαιωθείτε ότι το παιδί δεν το κατάπιε και μεταφέρετε το παιδί στον οδοντίατρο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Κάσιμος, 1988).

### 3.5.9. Τραυματισμός από σύνθλιψη

Απομακρύνετε το αντικείμενο γρήγορα και εφαρμόζοντας πίεση στην πληγή, προσπαθείτε να ελέγξετε την αιμορραγία. Εάν το τραυματισμένο μέλος έχει υποστεί κάταγμα, δεν το μετακινείτε μέχρι την άφιξη βοήθειας. Παρακολουθείτε τη γενικότερη κατάσταση του παιδιού –αναπνοή, σφυγμός, χρώμα προσώπου– για να εντοπίσετε σημάδια shock, και ενεργείτε ανάλογα.

Προσοχή. Εάν το τραυματισμένο μέλος βρίσκεται κάτω από το αντικείμενο σύνθλιψης για περισσότερο από 10 λεπτά, δεν απομακρύνετε το αντικείμενο καθώς έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος περαιτέρω αιμορραγίας (Dr Stoppard, 1988· Κάσιμος, Κρεμενόπουλος και Τσιούρης, 1989).

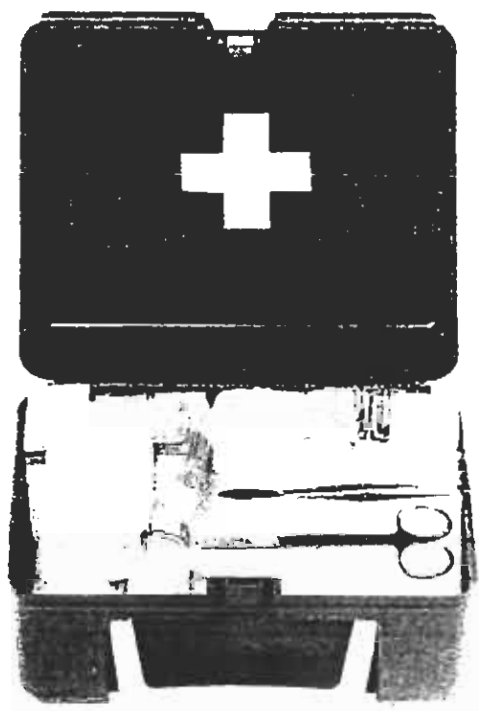
## 3.6. ΤΟ ΒΑΛΙΤΣΑΚΙ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Εφοδιάστε το αυτοκίνητο και το σπίτι με βαλιτσάκι πρώτων βοηθειών (Εικόνα 12). Μπορείτε να αγοράσετε έτοιμο, με τον βασικό εξοπλισμό και να βάλετε αν θέλετε και άλλα τσιρότα-επιδέσμους και γάντια μιας χρήσεως, ή να φτιάξετε το δικό σας, το οποίο ωστόσο πρέπει να περιέχει όλο το απαραίτητο υλικό που σε κάθε περίπτωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί επί τραυματισμού. Σιγουρευτείτε ότι το βαλιτσάκι σας πρώτων βοηθειών είναι προσιτό σε πρώτη ζήτηση, αναγνωρίζεται εύκολα και ελέγχεται τακτικά το περιεχόμενό του. Μην βάζετε φάρμακα στο βαλιτσάκι πρώτων βοηθειών. Αυτά πρέπει να κλειδώνονται σε ειδικό ντουλαπάκι. Ένα καλοεξοπλισμένο βαλιτσάκι πρώτων βοηθειών θα πρέπει να περιέχει τα αντικείμενα που δείχνουμε πιο κάτω (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996):

**Πίνακας 10. Συνοπτικά όσα πρέπει να περιέχονται στο βαλιτσάκι των Πρώτων Βοηθειών στο Σπίτι.**

**ΣΩΣΤΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΕΝΟ ΒΑΛΙΤΣΑΚΙ ΠΡΩΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΩΝ**

- Ιώδιο-BETADINE
- Οξυζενέ
- 1 μικρό ρολό ξεδιπλούμενου επιδέσμου
- 1 μεγάλο ρολό ξεδιπλούμενου επιδέσμου
- 1 μεγάλος προσαρμοζόμενος επίδεσμος
- 1 μικρός προσαρμοζόμενος επίδεσμος
- Ψαλίδι-Σύριγγες-Παραμάνες
- Πακέτο από επιθέματα Γάζας
- 2 τριγωνικούς επιδέσμους
- Υποαλλεργικό λευκοπλάστη
- Αδιάβροχα τσιρότα
- Κάλυμμα ματιού με επίδεσμο.



**Εικόνα 12. Βαλιτσάκι Πρώτων Βοηθειών**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

#### 4.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Το έγκαυμα είναι μια από τις βαρύτερες κακώσεις που μπορεί να υποστεί ο άνθρωπος. Σαν παράδειγμα αναφέρεται ότι ένα έγκαυμα ολικού πάχους που αφορά μόνο το 20% της ολικής επιφάνειας του σώματος, εμφανίζει την ίδια βαρύτητα για το άτομο, με εκείνη που θα παρουσίαζε από τη σύνθλιψη των δύο κάτω άκρων στους μηρούς από τρένο. Με το εντυπωσιακό αυτό παράδειγμα γίνεται σαφές, ότι το έγκαυμα δεν είναι μια επιφανειακή και εντοπισμένη νόσος, επειδή κατ' αρχήν αφορά το δέρμα και τους βλεννογόνους, αλλά μια γενική νόσος στην οποία συμμετέχουν όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Αποτελεί όμως τέτοιο τραυματισμό, ο οποίος εάν αντιμετωπιστεί σωστά, μπορεί στις περισσότερες περιπτώσεις να μην αφήσει καμία αναπηρία. Αντίθετα, η ανορθόδοξη και έξω από τους καθιερωμένους τρόπους αντιμετώπιση, δημιουργεί μεγάλους κινδύνους, τόσο για τη ζωή του εγκαυματία, όσο και για την παραπέρα αποκατάστασή του στο κοινωνικό σύνολο (Πάνου, 1994· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας στα παιδιά, ιδιαίτερα μάλιστα σε εκείνα κάτω των πέντε χρόνων, αποτελούν τα εγκαύματα που συμβαίνουν μέσα στο σπίτι. Το πρόβλημα παίρνει σοβαρότερες διαστάσεις αν σκεφτεί κανείς ότι τα εγκαύματα μπορεί να προκαλέσουν παραμορφώσεις και αναπηρίες με σημαντικές επιπτώσεις στη μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού.

Μια ανασκόπηση πιστοποιητικών θανάτων έδειξε ότι οι πυρκαγιές σπιτιών αποτελούν την πλειονότητα των πυρκαγιών και των θανάτων από εγκαύματα σε όλες τις ηλικίες. Τα παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο. Η ανασκόπηση των αρχείων των νοσοκομείων και των μονάδων εντατικής θεραπείας, δείχνει ότι τα διάφορα καυτά υγρά είναι η κύρια αιτία των μη θανατηφόρων κακώσεων, με θύματα, περισσότερο συχνά, τα παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών (Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

Σε δύο βασικές κατηγορίες εγκαυματικών κακώσεων, στις πυρκαγιές σπιτιών και στα εγκαύματα από καυτό υγρό, τα άτομα που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο είναι τα πολύ μικρά παιδιά.

Αναπτυξιακά έχουν μειωμένη οξύτητα αντίληψης του κινδύνου, μειωμένο έλεγχο των στοιχείων του περιβάλλοντος και οριακή ικανότητα στο να αντιδράσουν κατάλληλα και έγκαιρα σε μια πυρκαγιά ή σε μια κατάσταση που είναι επικίνδυνη πρόκλησης εγκαύματος.

Το βιβλίο “The Injury Fact Book” των Baker, O’Neil και Karpf είναι μια σπουδαία πηγή επιδημιολογικών πληροφοριών για τις πυρκαγιές σε σπίτια. Οι πυρκαγιές σε σπίτια είναι η αιτία των ¾ των ολικών θανάτων, βάζοντας τα παιδιά και τους ηλικιωμένους στην ομάδα υψηλότερου κινδύνου. Περίπου το 2% των θανάτων που αναφέρονται στον τόπο διαμονής, αποδίδονται στο παιχνίδι των παιδιών με σπύρτα, αναπτήρες και άλλες πηγές ανάφλεξης. Τα μέσα θέρμανσης και η κακή λειτουργία των ηλεκτρικών συσκευών είναι η 2<sup>η</sup> και 3<sup>η</sup> πηγή ανάφλεξης.

Η βαρύτητα ενός εγκαύματος εκτιμάται με βάση την έκταση, το βάθος και την εντόπισή του. Σημαντικό, επίσης, ρόλο στον καθορισμό της βαρύτητας της βλάβης παίζουν η ηλικία, ο αιτιολογικός παράγοντας, η έκταση της συμμετοχής της αναπνευστικής οδού, η γενική κατάσταση του παιδιού και η παρουσία άλλης βλάβης ή κατάστασης.

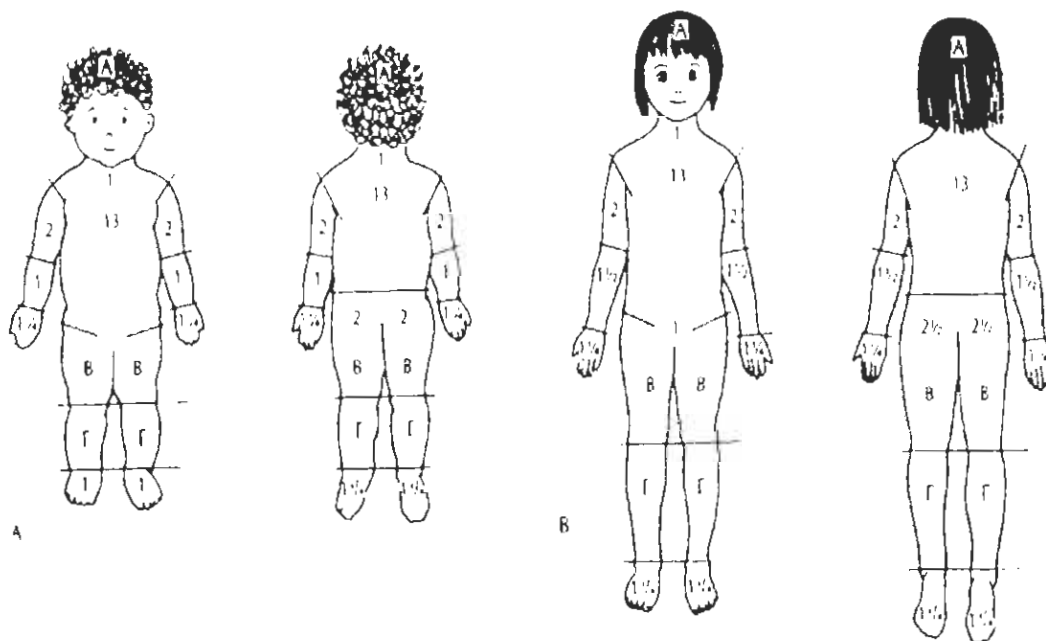
Η έκταση του εγκαύματος συνήθως εκφράζεται ως εκατοστιαία αναλογία της ολικής επιφάνειας του σώματος, ο υπολογισμός της οποίας επιτυγχάνεται ακριβέστερα με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένων πινάκων ανάλογα με την ηλικία.

Από άποψης βάθους ιστικής καταστροφής, τα εγκαύματα διακρίνονται σε:

1<sup>ου</sup> βαθμού ή επιδερμικά.

2<sup>ου</sup> βαθμού ή μερικού πάχους

3<sup>ου</sup> βαθμού ή ολικού πάχους (Πάνου, 1994).



**Εικόνα 13. Εκτίμηση εγκαυματικής επιφάνειας στα παιδιά. Α. Παιδιά από τη γέννηση μέχρι 5 ετών. Β. Μεγαλύτερα παιδιά**

Τα εγκαύματα ανάλογα με το αίτιο που τα προκάλεσε κατατάσσονται στα:

- **Εγκαύματα από ξηρή θερμότητα:** καύτρα τσιγάρου, αναμμένα κάρβουνα, ηλεκτρικές αντιστάσεις, κουζίνα, σίδερο σιδερώματος.
- **Εγκαύματα από υγρή θερμότητα:** ατμός, ζεστό νερό, λάδι.
- **Εγκαύματα από φλόγα υγρή:** αναμμένο οινόπνευμα, βενζίνη.
- **Εγκαύματα από φλόγα ξηρή:** αναμμένο ξύλο, υγραέριο.
- **Εγκαύματα από χημικές ουσίες:** αλκάλια και οξέα σε μεγάλες πυκνότητες.
- **Εγκαύματα από ψύξη:** το υγρό άζωτο καθώς και άλλα υγροποιημένα αέρια.
- **Εγκαύματα από ηλεκτρισμό:** το ρεύμα του δικτύου ή ο κεραυνός προκαλούν συν τοις άλλοις, έγκαυμα στα σημεία εισόδου και εξόδου.
- **Εγκαύματα από ακτινοβολία:** ήλιος, ακτίνες-Χ, θεραπευτική ακτινοβολία (Πάνου, 1994· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

Το αίτιο που προκάλεσε τη θερμική βλάβη και κυρίως τα ρούχα που φορά το παιδί που καίγεται παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην όλη έκβαση της προσπάθειας διάσωσης.

1. Μάλλινα ρούχα μονώνουν ικανοποιητικά την θερμότητα και έτσι προστατεύουν το σώμα, όταν εκτίθενται σε ξηρή φλόγα, ενώ τα ίδια ρούχα είναι καταστροφικά, όταν βραχούν με καυτό υγρό γιατί απορροφούν το καυτό υγρό.
2. Βαμβακερά και λινά ρούχα καίγονται όταν εκτεθούν σε ξηρή φλόγα αλλά συγκρατούν μεγαλύτερες ποσότητες καυτών υγρών.
3. Δερμάτινα ρούχα και εξαρτήματα προστατεύουν πολύ καλά, αντιστέκονται για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ξηρή φλόγα, δεν απορροφούν υγρά και δρουν σα μονωτικά στην ξηρή θερμότητα.
4. Πλαστικά, νάιλον και συνθετικά υλικά αποτελούν πάρα πολύ επικίνδυνα υλικά για ρούχα, γιατί αναφλέγονται εύκολα, εκλύουν τοξικούς καπνούς, αναπτύσσουν μεγάλες θερμοκρασίες και το φλεγόμενο υλικό λιώνει και καταστρέφει τους ιστούς που έρχονται σε επαφή (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Πάνου, 1994· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

Σημασία έχει επίσης ο τρόπος ύφανσης και επεξεργασίας κάθε ενδύματος. Όσο πιο πυκνή ύφανση έχει ένα ρούχο, τόσο πιο ανθεκτικό είναι στη φωτιά, γιατί δεν επιτρέπει στον αέρα να κυκλοφορήσει και να τροφοδοτήσει την φλόγα. Η αραιή ύφανση καθιστά ένα ρούχο πιο απορροφητικό σε υγρά (Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Πάνου, 1994· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

## 4.2. ΑΙΤΙΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Η μεγάλη συχνότητα των εγκαυματικών βλαβών (70%) σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, συνδέεται με την ποιοτική και ποσοτική επίβλεψη των παιδιών από τους ενήλικους. Ψυχολογικοί, επίσης, παράγοντες συχνά συσχετίζονται με τις εγκαυματικές βλάβες στα παιδιά. Το 30% περίπου των παιδικών εγκαυμάτων είναι αποτέλεσμα κακοποίησης του παιδιού. (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994· Helfer and Kempe, 1996).

Η συχνότητα των εγκαυματικών βλαβών, αυξάνεται σε οικογένειες με συγκινησιακές διαταραχές, όπως συζυγική διαφωνία, ψυχικά διαταραγμένος γονέας ή καθυστερημένο παιδί. Το άναμμα της φωτιάς από μικρά παιδιά και τα εγκαύματα είτε στα αγόρια, είτε στα κορίτσια, μπορούν να ερμηνευθούν ως σημείο κατάθλιψης που συνδέεται με την απώλεια του γονέα, με τον οποίο το παιδί ήταν πολύ συνδεδεμένο, (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994· Helfer and Kempe, 1996).

Παιδιά εργαζόμενων μητέρων με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζουν υπερδιπλάσιο κίνδυνο σε σχέση με τα υπόλοιπα. Επίσης τα παιδιά πολύ μικρής ηλικίας αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν έγκαυμα. Τα περισσότερα ατυχήματα (2 στα 3) συμβαίνουν στο χώρο της κουζίνας. Ως συχνότερες αιτίες αναφέρονται τα καυτά υγρά ή φαγητά, η επαφή με το ηλεκτρικό σίδερο καθώς και το καυτό νερό της βρύσης, (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994· Helfer and Kempe, 1996).

Έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από ομάδα παιδιάτρων του Νοσοκομείου Παίδων Αγγλαΐα Κυριακού και του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, έδειξε ότι σε αρκετές περιπτώσεις τα εγκαύματα που προκαλούνται στο χώρο του σπιτιού, είναι εκτεταμένα και όχι σπάνια το παιδί χρήζει νοσηλεία στη Μ.Ε.Θ. Η μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια ενός έτους σε δείγμα 487 παιδιών που είχαν υποστεί εγκαύματα τα οποία προσήλθαν στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου Παίδων Αγγλαΐα Κυριακού. Από τα παιδιά αυτά περίπου το 20% χρειάστηκε να παραμείνει στο νοσοκομείο για αρκετό χρονικό διάστημα, ενώ μερικά νοσηλεύθηκαν στη ΜΕΘ περισσότερο από 3 μήνες. Το 65,3% των εγκαυμάτων συνέβη στην κουζίνα. Το 60,7% οφειλόταν σε καυτά υγρά, ενώ το 26,8% σε καυτό αντικείμενο π.χ. ηλεκτρικό σίδερο. Τα περισσότερα εγκαύματα ήταν 2<sup>ου</sup> βαθμού και 1 στα 5 είχε έκταση μεγαλύτερη από το 10% της Ο.Ε.Σ. Η έρευνα έδειξε, επίσης, ότι η μητέρα, στο 37,7% των παιδιών, εργαζόταν αρκετές ώρες και είχε περιορισμένη μόρφωση.

Σημαντικός επίσης αιτιολογικός παράγοντας είναι η φυσική περιέργεια του μικρού παιδιού το οποίο πειραματίζεται με ό,τι βρει μπροστά του, σπέρτα, αναπτήρες, γυμνά καλώδια, γεγονός που καθιστά ακόμα πιο σημαντική και επιβεβλημένη τη σωστή επιτήρηση από μέρους των γονιών.

**Πίνακας 11. Τα εγκαύματα των παιδιών**

ΤΟΠΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)	ΑΙΤΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)
Κουζίνα	65,3	Ζεστά υγρά	60,7
Εσωτερικό σπιτιού (εκτός κουζίνας)	21,8	Ζεστά αντικείμενα	26,8
Μετακίνηση μέσα στο σπίτι	5	Φωτιά - φλόγες	6,7
Γύρω από το σπίτι	3,3	Έκρηξη	4,6
Ύπαιθρος	1,7	Άλλη	1,2
Άλλος	2,9		

ΠΗΓΗ: Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος, Αθήνα 1998

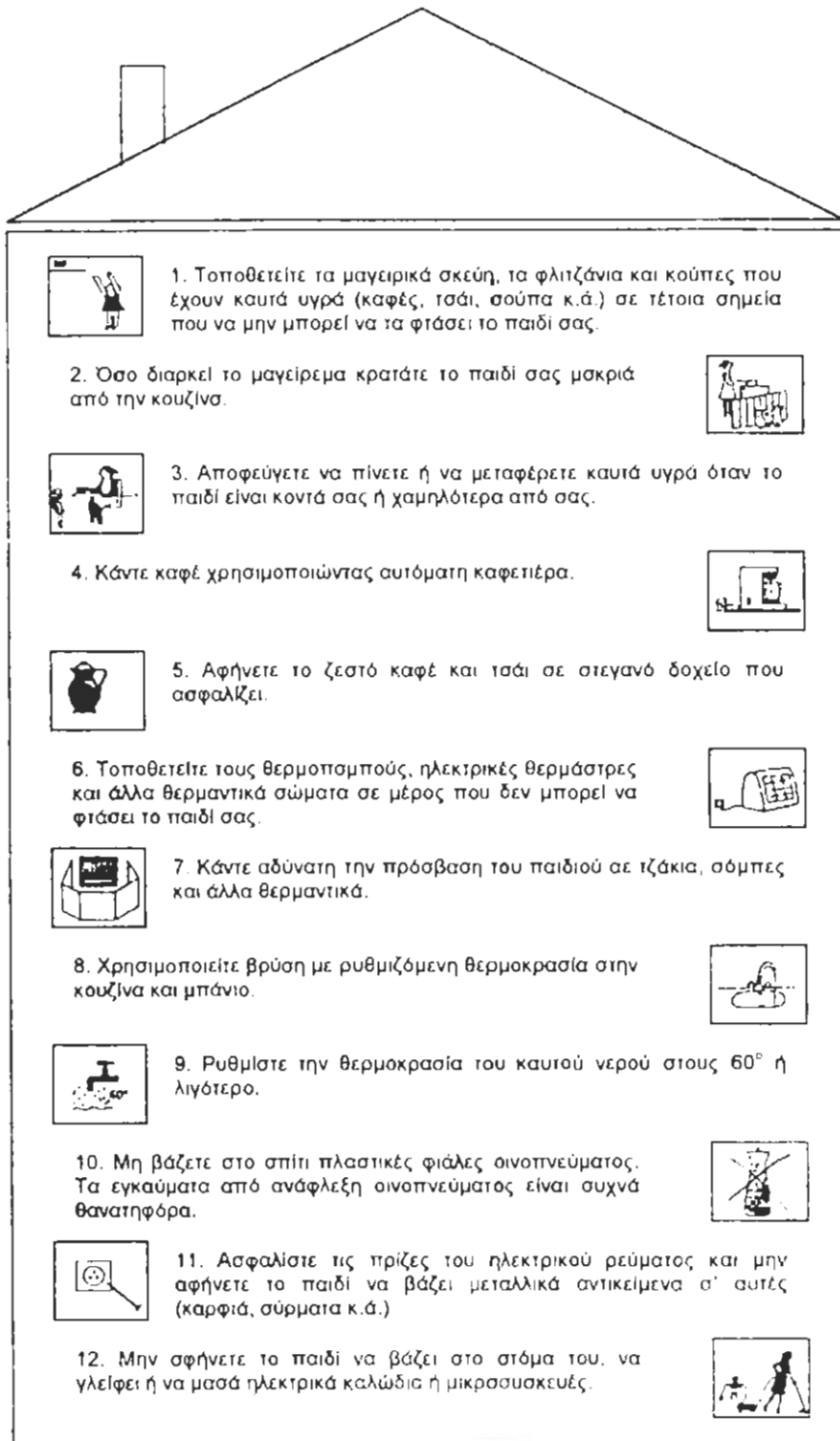
Η κακή λειτουργία των ηλεκτρικών κυκλωμάτων του σπιτιού, που οφείλεται συνήθως σε υπερφόρτιση, ή ύπαρξη προεκτάσεων καλωδίων και γυμνών πριζών σε μέρη προσιτά στα παιδιά, ή έλλειψη πυροσβεστήρων ή και ανιχνευτών καπνού από τα σπίτια, αποτελούν αιτίες αύξησης του αριθμού των εγκαυματικών κακώσεων και των θανάτων από εγκαύματα.

#### **4.3. ΠΡΟΛΗΨΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ**

Οποιαδήποτε συζήτηση για μεθόδους προστασίας από τη φωτιά και τις κακώσεις από εγκαύματα, θα πρέπει να τονίσει το πρόβλημα των πυρκαγιών στα σπίτια, των καυτών υλικών, τόσο καλά, όσο και το θέμα των εγκαυμάτων από φλόγα, όπως η ανάφλεξη των ρούχων και τα εύφλεκτα υλικά.

Ο ανιχνευτής καπνού είναι μια επινόηση πρώιμης προειδοποίησης για πυρκαγιά, με παθητικές και ενεργητικές ιδιότητες. Θα συνεχίσει να ελέγχει τη σύνθεση του αέρα που τον περιβάλλει όσο έχει επαρκή ισχύ και μπορεί να ηχεί.

Όμως κάνουν μόνο προειδοποίηση. Τα άτομα πρέπει να βγουν έξω από το κτίριο. Τα παιδιά που δεν επιβλέπονται πιθανό να μη θέλουν ή να μη μπορούν να βγουν έξω. Όμως αν είναι παρόντες οι ενήλικοι, ο ανιχνευτής θα τους επιτρέψει να σώσουν τα παιδιά πριν πάθουν βλάβες.



**Εικόνα 14. Δώδεκα βασικές συμβουλές για πρόληψη των παιδικών εγκαυμάτων στο σπίτι**



Τρία στοιχεία των θανατηφόρων πυρκαγιών, πείθουν ότι η πρώιμη ανίχνευση μειώνει τους θανάτους από φωτιά: 1) οι περισσότερες θανατηφόρες πυρκαγιές συμβαίνουν όταν οι ένοικοι κοιμούνται, 2) οι θανατηφόρες πυρκαγιές καίνε πολύ ώρα πριν ανακαλυφθούν, 3) οι περισσότεροι θάνατοι προέρχονται από την εισπνοή καπνού παρά από τα εγκαύματα. Ωστόσο, η ύπαρξη ανιχνευτή στο σπίτι απαιτεί και συχνό έλεγχο της λειτουργικότητάς του, προκειμένου να είναι αποτελεσματικός και σωτήριος. Επίσης παράλληλα με τους ανιχνευτές καπνού, η ύπαρξη πυροσβεστήρων σε κάθε σπίτι μπορεί να αποβεί σωτήρια για τη ζωή ολόκληρης της οικογένειας σε περίπτωση πυρκαγιάς (Shaffer, 1989).

**Εύφλεκτα υγρά.** Οι κακώσεις αυτές είναι από τις πιο θανατηφόρες με ρυθμό θανάτων κοντά στο 10%. Η βενζίνη ευθύνεται για τις περισσότερες εισαγωγές σε μονάδες εγκαυμάτων για εγκαύματα από φλόγα που συνέβησαν έξω από το σπίτι σε αγόρια ηλικίας από 6 έως 16 ετών. Μέτρο πρόληψης κακώσεων τέτοιου είδους είναι η χρήση δοχείων βενζίνης που θα είναι ασφαλή για τα παιδιά. Αν είναι απαραίτητο να αποθηκευτεί βενζίνη ή άλλο εύφλεκτο υγρό κοντά στο σπίτι, η αποθήκευση πρέπει να γίνεται σε μικρές ποσότητες και σε κλειδωμένο χώρο έξω από το σπίτι (Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Shaffer, 1989· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

**Εγκαύματα που συμβαίνουν στην κουζίνα.** Η πρόληψη των εγκαυμάτων της κουζίνας εξαρτάται από την ακριβή πληροφόρηση για τις ειδικές συνθήκες που γίνονται αυτά, τα υλικά που συμμετέχουν και για τις δυνατότητες αλλαγής (π.χ. φούρνοι μικροκυμάτων, καφετιέρες, ηλεκτρικές κανάτες). Πολλές φορές χρησιμοποιείται ο φούρνος μικροκυμάτων για ζέσταμα του γάλατος, με αποτέλεσμα το γάλα να γίνεται επικίνδυνα καυτό και το μπιμπερό να παραμένει κρύο. Πολλά από τα εγκαύματα γίνονται όταν τα παιδιά βρίσκονται στην κουζίνα την ώρα που ετοιμάζεται το φαγητό. Τα μωρά που χρησιμοποιούν "στρατούλες" δεν πρέπει να βρίσκονται στην κουζίνα όπου τα διάφορα καλώδια είναι πόλος έλξης για αυτά. Καλό θα είναι να απομακρύνονται τα παιδιά από την κουζίνα τη στιγμή του μαγειρέματος. Όμως οι απαιτήσεις για συντροφιά, επιτήρηση και ταυτόχρονη παρασκευή του φαγητού, κάνουν τη στρατηγική αυτή πρόληψης, δύσκολο να εφαρμοστεί. Έτσι, σ' αυτή την περίπτωση, βασικό μέτρο πρόληψης είναι η σωστή, συνεχής επιτήρηση του

παιδιού από το γονιό (Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Shaffer, 1989· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

**Ηλεκτρικά εγκαύματα - ηλεκτρισμός υψηλής τάσης.** Η κάλυψη των ηλεκτρικών καλωδίων και η τοποθέτηση πλαστικού φινιρίσματος στις πρίζες του τοίχου όταν δεν χρειάζεται ρεύμα, θα προστατέψει τα παιδιά από το να βάλουν διάφορα αντικείμενα στις πρίζες ή να μασάνε τα καλώδια. Σημαντικό μέτρο πρόληψης, επίσης, σ' αυτή την περίπτωση, είναι η τοποθέτηση των μικρών ηλεκτρικών συσκευών σε μέρη που δεν είναι προσιτά στα παιδιά.(Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Shaffer, 1989· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

**Εγκαύματα από επαφή.** Οι καυτές επιφάνειες αφθονούν στο σπίτι, όπου τα πολύ μικρά παιδιά ξοδεύουν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Η κουζίνα και το μπάνιο έχουν το μεγαλύτερο αριθμό ζεστών επιφανειών, αλλά ηλεκτρικές συσκευές υπάρχουν παντού μέσα στο σπίτι, όπως είναι τα σώματα κεντρικής θέρμανσης. Η μακροπρόθεσμη πρόληψη για τα εγκαύματα επαφής, περιλαμβάνει υποστήριξη της έρευνας για τη βελτίωση των υλικών που μπορούν να καλύψουν τις επιφάνειες της συσκευής, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα των εγκαυμάτων επαφής (Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Shaffer, 1989· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

Εκπαιδευτικά προγράμματα οργανωμένα από τους λειτουργούς της υγείας σε συνεργασία με το πυροσβεστικό σώμα κάθε περιοχής, μπορούν να συμβάλουν αποφασιστικά στην πρόληψη των εγκαυματικών κακώσεων. Θα μπορούσαν να αναπτυχθούν μορφωτικά και συμβουλευτικά σεμινάρια τα οποία μπορούν να δώσουν κατάλληλες οδηγίες και κατευθύνσεις στους γονείς σχετικά με τη σωστή συμπεριφορά για την προστασία των παιδιών τους από τον τόσο σοβαρό κίνδυνο που τα απειλεί καθημερινά κυρίως μέσα στο σπίτι τους. Ωστόσο, το πιο σημαντικό μέτρο πρόληψης και για αυτού του είδους τις κακώσεις είναι η σωστή και συνεχής επίβλεψη των παιδιών.

Η κατηγορία του εγκαύματος και η ηλικία του θύματος φαίνεται ότι σχετίζονται με τους διαφορετικούς τρόπους επιτήρησης και συντροφιάς. Τα εγκαύματα από καυτό νερό, καφέ, τροφή, φαίνεται ότι συμβαίνουν όταν ένας ενήλικας βρίσκεται στο δωμάτιο. Το παιχνίδι με τα σπέρτα γίνεται στην κρεβατοκάμαρα όταν το παιδί είναι μόνο του. Τα λίγο μεγαλύτερα παιδιά που παίζουν με φωτιά και βενζίνη βρίσκονται συνήθως μαζί με φίλους αλλά χωρίς

επίβλεψη ενηλίκου. Από τα παραπάνω φαίνεται ο κίνδυνος που παραμονεύει όταν μένουν τα παιδιά χωρίς επιτήρηση ή χωρίς σωστή επιτήρηση στο σπίτι.

Οι γονείς όχι μόνο πρέπει να επιβλέπουν τα παιδιά τους, αλλά και να τα ενημερώνουν για τους κινδύνους που τα απειλούν, καθώς και να τα εκπαιδεύουν σε τρόπους αντίδρασης σε περίπτωση πυρκαγιάς, καθώς και σε τρόπους και συμπεριφορές αποφυγής των εγκαυματικών κακώσεων.

#### **4.4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ**

##### **4.4.1. Τρόποι άμεσης συμπεριφοράς για να μειωθεί η βαρύτητα του εγκαύματος**

Είναι πολύ σπουδαίο να διδαχτούν τα παιδιά τον τρόπο συμπεριφοράς σε περίπτωση πυρκαγιάς.

1. *Χρησιμοποίηση νερού αμέσως:* Η απομάκρυνση της θερμότητας από την περιοχή που προσβλήθηκε θα παρεμποδίσει να συνεχιστεί το έγκαυμα και να βαθύνει η καταστροφή των ιστών.
2. *Σκύψιμο κάτω από τον καπνό:* Η ασφυξία προκαλεί περισσότερους θανάτους απ' ό,τι οι θερμικές κακώσεις. Η γνώση του πώς να ξεφύγουν όταν ειδοποιηθούν από το συναγερμό καπνού ή με κάποιον άλλο τρόπο, θα μειώσει τους κινδύνους. Όλες οι οικογένειες θα πρέπει να έχουν έναν τρόπο διαφυγής, περιλαμβανομένου και ενός τόπου συνάντησης, και θα πρέπει να έχουν εξασκηθεί πάνω σ' αυτό το θέμα (Δοξιάδης, 1986).

##### *Βασικές αρχές επείγουσας αντιμετώπισης εγκαύματος:*

A. Μη βάζετε ποτέ λίπη, αλοιφή ή λοσιόν πάνω σε ένα έγκαυμα.

B. Μη σπάζετε ποτέ μία φουσκάλα που προκλήθηκε από έγκαυμα.

Γ. Για να καλύψετε ένα έγκαυμα μη χρησιμοποιείτε λευκοπλάστ ή κάποιο χνουδωτό υλικό, όπως είναι το βαμβάκι, γιατί μπορεί να κολλήσει στην πληγή.

Δ. Να είστε πολύ προσεχτικοί όταν βουτάτε ένα πολύ μικρό παιδί σε κρύο νερό για πολύ ώρα· μπορεί να πάθει υποθερμία.

Απομακρύνετε το παιδί από την πηγή του κινδύνου (π.χ. ηλεκτρικό ρεύμα). Καθησυχάστε το παιδί. Κρυώστε την καμένη περιοχή —η ψύξη σταματάει την παραπέρα βλάβη του δέρματος. Αν το έγκαυμα απλώνεται σε μεγάλη περιοχή, κάντε στο παιδί ένα δροσερό μπάνιο. Αποκόψτε προσεχτικά και αφαιρέστε τα ρούχα στα οποία έχει χυθεί βραστό υγρό ή χημικές ουσίες (εκτός εάν τα ρούχα έχουν κολλήσει στο δέρμα). Καλύψτε το τραύμα με γάζα και επίδεσμο μεγαλύτερο από την καμένη περιοχή. Αν δεν έχετε κατάλληλους επίδεσμους μπορείτε να προστατέψετε ένα μεγάλο έγκαυμα στο χέρι ή το πόδι, τοποθετώντας επάνω μια καθαρή πλαστική σακούλα. Εάν το παιδί κείτεται αναίσθητο, αφού ελέγξετε την αναπνοή και το σφυγμό του, ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση (Δοξιάδης, 1986).

#### **4.4.2. Εγκαύματα στο στόμα και το λαιμό**

Τέτοιου είδους εγκαύματα απαιτούν άμεση επέμβαση, καθώς μπορεί να καταστούν ιδιαίτερα επικίνδυνα για τη ζωή. Έγκαυμα σ' αυτές τις περιοχές μπορεί να προκαλέσει πρήξιμο και απόφραξη των αναπνευστικών οδών, οδηγώντας έτσι το παιδί σε ασφυξία.

Δώστε στο παιδί νερό με μικρές γουλιές και χαλαρώστε τα ενδύματα γύρω από το λαιμό. Εάν παρουσιαστεί αναπνευστική δυσχέρεια ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση. Καλέστε αμέσως ασθενοφόρο (Λαγός και συν, 1988· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

#### **4.4.3. Φλεγόμενος ρουχισμός**

Δεν στριφογυρίζετε το παιδί στο δάπεδο σε καμία περίπτωση, καθώς επίσης δεν το αφήνετε να τρέχει πάνω κάτω με πανικό γιατί οι γρήγορες κινήσεις θα δυναμώσουν τις φλόγες. Ξαπλώστε το παιδί κάτω, με τη φλεγόμενη μεριά προς τα πάνω. Εάν υπάρχει δοχείο με νερό, χύστε το αμέσως πάνω στις φλόγες. Αν δεν έχετε κοντά σας νερό, σβήστε τις φλόγες σκεπάζοντας το παιδί με ένα σακάκι ή κουβέρτα από ΜΗ-εύφλεκτο υλικό. Το συνθετικό ρούχο λιώνει πάνω στο δέρμα και προκαλεί χειρότερο έγκαυμα (Baker, O'Neil and Karpf,

1986· Σερ Μοφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

#### 4.4.4. Τραυματισμός από ηλεκτρικό ρεύμα

Το ηλεκτρικό ρεύμα μπορεί να προκαλέσει σταμάτημα της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, εγκαύματα και μυϊκούς σπασμούς που μπορούν να εμποδίσουν το παιδί να αφήσει από τα χέρια του το ηλεκτρικό καλώδιο. Ο τραυματισμός από ρεύμα υψηλής τάσης είναι συνήθως μοιραίος για το παιδί.

Δεν πλησιάζετε το παιδί εκτός αν είστε σίγουροι ότι το ρεύμα έχει κοπεί, αλλιώς θα εκτεθείτε και εσείς στον κίνδυνο να τραυματιστείτε από ηλεκτρικό ρεύμα. Σε περίπτωση τραυματισμού από ρεύμα χαμηλής τάσης, το πρώτο σας βήμα είναι να κλείσετε την ασφάλεια.

Εάν αυτό δεν καταστεί δυνατό, στέκεστε σε μονωτικό υλικό (ξύλο) και χρησιμοποιώντας ένα ξύλινο αντικείμενο προσπαθήστε να απομακρύνετε το παιδί μακριά από την πηγή. Στη συνέχεια, τυλίγοντας μια στεγνή πετσέτα στα πόδια του παιδιού, το τραβάτε μακριά.

Αφήστε το παιδί να ηρεμήσει –εφόσον δεν έχει χάσει τις αισθήσεις του– και στη συνέχεια καλέστε αμέσως το γιατρό.

Ρίξτε άφθονο νερό στην περιοχή του εγκαύματος για 10 περίπου λεπτά και στη συνέχεια καλύψτε τη με καθαρό ύφασμα.

Σε περίπτωση που το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του, αφού ελέγξετε την αναπνοή και το σφυγμό, ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση.

Η ηλεκτροπληξία που έχει ελαττωθεί μεν σε συχνότητα, αλλά ακόμη δεν είναι σπάνια, αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με την κάλυψη των πριζών και κυρίως την τοποθέτηση αυτόματου διακόπτη, ώστε να διακόπτεται η παροχή ρεύματος σε οποιαδήποτε επαφή με ηλεκτροφόρο αγωγό ή βραχυκύκλωμα (Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Δοξιάδης, 1986).

#### 4.4.5. Χημικό, δερματικό έγκαυμα

Οι χημικές ουσίες όταν έρθουν σε επαφή με το δέρμα μπορούν να προκαλέσουν εξίσου σημαντικές βλάβες όπως και η θερμότητα. Η μόνη διαφορά είναι ότι το χημικό έγκαυμα θα παρουσιαστεί αργότερα από ότι τα εγκαύματα που οφείλονται στη θερμότητα.

Αντιμετώπιση: Κρατήστε την περιοχή του εγκαύματος κάτω από τη βρύση και ρίξτε άφθονο νερό για να απομακρύνετε τα ίχνη της χημικής ουσίας. Τοποθετείτε στην περιοχή καθαρό, μη χνουδωτό ύφασμα το οποίο έχετε εμβαπτίσει σε νερό για να δροσιστεί το έγκαυμα. Σε περίπτωση που η χημική ουσία έρθει σε επαφή με ενδύματα, κόψτε τα ενδύματα περιφερικά από την πληγή, εκτός αν μπορείτε να τα αφαιρέσετε χωρίς να αγγίξουν άλλα σημεία του σώματος.

Σημειώστε την ονομασία της χημικής ουσίας που προκάλεσε το έγκαυμα και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Baker, O'Neil and Karpf, 1986· Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

#### 4.4.6. Χημικό έγκαυμα στο μάτι

Εάν η χημική ουσία έρθει σε επαφή με το μάτι μπορεί να προκαλέσει μέχρι και τύφλωση. Η χημική ουσία θα προκαλέσει πόνο δυνατό, κοκκίνισμα και οίδημα στον οφθαλμό. Μην αφήσετε το παιδί να τρίψει το μάτι του. Ρίξτε άφθονο κρύο νερό στο μάτι, προσέχοντας το μολυσμένο νερό να μην έρθει σε επαφή με το μη τραυματισμένο μάτι. Αφού βεβαιωθείτε ότι το μάτι έχει ξεπλυθεί καλά, τοποθετείστε ένα καθαρό επίδεσμο και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

#### 4.4.7. Ηλιακό έγκαυμα

Η πολύωρη παραμονή στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες στο δέρμα των παιδιών, καθώς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Το ηλιακό έγκαυμα εκδηλώνεται με ερυθρότητα του δέρματος, κνησμό και πόνο.

Μεταφέρετε το παιδί σε δροσερό μέρος και αλείψτε το δέρμα με ειδική ενυδατική κρέμα που έχετε προμηθευτεί σύμφωνα με τις οδηγίες του παιδίατρου. Δώστε στο παιδί λίγο κρύο νερό για να δροσιστεί.

Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητο, για να μην οδηγηθείτε σε μια τέτοια κατάσταση, να προστατέψετε το παιδί από τις ηλιακές ακτίνες, χρησιμοποιώντας καπέλο και αλείφοντάς το με ειδική αντηλιακή κρέμα. Εάν το δέρμα του παιδιού παρουσιάσει φουσκάλες, ενημερώστε το γιατρό. Επίσης, εάν το παιδί παρουσιάσει πυρετό, πονοκέφαλο ή ανησυχία είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει θερμοπληψία. Σ' αυτή την περίπτωση αφαιρέστε τα ενδύματα, δροσίστε το παιδί με μια βρεγμένη πετσέτα την οποία τοποθετείτε σε διάφορα σημεία του σώματος σταδιακά και χρησιμοποιώντας ένα περιοδικό ή εφημερίδα που έχετε πρόχειρα, κάνετε αέρα.

Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του αφού ελέγξετε την αναπνοή και το σφυγμό, ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση. Εάν αναπνέει τοποθετήστε το στη θέση ανάκτησης των αισθήσεων και καλέστε ασθενοφόρο (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).

Τα εγκαύματα απαιτούν επείγουσα αντιμετώπιση εξαιτίας του κινδύνου μόλυνσης και του κινδύνου σοκ (απώλεια υγρών σώματος). Αν το έγκαυμα έχει απλωθεί έστω και επιφανειακά σε περισσότερο από το ένα δέκατο της επιφάνειας του σώματος θα επέλθει σοκ. Εκείνο που πρέπει να θυμάστε πάντα είναι ότι μόνο μικρά επιφανειακά εγκαύματα μπορούν να θεραπευτούν στο σπίτι.

