

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

*Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής*

**Θέμα Πτυχιακής**

**Παιδικά Ατυχήματα σε παιδιά  
πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης**

**Υπεύθυνος καθηγητής**  
*Δρ. Δετοράκης Ιωάννης*

**Σπουδαστές**  
*Δίγκας Θωμάς  
Αγγελακάκη Αθανασία  
Ζαφειροπούλου Πηνελόπη*

**ΠΑΤΡΑ 2004**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	3
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
Κεφ.1.....	5
1.1 Παιδί και ανάπτυξη.....	5
1.2 Ατυχήματα στην παιδική ηλικία-ορισμός.....	6
Κεφ.2.....	8
2.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	8
2.2 Νοσηρότητα.....	11
Κεφ.3.....	15
3.1 Πτώσεις.....	15
3.2 Τροχαία ατυχήματα.....	28
3.3 Έγκαυμα.....	33
3.4 Δηλητηρίαση.....	43
3.5 Πνιγμοί.....	49
3.6 Ξένα σώματα.....	53
3.7 Δήγματα ζώων.....	55
Κεφ.4.....	58
Κακοποίηση παιδιού.....	58
4.1 Μορφές κακοποίησης.....	58
4.2 Κλινική εκτίμηση.....	59
Κεφ.5.....	60
Πρώτες Βοήθειες.....	60
5.1 Πρώτες Βοήθειες σε τροχαίο ατύχημα.....	60
5.2 Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση.....	66
5.3 Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με κατάγμα.....	67
5.4 Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με εξάρθρωμα.....	68
5.5 Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.....	69
5.6 Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με έγκαυμα.....	69
5.7 Πρώτες Βοήθειες σε ηλεκτροπληξία.....	70
5.8 Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με δηλητηρίαση.....	71
Κεφ.6.....	72
6.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στα τροχαία ατυχήματα.....	72
6.2 Νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδί με έγκαυμα.....	75
6.3 Νοσηλευτική παρέμβαση στις Δηλητηριάσεις.....	77
6.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στη συντηρητική θεραπεία κατάγματος.....	79
Κεφ.7.....	80
Πρόληψη κυριότερων ατυχημάτων.....	80
7.1 Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων.....	80
7.2 Συμβουλές προς τους γονείς.....	81

<b>7.3 Τριάντα κυκλοφοριακές αγωγές για σας παιδιά .....</b>	<b>84</b>
<b>7.4 Πρόληψη εγκαυμάτων .....</b>	<b>90</b>
<b>7.5 Πρόληψη δηλητηριάσεων .....</b>	<b>92</b>
<b>7.6 Σύσταση της ΠΟΥ για την πρόληψη των ατυχημάτων.....</b>	<b>93</b>
<b>7.7 Πρόληψη και αντιμετώπιση ατυχημάτων .....</b>	<b>94</b>
<b>7.8 Χρήσιμες συμβουλές για την πρόληψη ατυχημάτων .....</b>	<b>107</b>

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>Εισαγωγή .....</b>	<b>112</b>
<b>Υλικό-Μέθοδος .....</b>	<b>113</b>
<b>Αποτελέσματα .....</b>	<b>116</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>142</b>

---

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

Τα ατυχήματα είναι αυτά τα οποία αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στα παιδιά και στους εφήβους. Η σωστή κυκλοφοριακή αγωγή, η ενημέρωση γύρω από τα τροχαία ατυχήματα, η φύλαξη των οικιακών φαρμάκων και φυτοφαρμάκων, η φύλαξη των απορρυπαντικών και καυστικών ουσιών, η φύλαξη των πυροβόλων όπλων αποτελούν τα στοιχειώδη προληπτικά μέτρα για την καταπολέμηση των ατυχημάτων.

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

Η πρόοδος που σημειώθηκε σε πολλές χώρες του εξωτερικού θα πρέπει να ενθαρρύνει όλους μας στον αγώνα για την μείωση των ατυχημάτων. Όπως προαναφέρθηκε ο αριθμός των παιδιών που σκοτώνονται ή μένουν ανάπηρα είναι αυξημένος και το κοινωνικό και οικονομικό κόστος πολύ μεγάλο.

Η απώλεια της ζωής ενός παιδιού ή εφήβου είναι γεγονότα που δύσκολα γίνονται αποδεκτά τόσο από την οικογένεια όσο και από το κοινωνικό σύνολο. Για το λόγο αυτό με την παρούσα εργασία επιχειρούμε να παρουσιάσουμε μερικές από τις διαστάσεις και τα χαρακτηριστικά των ατυχημάτων κατά τη σχολική ηλικία, με στόχο την ευαισθητοποίηση τόσο του κοινωνικού συνόλου, όσο και των κρατικών ανάλογων οργανισμών και φορέων.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Η τραγική αυτή διαπίστωση καθώς επίσης και η διεκπεραίωση της πρακτικής μας άσκησης στο Νοσοκομείο Παίδων, Καραμανδάνειο μας ευαισθητοποίησε σημαντικά και μας ώθησε στην επιλογή του παρόντος θέματος.

Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση του προβλήματος των ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών που κατοικούν μόνιμα στην Πάτρα, κατά τα έτη 1998 έως 2004 με βάση στοιχείων νοσηρότητας, καθώς και αναζήτηση παραγόντων κινδύνου για ατυχήματα από το ίδιο το παιδί, οικογενειακό και φυσικό του περιβάλλον.

Απώτερος σκοπός είναι η ευαισθητοποίηση και η συμβολή στην εξεύρεση τρόπων πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων. Επίσης η ερευνητική αυτή προσπάθεια να ληφθεί ως ερέθισμα για παραπέρα σχετικές μελέτες, από ειδικούς επιστήμονες. Η εργασία αυτή αποτελεί επιδημιολογική μελέτη η οποία ερευνά το ποσοστό των παιδικών ατυχημάτων ηλικίας από 6 έως 12 ετών, τα έτη 1998-2004 στην Πάτρα καθώς και τους παράγοντες που συντέλεσαν σε αυτά. Ο αριθμός των παιδικών ατυχημάτων βρέθηκε ύστερα από έρευνα η οποία ολοκληρώθηκε από τα αρχεία Νοσοκομείου Παίδων, Καραμανδάνειο και την Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Σαν όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου εναλλακτικών απαντήσεων.

---

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

Στο ειδικό μέρος καταγράφονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνά μας που έγινε στο Νοσοκομείο Παιδών Καραμανδάνειο και την Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών. Τελειώνοντας την εργασία παραθέτουμε προτάσεις για την πρόληψη των ατυχημάτων, ελπίζοντας ότι θα υπάρξει κάποια ευαισθητοποίηση των κρατικών ιθυνόντων και της κοινωνίας.

# Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

## *1.1. Παιδί και ανάπτυξη.*

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

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

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

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

Η σχολική ηλικία ονομάζεται και δεύτερη παιδική ηλικία και συμπίπτει με τη φοίτηση



του παιδιού στο Δημοτικό Σχολείο. Έτσι η είσοδος του παιδιού στο σχολείο είναι γι' αυτό μια σημαντική αλλαγή από κάθε άποψη. Από τον κόσμο του παιχνιδιού μπαίνει στον κόσμο της τάξης της εργασίας. Αρχίζει συγκεκριμένα να μαθαίνει να παραιτείται από την άμεση και συνεχή ικανοποίηση των ορμών του (να αυτοκυριαρχείται) και να περιορίζει χάρη νέων σκοπών το παιχνίδι.

Η νόηση του αρχικά σε συνάρτηση με εικόνες και συγκεκριμένες συνδέσεις γίνεται προς το τέλος αυτής της ηλικίας ανεξάρτητα από αυτές, αφηρημένη. Η αρχική παιδική άγνοια - απειρία μεταβάλλεται σε μια περισσότερο κριτική στάση και η μνήμη του είναι πολύ έντονη. η γλωσσική του ικανότητα διαφοροποιείται και ολοκληρώνεται. Επίσης η κοινωνική του συμπεριφορά παρουσιάζει ενίσχυση της στροφής προς τους συνομήλικους και είναι πιθανές οι πρώτες συγκρούσεις με τους γονείς. Η οικειοποίηση από το παιδί των κανόνων του επιτρεπτού και μη, του κοινωνικού περιβάλλοντος γίνεται εντονότερη και συμπίπτει με την ταύτιση του φύλου στο οποίο το άτομο ανήκει παίρνοντας ως πρότυπο το αντίστοιχο συνήθως μερών των γονέων του. 1

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

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

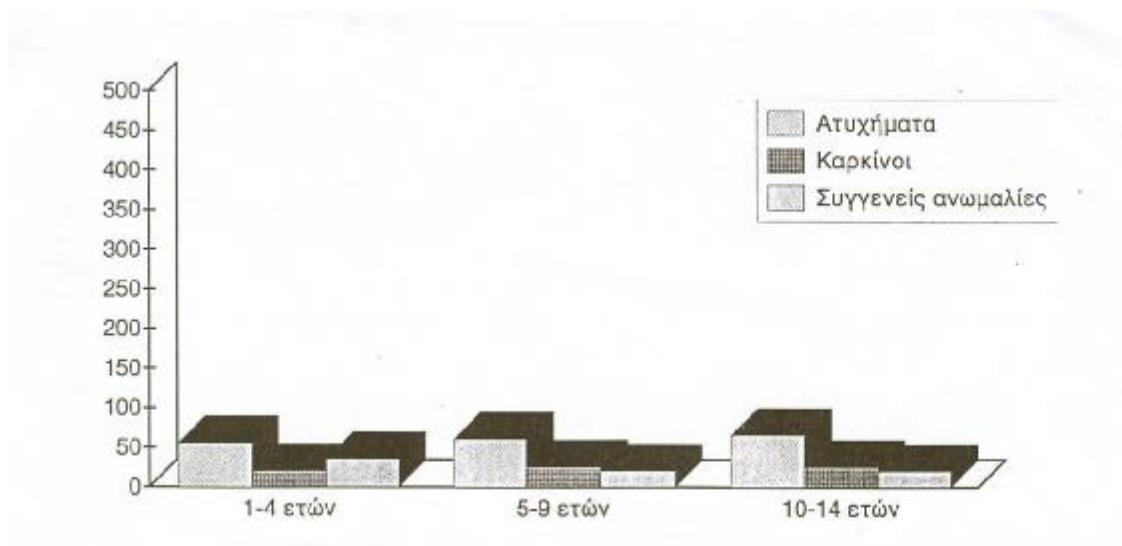
Ενώ αρχικά, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) όρισε το ατύχημα ως "τυχαίο και απρόβλεπτο γεγονός που προκαλεί εμφανείς βλάβες", σήμερα με βάση στοιχεία από διεθνείς έρευνες, θεωρήθηκε σαν *``αποτέλεσμα μιας σειράς γεγονότων που αιτιοπαθογενετικά συνδέονται με κάποιες προϋπάρχουσες καταστάσεις, ενώ η τύχη καθορίζει μόνο τη βαρύτητα της προκαλούμενης βλάβης''*. Είναι ενδεικτικό ότι στην σύγχρονη βιβλιογραφία, η λέξη "ατυχήματα(accidents)", έχει αντικατασταθεί από τον όρο "ακούσιες κακώσεις (unintentional injuries)" προκειμένου να τονισθεί η πεποίθηση ότι τα ατυχήματα είναι γεγονότα τα οποία ο άνθρωπος μπορεί να ελέγξει (Greensher 1984). Πολλοί ερευνητές θεωρούν μάλιστα, ότι δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ ασθενειών και ατυχημάτων δεδομένου ότι τα τελευταία αποτελούν την παθολογική κατάληξη μιας σειράς καταστάσεων που προϋπάρχουν και μπορούν να μελετηθούν με βάση τις αρχές της επιδημιολογίας. Επιπλέον σήμερα πιστεύεται πως τα χαρακτηριστικά των παιδιών που κινδυνεύουν να πάθουν ατύχημα είναι εξίσου προσδιορίσιμα με εκείνα των ομάδων που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να εμφανίσουν κάποιο παθολογικό νόσημα. Η αντίληψη αυτή επηρέασε καθοριστικά την σύγχρονη έρευνα για τα ατυχήματα στην παιδική ηλικία.