#### 4.5. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΓΚΑΥΜΑΤΩΝ

Εκτός από το σοβαρό τραυματισμό που μπορεί να φτάσει μέχρι και στο θάνατο, τα εγκαύματα συνεπάγονται σοβαρότατες παραμορφώσεις και αναπηρίες που μπορεί να φτάσουν μέχρι και στην ανεπαρκή λειτουργία οργάνων (λ.χ. αναπνευστική ή και νεφρική λειτουργία).

Εξίσου σοβαρά όμως είναι και τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν όχι μόνο από αυτό καθαυτό το βίωμα του τραυματισμού, αλλά και από την αλλαγή του σωματικού ειδώλου που συνεπάγεται πολλές φορές ακόμα και τον κοινωνικό στιγματισμό και την απομόνωση (λ.χ. στο σχολείο) (Πάνου, 1994· Hight, Bakalar and Lloyd, 1989).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ**

### **ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ**

## 5.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

Οι δηλητηριάσεις αποτελούν συχνή αιτία νοσηρότητας των παιδιών και από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στα παιδιά, μαζί με τα ατυχήματα. Στις δηλητηριάσεις της παιδικής ηλικίας –ένα τραγικά συχνό γεγονός– συμμετέχουν 2 εκατομμύρια παιδιά κάθε χρόνο. Το 80% των παιδιών είναι ηλικίας κάτω των 5 ετών. Οι δηλητηριάσεις είναι η τρίτη συχνότερη κάκωση που αντιμετωπίζεται στα τμήματα πρώτων βοηθειών για όλα τα παιδιά ηλικίας κάτω των 16 ετών. Τα συχνότερα είδη δηλητηριάσεων είναι η λήψη πετρελαιοειδών, ηρεμιστικών, αναλγητικών, υπνωτικών, καλλυντικών, απορρυπαντικών, εντομοκτόνων, φυτοφαρμάκων, δηλητηριωδών φυτών. Η αντίληψη ότι οι κακώσεις είναι δυνατόν να αποφευχθούν, ενώ τα ατυχήματα πολλές φορές είναι αναπόφευκτα, σε συνδυασμό με τον υψηλό δείκτη δηλητηριάσεων στην παιδική ηλικία, οδήγησε σε ένα σταθερό ενδιαφέρον για τις προσπάθειες πρόληψης των δηλητηριάσεων. Στις αρχές του '70 έγινε μια επιτυχής, ευρείας κλίμακας νομοθετική παρέμβαση, που απαιτούσε να βρίσκονται τοποθετημένα, τα διάφορα προϊόντα σε κιβώτια με ασφαλείς κλειδαριές για τα παιδιά ή να βρίσκονται κατανεμημένα σε μη θανατηφόρες ποσότητες (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος· Dine and McGovern, 1992).

Το 1998 θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως το έτος των δηλητηριάσεων καθώς καταγράφηκε μια ανησυχητική αύξηση (22,8%) των σχετικών κλήσεων στα νοσοκομεία της χώρας, συγκριτικά με το 1997. Έτσι το 1998 καταγράφηκαν 44.060 κλήσεις που αναφέρονται σε περιπτώσεις δηλητηριάσεων –έναντι 35.880 το 1997– στις περισσότερες των οποίων τα θύματα ήταν μικρά παιδιά. Κι όπως αποδεικνύεται το ελληνικό σπίτι κάθε άλλο παρά ασφαλές είναι, αφού στο οικιακό περιβάλλον συμβαίνει το 90% των παιδικών δηλητηριάσεων. Όπως προκύπτει από τα στατιστικά στοιχεία του κέντρου δηλητηριάσεων του Νοσοκομείου Παίδων, τα παιδιά ηλικίας 1-4 ετών περίπου ήταν και εξακολουθούν να είναι τα πλέον εκτεθειμένα στις δηλητηριάσεις, κι αυτό γιατί στην ηλικία αυτή, λόγω περιέργειας και άγνοιας, δεν μπορούν να διακρίνουν τους κινδύνους που διατρέχουν (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Όσον αφορά στα κύρια αίτια των περιστατικών, τα φάρμακα ευθύνονται για μεγάλο αριθμό δηλητηριάσεων, ενώ για σημαντικό ποσοστό, υπαίτια είναι τα

είδη οικιακής χρήσης –καθαριστικά, απορρυπαντικά, καλλυντικά. Ειδικότερα, το 1998 καταγράφηκαν 20.441 περιπτώσεις δηλητηριάσεων από φάρμακα, 10.077 από είδη οικιακής χρήσης και 2.401 από καλλυντικά (Βλάχος και συν, 1987· Blaiss and de Sharo, 1988· Dine and McGovern, 1992).

Τα παιδιά είναι κυρίως τα θύματα των δηλητηριάσεων με καλλυντικά. Γενικά, δεν είναι τοξικά εκτός από ορισμένες βαφές μαλλιών. Όμως, οι δηλητηριάσεις από κολόνιες είναι και αρκετές και σοβαρές λόγω του οινοπνεύματος που περιέχουν.

Τα ηρεμιστικά-αγχολυτικά, στα οποία κυρίως περιλαμβάνονται οι βενζοδιαζεπίνες, κατέχουν την πρώτη θέση στις δηλητηριάσεις από φάρμακα, γεγονός που σημαίνει ότι γίνεται μεγάλη χρήση τους και βεβαίως ότι βρίσκονται διαθέσιμα σε πολλά σπίτια. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια φαίνεται ότι έχει αυξηθεί η χρήση της παρακεταμόλης και του μεφαιναμικού οξέος, με αποτέλεσμα να έχουν αυξηθεί οι δηλητηριάσεις από τη λήψη των δύο αυτών παυσίπων. Από τη σχετική καταγραφή προκύπτει ακόμη ότι τα απορρυπαντικά, καθαριστικά και λευκαντικά καλύπτουν το 50% των δηλητηριάσεων με είδη οικιακής χρήσης, ενώ θα πρέπει να επισημανθεί το συχνό φαινόμενο ανάμιξης χλωρίνης με οξέα στους χώρους του μπάνιου οπότε και λόγω του χλωρίου που εκλύεται, προκαλούνται σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα. Η δηλητηρίαση με οινόπνευμα, καθαρό ή από οινοπνευματώδη ποτά, ιδιαίτερα στα παιδιά, καλύπτει επίσης μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, όπως και η μύσηση τσιγάρων από βρέφη που σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να έχει σοβαρά επακόλουθα στην υγεία τους. Η μύσηση του καπνού ενός μόνο τσιγάρου μπορεί να οδηγήσει το βρέφος στο θάνατο. Τα γεωργικά φάρμακα δεν ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για δηλητηριάσεις, είναι όμως περισσότερο επικίνδυνα. Μερικά γεωργικά φάρμακα είναι πολύ τοξικά και αρκούν πολύ μικρές ποσότητες για να προκαλέσουν βαριά ή θανατηφόρα δηλητηρίαση. Επιπλέον οι δηλητηριάσεις από φυτά, όπως τα μανιτάρια και τα κουκιά, και από τα φίδια ή τις σφήκες και τις μέλισσες είναι λίγες αλλά εξίσου επικίνδυνες (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994· Βλάχος και συν, 1987· Blaiss and de Sharo, 1988· Helfer and Kempe, 1996).

Οι χημικές ουσίες από τα εντομοκτόνα και τα αποσμητικά χώρου απλώνουν την επικίνδυνη δράση τους ύπουλα, εκθέτοντας την υγεία των

παιδιών σε σοβαρότατους κινδύνους. Πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν πως τα τοξικά και χημικά που αναπνέουν από τα αθώα κατά τα άλλα αρκουδάκια και μαξιλάρια, ξεπερνούν μέχρι και 100 φορές τα όρια ασφαλείας. Σ' αυτή την αόρατη απειλή οφείλονται συνήθως μυστηριώδη συμπτώματα όπως ζαλάδες, αιφνίδιες αλλαγές στη διάθεση ακόμη και παροξυσμοί. Αμερικανοί επιστήμονες ανακάλυψαν πως τα παιδιά ηλικίας από τριών έως έξι ετών είναι πολύ πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν τις επικίνδυνες επιπτώσεις υψηλών δόσεων μιας χημικής ουσίας που ονομάζεται **chorpyrifos** και η οποία χρησιμοποιείται ως εντομοαπωθητικό σε μια σειρά από αντίστοιχα προϊόντα, σε εκατομμύρια νοικοκυριά στην Ελλάδα και σε ολόκληρο τον κόσμο (Blais and de Sharo, 1988).

Η ασφαλής δόση του συγκεκριμένου χημικού έχει καθοριστεί στα τρία μικρογραμμάρια, ωστόσο, η μελέτη των Αμερικανών (1998) έδειξε πως τα παιδιά κινδυνεύουν να εισπνέουν περί τα 365 μικρογραμμάρια την ημέρα. Αυτού του είδους οι οργανοφωσφορικές ενώσεις έχουν κατηγορηθεί πως προκαλούν ναυτίες ή ακόμα και γενετικές ανωμαλίες και πως επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Επιστήμονες από το Πανεπιστήμιο Rodger των Η.Π.Α. κατέληξαν στο συμπέρασμα πως παραμένουν στους χώρους του σπιτιού ακόμη και δύο εβδομάδες μετά τον ψεκασμό, αφού απορροφώνται από τα χαλιά, τα υφάσματα των καναπέδων και ιδιαίτερα τα μαξιλάρια και τα μαλακά παιχνίδια των παιδιών. Η παρουσία και μόνο των τοξικών αυτών ουσιών εκθέτουν τα παιδιά σε μακροχρόνια δόση που ισοδυναμεί με 208 μικρογραμμάρια ανά κιλό, αν όμως ένα παιδί βάζει το χέρι του στο στόμα, η δόση αυξάνεται αυτομάτως στα 356 μικρογραμμάρια (Blais and de Sharo, 1988· Dine and McGovern, 1992).

## **5.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ**

### **5.2.1. Γενική κλινική εικόνα σε δηλητηρίαση**

Με βεβαιότητα, υπάρχουν συμπτώματα που μπορούν να μας κάνουν να υποπτευθούμε πως βρισκόμαστε μπροστά σε μια δηλητηρίαση. Υπάρχουν

γενικά συμπτώματα που εμφανίζονται σχεδόν σε κάθε δηλητηρίαση, ανάμεσα στα οποία ξεχωρίζουν τα παρακάτω:

- κνησμός, εξανθήματα, οιδήματα, αιμορραγίες ή αλλαγή χρώματος από το δέρμα,
- τρόμος, κατάργηση των αντανακλαστικών, μύση (σύσπασση) ή μυδρίαση (διαστολή) της κόρης του οφθαλμού,
- οξείες ψυχικές διαταραχές (οξεία εμφάνιση παραληρήματος, συγχυτική κατάσταση),
- αιφνίδια αύξηση ή μεγάλη πτώση της θερμοκρασίας του σώματος,
- εμετοί ή σπασμός των κοιλιακών τοιχωμάτων,
- διαταραχές της αναπνοής, με πολύ συνηθισμένη την αναπνοή τύπου Kussmaul (χαρακτηρίζεται από μια πολύ βαθιά φάση εισπνοής η οποία ακολουθείται από μια βίαιη και απότομη εκπνοή),
- άσχημη απόπνοια ή διαταραχές του χρώματος των ούρων, ανουρία, πολυοφία,
- κώμα και θάνατος (Κάσιμος, 1987· Κάσιμος, 1988· Δοξιάδης, 1986).

### 5.2.2. Ειδικές κλινικές εικόνες δηλητηρίασης

#### A. Από το πεπτικό σύστημα

- νικοτίνη: σιελόρροια, εμετός δίχως διάρροια,
- αρσενικό: εμετός δίχως διάρροια,
- καθαρτικά: διάρροια,
- υδράργυρος: διάρροια,
- ιώδιο: πρήξιμο στα χείλη και δυσκολία στην κατάπνοση, ιώδης χρωματισμός γλώσσας και ούλων,
- μανιτάρια: εμετός δίχως διάρροια,
- μόλυβδος: μαύρος χρωματισμός γλώσσας και ούλων, κωλικοί εντέρου με διάρροια ή δυσκοιλιότητα (Κάσιμος, 1987).

## B. Από το αναπνευστικό σύστημα

- *καυστικά οξέα*: βήχας παροξυστικός, απόχρεμψη αιματηρή ή σαν αφρός,
- *χλώριο*: απόχρεμψη αιματηρή ή σαν αφρός,
- *σαλικυλικά*: αναπνοή Kussmaul,
- *αλλαντίαση*: βήχας παροξυστικός (Κάσιμος, Κρεμεντόπουλος και Τσιούρης, 1989).

## Γ. Από το κυκλοφοριακό

- *νικοτίνη*: βραδυσφυγμία, αρρυθμία, ταχυκαρδία, προκάρδιος πόνος, πτώση Α.Π.,
- *οινόπνευμα*: σφυγμός βραδύς και μικρός,
- *μονοξειδίο άνθρακα*: σφυγμός βραδύς και μικρός,
- *αρσενικό, ιώδιο, καυστικά οξέα*: σφυγμός μικρός και συχνός,
- *αλλαντίαση*: πτώση αρτηριακής πίεσης,
- *αρσενικό*: πτώση Α.Π.,
- *μανιτάρια*: πτώση Α.Π.

## Δ. Από το νευρικό

- *αλλαντίαση*: αδυναμία, ζάλη, ίλιγγος, λιποθυμία,
- *νικοτίνη*: αδυναμία, ζάλη, ίλιγγος, λιποθυμία,
- *μονοξειδίο του άνθρακα*: ζάλη, ίλιγγος, λιποθυμία, κώμα
- *υπνωτικά*: κώμα,
- *οινόπνευμα*: διέγερση, παραλήρημα,
- *μανιτάρια*: διέγερση, παραλήρημα,
- *βενζίνη*: σπασμοί τετανικοί ή κλονικοί,
- *αρσενικό*: παράλυση.

## Ε. Από τα μάτια

- *αλλαντίαση*: μυδρίαση (διαστολή κόρης),

- *μανιάρια*: μύση κόρης,
- *οινόπνευμα*: αμβλυοπία, ξανθοψία,
- *νικοτίνη*: αμβλυοπία, ξανθοψία,
- *αρσενικό*: αμβλυοπία, ξανθοψία,
- *αμμωνία*: επιπεφυκίτιδα,
- *χλώριο*: επιπεφυκίτιδα.

#### ΣΤ. Από τα αυτιά

- *σαλικυλικά*: βαρηκοΐα ή κώφωση.

#### Ζ. Από το δέρμα

- *αλλαντίαση*: δέρμα ξηρό και στόμα,
- *μανιάρια*: δέρμα υγρό,
- *νικοτίνη*: δέρμα υγρό,
- *δήγματα φιδιών*: αιμορραγίες δέρματος,
- *μονοξειδίο άνθρακα*: μπλε χρώση δέρματος,
- *αρσενικό*: σκούρο βαθύ χρώμα δέρματος,
- *μόλυβδος*: σκούρο βαθύ χρώμα δέρματος,
- *βαφές μαλλιών*: εξάνθημα με φυσαλίδες,
- *δήγματα εντόμων*: εξάνθημα με φυσαλίδες,
- *ιώδιο*: εξάνθημα με φυσαλίδες,
- *τσουκνίδες*: εξάνθημα με φυσαλίδες.

#### Η. Από τα ούρα

- *αρσενικό*: αιματηρά,
- *ιώδιο*: αιματηρά,
- *υδράργυρος*: ανουρία.

### **5.3. ΑΙΤΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ**

Η συχνότητα και το είδος των δηλητηριάσεων εξαρτώνται πολύ και από τον τρόπο διάρθρωσης της κοινωνίας, τις οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές συνθήκες διαβίωσης. Ο περιορισμός των παιδιών στους τέσσερις τοίχους του διαμερίσματος, η έλλειψη χώρων παιχνιδιού, η απουσία της μητέρας από το σπίτι για αρκετές ώρες της ημέρας λόγω εργασίας, η έλλειψη σωστής ενημέρωσης και εκπαίδευσης των παιδιών καθώς και η αφθονία χημικών ουσιών, απορρυπαντικών, φαρμακευτικών ουσιών στα σπίτια, σε χώρους προσιτούς στα παιδιά, αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες για τις δηλητηριάσεις.

Πολλές φορές επίσης υπεύθυνοι για την πρόκληση δηλητηρίασης στα παιδιά, είναι οι ίδιοι οι γονείς, λόγω επιπολαιότητας ή αμέλειας να πάρουν τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης. Τα παιδιά ιδιαίτερα κάτω των πέντε ετών, δεν έχουν επίγνωση του κινδύνου που κρύβει ένα φαινομενικά αθώο μπουκαλάκι και καθώς βρίσκονται στη φάση της αναζήτησης και της δοκιμής, δεν διστάζουν να ανοίξουν, να εισπνεύσουν, να πιουν, να φάνε, οτιδήποτε πέσει στην αντίληψή τους, στα χέρια τους. Εάν οι γονείς είναι πιο προσεκτικοί μπορούν να προλάβουν τέτοιου είδους ατυχήματα και ακόμη περισσότερο, να εξαλείψουν κάθε τέτοιου είδους κίνδυνο που δύναται να απειλήσει τα παιδιά τους. ,

### **5.4. ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ**

Το βασικότερο και πιο αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης των δηλητηριάσεων για τα παιδιά κάτω των πέντε ετών είναι η σωστή και συνεχής επίβλεψή τους από τους γονείς τους. Για τα μικρά παιδιά, η προστασία από τους γονείς πρέπει να είναι απόλυτη. Για μεγαλύτερα παιδιά, όμως, πρέπει να γίνεται κατάλληλη διαπαιδαγώγηση και να παρέχεται σ' αυτά η ευκαιρία να απαιτούν σιγά-σιγά τις δικές τους εμπειρίες, ώστε ν' αποφεύγουν τους κινδύνους των ατυχημάτων.

Η οργάνωση, επίσης, εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τους γονείς από τα παιδιατρικά ιατρεία, τις κλινικές της κοινότητας, των τμημάτων δημόσιας υγιεινής και γενικότερα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κάθε τόπου, θα



μπορούσε να συμβάλλει αποφασιστικά στην πρόληψη των δηλητηριάσεων. Τα εκπαιδευτικά σεμινάρια θα μπορούσαν να αναφέρονται σε θέματα ασφαλείας, όπως τρόπους αποθήκευσης των προϊόντων του νοικοκυριού και των φαρμάκων σε χώρους μη προσιτούς και σε κλειδωμένα ντουλάπια, την απομάκρυνση όλων των παλιών φαρμάκων, την προμήθεια ασφαλών φιαλιδίων για τα φάρμακα, την ύπαρξη σιροπιού ιπεκακουάνας στο σπίτι καθώς και τρόπο χρήσης της, καθώς και θέματα για δηλητηριώδη φυτά που μπορεί να βρεθούν στο σπίτι ή τον κήπο (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος· Βλάχος και συν, 1987· Blaiss and de Sharo, 1988).

#### 5.4.1. Οδηγίες για την πρόληψη δηλητηριάσεων

1. Λιγότερη χρήση φαρμάκων – Απομάκρυνση φαρμάκων παλιών προδιαγραφών.
2. Μικρότερος αριθμός φιαλιδίων με ταμπλέτες.
3. Τα φάρμακα να βρίσκονται σε ασφαλή κουτιά –κλειστά και ψηλά.
4. Ανθεκτικές για το παιδί συσκευασίες (καλά κλειστά πώματα).
5. Εκπαίδευση του παιδιού γύρω από τα φάρμακα.
6. Σιρόπι ιπεκακουάνας να υπάρχει σε κάθε σπίτι.
7. Αν δεν μπορείτε να αποφύγετε τη χρήση εντομοκτόνων, διαβάστε καλά τις οδηγίες που αναγράφονται στις ετικέτες των προϊόντων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται προφυλάξεις και περιορισμοί (Κάσιμος, Κρεμεντόπουλος και Τσιουρης, 1989).
8. Προτού κάνετε χρήση του προϊόντος τόσο μέσα όσο και έξω από το σπίτι, απομακρύνετε τα παιδιά σας, τα παιχνίδια τους και τα κατοικίδια σας μακριά από τη “ζώνη του πυρός” και κρατήστε τα μακριά μέχρις ότου στεγνώσει το δηλητήριο, σύμφωνα με τις υποδείξεις της συσκευασίας.
9. Μην ψεκάσετε έξω από το σπίτι όταν βρέχει ή φυσάει. Πάρτε τις κατάλληλες προφυλάξεις, ώστε οι χημικές ουσίες να μην παρασυρθούν στο υπόγειο, στον κήπο σας με τα λαχανικά, ή στην αυλή του γείτονά σας.
10. Απομακρύνετε ή καλύψτε τις τροφές κατά τη χρήση των εν λόγω προϊόντων.

11. Μην αγοράζετε περισσότερα απολυμαντικά από όσα πραγματικά χρειάζεστε. Μην ξεχνάτε να καταστρέψετε τα παλιά, ανάλογα με τις οδηγίες που αναγράφονται.
12. Να θεωρείτε τα πάντα τοξικά. Περισσότερο από το 70% των δηλητηρίων είναι ουσίες που χρησιμοποιούμε καθημερινά στο σπίτι: λουσιόν, σαμπουάν, καθαριστικά. Ποτέ να μη θεωρείτε ότι είναι ένα προϊόν μη δηλητηριώδες –να τηλεφωνείτε αμέσως στο Κέντρο Δηλητηριάσεων, ότι και αν έχει καταπιεί το παιδί σας.
13. Αποθηκεύστε στη μνήμη του τηλεφώνου σας τον αριθμό του Κέντρου Δηλητηριάσεων. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τον αριθμό, σε κάθε υποψία δηλητηριάσεως του παιδιού σας –εκτός κι αν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του, έχει σπασμούς, ή δυσκολεύεται να αναπνεύσει, οπότε πρέπει να μεταφερθεί αμέσως στο νοσοκομείο.
14. Να είστε εξαιρετικά προσεκτικοί με τον σίδηρο. Η αθέλητη λήψη μεγάλης ποσότητας σιδήρου αποτελεί σημαντική αιτία θανάτου από δηλητηριάσεις στις ηλικίες κάτω των 6 ετών. Τα διατροφικά συμπληρώματα βιταμινών είναι επικίνδυνα, οι ταμπλέτες σιδήρου περιέχουν αρκετό σίδηρο ώστε να σκοτώσουν ένα παιδί. Χρειάζονται 2 περίπου ώρες έως ότου ένα παιδί αναπτύξει συμπτώματα δηλητηρίασης από σίδηρο, όπως ναυτία, εμετό και διάρροια, γεγονός που σημαίνει ότι οι γονείς ενδέχεται να μη συνειδητοποιήσουν ότι πρόκειται για δηλητηρίαση με το συγκεκριμένο ιχνοστοιχείο. Ευτυχώς τα περισσότερα παιδιά με δηλητηρίαση σιδήρου αναρρώνουν χωρίς μακροχρόνιες παρενέργειες. Για να γίνει όμως αυτό πρέπει να υποβληθούν σε δυσάρεστες θεραπείες όπως η πλύση στομάχου (Dine and McGovern, 1992).
15. Μάθετε τις ονομασίες των φυτών σας. Υπάρχουν φυτά που μπορεί να προκαλέσουν έναν απλό δερματικό ερεθισμό και άλλα που μπορεί να αρρωστήσουν βαριά ένα παιδί. Απαραίτητο είναι συνεπώς να ξέρουν οι γονείς τι φυτά έχουν στο σπίτι τους.
16. Προσοχή στα φάρμακα του παιδιού. Δίνετε εσείς μια κουταλιά αντιπυρετικό στο παιδί σας και ο πατέρας του που δεν το ξέρει του δίνει άλλη μία, μισή ώρα αργότερα. Ή κάνετε λάθος στη δοσολογία που συνέστησε ο γιατρός και

δίνετε μεγαλύτερη δόση. Τα φάρμακα όμως μπορεί να έχουν σοβαρές παρενέργειες και αν το παιδί πάρει μεγάλη δόση πρέπει απαραίτητως να καλέσετε το Κέντρο Δηλητηριάσεων για να σας πει τι να κάνετε. Για να αποφύγετε στο μέτρο του δυνατού τα προβλήματα, μη δίνετε ποτέ στο παιδί το φάρμακό του τη νύχτα χωρίς να ανάψετε το φως, και φροντίστε πάντοτε να διαβάζετε το φυλλάδιο με τις οδηγίες, που περικλείονται στη συσκευασία. Πάντοτε εξάλλου πρέπει να δίνετε το φάρμακό του με ειδική μεζούρα(Dr Stoppard, 1988· Dine and McGovern, 1992).

17. Εκπαιδεύστε τους παππούδες. Το 20% περίπου των φαρμάκων που λαμβάνονται από παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών, ανήκουν στους παππούδες και τις γιαγιάδες, σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε στο κέντρο δηλητηριάσεων του Μπλοζέτ. Αυτό είναι απολύτως κατανοητό σύμφωνα με τους ειδικούς: οι ηλικιωμένοι συχνά δυσκολεύονται να ανοίξουν τα μπουκαλάκια με τα φάρμακά τους, οπότε τα αφήνουν μονίμως ανοικτά ή έχουν τα χάπια τους εκτεθειμένα στα τραπέζια ή τα κομοδίνα για να μην ξεχάσουν να τα πάρουν. Για να μη συμβεί λοιπόν κανένα κακό, υπενθυμίστε ευγενικά στους ηλικιωμένους ότι πρέπει να “κρύβουν” τα φάρμακα όταν τους επισκέπτεστε με το παιδί.
18. Να θυμάστε ότι τα παιδιά βάζουν τα πάντα στο στόμα τους. Και τα αποσμητικά σε μορφή στικ και τις κρέμες χεριών, ακόμη και τα αντισκωριακά προϊόντα. Πρέπει λοιπόν να είστε ιδιαίτερος προσεκτικοί και να διατηρείτε πάντοτε τα προϊόντα στις αρχικές τους συσκευασίες.
19. Να είστε διαρκώς σε ετοιμότητα. Πολλά ατυχήματα συμβαίνουν σε περιόδους στρες ή αλλαγών στην οικογενειακή ρουτίνα. Κάθε τι που διαταράσσει την καθημερινότητα, όπως μια μετακόμιση, οι διακοπές ή οι επισκέπτες, μπορεί να μειώσει την προσοχή των γονέων.
20. Να χρησιμοποιείτε την κοινή λογική. Η απλούστερη λύση για να προλάβετε τις παιδικές δηλητηριάσεις είναι η κοινή λογική. Αν ένα παιδί δεν μπορεί να δει και δεν μπορεί να φτάσει κάτι, δεν θα το βάζει στο στόμα του.

Τέτοιου είδους οδηγίες πρόληψης πρέπει να είναι γραμμένες καθαρά και με μεγάλα γράμματα, στα σχολεία, τα νοσοκομεία, τα ιδιωτικά ιατρεία, τους κλειστούς χώρους παιχνιδιού των παιδιών (παιχνιδότοπους), τα βιβλιάρια

υγείας καθώς και τα διανέμονται γραμμένα σε πίνακες, δωρεάν στα σπίτια, σε συνδυασμό, βέβαια, με άλλες σημαντικές οδηγίες που αφορούν την υγεία των παιδιών.

Θα μπορούσαν επίσης να γίνουν προσπάθειες μέσω των πηγών δημοσίων σχέσεων, των ΜΜΕ, κινητοποίησης ενός προγράμματος επικεντρωμένου σε τρία βασικά σημεία:

- α. την αύξηση της ενημέρωσης για του κινδύνους των κακώσεων,
- β. την υπόδειξη προληπτικών μέτρων συμπεριφοράς και
- γ. την αύξηση των γνώσεων για την κατάλληλη αντιμετώπιση.

Με τα παραπάνω μέτρα πρόληψης θα μειωθεί η έκθεση των παιδιών σε παράγοντες απειλητικούς για τη ζωή τους, θα είναι δυνατή η πρόληψη του τραγικού αριθμού κακώσεων και θνησιμότητας από ατυχήματα και δηλητηριάσεις.

## **5.5. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ**

Στη γενική αντιμετώπιση κάθε δηλητηρίασης περιλαμβάνονται: α) η αναγνώριση του δηλητηρίου, β) η απομάκρυνση όσο το δυνατό περισσότερου δηλητηρίου που πάρηκε, γ) η εξουδετέρωση του δηλητηρίου πριν από την απορρόφησή του με τη χορήγηση γενικού ή ειδικού αντιδότη, δ) η επιτάχυνση της αποβολής του από τις φυσικές οδούς και ε) η συμπτωματική θεραπεία.

### **5.5.1. Αναγνώριση του δηλητηρίου**

Η αναγνώριση του δηλητηρίου δεν είναι πάντα εύκολη επειδή ο αριθμός των χημικών και φαρμακευτικών ουσιών είναι μεγάλος, αλλά και εξαιτίας της μικρής ηλικίας του ασθενούς, δεν είναι σαφείς οι πληροφορίες. Η αναγνώρισή τους θα στηριχθεί στο ιστορικό λήψης φαρμάκου ή χημικής ουσίας ή στο άδειο μπουκαλάκι που θα βρεθεί κοντά στο παιδί. Πάντως δεν επιτρέπεται να χαθεί πολύτιμος χρόνος στην αναγνώριση, επειδή λίγα είναι και τα ειδικά αντίδοτα.

### 5.5.2. Απομάκρυνση του δηλητηρίου

Αυτή πρέπει να γίνεται γρήγορα, οπότε απομακρύνεται όλη η ποσότητα του δηλητηρίου. Ανάλογα από πού πάρθηκε το δηλητήριο στον οργανισμό, εφαρμόζονται τα παρακάτω μέτρα:

Σε εισπνοή δηλητηριώδους αερίου επιβάλλεται η μεταφορά του ατόμου στον καθαρό αέρα, η χορήγηση οξυγόνου ή η τεχνητή αναπνοή.

Όταν το δηλητήριο επιδράσει στην εξωτερική επιφάνεια του σώματος, τότε πρέπει να γίνουν οι εξής ενέργειες: α) να αφαιρεθούν τα ρούχα, β) να πλυθεί το σώμα με άφθονο νερό και σαπουνί ή με οινόπνευμα όταν πρόκειται για ουσία αδιάλυτη στο νερό. Όταν είναι οξύ εξουδετερώνεται με διάλυμα σόδας 5% κι όταν είναι αλκάλι, με χυμό λεμονιού ή ξυδιού Ό σε νερό.

Εάν η χημική ή φαρμακευτική ουσία επιδράσει στα μάτια, πρέπει να γίνεται συνέχεια ξέπλυμα με νερό, μέχρι να αναλάβει την αντιμετώπιση της κατάστασης ο οφθαλμίατρος.

Εάν η ουσία παρθεί από το στόμα, πρέπει να προκληθεί εμετός και να γίνει πλύση στομάχου. Η πρόκληση εμετού μπορεί να γίνει και με μηχανικά και με χημικά μέσα. Στα μηχανικά ανήκει ο ερεθισμός της υπερώας με φτερό ή με το δάχτυλο ή με γλωσσοπίεστρο. Στα χημικά μέσα περιλαμβάνονται τα εμετικά φάρμακα, όπως το σιρόπι ιπεκακουάνας, η απομορφίνη και ο θειικός χαλκός.

Το σιρόπι ιπεκακουάνας θεωρείται το πιο αβλαβές, γι' αυτό πρέπει να βρίσκεται σε κάθε σπίτι ως φάρμακο πρώτης ανάγκης. Δίνεται σε παιδιά άνω του 1 έτους σε δόση 15-20ml και σε μικρότερη δόση σε παιδιά κάτω του 1 έτους. Η δράση του φαρμάκου είναι καλύτερη στο γεμάτο στομάχι, γι' αυτό πρέπει μετά τη λήψη του να δοθεί άφθονο νερό. Σε 95-98% έχουμε εμετό μέσα σε 20-25 λεπτά. Σε αποτυχία επαναλαμβάνεται μετά 20' και σε νέα αποτυχία γίνεται πλύση στομάχου.

Η χορήγηση εμετικών φαρμάκων αντενδείκνυται στα εξής περιπτώσεις: α) σε λήψη πετρελαιοειδών για τον κίνδυνο πνευμονίας από εισρόφηση, β) σε οξέα και αλκάλια επειδή υπάρχει ο κίνδυνος διάτρησης, γ) σε ημικωματώδη ή κωματώδη κατάσταση –κίνδυνος πνιγμονής, δ) όταν πάρθηκε μικρή ποσότητα της ουσίας ή η τοξικότητά της είναι αμελητέα.

Η πλύση στομάχου θεωρείται σαν η πιο αποτελεσματική μέθοδος για την απομάκρυνση του δηλητηρίου. Επιβάλλεται πάντα, έστω και αν προκλήθηκε εμετός, ακόμα και αν πέρασε πολύς χρόνος από τη λήψη του δηλητηρίου (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### 5.5.3. Εξουδετέρωση του δηλητηρίου

Αυτή γίνεται με τη χορήγηση γενικού ή ειδικού αντιδότη. Αυτά δρουν είτε με την προσρόφηση τοξικών ουσιών, που γίνονται έτσι ανενεργές ή με την ένωσή τους με αυτές και το σχηματισμό χημικών ενώσεων δυσσπορόφητων ή λιγότερο τοξικών. Γενικά αντίδοτα:

1. Ενεργός άνθρακας: Προσροφάει τα περισσότερα οργανικά και ανόργανα δηλητήρια. Έχει ικανοποιητικό αποτέλεσμα όταν δοθεί 30' από τη λήψη του δηλητηρίου. Δίνεται σε αναλογία 5:1 (άνθρακας-δηλητήριο) όταν είναι γνωστή η ποσότητα του δηλητηρίου, ενώ εάν δεν είναι γνωστή τότε δίνονται 10g άνθρακα σε 1 lt. νερό.
2. Πυκνό διάλυμα τσαγιού ή ταννικό οξύ: Χρησιμεύει για εξουδετέρωση αλκακοειδών (ατροπίνη, μορφίνη, στρυχνίνη, κινίνη, κοκαΐνη) και βαριών μετάλλων (αντιμόνιο, ψευδάργυρος).
3. Λευκωματούχο νερό ή γάλα: Χρησιμοποιείται για την εξουδετέρωση διάφορων οργανικών δηλητηρίων (λεύκωμα 3-4 αυγών σε 300-500ml νερού).
4. Αλκαλικές ουσίες: Δίνονται σε δηλητηριάσεις με οξέα, όπως η κεκαυμένη μαγνησία σε δόση 5-10g σε 100-200ml νερού.
5. Όξινες ουσίες: Δίνονται σε δηλητηριάσεις με αλκάλια, όπως το ξύδι, ο χυμός λεμονιού.
6. Εναιώρημα αμύλου ή αλεύρι: 1-2 κουταλιές της σούπας σε 500ml νερού. Δίνεται σε λήψη ιωδίου.
7. Ισχυρό αφέψημα τσαγιού ή καφέ: Χρησιμεύει σα διεγερτικό του Κ.Ν.Σ. σε δηλητηριάσεις με βαρβιτουρικά ή αλκοόλη και γενικά στα φάρμακα που

δρουν κατασταλτικά στο Κ.Ν.Σ. (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

#### **5.5.4. Επιτάχυνση αποβολής του δηλητηρίου**

Η απέκκριση των δηλητηρίων γίνεται, όπως είναι γνωστό, με τις φυσικές οδούς, δηλαδή με τους νεφρούς, τον εντερικό βλενογόνο ή και με το δέρμα. Η επιτάχυνση της αποβολής του δηλητηρίου μέσω των φυσικών οδών, επιτυγχάνεται με την αύξηση της διούρησης, με καθαρτικά, με υποκλυσμό ή και με εφίδρωση. Στις βαριές καταστάσεις γίνεται περιτοναϊκή διύλιση και αφαιμαξομετάγγυση.

#### **5.5.5. Συμπτωματική θεραπεία**

Γίνεται προσπάθεια για αντιμετώπιση της αφυδάτωσης και των ηλεκτρολυτικών διαταραχών, των σπασμών, της καταπληξίας και των διαταραχών του κυκλοφοριακού, του αναπνευστικού και των υπολοίπων συστημάτων.

#### **5.5.6. Αντιμετώπιση δηλητηρίασης από δήγματα εντόμων και δηλητηριωδών φιδιών**

Από τα τσιμπήματα των εντόμων προκαλούνται αντιδράσεις τοπικές και σπάνια γενικευμένες, που οφείλονται στο περιεχόμενο του υγρού (ισταμίνη, ακετυλοχοζίνη, ένζυμα κτλ.) ή είναι αποτέλεσμα αντίδρασης υπερευαισθησίας των ατόμων στο αντιγόνο του εντόμου. Γι' αυτές τις αντιδράσεις γίνεται θεραπεία όπως στη βαριά αναφυλακτική κρίση (αδρεναλίνη, αντιισταμινικά κτλ.) και προληπτικά απευαισθητοποίηση έναντι του αντίστοιχου βλαπτικού αντιγόνου.

Χρησιμοποιήστε το τσιμπιδάκι για τα φρύδια για να απομακρύνετε το κεντρί. Πιάστε το κεντρί όσο πιο κοντά στην πληγή είναι δυνατόν και τραβήξτε προς τα έξω με προσοχή. Τοποθετείστε κρύες κομπρέσες για να μειώσετε τον πόνο και το πρήξιμο. Εάν το κεντρί βρίσκεται στο στόμα, δώστε στο παιδί κρύο

νερό ή παγάκι να πιπιλήσει για λίγα λεπτά. Σε περίπτωση που το παιδί είναι αλλεργικό, χορηγήστε αμέσως τα φάρμακά του, ενώ αν δεν έχετε φάρμακα κοντά σας προσπαθήστε να καθησυχάσετε το παιδί, χαλαρώστε τα ενδύματά του και παραμείνετε δίπλα του μέχρι την άφιξη του ασθενοφόρου.

Σημάδια αλλεργικής αντίδρασης: οίδημα, δυσκολία στην αναπνοή, ταχυσφυγμία, ανησυχία, κόκκινο δέρμα με εξάνθημα. Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις, εκτιμήστε την κατάσταση –αναπνοή, σφυγμό– και ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση. Εάν αναπνέει τοποθετείστε το στη θέση ανάκτησης των αισθήσεων (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

Από τα τσιμπήματα των δηλητηριωδών φιδιών συμβαίνουν φαινόμενα τοπικά –οίδημα, αιμορραγία, φυσαλίδες– και γενικά –υπόταση, μέχρι βαθύς και με ενδαγγειακή μερικές φορές πήξη. Θεραπευτικά, αμέσως μετά το τσίμπημα, γίνεται ίσχαιμη τοπική περίδεση, εφαρμόζεται θεραπεία για την καταπληξία και παίρνονται γενικά (λοιμώξεις, τέτανος) καθώς και τοπικά μέτρα (περιποίηση τραύματος) (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Βλάχος και συν, 1987· Blaiss and de Sharo, 1988).

#### **5.5.7. Επείγουσα αντιμετώπιση δηλητηρίασης στο σπίτι –Γενικές οδηγίες**

Εάν έχετε την υποψία ότι το παιδί σας κατάπιε κάποια δηλητηριώδη ουσία προσπαθήστε, χωρίς να χάσετε πολύτιμο χρόνο, να βρείτε το δοχείο που περιείχε την ουσία και να διαβάσετε τα συστατικά. Κατόπιν τηλεφωνήστε στο κέντρο δηλητηριάσεων (τηλ. Κέντρου Δηλητηριάσεων 77 93 777) ή στο γιατρό σας και ενημερώστε. Θα σας δώσουν σημαντικές οδηγίες για την άμεση αντιμετώπιση της δηλητηρίασης μέχρι την άφιξη στο νοσοκομείο.

##### Πιθανά συμπτώματα:

- Εμετός, διάρροια
- Έγκαυμα γύρω από το στόμα (λήψη οξέων)
- Σπασμοί χωρίς φανερό λόγο
- Άδειο δοχείο που περιείχε φάρμακο ή χημική ουσία, κοντά στο παιδί



– Δηλητηριώδες φυτό κοντά του εάν κείτεται αναίσθητο.

1. Εάν το παιδί διατηρεί τις αισθήσεις του ρωτήστε το τι ουσία πήρε.
2. Κρατήστε το δοχείο ή δείγμα της ουσίας (π.χ. καρπούς, φύλλα) που έχει πάρει το παιδί.
3. Αν το παιδί έχει πάρει διαβρωτικό δηλητήριο, σε καμία περίπτωση μην προκαλέσετε εμετό. Ανεβαίνοντας από τον οισοφάγο και το φάρυγγα, θα προκαλέσει πάλι έγκαυμα στην περιοχή. Δώστε του να πιει λίγο νερό ή γάλα και μεταφέρετέ το στο νοσοκομείο.
4. Εάν είστε απόλυτα σίγουροι ότι δεν έχει πάρει διαβρωτικό δηλητήριο, προσπαθήστε να του προκαλέσετε εμετό δίνοντάς του σιρόπι ιπεκακουάνας ή τοποθετώντας το δάχτυλο στο λαιμό του. Εάν έχει σπασμούς ή έχει χάσει τις αισθήσεις του, μην προκαλέσετε εμετό.
5. Εάν το παιδί κείτεται αναίσθητο καλέστε ασθενοφόρο ή μεταφέρετέ το κατευθείαν στο νοσοκομείο εάν έχετε κάποιον να σας βοηθήσει. Στη διάρκεια της διαδρομής ελέγχετε το σφυγμό και την αναπνοή του και ετοιμαστείτε για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Εάν αναπνέει τοποθετήστε το στη **θέση διατήρησης των αισθήσεων**. Πριν αρχίσετε την τεχνητή αναπνοή ξεπλύντε από το πρόσωπο και τα χείλη του παιδιού το δηλητήριο και προσέξτε μην πάρετε δηλητήριο στο στόμα σας (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996)·

#### 5.5.8. Κατάποση χημικών ουσιών

Ενημερώστε αμέσως το γιατρό. Μην προκαλέσετε εμετό στο παιδί γιατί η χημική ουσία θα προκαλέσει μεγαλύτερη βλάβη. Σκουπίστε την περιοχή του προσώπου και δώστε στο παιδί να πιει νερό ή γάλα κρύο. Το γάλα χρησιμεύει σαν αντίδοτο στις χημικές ουσίες.

Αφού εντοπίσετε τη χημική ουσία που κατάπιε το παιδί, πληροφορείστε το γιατρό ή το κέντρο δηλητηριάσεων για να σας δώσουν τις κατάλληλες

οδηγίες. Επίσης αυτό θα βοηθήσει το γιατρό να προσδιορίσει τη σωστή ιατρική φροντίδα.

Σε περίπτωση που το παιδί χάσει τις αισθήσεις του, εκτιμείστε την κατάσταση, ελέγξτε το σφυγμό και την αναπνοή και ετοιμαστείτε για καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση. Εάν αναπνέει τοποθετήστε το στη θέση ανάκτησης των αισθήσεων (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

#### **5.5.9. Φαρμακευτική δηλητηρίαση**

Ενημερώστε το γιατρό και προσπαθήστε να προσδιορίσετε το φάρμακο που πήρε το παιδί. Αφού εντοπίσετε το φάρμακο, πληροφορήστε το γιατρό για το είδος και την ποσότητα που πήρε το παιδί. Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του, αφού ανοίξουμε τις αναπνευστικές οδούς αφαιρώντας τυχόν χάρπια που έχουν φράξει την περιοχή, ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

#### **5.5.10. Δηλητηρίαση από οινόπνευματώδη**

Παρακολουθήστε το παιδί για συμπτώματα δηλητηρίασης όπως: αναποκοκκινισμένο πρόσωπο, ναυτία, τρέκλισμα, έντονη μυρωδιά οινόπνευματος. Παροτρύνετε το παιδί να κάνει εμετό. Αν αποκοιμηθεί προσπαθήστε να το ξυπνήσετε και να το κρατήσετε ξύπνιο όσο περισσότερη ώρα μπορείτε. Εάν χάσει τις αισθήσεις του, ελέγξτε την αναπνοή και το σφυγμό και ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση. Εάν αναπνέει, τοποθετείστε το στη θέση ανάκτησης των αισθήσεων και προσπαθήστε να το κρατήσετε ζεστό, καθώς το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει υποθερμία αφού διαστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία. Παραμείνετε κοντά στο παιδί μέχρι την άφιξη βοήθειας (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Βλάχος και συν, 1987· Blaiss and de Sharo, 1988).