---

## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### 2.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.

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



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

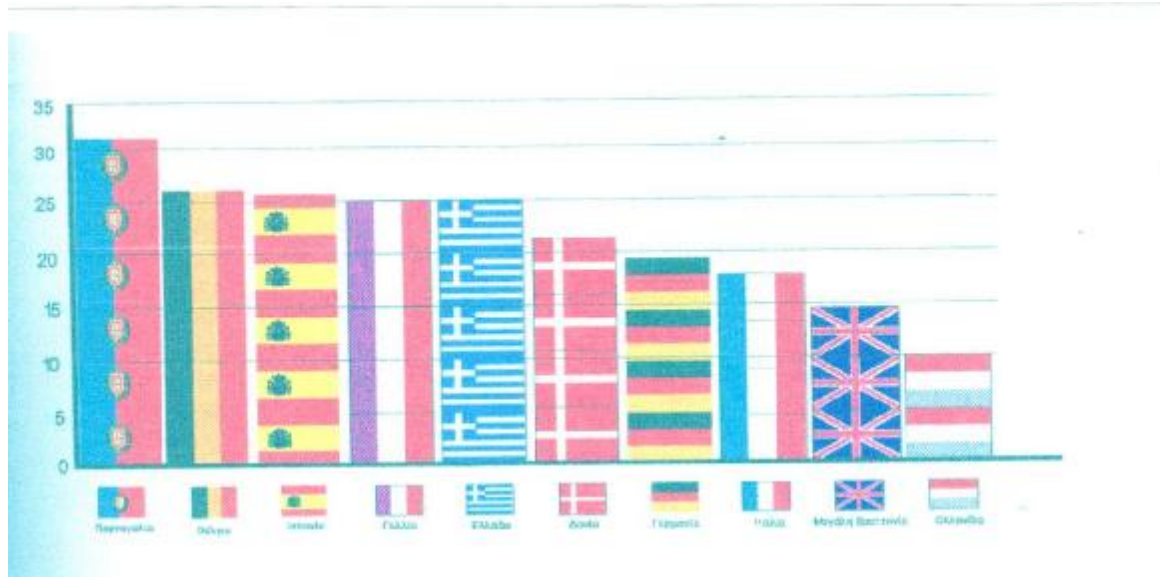
Στη χώρα μας η παιδική θνησιμότητα από διάφορα νοσήματα δεν είναι ιδιαίτερα υψηλή σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Αντίθετα παρουσιάζεται υψηλό ποσοστό θανάτων από ατυχήματα σε νεαρή ηλικία. 4

Η αυξημένη συχνότητα των ατυχημάτων στην παιδική ηλικία δικαιολογείται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ηλικίας όπως η αυξημένη περιέργεια, η άγνοια του κινδύνου, η τάση προς επίδειξη, η επιθυμία για την εξασφάλιση επιδοκμασίας και θαυμασμού, ο φόβος απόδοσης δειλίας κ.α

Ο χαρακτήρας κάθε παιδιού δύναται επίσης να προσδιορίσει την πιθανότητα ατυχήματος. Παιδιά ζωηρά, απείθαρχα και ορμητικά είναι περισσότερο επιρρεπή προς ατυχήματα. Παιδιά με διαταραχές του χαρακτήρα και επιθετικότητα, το αντίξοο οικογενειακό περιβάλλον, η υπερβολική πειθαρχία ή αντίθετα η μέχρι παραμέλησης υποχωρητικότητα των γονέων και τα μεταξύ τους προβλήματα δημιουργούν επίσης παιδιά επιρρεπή προς τα ατυχήματα. 5