### 5.5.11. Φυτική δηλητηρίαση

Ενημερώστε το γιατρό και πληροφορείστε τον για το είδος του φυτού που έφαγε το παιδί. Μην προκαλέσετε εμετό γιατί υπάρχει κίνδυνος να επιδεινώσετε την κατάσταση. Με το δάχτυλο σας προσπαθήστε να αφαιρέσετε τυχόν υπολείμματα του φυτού, που βρίσκονται στη στοματική κοιλότητα.

Εάν το παιδί κείτεται αναίσθητο, αφού ανοίξετε τις αναπνευστικές οδούς και ελέγξετε την αναπνοή και το σφυγμό, ετοιμαστείτε για αναζωογόνηση. Εάν αναπνέει το τοποθετείτε στη θέση ανάκτησης των αισθήσεων και παραμείνετε μαζί του μέχρι την άφιξη βοήθειας.

### 5.5.12. Δήγμα ζώου

Επιπόλαιο δήγμα: Πλύντε την πληγή με σαπούνι και ζεστό νερό και ξεπλύντε ρίχνοντας άφθονο νερό. Στη συνέχεια βάλτε γάζα στην πληγή και στερεώστε με λευκοπλάστ.

Σοβαρό δήγμα: Τοποθετείστε ένα καθαρό κομμάτι ύφασμα πάνω στην πληγή και πιέστε σταθερά για να σταματήσετε την αιμορραγία. Υποστηρίξτε το τραυματισμένο μέλος σε υψηλότερο επίπεδο από το επίπεδο της καρδιάς. Επιδέστε τις γάζες και στερεώστε με επίδεσμο σφιχτά την πληγή και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΠΝΙΓΜΟΣ

## 6.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΩΝ ΠΝΙΓΜΩΝ

Όταν αναφερόμαστε στον πνιγμό, εννοούμε την ασφυξία από βύθιση, ειδικά σε νερό. Επειδή ο πνιγμός περικλείει την έννοια του θανάτου, προτιμούμε τον όρο κάκωση από βύθιση, που αντανακλά τη μη θανατηφόρα φύση και τονίζει ότι η βύθιση προκαλεί έναν άλλο τύπο κάκωσης στο σώμα. Κάποιοι ενδεικτικοί ορισμοί είναι:

Πνιγμός: Θάνατος από ασφυξία την ώρα της βύθισης ή μέσα σε 24 ώρες απ' αυτήν.

Δευτερογενής Πνιγμός: Ο θάνατος που ακολουθεί μια βύθιση, αλλά από επιπλοκές (συνήθως σύνδρομο αναπνευστικής εξάντλησης, σε χρονικό διάστημα 24 ωρών και άνω, μετά τον πνιγμό), αλλά άμεσα συνδεδεμένος με την βύθιση.

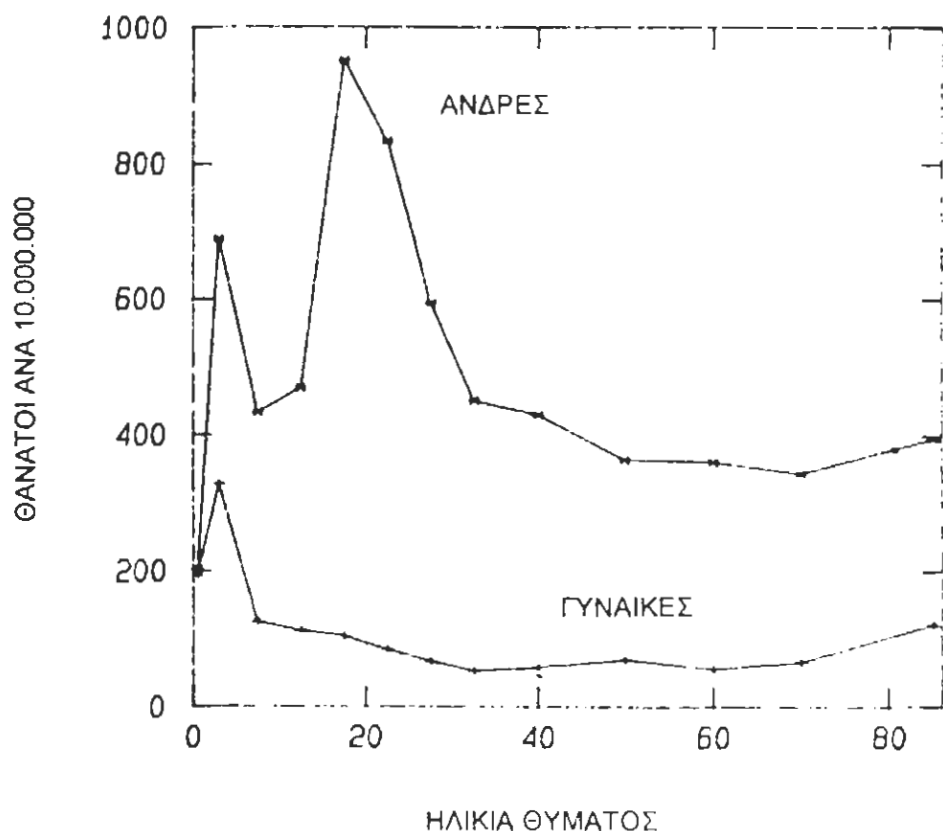
Σύνδρομο από εμβάπτιση: Αιφνίδιος θάνατος, παρασυμπαθητικής πιθανόν αιτιολογίας, που οφείλεται σε καρδιακή ανακοπή, λόγω της επαφής με κρύο νερό. Η δηλητηρίαση με αλκοόλ ή άλλα ηρεμιστικά υπνωτικά, προδιαθέτει σ' αυτό το σύνδρομο (Alpert and Guyer, 1995).

Η κάκωση από βύθιση είναι ένας μοναδικός τύπος μεταξύ των μη εσκεμμένων κακώσεων, λόγω του υψηλού λόγου θνησιμότητας προς τη νοσηρότητα. Στις Η.Π.Α. ο ρυθμός θανάτων από βύθιση μειώθηκε την τελευταία 10ετία κατά 20% και ανέρχεται σε 2,5 θανάτους ανά 100.000. Το 85% αυτών των θανάτων συνέβησαν σε άντρες, με τη μεγαλύτερη επίπτωση στην ομάδα ηλικιών 10-19 ετών. Ο πνιγμός αντιπροσωπεύει την τρίτη πιο συχνή αιτία θανάτου συνολικά, και κατατάσσεται δεύτερη μετά τις κακώσεις από μηχανοκίνητα στην ομάδα ηλικιών των εφήβων. Ο ρυθμός θανάτων είναι πενταπλάσιος για τους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Αν και η Ελλάδα είναι χώρα με εκατοντάδες μίλια ακτών και εκβολών, ο ωκεανός και οι ακτές των κόλπων ευθύνονται μόνο για το 5% και το 3% των πνιγμών. Αντίστοιχα 9% από τους 102 πνιγμούς που είχαν σχέση με την χρήση βάρκας, συνέβησαν σε παιδιά και αντιστοιχούσαν μόνο στο 5% όλων των πνιγμών της παιδικής ηλικίας. Έτσι η πλειονότητα των πνιγμών συμβαίνουν σε πισίνες, λακκούβες, λίμνες, ρυάκια, ποτάμια, σε τοποθεσίες κοντά στο σπίτι του θύματος ή στη θερινή του κατοικία (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 1998).

Ένας μικρός αριθμός πνιγμών, αλλά που μπορεί να προληφθεί σε βρέφη, συμβαίνει κάθε χρόνο στην μπανιέρα του σπιτιού και σε μεγάλα δοχεία. Η μπανιέρα βρίσκεται στη δεύτερη θέση πνιγμών που συμβαίνουν στο σπίτι, μετά την πισίνα. Από τα 140 περιστατικά κακώσεων από βύθιση που έγιναν το 1999, τα 5% έγιναν στην μπανιέρα του σπιτιού. Σε μια μελέτη πάνω στις κακώσεις από βύθιση, ο πατέρας ήταν ο υπεύθυνος για το βρέφος σε 4 από τα 7 περιστατικά, και σε 5 από αυτά ένα από τα μεγαλύτερα αδέρφια είχε την άμεση μέριμνα για το βρέφος (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Στους παράγοντες που περιβάλλουν τις κακώσεις από βύθιση κατά την παιδική ηλικία βρέθηκε μια υπεραντιπροσώπηση των πνιγμών στην μπανιέρα, στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά σπίτια. Τα παιδιά με πιο μεγάλους γονείς και τα παιδιά που ανήκουν σε πολυμελείς οικογένειες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κάκωσης από βύθιση. Αντίθετα, τα παιδιά που έχουν τον ένα μόνο από τους δύο γονείς, δεν φαίνονται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο (Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).



Εικόνα 15. Ο ρυθμός θανάτων στις ΗΠΑ από το 1997 ως το 1999, για τους άντρες (πάνω γραμμή) και για τις γυναίκες (κάτω γραμμή)

Λόγω της μεγάλης αναλογίας πνιγμών σε μη κολυμβητές, η προστατευτική αξία των μαθημάτων κολύμβησης, φαίνεται άξια υποστήριξης. Οι προσπάθειες του Ερυθρού Σταυρού πάνω σ' αυτό το θέμα υπήρξαν επίμονες και εκτεταμένες. Πάνω σ' αυτή τη βάση νομίζουμε ότι κάποιας μορφής εκπαίδευση των νηπίων και των μικρών παιδιών δεν τους παρέχει μόνο μια βελτιωμένη ικανότητα διάσωσης για μικρά παιδιά, αλλά τα τοποθετεί επίσης στην κατηγορία των κολυμβητών σε νεώτερη ηλικία και τους παρέχει βελτιωμένη ικανότητα διάσωσης σαν ενήλικοι κολυμβητές.

Η υποξαιμία αντιπροσωπεύει το βασικότερο πρόβλημα σ' όλες τις κακώσεις από βύθιση. Ο πνιγμός χωρίς εισρόφηση (ξηρός πνιγμός), που είναι αποτέλεσμα του σπασμού της γλωττίδας, εμφανίζεται στο 10% των θυμάτων. Αυτοί οι ασθενείς φαίνεται ότι ανταποκρίνονται καλύτερα στην καρδιοαναπνευστική ανάνηψη. Η εισρόφηση υγρού μέσα στους πνεύμονες, έχει σαν αποτέλεσμα τη μεγάλη διαφορά κυψελιδικού-αρτηριακού οξυγόνου και την υποξία (Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).

Οι αιματολογικές και ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι συνήθως μικρές και δεν απειλούν τη ζωή. Τα θύματα των κακώσεων από βύθιση είναι δε υπερογκαιμικά.

Το υγρό που απορροφήθηκε από τους πνεύμονες μειώνει τους παράγοντες που ρυθμίζουν την επιφανειακή τάση, και αυξάνει την κυψελιδική επιφανειακή τάση, προκαλώντας ατελεκτασία και πνευμονικό οίδημα. Το πνευμονικό οίδημα είναι συχνό και οι ακτινογραφίες δείχνουν κηλιδώδεις διηθήσεις, εντοπισμένες κεντρικά. Το θαλασσινό νερό προκαλεί μεγαλύτερες πνευμονικές βλάβες ανά ml, και μεγαλύτερο πνευμονικό οίδημα εμφανίζεται καθώς νερό και πρωτεΐνες πλημμυρίζουν τις κυψελίδες.

Πολύ συχνά εμφανίζεται οξεία νεφρική ανεπάρκεια, αλλά ο κανόνας είναι ότι αποκαθίσταται σε διάστημα 10 ημερών (80%) (Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).

Η βλάβη του Κ.Ν.Σ., λόγω της υποξίας αντιπροσωπεύει την επιπλοκή με το μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Όπως συμβαίνει και σ' άλλες ανοξικές βλάβες, μπορεί ν' αναπτυχθούν νευρολογικές ανωμαλίες, μέρες ή εβδομάδες μετά τον πνιγμό (Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).

Μελέτες περιγράφουν το σύνδρομο από εμβάπτιση, όπου το άτομο που βυθίστηκε δεν φαίνεται να προσπαθεί να κρατηθεί στην επιφάνεια ακόμα και όταν ανασύρεται αμέσως από το νερό. Η επίδραση της αιθανόλης και των άλλων ηρεμιστικών/υπνωτικών, γενικά δρουν στα ακραία τμήματα του εγκεφάλου. Οι ανώτερες λειτουργίες της λογικής και της λήψης αποφάσεων καταστέλλονται στα χαμηλότερα επίπεδα αιθανόλης (Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).

Οποιαδήποτε βήματα προς την πλευρά της μείωσης της χρήσης φαρμάκων μεταξύ των κολυμβητών θα μείωναν και το ρυθμό κακώσεων και θανάτων.

## 6.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΠΝΙΓΜΩΝ

Σε θανάσιμες παγίδες μετατρέπονται κάθε καλοκαίρι οι ελληνικές θάλασσες, αφού δεκάδες συνάνθρωποί μας χάνουν τη ζωή τους κολυμπώντας σ' αυτές, αναζητώντας λίγη δροσιά. Δεν είναι άλλωστε τυχαίο το γεγονός ότι η χώρα μας βρίσκεται στη δεύτερη θέση σε πνιγμούς, σε αναλογία πληθυσμού, μετά την Ιαπωνία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, περίπου 250 Έλληνες πεθαίνουν κάθε χρόνο από πνιγμό, στη μεγάλη τους πλειοψηφία άντρες, που αγγίζουν το ποσοστό του 77%.

Γι' αυτό φροντίστε για την ανάπτυξη και τη βελτίωση των ικανοτήτων των παιδιών στο κολύμπι, αρχίζοντας από πολύ μικρή ηλικία μαθήματα, μέσω προγραμμάτων για νήπια. Ενθάρρυνση της συμμετοχής σε συνεχή προγράμματα κολύμβησης. Μάθετε τα παιδιά σας να κολυμπούν από την πιο μικρή ηλικία. «Το κολύμπι σώζει ζωές».

Ποτέ μην βασίζεστε σε μπρατσάκια, κουλούρες, στρώματα, βαρκάκια και άλλα φουσκωτά παιχνίδια της θάλασσας για να επιπλέουν τα παιδιά σας.

Ποτέ μην αφήνετε τα παιδιά σας να παίζουν επικίνδυνα παιχνίδια στο νερό και κυρίως ποτέ μην αφήνετε τα παιδιά σας κοντά στο νερό χωρίς επίβλεψη, ακόμα κι αν ξέρουν να κολυμπούν.

Μην αφήνετε τα παιδιά σας να κάνουν βουτιές, αν δεν σιγουρευτείτε πρώτα για το βάθος του νερού και επιπλέον μην τους επιτρέπετε να κολυμπούν



με γεμάτο στομάχι. Πρέπει να περάσουν τουλάχιστον 3-4 ώρες από το φαγητό, μέχρι να ξαναμπούν στο νερό.

Επίσης, μην αφήνετε ποτέ τα παιδιά ν' απομακρύνονται κολυμπώντας απ' την ακτή, έστω κι αν τα συνοδεύετε. Συμβουλέψτε τα παιδιά να μην πανικοβάλλονται αν κουραστούν κολυμπώντας. Ας μείνουν στην επιφάνεια σε οριζόντια θέση ήρεμα και ας συνεχίσουν αργά όταν ξεκουραστούν.

Αν πάλι πάθουν κράμπα συμβουλέψτε να μη φοβηθούν. Ας χαλαρώσουν το μέρος του σώματος που "πιάστηκε" και με αργές κινήσεις ας κολυμπήσουν έπειτα προς την ακτή.

Ποτέ μην αφήνετε τα παιδιά να κολυμπούν κοντά σε κινούμενα σκάφη, ενώ αν βρίσκονται πάνω σε βάρκα φροντίστε να φορούν πάντα εγκεκριμένα σωσίβια. Επίσης, φροντίστε να βρίσκεται τουλάχιστον ένας ενήλικος κολυμβητής, για κάθε ένα μη κολυμβητή, στη βάρκα, ενώ μην υπερφορτώνεται τη βάρκα και μη στέκεστε όρθιοι όταν η βάρκα είναι μικρή.

Κολυμπάτε πάντα σε επιτηρούμενη περιοχή και ακολουθείτε τους κανόνες που ισχύουν γι' αυτή την περιοχή.

Μην καταναλώνετε αλκοόλ ή μην επιτρέπτε την κατανάλωσή του σε περιοχές κολύμβησης ή σε περιοχή που πλέουν βάρκες.

Ωστόσο και οι υπεύθυνοι θα πρέπει να φροντίσουν να αναπτυχθούν πρωτόκολλα αντιμετώπισης και μεταφοράς των ελαφρά ή βαριά τραυματισθέντων λόγω βύθισης, σ' όλες τις παραλίες, τις πισίνες και τους άλλους χώρους αναψυχής.

Επίσης, υποστηρίξτε την νομοθεσία, που αφορά την ασφάλεια στο νερό, προσδιορίζοντας τους νόμους που ισχύουν στη δική σας κοινότητα, τροποποιώντας τους και στηρίζοντας την ανάπτυξη ισχυρής νομοθεσίας, ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι από βύθιση.

Αλλά και στο σπίτι, αδειάζετε πάντα την μπανιέρα μετά από κάθε λουτρό ή πλύσιμο ρούχων. Το παιδί μπορεί να σκύψει μέσα στην μπανιέρα και να πέσει και να πνιγεί.

Κρατάτε πάντα κλειστό το καπάκι της λεκάνης και γενικά, κλείνετε το μπάνιο και μην αφήνετε μόνο το παιδί στο χώρο αυτό, χωρίς επιτήρηση. Είναι επικίνδυνο.

Στον κήπο, αδειάζετε πάντα τις τεχνητές λιμνούλες μετά τη λήξη του παιχνιδιού του παιδιού σ' αυτές.

Δεξαμενές, βαρέλια και γενικά δοχεία με υγρά κρατήστε τα μακριά απ' τα παιδιά στην ταράτσα ή κλειδώστε τα στις αποθήκες.

Αν έχετε πισίνα στο σπίτι, μην αφήνετε ποτέ το παιδί να παίζει κοντά χωρίς την επίβλεψή σας. Επιπλέον επιστημονικά δεδομένα από το Queensland και τη Χαβάη δείχνουν ότι οι περιφράξεις ύψους 4 ποδιών και οι πόρτες που κλειδώνουν γύρω απ' τις πισίνες, μπορούν να μειώσουν ουσιαστικά τον ρυθμό θανάτων από πνιγμούς.

### **6.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΝΙΓΜΟΥ**

Ο πνιγμός είναι εξαιρετικά δύσκολη περίπτωση, γιατί ο πανικός που επικρατεί εκείνη τη στιγμή μπορεί να είναι καθοριστικός για την αποτελεσματικότητα των πρώτων βοηθειών.

Εάν η αναπνοή έχει σταματήσει ή έχει εξασθενήσει σημαντικά, εφαρμόζεται αμέσως μέσα στο νερό η αναπνοή στόμα με στόμα (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996). Προσπαθείτε να φέρετε τον πνιγμένο στην ακτή. Εάν έχει τις αισθήσεις του υπάρχει κίνδυνος να συμπαρασύρει κάτω απ' το νερό τον σωτήρα του, λόγω πανικού. Σ' αυτή την περίπτωση καλό θα είναι να πιάσετε τον πνιγμένο με το χέρι σας απ' το σημείο μεταξύ λαιμού και δεξιάς μασχάλης και να τον τραβήξετε στην ακτή.

Δεν χάνετε καιρό στην προσπάθεια να προκαλέσετε την έξοδο του νερού που πιθανόν να μπήκε στους πνεύμονες, αλλά εστιάζετε την προσοχή σας στην τεχνητή αναπνοή (Κ.Α.Α.) που πρέπει να συνεχιστεί και κατά τη διάρκεια της μεταφοράς στο νοσοκομείο (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

Όταν βγάλετε το παιδί απ' το νερό κρατείστε το με το κεφάλι χαμηλότερα απ' το στήρνο για να μειώσει τον κίνδυνο αναρρόφησης νερού. Ετοιμαστείτε για την αναζωογόνηση (ανάταξη). Εάν αναπνέει, τοποθετείστε το στη θέση ανάκτησης των αισθήσεων (Εικόνα 16).

**ΠΡΟΣΟΧΗ!!** Νερό στους πνεύμονες και η επίδραση του κρύου, μπορεί να επαυξήσει την αντίσταση στην τεχνητή αναπνοή, έτσι μπορεί να χρειαστεί να αναπνεύσετε πιο σταθερά και πιο αργά για να κάνετε το στήρνο να ανασηκωθεί.

### 6.3.1. Βασικές αρχές αναζωογόνησης

Η έλλειψη οξυγόνου προκαλεί απώλεια αισθήσεων επειδή δεν οξυγονώνεται ο εγκέφαλος, καθώς και επιβράδυνση του καρδιακού παλμού. Σε περίπτωση παύσης της αναπνοής, ανοίγοντας τις αναπνευστικές διόδους και εμφυσώντας αέρα, προσπαθείτε να την επαναφέρετε, ενώ σε περίπτωση παύσης του καρδιακού παλμού οδηγείτε το αίμα στον εγκέφαλο με μαλάξεις στο στήρνο.