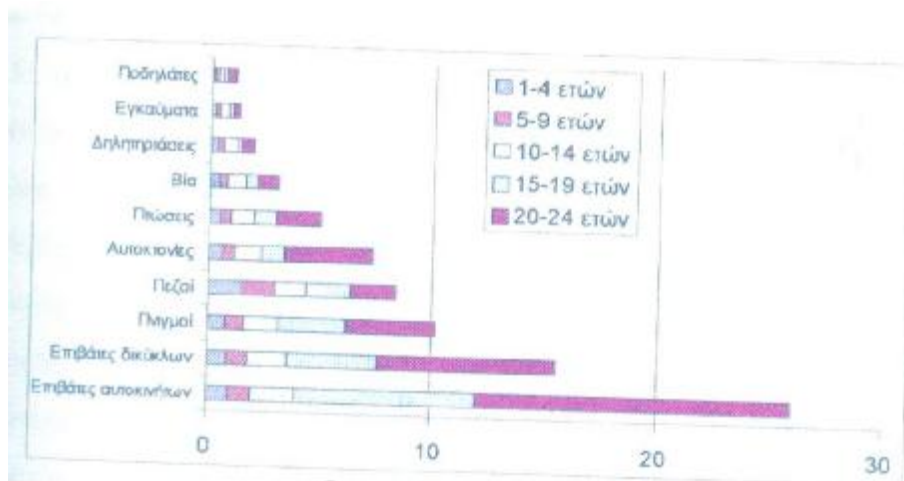
Η υπερπροστασία αυξάνει τον κίνδυνο ατυχήματος διότι περιορίζει την ανάπτυξη αισθήματος ευθύνης και επομένως τη δυνατότητα αυτενέργειας και ανεξαρτητοποίησης του παιδιού.

Η Ελλάδα κατέχει την 5<sup>η</sup> θέση (σχήμα 2.2) ανάμεσα σε 10 μεγαλύτερες χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας όσον αφορά τη θνησιμότητα από ατυχήματα ατόμων ηλικίας 0-21 χρόνων.



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

Σύμφωνα με τα στοιχεία, τα τροχαία ατυχήματα καταλαμβάνουν σταθερά την πρώτη θέση στις ομάδες ηλικίας μετά τον τέταρτο χρόνο της ζωής (σχήμα 2.3.) ενώ παίρνουν εκρηκτικές διαστάσεις στην εφηβική ηλικία (15-19 ετών) και ανάμεσα σε νεαρούς ενήλικες (15-24 ετών). 4



Θνησιμότητα ανά 100.000

(Δεν περιλαμβάνονται οι τιμές για τα μη καθορισμένα πρόσωπα)

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

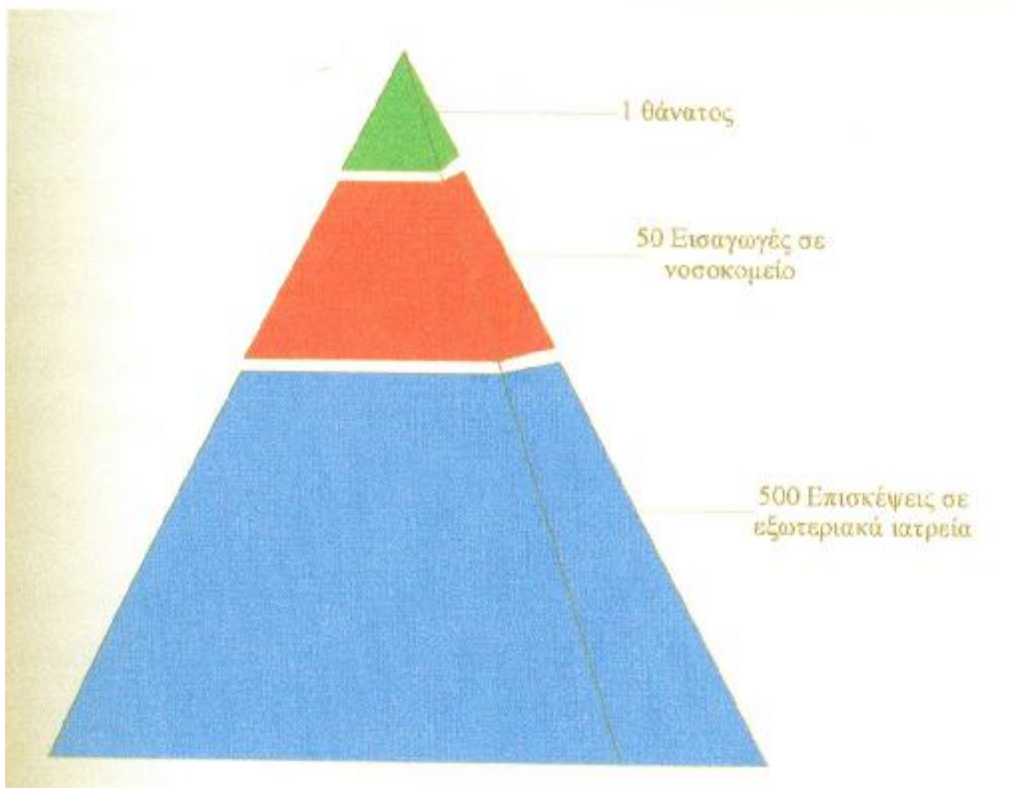
Στην ηλικία των 5-9 ετών, την περίοδο της πρώτης σχολικής ηλικίας, είναι αυξημένο το ποσοστό των παιδιών που παρασύρονται από τροχοφόρα. Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει την αυξημένη κινητικότητα και διάθεση των παιδιών για ανεξαρτησία και υπογραμμίζει την αυξημένη ανάγκη για συνεχή επιτήρηση και σωστή εκπαίδευση στην κυκλοφορική αγωγή. Αθροιστικά το σύνολο των τροχαίων ατυχημάτων στα οποία τα παιδιά συμμετέχουν είτε ως πεζοί, είτε ως επιβάτες ευθύνονται για τα τρία πέμπτα των θανάτων παιδιών αυτής της ηλικίας. 4