I) Ανοίγετε αναπνευστική δίοδο: Ανασηκώνετε την κάτω γνάθο και γέρνετε ελαφρά το κεφάλι προς τα πίσω για να απελευθερώσετε την αναπνευστική οδό από τη γλώσσα.

II) Στη συνέχεια εκπνέετε και εμφυσάτε αέρα στο στόμα αφού προηγουμένως έχετε κλείσει τη μύτη.

III) Εάν δεν υπάρχει σφυγμός ή υπάρχει και είναι αργός, συνδυάζετε την τεχνητή αναπνοή με μαλάξεις στο στήρνο, έτσι ώστε να πάει το αίμα στην καρδιά και να κυκλοφορήσει στο σώμα.

#### A. Αναζωογονώντας μωρό – Κ.Α.Α. σε μωρό

Σε περίπτωση που το μωρό έχει χάσει τις αισθήσεις του, δεν αναπνέει αλλά διατηρεί καλό σφυγμό, ακολουθείτε τα εξής βήματα: Τοποθετείτε το μωρό ανάσκελα σε σταθερή επιφάνεια. Γέρνετε το κεφάλι προς τα πίσω και ανασηκώνετε την κάτω γνάθο. Εφαρμόζετε τα χείλη σας γύρω από το στόμα και τη μύτη του μωρού. Εμφυσάτε αέρα μέχρι να ανασηκωθεί το στήρνο. Συνεχίζετε

την τεχνητή αναπνοή για ένα λεπτό –μία πλήρη αναπνοή για κάθε τρία δευτερόλεπτα. Παράλληλα, ελέγχετε και το σφυγμό, ενώ σε περίπτωση που δεν ανασηκωθεί το στέρνο, ελέγχετε εάν υπάρχει κάποιο εμπόδιο στις αναπνευστικές οδούς. Συνεχίζετε την τεχνητή αναπνοή μέχρι την άφιξη βοήθειας.

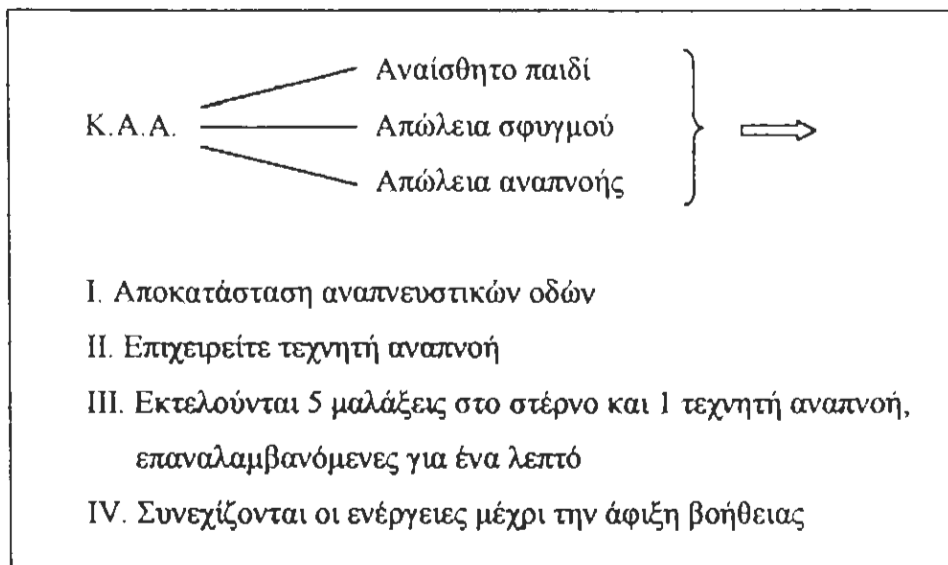
Σε περίπτωση που το μωρό έχει χάσει τις αισθήσεις του και έχει απώλεια σφυγμού ή βραδείες σφίξεις (κάτω των 60 ανά λεπτό), ακολουθείτε τα εξής βήματα: Τοποθετείτε το μωρό ανάσκελα πάνω σε σταθερή επιφάνεια. Τοποθετείτε τις άκρες των 2 δακτύλων στο στέρνο κάτω από τη γραμμή των θηλών. Πιέζετε σ' αυτό το σημείο σε βάθος 2 εκατοστών. Εκτελείτε πέντε μαλάξεις σε τρία δευτερόλεπτα. Στη συνέχεια επιχειρείτε μια πλήρη τεχνητή αναπνοή. Επαναλαμβάνετε τα βήματα για 1 λεπτό. Συνεχίζετε τον κύκλο των μαλάξεων σε συνδυασμό με μία αναπνοή ανά λεπτό. Επαναλαμβάνετε μέχρι την άφιξη βοήθειας (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Feldman and Brewer, 1994).

### *B. Αναζωογονώντας ένα παιδί – Κ.Α.Α. σε παιδί*

Εάν το παιδί δεν αναπνέει αλλά διατηρεί σφυγμό, ακολουθείτε τα εξής βήματα: Τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα σε σκληρή σταθερή επιφάνεια. Γέρνετε το κεφάλι προς τα πίσω και ανασηκώνετε την κάτω γνάθο. Κλείνετε τα ρουθούνια και εμφυσάτε αέρα, εφαρμόζοντας τα χείλη γύρω από το στόμα του. Φυσάτε έως ότου δείτε το στέρνο να ανασηκώνεται. Απομακρύνετε τα χείλη αφήνοντας το στήθος να κατέβει, ενώ συνεχίζετε να κρατάτε κλειστά τα ρουθούνια. Εάν δεν ανασηκώνεται το στέρνο, ελέγχετε τις αναπνευστικές οδούς καθώς και το σφυγμό. Κάνετε μία τεχνητή αναπνοή κάθε τρία δευτερόλεπτα και συνεχίζετε μέχρι την άφιξη βοήθειας.

Σε περίπτωση που το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του, δεν αναπνέει και υπάρχει απώλεια σφυγμού, ενεργείτε ως εξής: Τοποθετείτε το παιδί ανάσκελα σε σταθερή επιφάνεια. Τοποθετείτε το μέσο δάχτυλο και το δείκτη στο σημείο ένωσης των πλευρών, στη μέση του στέρνου. Τοποθετείτε το προς τον καρπό μέρος της παλάμης στο σημείο που βρίσκονται τα 2 δάχτυλα. Χρησιμοποιώντας τον καρπό, πιέζετε σ' αυτό το σημείο σε βάθος 3 εκατοστών. Επαναλαμβάνετε

πέντε φορές μέσα σε τρία δευτερόλεπτα. Στη συνέχεια επιχειρείτε μία τεχνητή αναπνοή. Επαναλαμβάνετε τους κύκλους των πέντε μαλάξεων ανά μία αναπνοή για ένα λεπτό και συνεχίζετε μέχρι την άφιξη βοήθειας. Παράλληλα ελέγχετε το σφυγμό μέχρι να δείτε σαφή σημεία ζωής (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996· Feldman and Brewer, 1994).



Εικόνα 16. Θέση ανάκτησης των αισθήσεων

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

### ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ – ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ – ΣΠΟΡ

## 7.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ, ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΠΟΡ

### 7.1.1. Ατυχήματα στο χώρο του σχολείου

Με την έναρξη της σχολικής χρονιάς ένας τεράστιος αριθμός κινδύνων εμφανίζεται και απειλεί την υγεία και την ασφάλεια των παιδιών. Όχι μόνο η έλλειψη υποδομής στα σχολεία δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης –η οποία σημειωτέον είναι μεγάλη και δεν αφορά μόνο το εσωτερικό των αιθουσών, τις εγκαταστάσεις των γυμναστηρίων και των εργαστηρίων, αλλά και τους χώρους παιχνιδιού στα διαλείμματα– αλλά και οι ιδιαιτερότητες της ηλικίας των παιδιών της σχολικής ηλικίας και η φύση των παιχνιδιών τους, συνιστούν παράγοντες που τα εκθέτουν σε αμέτρητους κινδύνους.

Το παιδί στην ηλικία αυτή τείνει να τολμά και να μπαίνει σε περιπέτειες. Η επιτυχία των τολμημάτων αυτών προάγει την αυτοεκτίμησή του και το βοηθά να αναμετρηθεί με τους φόβους. Η βασική προτεραιότητα για τα παιδιά σχολικής ηλικίας είναι η κοινωνική αποδοχή. Η είσοδος σε μια ομάδα είναι πιο σημαντική από την αυτονομία και την υπακοή στις επιθυμίες των γονιών. Τείνουν να αμφισβητούν τους κανόνες. Επειδή οι κανόνες προέρχονται από τους ενήλικους των οποίων η εξυπνάδα δεν εκτιμάται και επειδή τα παιδιά είναι πεπεισμένα για την ανωτερότητά τους, θεωρούν τους κανόνες σαν πρόκληση στη δική τους εξυπνάδα και προσπαθούν να τους σπάσουν, χωρίς να συλληφθούν. Αυτή η τάση να κάνουν επικίνδυνες πράξεις, ενισχύεται από την ανάγκη επιδοκίμασias απ' την πλευρά των συνομηλίκων τους. Ασχολούμενα με απαγορευμένες πράξεις, όπως το περπάτημα στην κορυφή του φράχτη, βρίσκουν τον τρόπο να επιδείξουν τις ικανότητές τους στους ισάξιούς τους (Έρικσον, 1985).

Και σαν να μη φτάνουν όλ' αυτά, το περιβάλλον την ώρα του μαθήματος στην τάξη σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι κατάλληλο. Στην περίπτωση δε των προαυλίων των σχολείων, ο έλεγχος είναι αδύνατος. Όταν το κουδούνι χτυπά και οι μαθητές ξεχύνονται στο προαύλιο, κανείς πια δεν ελέγχει την ασφάλειά τους. Οι αυλές των σχολείων, σε πολλές περιπτώσεις, δεν πληρούν τις προδιαγραφές που υπάρχουν για τα τετραγωνικά μέτρα που αντιστοιχούν σε κάθε μαθητή. Ενώ σ' ένα σχολείο θα έπρεπε να υπάρχει προαύλιο 1.400 τ.μ., ο χώρος που δίνεται στους μαθητές είναι μόνο 800 τ.μ.

Στα αστικά κέντρα δημιουργούνται και τα περισσότερα προβλήματα ελλείψεων στην υποδομή σχολικών κτιρίων λόγω του μεγάλου αριθμού μαθητών που φοιτούν σ' αυτά.

Επίσης, μεγάλες ελλείψεις υπάρχουν και σε αθλητικές εγκαταστάσεις και άλλες υποδομές για δραστηριότητες των μαθητών την ώρα του διαλείμματος. Η κακή κατάσταση των προαυλίων απωθεί τους μαθητές να βγουν έξω από τις τάξεις κατά την ώρα του διαλείμματος.

Παράλληλα, η στενότητα του χώρου στις αυλές έχει επιπτώσεις στη συμπεριφορά των μαθητών και στην ώρα του μαθήματος. Τα παιδιά θέλουν να εκτονωθούν, να τρέξουν, κάτι που είναι αντίθετο με τις προδιαγραφές των αυλών των περισσότερων σχολείων. Θέλουν επίσης να βρεθούν σ' ένα όμορφο περιβάλλον, ώστε να ξεκουραστούν και να μπορούν να παρακολουθήσουν ευδιάθετα τα μαθήματα που ακολουθούν τις υπόλοιπες ώρες. Η κατάσταση όμως των προαυλίων είναι άθλια και από πλευράς αισθητικής και οι μαθητές προτιμούν να παίζουν μέσα στις τάξεις και έξω στους διαδρόμους με αποτέλεσμα, άλλοτε να καταστρέφουν τις αίθουσες και τα θρανία και άλλοτε να διατρέχουν κίνδυνο πτώσης απ' τους διαδρόμους που βρίσκονται στους ψηλότερους ορόφους.

Οι εκπαιδευτικοί αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα διότι είναι δύσκολο να ελέγχονται όλοι οι μαθητές σε όλους τους χώρους του σχολείου κατά τη διάρκεια του διαλείμματος, ώστε ν' αποφεύγονται τα ατυχήματα. Αν υπάρχει κάποιος φόβος σε λύκεια και γυμνάσια, τότε αυτός γίνεται πολύ μεγαλύτερος στα σχολεία που φοιτούν παιδιά μικρής ηλικίας. Στα δημοτικά, οι μαθητές αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα με τα μεγαλύτερα παιδιά, μόνο που εδώ δεν είναι σε θέση να προφυλάξουν τον ίδιο τον εαυτό τους από τους κινδύνους που τους επιφυλάσσει το διάλειμμα στην αυλή του σχολείου (Helfer and Kempe, 1996).

Οι αυλές των δημοτικών θα πρέπει να παρέχουν την ασφάλεια στα παιδιά των μικρών ηλικιών, κι όμως πολλές φορές λόγω εγκατάλειψης και αδιαφορίας, οι κούνιες, οι τσουλήθρες και οι υπόλοιπες εγκαταστάσεις που σε κανονικές συνθήκες θα διασκεδάζαν και θα ευχαριστούσαν τα παιδιά, μετατρέπονται σ' επικίνδυνα για τη σωματική τους ακεραιότητα αντικείμενα. Χαλασμένες κούνιες, με καρφιά που προεξέχουν, κούνιες κατασκευασμένες



από ακατάλληλα υλικά και όχι από πλαστικό, όπως θα έπρεπε, δάπεδα από ασφαλτο ή τσιμέντο στους χώρους που παίζουν τα παιδιά, και όχι από χώμα όπως θα έπρεπε, απότομα σκαλιά στη μέση του προαυλίου και ετοιμόρροπες μπασκέτες. Οι αυλές θυμίζουν ακάλυπτους χώρους, "αλάνες", δεν έχουν καμιά αρχιτεκτονική δομή και είναι τελείως ανοργάνωτες σε ό,τι αφορά την υποδομή τους. Η αισθητική τους δημιουργεί στα παιδιά άσχημα συναισθήματα, που έχουν άμεση επιρροή στην εικόνα που τους δημιουργείται για το σχολείο (Αγάθωνος-Γεωργοπούλου και συν, 1994· Helfer and Kempe, 1996).

Τα προβλήματα όμως δεν σταματούν εδώ. Τι γίνεται όταν το παιδί σχολάσει και βγει στο δρόμο; Τα παιδιά δεν έχουν προσαρμοστεί στις συνθήκες κυκλοφορίας. Πρώτη αιτία κινδύνου για ατύχημα, επομένως, αποτελεί το πέρασμα στο αντίθετο πεζοδρόμιο. Τα μικρά παιδιά πρέπει να αποτελεί συνείδηση σε όλους ότι δεν έχουν εκείνες τις ώριμες οπτικές και ακουστικές ικανότητες για να μπορούν να περνούν χωρίς κινδύνους κάποιο δρόμο. Είναι αξιοσημείωτο πως ο δρόμος προς το σχολείο έχει περισσότερα ατυχήματα από το δρόμο προς το σπίτι, κυρίως λόγω της αργοπορίας και της βιασύνης να φτάσουν στο σχολείο εγκαίρως.

Γενικότερα πάντως στο σχολείο και τις εκδρομές, διάφορες κακώσεις μπορεί να συμβούν. Τα κατάγματα των άκρων κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό. Πιο συχνά αφορούν τα αντιβράχια και τις κνήμες και μπορεί να συμβούν κυρίως κατά τη διάρκεια κάποιας πτώσης ή από άμεσο τήξη όπως συμβαίνει με κλωτσιές στο ποδόσφαιρο, κυρίως. Λιγότερο σοβαρές κακώσεις – όπως εξarthρώματα, θλάσεις, διαστρέμματα, τενοντίτιδες– μπορεί να συμβούν στις αθλοπαιδιές ή σε αθλητικούς αγώνες. Πάντως, ακόμη και στα κατάγματα η πρόγνωση και εξέλιξη είναι καλή και η αντιμετώπιση εύκολη, αλλά απαιτεί αρκετό χρόνο, που πρέπει να υπολογίζεται σαν απώλεια χρόνου από τη σχολική παρακολούθηση.

### 7.1.2. Ατυχήματα στους χώρους παιχνιδιού – παιδικές χαρές

Για να αναπτυχθεί αρμονικά ο οργανισμός του παιδιού και να δημιουργηθούν σταθερές προσαρμοστικές αντιδράσεις, είναι απαραίτητο να

αρχίσει από μικρή ηλικία η συστηματική σκληραγώγηση και η απασχόλησή του με τη σωματική αγωγή, τα παιχνίδια και τα σπορ.

Η επίδραση των γυμναστικών ασκήσεων στηρίζεται στην ικανότητά τους να ζωηρεύουν τις φυσιολογικές διεργασίες στον οργανισμό. Η διεγερτική και σκληραγωγική επίδραση των γυμναστικών ασκήσεων γίνεται κυρίως μέσω του Κ.Σ.Ν. Οι σωματικές ασκήσεις είναι ευεργετικές, γιατί επιδρούν σε ολόκληρο τον οργανισμό. Δεν υπάρχει όργανο που να μην αλλάζει κάτω από την επίδραση των συστηματικών σωματικών ασκήσεων.

Οι ουσίες που σχηματίζονται στον οργανισμό, εξάλλου, κατά τη σωματική εργασία βοηθούν στο δυνάμωμα του μυοκαρδίου.

Οι παιδικές χαρές αποτελούν μαγνήτες για τα παιδιά, τους δίνουν την ευκαιρία να παίξουν εκτός του σπιτιού, να γνωριστούν με άλλα παιδιά της ηλικίας τους, να διερευνήσουν και να εξασκήσουν τις ικανότητες του αναπτυσσόμενου σώματός τους, και να περάσουν καλά.

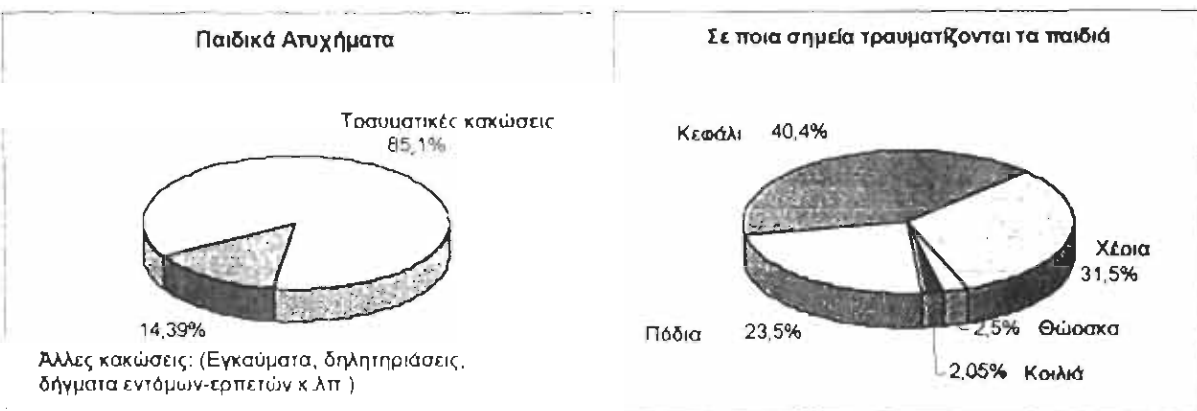
Κάθε χρόνο, 150.000 παιδιά περίπου, ηλικίας κάτω των 15 ετών, μεταφέρονται στα νοσοκομεία τραυματισμένα, με τραύματα που κυμαίνονται από άσχημα κοψίματα, έως κατάγματα και τραυματισμούς στο κεφάλι σε παιδικές χαρές. Περισσότερα απ' τα μισά ατυχήματα στις παιδικές χαρές οφείλονται σε πτώσεις από τα παιχνίδια στο σκληρό και ακατάλληλο υλικό του εδάφους.

Οι κούνιες και ο εξοπλισμός τους, ευθύνονται για το μεγαλύτερο αριθμό κακώσεων και ακολουθούν οι διάφορες εγκαταστάσεις για αναρρίχηση, οι τσουλήθρες, οι τραμπάλες. Τα ¾ των κακώσεων που αναφέρθηκαν ήταν πτώσεις στο έδαφος ή πάνω στα είδη εξοπλισμού. Άλλοι κίνδυνοι είναι τα κτυπήματα από κινούμενα αντικείμενα, οι αδρές πλευρές, οι προεξέχουσες βίδες, τα αιχμηρά σημεία και οι πλευρές, η παγίδευση σε διάφορα είδη του εξοπλισμού, οι ανοιχτοί γάντζοι και τα άλλα αντικείμενα των διαφόρων κατασκευών.

Όπως έχει δείξει έρευνα του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης παιδικών ατυχημάτων του εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 55,6% των ατυχημάτων στις παιδικές χαρές της Αθήνας και το 53,3% των ίδιων ατυχημάτων στην περιφέρεια προκλήθηκαν από πτώσεις, ενώ

το 18,3% των ατυχημάτων στις παιδικές χαρές της Αθήνας και το 15% στην περιφέρεια προκλήθηκαν από χτύπημα από άλλο παιδί (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Στο 50% των πτώσεων, συμβαίνουν κακώσεις της κεφαλής και του αυχένα, που μπορούν να καταλήξουν σε θάνατο ή σοβαρή αναπηρία, ανάλογα με το είδος της επιφάνειας που θα προσκρούσει το θύμα. Οι ιδιότητες των συνηθισμένων επιφανειών των χώρων παιχνιδιού (άσφαλτος, τσιμέντο), σε ό,τι αφορά την απορρόφηση της ενέργειας, είναι τέτοιες ώστε μια πτώση με την κεφαλή από ύψος ενός ποδιού να αποβεί θανατηφόρα (το όριο της θανατηφόρας δύναμης πρόσκρουσης φτάνει στο επίπεδο των 160 Kg). Μία πτώση από 3 πόδια ύψος, σε σκληρό έδαφος έχει τον ίδιο βαθμό δύναμης πρόσκρουσης. Αν σκεφτούμε τις συνηθισμένες κατασκευές των χώρων παιχνιδιού, που συνήθως καλύπτονται από άσφαλο, και που συχνά επιτρέπουν τις πτώσεις από ύψος 6-9 ποδιών, τότε ο κίνδυνος για σοβαρότατη κάκωση είναι παρών σε κάθε πτώση (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος· Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).