## ***2.2. Νοσηρότητα.***

Κάθε θάνατος από παιδικό ατύχημα είναι συναισθηματικά απαράδεκτος.

Όμως οι θάνατοι αποτελούν σε αριθμητική διάσταση ένα μικρό μόνο ποσοστό της νοσηρότητας και της φόρτισης των υγειονομικών υπηρεσιών εξαιτίας των ατυχημάτων. Στην πυραμίδα του σχήματος 2.4. συγκρίνεται ο αριθμός των θανάτων από ατυχήματα, με τον αριθμό των ατόμων που χρειάστηκε να νοσηλευτούν ή να επισκεφθούν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στην Ελλάδα τα στοιχεία αυτά αποτελούν εκτιμήσεις που βασίζονται σε δεδομένα της Ε.Σ.Υ.Ε. και ξένων χωρών.

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

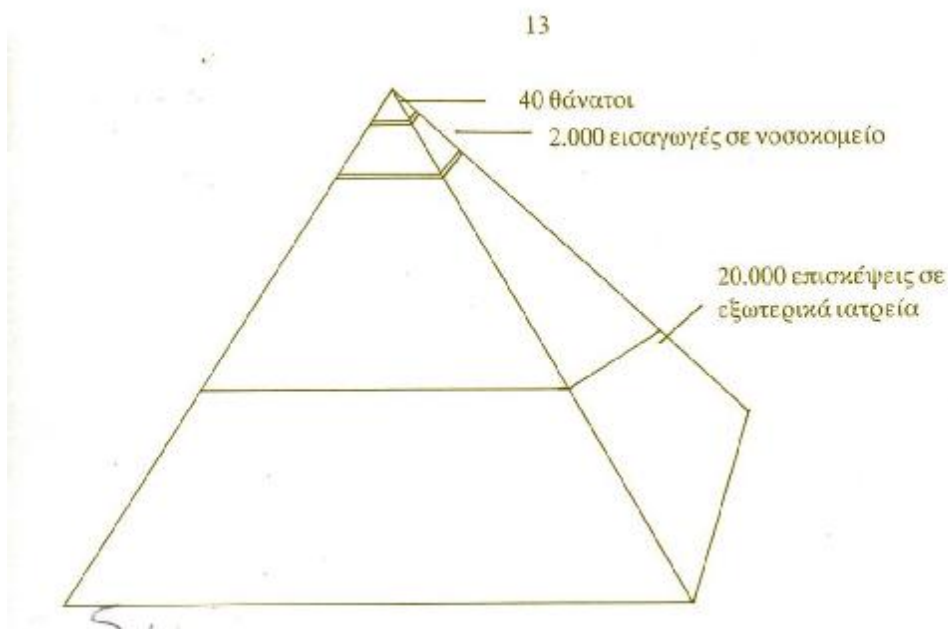


**Σχήμα 2.4. Η πυραμίδα του ατυχήματος στους νέους.**

**(Πηγή Ε.Σ.Υ.Ε)**

---

Από μία μελέτη που έγινε συγκεκριμένα στο Νοσοκομείο Παίδων Αγ.Σοφία και αφορούσε τη δεκαετία 1984-1993 (σχ.2.5) φαίνεται ότι είχαμε 20.000 επισκέψεις στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών, 2.000 εισαγωγές στο νοσοκομείο και 40 θανάτους από διάφορα ατυχήματα σε παιδιά ηλικίας 0-14 ετών. 5



**Σχ.2.5 Η πυραμίδα του ατυχήματος σε παιδιά ηλικίας 0-14 ετών και για τα έτη 1984-1993.**

**Πηγή (Νοσ. Παίδων Αγία Σοφία)**

Τα υποκείμενα αίτια των παιδικών ατυχημάτων διαμορφώνονται με βάση:

- A) το εξελικτικό στάδιο ανάπτυξης του παιδιού
- B) το είδος των δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχει
- Γ) την ηλικία των παιδιών .