**Εικόνα 17. Συχνότητα παιδικού τραυματισμού και εντόπισή τους**

Τα αντικείμενα που συνήθως προκαλούν τον τραυματισμό των παιδιών είναι οι πέτρες στο έδαφος, που βρίσκονται γύρω ή μακριά από τα όργανα της παιδικής χαράς, το χαλίκι του εδάφους, η κούνια, η τσουλήθρα, το τσιμέντο γύρω από τα όργανα ή μακριά από αυτά και άλλο ακατάλληλο έδαφος.

Όπως σε όλα τα ατυχήματα υπερτερούν και εδώ τα αγόρια (59,3% έναντι 40,7% των κοριτσιών). Τα περισσότερα ατυχήματα (το 42,4%) έγιναν μεταξύ

των ωρών 5 και 8 μ.μ. Σε ό,τι αφορά την ηλικία, το **31,5%** τραυματισμένων παιδιών ήταν 6-8 χρόνων, το **30%** 3-5 χρόνων, το **10,5%** στην ηλικία έως 2 χρόνων και το **10,2%** 12-14 χρόνων. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, κατά τους μήνες Μάιο και Ιούνιο, συμβαίνουν τα περισσότερα ατυχήματα στα ελληνόπουλα στις παιδικές χαρές και ιδιαίτερα κατά τις απογευματινές ώρες (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Σε παγίδες θανάτου έχουν μετατραπεί αρκετές παιδικές χαρές, λόγω της εγκατάλειψης και των πολλών φθορών που έχουν υποστεί χωρίς να γίνονται οι απαραίτητες συντηρήσεις. Δεν είναι τυχαίο ότι λόγω της εγκατάλειψης πολλές φορές μικρά παιδιά κινδυνεύουν άμεσα. Πολλές φορές λιλιπούτσιοι κινδύνεψαν να τραυματιστούν σοβαρά όταν την ώρα που έπαιζαν ανέμελα, αναποδογύρισαν οι κούνιες και τα παιδάκια εκσφενδονίστηκαν αρκετά μέτρα μακριά.

Εξάλλου, σε έρευνα που πρόσφατα πραγματοποίησαν οι ειδικοί επιστήμονες του Εργαστηρίου Οικολογίας και Προστασίας Περιβάλλοντος σε 54 κέντρα Παιδικής Χαράς του Δήμου Αθηναίων, προέκυψαν συγκλονιστικά στοιχεία σχετικά με τις συνθήκες που επικρατούν στις Κεντρικές Παιδικές Χαρές του Δήμου.

Από την έρευνα προέκυψε ότι οι μισές παιδικές χαρές του Δήμου Αθηναίων δεν πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις και πήραν βαθμό «κάτω απ' τη βάση», γεγονός που δείχνει ότι απέχουν πολύ από τους ιδανικούς χώρους αναψυχής των παιδιών, ενώ αρκετές βρίσκονται σε απόσταση αναπνοής από πολυσύχναστους δρόμους, με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος σοβαρός για την υγεία των παιδιών.

Οι παιδικές χαρές της τσιμεντούπολης μόνο με παιδότοπους αναψυχής και παιχνιδιού δεν μοιάζουν και θυμίζουν περισσότερο τοπίο στην ... αιθαλομίχλη, καθώς βρίσκονται δίπλα από κεντρικές λεωφόρους με αυξημένη κυκλοφοριακή κίνηση που εγκυμονούν κινδύνους για την υγεία και ασφάλεια των μικρών παιδιών.

Το πρόβλημα της ατμοσφαιρικής ρύπανσης είναι αρκετά έντονο στις παιδικές χαρές που γειτνιάζουν με δρόμους μεγάλης κυκλοφορίας, ενώ τα οξειδία του αζώτου και βαρέα μέταλλα όπως ο μόλυβδος και το κάδμιο, αλλά

και τα αιωρούμενα σωματίδια από την τριβή των ελαστικών των διερχόμενων αυτοκινήτων, εισπνέονται μαζί με αιωρούμενη σκόνη και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία των παιδιών. Ειδικότερα σχεδόν το 1/3 των παιδικών χαρών (35%) είχαν δείκτη απόστασης από δρόμο με μεγάλο κυκλοφοριακό φόρτο μέχρι πέντε με άριστα το δέκα, ενώ θα έπρεπε να έχουν δείκτη πολύ χαμηλότερο (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Άκόμα, σχεδόν 2 στις 3 παιδικές χαρές (65%) είχαν δείκτη φράχτη πρασίνου έως πέντε, δηλαδή τη βάση, που σημαίνει ότι τα δέντρα ήταν χαμηλότερα από το κατάλληλο ύψος πρασίνου, ώστε να εμποδίζουν τους ρύπους να φτάσουν στα παιδιά. Αυτό δεν σημαίνει πως δεν υπάρχει πράσινο στις παιδικές χαρές, αλλά ότι το πράσινο που υπάρχει είναι ανεπαρκές και δεν έχει άλλες λειτουργίες εκτός από αισθητικές. Κανονικά ο φράχτης πρασίνου θα πρέπει να είναι πυκνός, να έχει ύψος περίπου δύο μέτρα και πλάτος δύο με τρία μέτρα. Τα καλύτερα δέντρα για την προστασία της υγείας των παιδιών από την ατμοσφαιρική ρύπανση θεωρούνται τα αειθαλή πλατύφυλλα και τα κωνοφόρα, ενώ το φύλλωμά τους πρέπει να αρχίζει από το επίπεδο του εδάφους (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Άλλα σημαντικά προβλήματα λειτουργικότητας στις κοινόχρηστες παιδικές χαρές, είναι η έκταση του χώρου, ώστε να μην υπάρχει συνωστισμός των παιδιών και των οργάνων για παιχνίδι και κατά συνέπεια σοβαροί τραυματισμοί –η σκίαση, η ύπαρξη ή όχι πόσιμου νερού, η ασφάλεια (φύση δαπέδου, απόσταση μεταξύ οργάνων, επικινδυνότητα εξόδου στους γύρω δρόμους), η παρουσία στην εξωτερική περίμετρο δημοτικών κάδων απορριμμάτων, ο βαθμός συντήρησης των οργάνων των παιχνιδιών και της μεταλλικής περιφραξής.

Είναι χαρακτηριστικό ότι επτά στις δέκα παιδικές χαρές (72,2%) δεν διαθέτουν πόσιμο νερό, ενώ μία στις δύο παιδικές χαρές (57%) εμφανίζουν δείκτη σκίασης κάτω από το πέντε, γεγονός που σημαίνει ότι τα παιδιά παίζουν εκτεθειμένα στην ηλιακή ακτινοβολία (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος).

Εξάλλου, οι περισσότερες από τις παιδικές χαρές σήμερα έχουν καταντήσει στέκια ναρκομανών, ενώ καθημερινά οι περίοικοι βρίσκουν σύριγγες και άλλα σύνεργα του θανάτου. Σκουπίδια παντού, ανθρώπινες ακαθαρσίες,

σκουριασμένες κούνιες και σπασμένες τραμπάλες, αποτελούν το σκηνικό του “τρόμου” στις περισσότερες παιδικές χαρές, που από χώροι αναψυχής για τα παιδιά έχουν γίνει πραγματικός εφιάλης.

Παρόλα αυτά, η εξάσκηση μιας αθλητικής δραστηριότητας και το παιχνίδι είναι μια από τις πιο υγιείς απασχολήσεις για τα παιδιά για πάρα πολλούς λόγους. Αναπτύσσει αρμονικά και κανονικά το σώμα, αναπτύσσει και τις πνευματικές ικανότητες του παιδιού, βοηθά στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας του παιδιού, βοηθά το παιδί να κάνει καινούργιους φίλους και να αποκτήσει ενδιαφέροντα, κάνει το παιδί υπεύθυνο.

Ωστόσο κρύβουν και κινδύνους για την υγεία και την ασφάλεια του παιδιού. Σύμφωνα με τις διεθνείς στατιστικές, το 20% των ατυχημάτων των παιδιών αφορά σε κατάγματα. Ο κίνδυνος κατάγματος στο ποδόσφαιρο είναι διπλάσιος από το μπάσκετ και πολλαπλάσιος στο πατινάζ, ενώ το 80% των ορθοπεδικών κακώσεων που συμβαίνουν στα σπορ αφορά το άνω άκρο και το 10% απ’ αυτές τον αγκώνα. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που παρακολουθούνται από ιδρύματα, που ζουν εκτός οικογενειακού περιβάλλοντος ή ανήκουν σε οικογένειες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν κάταγμα (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981· Alpert and Guyer, 1995· Elmer and Gregg, 1987).

Τα κατάγματα στα παιδιά παρουσιάζουν αρκετές δυσκολίες ως προς την ακρίβεια της διάγνωσης, την επιλογή της σωστής θεραπείας που τις περισσότερες φορές δεν πρέπει να είναι χειρουργική, αλλά και την πρόβλεψη της πιθανότητας μελλοντικών παραμορφώσεων.

Η χειρουργική θεραπεία, όπου χρειάζεται, πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερο σεβασμό των μαλακών ιστών και με λιγότερα υλικά οστεοσύνθεσης. Οι δυσκολίες αυτές έχουν σχέση με την ανωριμότητα του σκελετού των παιδιών και την ύπαρξη των αυξητικών χόνδρων, των περιοχών δηλαδή του οστού, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη των οστών. Τα κατάγματα που παθαίνουν τα παιδιά είναι πολύ κοντά στις αρθρώσεις όπου βρίσκονται οι αυξητικοί χόνδροι, παρουσιάζουν δυσκολίες στην εκτίμηση του μεγέθους και της έκτασης της βλάβης που τις περισσότερες φορές είναι μεγαλύτερη απ’ αυτή που ακτινολογικά διαγιγνώσκει ο γιατρός (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

Το 70% των καταγμάτων αφορούν το άνω άκρο και κυρίως την περιοχή του καρπού και του αγκώνα. Τα κατάγματα του περιφερικού άκρου της κερκίδας είναι τα συχνότερα και συνήθως αντιμετωπίζονται με γύψο. Σ' αυτό το σημείο είναι σπάνιες οι επιπλοκές, αλλά και οι μελλοντικές παραμορφώσεις ακόμη και αν η ανάταξη δεν είναι ακριβής. Ιδιαίτερα από τα κατάγματα του αγκώνα, το 80% αφορά το περιφερικό άκρο του βραχίονα. Σε αντίθεση με άλλες περιοχές του άνω άκρου, η περιοχή του αγκώνα, είναι ίσως αυτή που απαιτεί συχνότερα χειρουργική θεραπεία (Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη, 1981).

Ακόμη, η παγίδευση των δακτύλων, των ρούχων ή των μαλλιών προκαλείται από προεξέχοντα ελατήρια, γρανάζια και αλληλοσυνδεόμενα τμήματα.

Τα αιχμηρά σημεία έχουν προκαλέσει πολλές από τις κακώσεις που σχετίζονται με τα παιχνίδια. Οι πτώσεις των παιδιών σε λαστιχένια ή πλαστικά παιχνίδια που έχουν μεταλλικούς άξονες, προκαλούν διατρητικά τραύματα του κρανίου.

Επίσης, κακώσεις προκαλούνται και από βλητικά παιχνίδια, οι οποίες αφορούν κυρίως τα μάτια. Μικρά χαλίκια ή χόρτα και πέτρες μπορούν επίσης να προκαλέσουν εισρόφηση αν εκτοξεύονται σε ανοιχτό στόμα.

Τα παιδιά τραυματίζονται σε ποσοστό **40,4%** στο κεφάλι, **31,5%** στα χέρια, **23,5%** στα πόδια, **2,5%** στο θώρακα και **2,05%** στην κοιλιά. Επίσης, το **85,1%** των παιδικών ατυχημάτων είναι τραυματικές κακώσεις, έναντι **14,39%** που αφορούν άλλες κακώσεις όπως εγκαύματα, δηλητηριάσεις, δήγματα εντόμων κτλ. (Εικόνα 17) (Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος- Alpert and Guyer, 1995)

## **7.2. ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ, ΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΧΑΡΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΠΟΡ**

### **7.2.1. Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων με την έναρξη του σχολικού έτους**

Από την προσχολική ηλικία πρέπει να μαθαίνουμε στα παιδιά μας τον σωστό τρόπο ασφαλούς συμπεριφοράς στο δρόμο. Παρόλα αυτά τα παιδιά ηλικίας κάτω των 8 ετών δεν έχουν την ωριμότητα να κρίνουν σωστά τους

κινδύνους που παραμονεύουν, γι' αυτό πρέπει πάντα να συνοδεύονται από ενήλικες, από και προς το σχολείο ή την στάση του σχολικού λεωφορείου.

Ο δρόμος προς το σχολείο έχει περισσότερα ατυχήματα από το δρόμο προς το σπίτι. Οι γονείς πρέπει να δοκιμάζουν μαζί με το παιδί το δρόμο προς το σχολείο και να του εξηγήσουν τα επικίνδυνα σημεία. Επιπλέον, ο συντομότερος δρόμος δεν είναι πάντοτε ο ασφαλέστερος. Έγκαιρη έγερση το πρωί και πρωινό για να μην πηγαίνει το παιδί βιαστικά στο σχολείο.

Στις αρχές ο γονέας θα πρέπει να παρακολουθήσει το παιδί του χωρίς να τον βλέπει και μετά να συζητήσει μαζί του τα λάθη που έκανε.

Τα παιδιά που πηγαίνουν με τα πόδια στο σχολείο πρέπει να φορούν ρούχα με έντονα χρώματα ή κάποιο ανακλαστικό υλικό, για να διακρίνονται από τους διερχόμενους οδηγούς, ειδικότερα το βράδυ.

Οι γονείς καλό θα είναι να καλέσουν την τροχαία να ελέγξει την ασφάλεια των προσβάσεων γύρω απ' το σχολείο.

Αν τα παιδιά πηγαίνουν στο σχολείο με ποδήλατο ή μηχανάκι, να φορούν πάντα κράνος και να γνωρίζουν καλά τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας. Τα δίκυκλά τους να είναι σωστά εξοπλισμένα με καθρέφτες και φώτα.

Η μετάβαση στο σχολείο με ποδήλατο δεν συνίσταται για παιδιά μέχρι 12 ετών και ιδιαίτερα σε πόλεις. Για τις περιπτώσεις, ωστόσο, που το παιδί είναι 12 ετών και για τις επαρχιακές πόλεις που γίνεται χρήση ποδηλάτου, απαιτείται εκπαίδευση και βέβαια χρήση κράνους. Αυτό που επισημαίνεται είναι ότι το ποδήλατο θα πρέπει να έχει όλα τα εξαρτήματα διάκρισης (φανάρι πίσω, ανακλαστήρες κλπ.).

Όταν η μετάβαση του παιδιού γίνεται με το αυτοκίνητο, θα πρέπει να φορά πάντα ζώνη ασφαλείας. Σε αντίθετη περίπτωση διατρέχει 7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να σκοτωθεί.

Αν η μετάβαση γίνεται με σχολικό, το παιδί δεν πρέπει να είναι όρθιο μέσα σ' αυτό, να μασά τσίχλα ή φρούτα και να κρατά αιχμηρά αντικείμενα. Επιπλέον, δεν πρέπει να απασχολεί τον οδηγό.

Το κάθε σχολικό θα πρέπει να έχει όλες τις νόμιμες προδιαγραφές και ο οδηγός να έχει νόμιμο δίπλωμα. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δείξουν οι



υπεύθυνοι αν υπάρχουν ζώνες και αν υπάρχει επένδυση στα σιδερένια κρατήματα στις πλάτες των καθισμάτων.

Τα σχολικά λεωφορεία πρέπει να έχουν καθίσματα ή ζώνες ασφαλείας, που να ταιριάζουν στην ηλικία των παιδιών που μεταφέρουν και τα παιδιά να ταξιδεύουν πάντα καθισμένα και σωστά δεμένα.

Θα πρέπει να ελεγχθεί ο τρόπος επιβίβασης και αποβίβασης στην αυλή του σχολείου που είναι συνήθως επικίνδυνος τρόπος φόρτωσης αυτοκινήτων. Και ο κάθε γονέας όμως οφείλει να εξηγήσει στο παιδί του τους παραπάνω κινδύνους.

Όλα τα σχολεία πρέπει συνεχώς να ελέγχουν τις κτιριακές τους εγκαταστάσεις ώστε να είναι ασφαλείς για τα παιδιά που στεγάζουν. Σε αυτό μπορούν να βοηθήσουν και οι γονείς των μαθητών με σωστές παρατηρήσεις και εποικοδομητικές προτάσεις.

Στην αρχή του σχολικού έτους να γίνεται μία ανοικτή συζήτηση στην τάξη μεταξύ δασκάλων και μαθητών (προσαρμοσμένη στην ηλικία τους) για θέματα πρόληψης παιδικών ατυχημάτων, κυρίως στους σχολικούς χώρους.

Τα σχολεία πρέπει να έχουν σωστά συστήματα πυρασφάλειας και κάθε χρόνο να γίνεται άσκηση ασφαλούς εγκατάλειψης του κτιρίου σε περίπτωση φωτιάς. Σε σεισμογενείς περιοχές το ίδιο πρέπει να γίνεται και για περίπτωση σεισμού.

Εάν το σχολείο διαθέτει παιδική χαρά ή γυμναστήριο, πρέπει να γίνεται συνεχής έλεγχος, ώστε το υλικό (κούινες, τσουλήθρες, μονόζυγα) και ο γύρω χώρος να πληρούν τους κανόνες ασφαλείας.

Πρέπει να δίνεται προειδοποίηση και να γίνεται σωστός έλεγχος, ώστε τα παιδιά να μη φέρνουν στο σχολείο επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα.

Την ώρα του διαλείμματος πρέπει πάντα να είναι παρόντες κάποιοι υπεύθυνοι.

Όλα τα σχολεία πρέπει να διαθέτουν πλήρες φαρμακείο για την παροχή Α΄ Βοηθειών, με κάποιον υπεύθυνο για αυτό, και αν είναι δυνατόν ένα Νοσηλεύτη ή μία Νοσηλεύτρια. Πρέπει επίσης να υπάρχουν εμφανώς αναρτημένα τα τηλέφωνα του πλησιέστερου Κέντρου Υγείας ή Νοσοκομείου.

Ιδανικά, θα πρέπει Νηπιαγωγοί, Δάσκαλοι και Καθηγητές να εκπαιδεύονται στις βασικές Α΄ Βοήθειες.

Στην έξοδο όλων των σχολείων πρέπει να υπάρχει προστατευτικό κιγκλίδωμα, ώστε τα παιδιά να μην μπορούν να βγούνε απευθείας στο δρόμο.

Θα πρέπει να προωθείται η ιδέα του σχολικού τροχονόμου που θα φροντίζει για το ασφαλές πέρασμα των μαθητών από πολυσύχναστους δρόμους.

Ο σχολικός τροχονόμος την ώρα της έναρξης και της λήξης της σχολικής ημέρας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο για την ασφαλή διέλευση των παιδιών.

Η σωστή πρόληψη ξεκινά από τα ίδια τα παιδιά. Από πολύ μικρή ηλικία πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν τους κινδύνους και να προστατεύονται από αυτούς. Το σχολείο είναι χώρος μάθησης ας μαθαίνουν και εκεί τα παιδιά να προστατεύονται.

#### **7.2.2. Πρόληψη κακώσεων στην παιδική χαρά και στα σπορ**

Η ενεργητικότητα που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία είναι φυσικό να διοχετεύεται με ποικίλους τρόπους προς όλες τις κατευθύνσεις (παιχνίδια, γυμναστικές ασκήσεις κτλ.). Πολλά από αυτά περικλείουν και δυνατότητα τραυματισμού άλλοτε άλλης έκτασης και καλό θα είναι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί και οι γυμναστές-προπονητές, να ενημερώσουν τα παιδιά πώς να προστατευτούν από τις ποικίλες κακώσεις που μπορεί να συμβούν (Shaffer, 1989).

Η πρόληψη περιλαμβάνει την ενημέρωση για την κάκωση που μπορεί να προκαλέσει το σπορ στο οποίο επιδίδεται το παιδί όπως π.χ. το ποδόσφαιρο, το σκι, το τένις. Η χρήση ειδικών προστατευτικών νερθών των άκρων προσφέρει αρκετά στην πρόληψη. Πρέπει επίσης να τονίσουμε ότι πριν από κάθε άσκηση η προθέρμανση του μυϊκού συστήματος είναι απαραίτητη (Shaffer, 1989).

Η χρήση δίκυκλων και μάλιστα ποδηλάτου, πολλές φορές μπορεί να έχει τραγική κατάληξη. Οι τραυματισμοί που προκύπτουν από συγκρούσεις ποδηλάτου με αυτοκίνητο ή άλλο μηχανοκίνητο είναι συχνά αναπηρικοί, διότι

μεγάλο ποσοστό αφορά κακώσεις του κρανίου όπου η εγκεφαλική θλάση αφήνει βαθιά προβλήματα που συνοδεύουν το άτομο εφ' όρου ζωής.