Με βάση την αιτιολογία τους τα ατυχήματα ταξινομούνται σε:

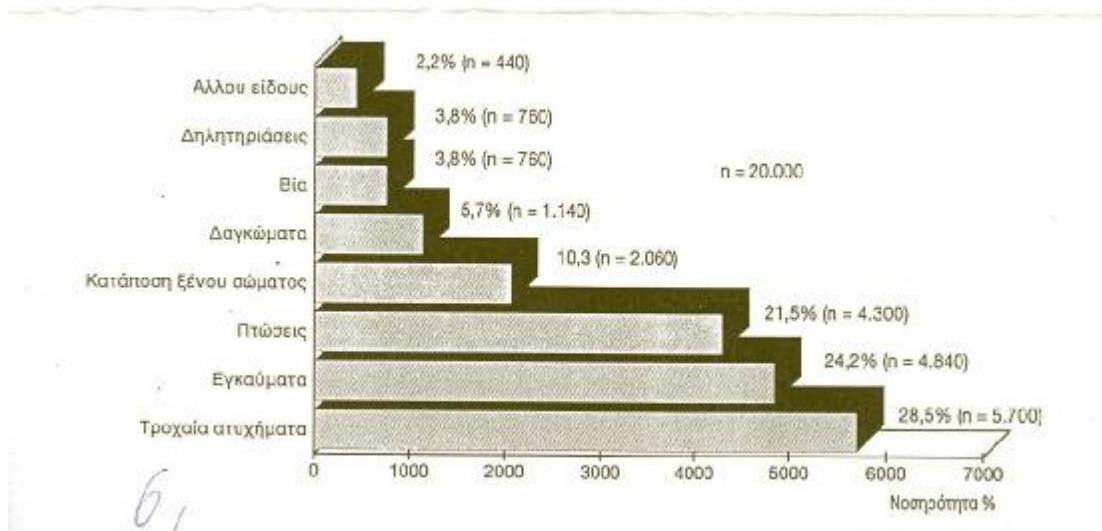
A) τροχαία ατυχήματα

B) βία (κακοποίηση-αυτοκτονία)

Γ) πνιγμός

Δ) εγκαύματα

Ε) διάφορα (δηλητηρίαση, πτώση). (Σχ.2.6).



Σχ. 2.6. Νοσηρότητα κατά αιτία ατυχήματος στη δεκαετία 1984-1993.

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### *Κατηγορίες ατυχημάτων*

#### **3.1. Πτώσεις.**

Οι πτώσεις από ύψος, είναι συχνότερες στις μικρότερες ηλικίες. Ειδικά κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής τα παιδιά πέφτουν 2 φορές περισσότερο, από τα παιδιά 1-5 χρονών και 10 φορές συχνότερα από 5-14 χρονών. Τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής, οι πτώσεις συμβαίνουν σχεδόν αποκλειστικά μέσα στο σπίτι και συχνά περιλαμβάνονται στην ομάδα των οικιακών ατυχημάτων (Βλάχου 1982), ενώ αντίθετα στα μεγαλύτερα παιδιά οι πτώσεις συμβαίνουν στο σχολείο ή στην ύπαιθρο, κατά την διάρκεια του παιχνιδιού ή των αθλητικών δραστηριοτήτων.<sup>6</sup>

Στο 4 Διεθνές Συνέδριο Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. που έγινε το Δεκέμβριο του 1994 αναφέρθηκε ότι στην Ελλάδα κάθε χρόνο 20.000 Ελληνόπουλα νοσηλεύονται λόγω ατυχημάτων με κακώσεις σε διάφορα νοσοκομεία (Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών 1994). Ειδικά το 1990 είχαμε 350 θανάτους από ατυχήματα στις ηλικίες 1-19 ετών. Το 60-80% όλων των παιδικών ατυχημάτων συμβαίνει μέσα στο σπίτι και το σχολείο και στους έξω χώρους το υπόλοιπο 20-40%. <sup>7+8</sup>

### *Είδη κακώσεων.*

#### ***A. Κακώσεις μαλακών μορίων.***

Οι κακώσεις των μαλακών μορίων περιλαμβάνουν τις κακώσεις του δέρματος και των υποκείμενων μυών, διαιρούνται δε σε κλειστές και ανοιχτές.

- **Κλειστές κακώσεις.**

- 1. Θλάση:** Είναι η κάκωση κατά την οποία το δέρμα παραμένει ακέραιο, μπορεί

όμως να υπάρξει οίδημα και πάντοτε είναι επικίνδυνο

**2. Εκχύμωση:** Είναι η θλάση του δέρματος κατά την οποία κάτω από το δέρμα έχουμε μικρή συλλογή αίματος.

**3. Μώλωπας:** Είναι η θλάση κατά την οποία έχουμε μικρό οίδημα, μικρή συλλογή αίματος με μικρή αποκόλληση του δέρματος.

**4. Αιμάτωμα:** Είναι η θλάση κατά την οποία κάτω από το δέρμα έχουμε μεγαλύτερη συλλογή αίματος.

- **Ανοικτές κακώσεις:**

**1. Εκδορά:** Είναι η κάκωση του δέρματος κατά την οποία υπάρχει μικρή αποκόλληση (γρατσουνιά).

## ***B. Κακώσεις μυοσκελετικού.***

**1. Εξάρθρωμα:** Είναι η κάκωση κατά την οποία έχουμε μετατόπιση των οστών μιας άρθρωσης.

**2. Διάστρεμμα:** Είναι η κάκωση των μαλακών μορίων μιας άρθρωσης(σύνδεσμοι, τένοντες) η οποία όμως δεν ακολουθείται από μετατόπιση των αρθρικών επιφανειών των αντίστοιχων οστών.

**3. Κάταγμα:** Ονομάζεται κάθε λύση της συνέχειας ενός οστού. Κλειστά λέγονται τα κατάγματα που δεν έχουν σχέση με ανοικτές κακώσεις της αντίστοιχης περιοχής. Ανοικτά είναι τα κατάγματα που σχετίζονται άμεσα με κάποιο τραύμα.

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

- Κάταγμα κλειδός.
  - Υπερκονδύλιο κάταγμα βραχιόνιου (αγκώνας).
-

- Κάταγμα κάτω τριτημόριου κερκίδος και ωλένης (καρπό)
- Κάταγμα μηριαίου.
- Κάταγμα κνήμης

Το πιο σοβαρό από τα κατάγματα αυτά - με περισσότερες πιθανότητες για μελλοντικές επιπλοκές στην ανάπτυξη του παιδιού - είναι το υπερκονδύλιο κάταγμα του βραχιονίου. Αυτό μπορεί να συνοδεύεται από νευρικές και αγγειακές διαταραχές με μεγαλύτερο κίνδυνο την ίσχαμη νέκρωση των χειρών τύπου Volvman (βλάβη οριστική και αμετάκλητη με μόνιμες αναπηρίες). 8

Τα κατάγματα διακρίνονται:

- Άμεσα-έμμεσα.
- Παθολογικά-αυτόματα.
- Απλά-επιλεγμένα.
- Τέλεια-ατελή.

Το κάταγμα μπορεί να συνοδεύεται από παρεκτόπιση:

- Μετατόπιση.
- Εφίπτευση.
- Γωνίωση.
- Στροφή.
- Διάσταση.

---

Τύποι καταγμάτων ανάλογα με την μορφολογία τους:

- Εγκάρσιος.
- Λοξό.
- Σπειροειδής.
- Γραμματοειδές ή επίμηκες.
- Συμπιεστικό.
- Ενσφηνωμένο.
- Αποσπαστικό.
- Κάταγμα-εξάρθρωμα.
- Δίκηνη τεθρασμένου χλωρού ξύλου.
- Διπλά.
- Επιφυσιόλιση.
- Εν εφιππεύσει.13

### **Συνδυασμός κακώσεων**

- Τριάδα του Waddell: Κάταγμα μηριαίου, κάκωση θώρακος, Κ.Ε.Κ ( συχνός συνδυασμός).
- Κάταγμα πρώτης πλευράς. Στοιχείο σοβαρού τραυματισμού.
- Κακοποιημένο παιδί.

Πολλαπλά κατάγματα πλευρών σε παιδί < 3 ετών, κατάγματα σε διαφορετικά στάδια πωρώσεως, ασαφές ιστορικό, εγκαύματα κλπ.

- Κάκωση Σ.Σ, ιδιαίτερα του αυχένος επί παρουσίας και Κ.Ε.Κ (δυσκολία στη διάγνωση, πιο συχνές του αυχένα, σε μικρά παιδιά η ανώτερη Α.Μ.Σ.Σ, ύπαρξη νευρολογικής βλάβης χωρίς ακτινολογικό εύρημα)
- Κ.Ε.Κ. Συχνή. Καλύτερη πρόγνωση ( πλαστικότητα κρανίου, ανοικτές ραφές)
- Κακώσεις θώρακος. Βλάβες πνευμόνων - καρδιάς χωρίς κατάγματα πλευρών.

## **Πολλαπλοί τραυματισμοί στα παιδιά**

- Η επιτυχής αντιμετώπιση του πολυτραυματία απαιτεί ταχεία εκτίμηση και θεραπεία, με έμφαση στις απειλητικές για τη ζωή κακώσεις.
- Ιδιαίτερη έμφαση στην προνοσοκομειακή φροντίδα(υποστήριξη της αναπνοής, προστασία Σ.Σ, έλεγχος αιμορραγίας, έναρξη αναπλήρωσης υγρών, προσωρινή ακινητοποίηση σκελετικών βλαβών, ασφαλής μεταφορά)

## **Συνδυασμός κακώσεων**

- Κατάγματα πυέλου. Κακώσεις υψηλής ενεργείας, ασυνήθεις στα παιδιά ( 80% συνοδ. Από κάκωση ουρογεννητικού)
- Κακώσεις κοιλίας.
- Κακώσεις από την ζώνη ασφαλείας. Κακώσεις οσφύος τύπου κάμψεως και διατμήσεως και κάκωση εντέρου
- Βλάβες μαλακών μορίων - Αγγειακές βλάβες . Κακώσεις άκρων συχνές.

## **Θεραπεία καταγμάτων σε παιδιά Π/Τ**

Οι κακώσεις των άκρων σπάνια είναι απειλητικές για τη ζωή του ασθενούς, είναι όμως απειλητικές για την ακεραιότητα του άκρου.

## Θεραπεία κλειστών καταγμάτων σε παιδιά Π/Τ

- Χρόνος οριστικής θεραπείας των καταγμάτων.

Αμέσως μετά την ανάνηψη και σταθεροποίηση του πολυτραυματία.

- Η πρόιμη-έγκαιρη σταθεροποίηση < 3 ημερών, ελαττώνει τη διάρκεια νοσηλείας, αναπνευστική υποστήριξη, πόνο, απώλειες αίματος και επιπλοκές σε σύγκριση με ασθενείς με καθυστερημένη αντιμετώπιση.