Βεβαιωθείτε ότι το παιδί κάνει ποδήλατο σε ειδικούς χώρους και όχι στον αυτοκινητόδρομο και ότι φέρει τον προστατευτικό εξοπλισμό που χρειάζεται (κράνος, επιγονατίδες, γάντια κτλ.). Παιδιά κάτω των 10 ετών πρέπει να κάνουν ποδήλατο μόνο σε κήπους, πάρκα ή ειδικούς χώρους. Ποτέ στο δρόμο, ούτε και να τον διασχίζουν με το ποδήλατο. Ακόμη τονίστε του ότι δεν επιτρέπονται ποδήλατα στο πεζοδρόμιο γιατί μπορεί να πέσουν επάνω σε πεζούς, ιδίως όταν στρίβουν σε γωνίες. Όταν αγοράζετε για πρώτη φορά ποδήλατο στο παιδί, πάρτε ένα με βοηθητική ρόδα. Έτσι θα αποκτήσει εμπιστοσύνη και τη γενική αίσθηση του ποδηλάτου, χωρίς να αγωνιά μήπως πέσει (Shaffer, 1989).

Αν το ποδήλατο του παιδιού έχει σκάρα πίσω, πείτε του ό,τι δεν πρέπει να βάζει φίλους επάνω. Μπορεί εύκολα να πέσουν και οι δύο. Προσαρμόστε τη σέλα έτσι που τα πόδια του παιδιού να αγγίζουν το έδαφος όταν καβαλικεύει. Ελέγχετε τα φρένα τακτικά και αν παρουσιάσουν σημεία φθοράς, αλλάξτε τα μόνοι σας ή πηγαίνετε στο συνεργείο. Διατηρείτε τα λάστιχα πάντα καλά φουσκωμένα (Shaffer, 1989).

Επίσης, το πατινάζ είναι ένας πάρα πολύ σοβαρός κίνδυνος, εκτός αν έχουν ληφθεί οι κατάλληλες προφυλάξεις. Οι πτώσεις είναι αναπόφευκτες και για να μην υπάρχει κίνδυνος σοβαρής κάκωσης θα πρέπει να χρησιμοποιείται ο κατάλληλος εξοπλισμός.

Το πατινάζ εξελίχθηκε σε πολύ δημοφιλή ψυχαγωγία στο τέλος της δεκαετίας του '70. Υπολογίστηκε πως ένα ζευγάρι πατινία μπορούν να αναπτύξουν ταχύτητες μεγαλύτερες από 35 μίλια την ώρα. Το 1995 οι κακώσεις από τα είδη του πατινάζ ανάγκασαν 27.000 άτομα να αναζητήσουν άμεση νοσοκομειακή φροντίδα. Το 1997 οι κακώσεις έφτασαν τις 140.000, ενώ αναφέρθηκαν 25 θάνατοι σε μία περίοδο 30 μηνών από το Φεβρουάριο 1995 ως τον Ιούλιο 1997 στις Η.Π.Α. Μία ανάλυση των κακώσεων του πατινάζ απέδειξε σαν βασικότερους παράγοντές τους, την απειρία των παιδιών που τα χρησιμοποιούσαν και το τρέξιμο μέσα στην κυκλοφορία.

Επομένως, οι συστάσεις για ασφαλές πατινάζ επιβάλλουν να χρησιμοποιείτε προστατευτικό εξοπλισμό: κάσκα, γάντια, προστατευτικές

επενδύσεις για τους αγκώνες και τα γόνατα. Απαγορεύστε στα παιδιά να κάνουν πατινάζ στους δημόσιους δρόμους, και ζητήστε τους να περιορίζονται μόνο στα ειδικά πάρκα για πατινάζ. Επιπλέον, φροντίστε για την καλή εκμάθηση του τρόπου ακίνδυνης πτώσης. Διδάξτε στο παιδί να αποφεύγει ταχύτατες-απότομες καθόδους, υγρές επιφάνειες, πατινάζ τη νύχτα, συναγωνισμό με αυτοκίνητα, ποδήλατα ή φορτηγά, ακροβατισμούς, ενώ διδάξτε του τη σωστή συντήρηση του πατινιού (Shaffer, 1989).

Ιδιαίτερα επικίνδυνες είναι οι κακώσεις του προσώπου (κυρίως στα μάτια και στα άλλα μαλακά μέρη του προσώπου). Γι' αυτό είναι απαραίτητη η σωστή ενημέρωση του παιδιού από γονείς, δασκάλους, γυμναστές, προπονητές για τον κίνδυνο που διατρέχει. Πρέπει να τονίσουμε και τη σημασία του προληπτικού ελέγχου ιδιαίτερα όταν πρόκειται για συμμετοχή σε ανταγωνιστικά αθλήματα.

Το παιδί και τα αντικείμενα του παιχνιδιού διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της ανάπτυξης, δίνοντας την ευκαιρία στα παιδιά να γνωρίσουν τον εαυτό τους, μέσω του πειραματισμού και της συμμετοχής και προσφέροντας διέξοδο στην ενεργητικότητά τους. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα πράγματα που οι γονείς θα πρέπει να προσέξουν και να επισημαίνουν στο παιδί.

Έτσι, φροντίστε να φορά το παιδί παπούτσια που δεν γλιστρούν και γερό τζιν. Αν παίζει σε αμμόλακκο, ελέγξτε μήπως είναι πολύ βαθύς και θαφτεί το παιδί. Συμβουλευτέ το παιδί να μην πετάει άμμο. Η άμμος στα μάτια προκαλεί αμυχές στην εσωτερική επιφάνεια του ματιού και προξενεί βλάβη.

Βεβαιωθείτε ότι η περιστρεφόμενη εξέδρα είναι λεία και περιστρέφεται ομαλά. Πείτε στο παιδί να μη βάζει ποτέ τα πόδια του κάτω απ' την περιστρεφόμενη εξέδρα.

Οι κούνιες θα πρέπει να περιβάλλονται από φράχτη, ώστε να μην πέφτουν επάνω στα παιδιά που κουνιούνται άλλα παιδιά που τρέχουν. Αν το παιδί είναι μικρό για να κρατηθεί καλά χρησιμοποιείτε πάντα κούνια με κλειστό κάθισμα.

Διδάξτε τα παιδιά να κάθονται στο κέντρο της κούνιας, να μη στέκονται ή να γονατίζουν πάνω σ' αυτή. Να κάθεται μόνο ένα άτομο πάνω στην κούνια, να

κρατιούνται με τα δυο χέρια και να ακινητοποιούν την κούνια πριν κατέβουν. Επίσης, εξηγήστε στα παιδιά ότι δεν πρέπει να βρίσκονται γύρω απ' τις κούνιες, ούτε πίσω, ούτε μπροστά, να μην σπρώχνουν ποτέ κάποιον που βρίσκεται πάνω στην κούνια ή να μην τους σπρώχνουν άλλοι.

Επιπλέον, να μην σπρώχνουν ποτέ άδειες κούνιες και να μην στρίβουν τις αλυσίδες τους. Απαγορέψτε τους να περνούν το κεφάλι ή τα πόδια στους κρίκους που συγκρατούν τις κούνιες.

Ακόμη, **οι τσουλήθρες** δεν πρέπει να είναι ψηλότερες από 2,5 μ. και κατά προτίμηση να είναι τοποθετημένες πάνω σε σωρό από χώμα για να αποτρέπονται τραυματισμοί από πτώση. Η τσουλήθρα να είναι μονοκόμματη και λεία και όχι κομματιαστή. Συστήστε στα παιδιά να κρατιούνται με τα δυο χέρια όταν ανεβαίνουν στην τσουλήθρα και να ανεβαίνουν ένα-ένα τα σκαλιά. Να μην ανεβαίνουν ποτέ από την λεία επιφάνειά της ή σκαρφαλώνοντας από το σκελετό της. Επίσης, να είναι υπομονετικά, να μην σπρώχνουν και να περιμένουν τη σειρά τους, ενώ θα πρέπει να βεβαιώνονται ότι δεν υπάρχει άλλος μπροστά στην τσουλήθρα πριν αρχίσουν να γλιστρούν. Επισημάνετε τους να γλιστρούν με τα πόδια μπροστά, καθισμένα, ένα παιδί κάθε φορά και να απομακρύνονται αμέσως απ' την άκρη της τσουλήθρας όταν περάσει η σειρά τους. Τέλος συμβουλευτέ τα να μην χρησιμοποιούν τις μεταλλικές τσουλήθρες που ήταν εκτεθειμένες στον ήλιο.

Όμοια, **τα πλαίσια αναρρίχησης** θα πρέπει να είναι στημένα πάνω σε γρασίδι ή άμμο σταθερά. Εξηγήστε τους ότι πρέπει να κρατιούνται σωστά και να χρησιμοποιούν και τα δυο χέρια. Να μην ανεβαίνουν πολλά παιδιά μαζί την ίδια στιγμή και να είναι προσεκτικά όταν κατεβαίνουν, προσέχοντας εκείνα που ανεβαίνουν. Επισημάνετε τους να μην χρησιμοποιούν τα πλαίσια αναρρίχησης όταν είναι υγρά.

Επίσης, όταν χρησιμοποιούν **τις τραμπάλες** ενημερώστε τα ότι πρέπει να κάθονται το ένα παιδί απέναντι στο άλλο και ότι δεν πρέπει να γέρνουν προς τα πίσω. Επιπλέον να κρατιούνται γερά και με τα δυο χέρια και να μην στέκονται όρθια ή να ισορροπούν πάνω στην τραμπάλα. Να κρατούν τα πόδια τους μακριά απ' το έδαφος όταν κατεβαίνει η τραμπάλα.

Τέλος, το πρόβλημα των κακώσεων από πτώσεις μπορεί να περιοριστεί σημαντικά με τη χρήση μαλακών επιφανειών που να απορροφούν την ενέργεια, κάτω και γύρω απ' τα είδη εξοπλισμού των χώρων του παιχνιδιού. Έχει αποδειχθεί ότι ένα στρώμα άμμου βάθους 10 ιντσών μπορεί να απορροφήσει τις δυνάμεις πρόσκρουσης από ύψος μεγαλύτερο των 10 ποδιών.

### **7.3. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΚΩΣΕΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΩΝ ΣΧΟΛΕΙΩΝ, ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΧΑΡΩΝ – ΣΠΟΡ**

Η αντιμετώπιση των καταγμάτων και τραυματισμών όπως κοψίματα, αιμορραγίες, ρινορραγία, ξένο σώμα στο μάτι, αυτί κλπ. που μπορεί να προκύψουν απ' τις αθλητικές δραστηριότητες, τα παιχνίδια των παιδιών, έχει ήδη αναφερθεί σε άλλα κεφάλαια. Εδώ επιπλέον αναφέρουμε:

#### **A. ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΣΥΝΘΛΙΨΗ**

##### **1. ΚΑΛΕΣΤΕ ΑΣΘΕΝΟΦΟΡΟ**

2. Κατ' αρχήν απομακρύνετε το αντικείμενο γρήγορα.

**ΠΡΟΣΟΧΗ!!** Αν το παιδί έχει συνθλιβεί για περισσότερο από 10 λεπτά, μην απομακρύνετε το αντικείμενο, καθώς έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος σοκ και περαιτέρω εσωτερικής αιμορραγίας. Καθησυχάστε το παιδί.

3. Ελέγξτε την οποιαδήποτε αιμορραγία, πιέζοντας σταθερά την πληγή με το χέρι σας ή με καθαρό ταμπόν.

**ΠΡΟΣΟΧΗ!!** Αν υποψιάζεστε σπασμένα οστά, υποστηρίξτε τον τραυματισμό με ταμπόν. αλλά μην μετακινήσετε το παιδί μέχρι να έρθει βοήθεια. Παρατηρήστε αν υπάρχουν σημάδια σοκ (Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

#### **B. ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ**

Είναι η μετατόπιση ενός ή περισσότερων οστών μιας άρθρωσης και μπορεί να συμβεί μετά από κάκωση ή αυτόματα από την δράση των μυών.

Συχνά υπάρχει παραμόρφωση της τραυματισμένης άρθρωσης και αργότερα προστίθεται και οίδημα.

1. Απαγορεύεται κάθε προσπάθεια επαναφοράς των οστών στην αρχική τους θέση.
2. Επιβάλλεται η αντιμετώπιση της κατάστασης σαν σε κάταγμα, με ακινητοποίηση, γρήγορη μεταφορά και αποφυγή αναλγητικών φαρμάκων απ' το στόμα (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

### Γ. ΔΙΑΣΤΡΕΜΜΑ

Προκαλείται όταν οι ιστοί ή σύνδεσμοι γύρω από μια άρθρωση στρεβλωθούν ή διασπαστούν ξαφνικά. Τα συμπτώματα και η αντιμετώπιση δεν διαφέρουν εκείνων του εξαρθήματος και του κατάγματος της ίδιας περιοχής (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης, 1994· Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το μέγεθος του προβλήματος των ατυχημάτων και των τραυματισμών, τα ολέθρια αποτελέσματά τους στα παιδιά και το τρομερό τους κόστος, απαιτούν συστηματική προσπάθεια από το κράτος και τους ιδιώτες για την πρόληψή τους. Μόνο με μια συστηματική προσέγγιση που θα συνδυάζει ιατρική, κρατική και ιδιωτική βοήθεια μπορεί να επιτευχθεί αυτός ο στόχος. Πρέπει να κατανοήσουμε τους παράγοντες και τα περιβάλλοντα για να ελέγξουμε και να προβλέψουμε τα ατυχήματα και τους τραυματισμούς.

Έτσι, σε ό,τι αφορά τα τροχαία, ο σπουδαίος ρόλος της ζώνης τονίζεται γι' ακόμη μία φορά. Το παιδί θα πρέπει να είναι πάντοτε δεμένο με τη ζώνη στο πίσω κάθισμα. Αν το παιδί είναι πολύ μικρό, πρέπει να κάθεται στο ειδικό παιδικό κάθισμα αυτοκινήτου που είναι ειδικό γι' αυτό. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν συνοδεύετε παιδί στο δρόμο. Ποτέ μην κρατάτε το παιδί απ' την έξω μεριά του δρόμου και χρησιμοποιείται πάντα το πεζοδρόμιο. Όταν το παιδί αρχίσει να κυκλοφορεί μόνο του, διδάξτε του κυκλοφοριακή αγωγή, και επιστήστε του την προσοχή στους αυξημένους κινδύνους. Αν κυκλοφορεί με ποδήλατο πρέπει να φέρει πάντα τον ειδικό εξοπλισμό.

Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι τα περισσότερα ατυχήματα γίνονται μέσα στο σπίτι. Γι' αυτό λοιπόν φυλάξτε αιχμηρά και κοφτερά αντικείμενα εκεί που δεν φτάνουν παιδιά. Βάλτε χαρούμενα αυτοκόλλητα στις μπαλκονόπορτες, και καλύψτε τις αιχμηρές γωνίες. Τοποθετείτε καπάκια στις πρίζες και κρατείστε πηγάδια σφραγισμένα και βρύσες σφιχτά κλειστές. Τοποθετήστε τα φάρμακα και τα απορρυπαντικά σε σημεία που δεν φτάνει το παιδί, ενώ ασφαλίστε όπου υπάρχει φλόγα ή καυτή επιφάνεια και μην αφήνετε αντικείμενα καυτά σε μέρος που μπορεί να φτάσει το παιδί. Κρύψτε όλα τα μικρά αντικείμενα που μπορεί να βάλει στο στόμα του.

Επιπλέον, με την έναρξη της σχολικής χρονιάς, οι κίνδυνοι είναι μεγαλύτεροι, αφού τα παιδιά δεν έχουν προσαρμοστεί στις συνθήκες κυκλοφορίας. Απαιτούνται συνεπώς αυξημένες προφυλάξεις από κινδύνους, σε ό,τι αφορά η μεταφορά του παιδιού στο σχολείο, αλλά και την παραμονή του στον σχολικό χώρο. Βεβαιωθείτε για την καταλληλότητα των σχολικών κτιρίων.



Η προσέλευση και η αποχώρηση θα πρέπει να γίνονται υπό την επίβλεψη των δασκάλων. Όλοι οι γύρω δρόμοι πρέπει να σηματοδοτούνται.

Οι παιδικές χαρές αποτελούν μαγνήτες για τα παιδιά –ειδικά στις μεγαλουπόλεις– μιας και τους δίνουν την ευκαιρία να παίξουν εκτός του σπιτιού και να γνωριστούν με άλλα παιδιά της ηλικίας τους. Γι' αυτό και οι αρμόδιοι οφείλουν να φροντίζουν για το σωστό εξοπλισμό και συντήρηση αυτών των πηγών χαράς. Η παρουσία ενηλίκων είναι απαραίτητη, για να προσέχουν για τυχόν παγίδες, να παρατηρούν και να επεμβαίνουν όταν αυτό είναι απαραίτητο.

Πέρα όμως απ' την πρόληψη κινδύνων, ο γονέας θα πρέπει να είναι προετοιμασμένος και για την αντιμετώπιση ενός ατυχήματος-κάκωσης. Εδώ χρήσιμη συνδρομή μπορούν να παρέχουν οι γνώσεις περί πρώτων βοηθειών που μπορεί να προέρχονται από αντίστοιχο βιβλίο-οδηγό ή και εγκυκλοπαίδειες, που βρίσκονται σε προσιτό σημείο στο σπίτι και θα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανά πάσα στιγμή.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να τονίσει ότι τα παιδιά δεν είναι μικρογραφία των μεγάλων, αλλά άτομα με ιδιαιτερότητες ως προς τις ανάγκες, την ανατομία, την ψυχοσύνθεση, τους κινδύνους. Είναι χρέος όλων μας να φροντίσουμε να δημιουργήσουμε ασφαλές περιβάλλον και να εξασφαλίσουμε την ασφαλή διαβίωσή τους. Ελπίζουμε να ενδιαφερθούν όλοι (κράτος-φορείς-ιδιώτες) γι' αυτόν τον σκοπό, γιατί ας μην ξεχνάμε ότι τα παιδιά είναι μεν ένα μικρό κομμάτι του πληθυσμού μας, αλλά ολόκληρο το μέλλον μας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Σταθακοπούλου Μ., Νάκου Σ., Αδάμ Ε., Κοκκέβη Α., Μαραγκός Χ. (1994) Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών. Ιατροκοινωνικά χαρακτηριστικά 30 περιπτώσεων. *Αρχεία Ελλην. Ιατρικής*, 1:10.
- Alpert J.J. (M.D.), Guyer B. (M.D., M.P.H.) (1995) *The Pediatric Clinics of North America*, τ32, 71:490-494.
- Baker S.D., O' Neil B. and Karpf R. (1986) Burns and fire deaths, In: *Injury Fact Book*. Lexington: Lexington Books.
- Blaiss M.S., de Sharo R. (1988) Drug Allergy. *The Ped. Clin. of N. America*, 35:5
- Βλάχος Π., Αλουπογιάννης Γ., Πούλος Λ., Χαραλαμπόπουλος Κ. (1987) Επιδημιολογικά Στοιχεία Δηλητηριάσεων στην Ελλάδα. *Παιδιατρική*, 40:463.
- Γολεμάτης Β.Χ. (1990) *Χειρουργική Παθολογία* (Τόμος Α). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Dine M.S., McGovern M.E. (1992) Intentional Poisoning of Children. *Pediatrics*, 70: 32-35.
- Δοξιάδης Σ. (1986) *Παιδιατρική Θεραπευτική*. Αθήνα: Αθηναϊκό Κέντρο Εκδόσεων.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (1998) *Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής για το 1994*. Αθήνα.
- Elmer E. and Gregg D. (1987) A follow up study of traumatized children. *Pediatrics*, 59: 273.
- Έρικσον Ε. (1985) *Η Παιδική ηλικία και η Κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Feldman K.W., Brewer D.K. (1994) Child Abuse, resuscitation, rib fractures. *Pediatrics*, 73: 339-342.
- Helfer R.E. and Kempe C H. (1996) *Child Abuse and Neglect. The Family and the Community*. Cambridge: M.A. Ballinger Publishing Co.

- Hight D.W., Bakalar H.R., Lloyd J.R. (1989) Inflicted Burns in Children. *J.A.M.A.*, 242: 517-520.
- Κάσιμος Χρ.Δ. (1987) *Πρακτική Παιδιατρική – Ανάπτυξη – Γενετική – Μεταβολισμός – Διατροφή*. Αθήνα.
- Κάσιμος Χρ.Δ. (1988) *Πρακτική Παιδιατρική – Νοσήματα – Πρόληψη – Θεραπεία*. Αθήνα.
- Κάσιμος Χρ.Δ., Κρεμενόπουλος Ι.Μ., Τσιούρης Ι.Ν. (1989) *Πρακτική Θεραπευτική Παιδιατρική*, Αθήνα.
- Λαγός Π., Αντωνιάδης Σ. (1995) *Βασική Παιδιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Λαγός Π., Οικονομίδης Ι., Χουλάκης Μ., Χριστόπουλος Ι., Αναγνωστάκης Ι. (1988) Παιδικά ωτορινολαρυγγολογικά προβλήματα. Αθήνα, *Ελληνική Ωτορινολαρυγγολογία*, 7:4 σελ.5.
- Σερ Μόφφατ Κ., Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός (1996) *Πρώτες Βοήθειες για Παιδιά – Γρήγορες*. Αθήνα: Εκδόσεις Δομική.
- Οργανισμός Αντιμετώπισης Παιδικού Τραύματος, Πιναδάρου 42, 106 73, Αθήνα, <http://www.pedtrauma.gr> – e-mail:info@pedtrauma.gr.
- Πάνου Μ. (1994) *Παιδιατρική Νοσηλευτική – Εννοιολογική Προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Shaffer T.E. (1989) Accident Prevention. *Pediatr. Clin. Of North America*, 1:421-432.
- Dr. Stoppard M. (1988) *Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια για Μωρά και Παιδιά*. Εκδόσεις Δομική.
- Δρ. Τσόχας Κ., Δρ. Πετρίδης Α. (1994) *Πρώτες Βοήθειες – Βασικές γνώσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Λύχνος.
- Χαρτοφυλακίδη-Γαροφαλίδη Γ. (1981) *Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος.