## Θεραπεία κλειστών καταγμάτων

- Αν οι κακώσεις των άλλων περιοχών του σώματος δεν χρειάζονται χειρουργείο και η κατάσταση του ασθενή είναι κρίσιμη, η συντηρητική αντιμετώπιση των καταγμάτων είναι η κατάλληλη αγωγή ακόμη και σε όχι τέλεια ανάταξη.

Αν πρέπει οι άλλες κακώσεις να αντιμετωπιστούν χειρουργικά τη μέρα του τραυματισμού, γίνεται ταυτόχρονα και χειρ. θεραπεία των καταγμάτων αν χρειάζεται.

***Οι κακώσεις των άκρων υψηλής προτεραιότητας που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση περιλαμβάνουν***

• εξάρθρηματα

• ανοικτά τραύματα αρθρώσεων

• ανοικτά κατάγματα

• κατάγματα με αγγειακές κακώσεις και ασταθείς κακώσεις πυέλου

σε παιδιά αιμοδυναμικά ασταθή

• κατάγματα Σ.Σ με επιδεινούμενη νευρολογική εικόνα.

## **Πολλαπλοί τραυματισμοί στα παιδιά Θεραπεία καταγμάτων**

Παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για χειρουργική θεραπεία

- Πρόγνωση για επιβίωση και μόνιμη ανικανότητα.
- Αν η συντηρητική θεραπεία επηρεάζει το αποτέλεσμα της αντιμετώπισης κακώσεων σε άλλο μέρος του σώματος (σε σοβαρή κάκωση θώρακος και κάταγμα μηριαίου η έλξη αντενδείκνυται).
- Αν κακώσεις σε άλλο μέρος του σώματος επηρεάζουν αρνητικά την συντηρητική αγωγή καταγμάτων( Κ.Ε.Κ με σπαστικότητα).

### **Θεραπεία κλειστών καταγμάτων**

#### **Αρχές χειρουργικής θεραπείας σε παιδιά Π/Τ**

- Δεν είναι ο σκοπός η σταθερή οστεοσύνθεση αλλά η επαρκής σταθερότητα που να κρατά το κάταγμα σε ανατομική ανάταξη και με τη βοήθεια γύψινου νάρθηκα.
- Ο σχεδιασμός της χειρ. θεραπείας βασίζεται στην ηλικία, μέγεθος παιδιού, είδος και θέση κατάγματος, μέγεθος και σοβαρότητα άλλων κακώσεων.



## Θεραπεία κλειστών καταγμάτων Αρχές χειρουργικής θεραπείας σε παιδιά Π/Τ

Αντένδειξη πολλαπλών κλειστών ανατάξεων σε επιφυσιακά κατάγματα.

- Στο χειρουργείο, ανατομική ανάταξη επιφυσιακών και ενδαρθρικών καταγμάτων.
- Αποφυγή μεγάλων αποκολλήσεων περιostίου
- Χρήση απλών υλικών οστεοσύνθεσης και ενωρίς αφαίρεση
- Μόνο μικρά Kirschner δια μέσου της αυξητικής πλάκας . Αποφυγή βλάβης Σ.Χ στην εφαρμογή σκελετικής έλξης.





Ίσως το χτύπημά σας να χρειάζεται ράψιμο ή κάποια άλλη επέμβαση. Ο γιατρός και οι νοσοκόμες θα κάνουν ό,τι πρέπει, για να γίνετε γρήγορα καλά. Μέσα στην αίθουσα του χειρουργείου όλοι σάς περιποιούνται. Υπάρχουν ένα σωρό μηχανήματα με ήχους και φωτάκια και οι νοσοκόμες σάς λένε ανέκδοτα, καθώς σας δίνουν το φάρμάκό σας και σας δένουν το τραύμα. Η καλή σας μαμά περιμένει όλο αγωνία έξω από το χειρουργείο μέχρι να τελειώσετε, αλλά εσείς δεν φοβάστε καθόλου. Τόσο θαρραλέο παιδί δεν έχω ξαναδεί στο νοσοκομείο μας!

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

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις βρίσκονται στην πρώτη θέση των αιτιών θανάτου στα παιδιά. Το μεγαλύτερο ποσοστό, 50-60% αυτών, προέρχονται από τροχαία ατυχήματα και το υπόλοιπο ποσοστό από πτώσεις. Κάθε τραύμα ή κάταγμα του κρανίου μπορεί να συνοδεύεται από κάκωση του εγκεφάλου. Είναι όμως πολύ πιθανό η κάκωση του εγκεφάλου να μην ακολουθείται από κάποια εμφανή κάκωση του κρανίου. 5

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

Στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να συμβούν διάφορες διεργασίες:

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

Ωστόσο στα παιδιά η κρανιακή κάψα είναι λεπτή και ελαστική. Για αυτό τα κατάγματα είναι σπάνια αλλά συχνά είναι τα εκτεταμένα αιματώματα (επισκληρίδια – υποσκληρίδια ) και οι εντοπισμένες βλάβες. Οι τραυματισμοί που προέρχονται από θλαστικά αντικείμενα (πέτρες, κ.α) οδηγούν σε ρήξη της κρανιακής κάψας με τη μορφή εμπιέσματος. Στα παιδιά ορισμένες κρανιακές ραφές μπορούν να συγχέονται με κατάγματα. Οι ραφές του κρανίου στα νήπια είναι ευρείες και επιτρέπουν μεγάλη ελαστικότητα. Οι μήνιγγες είναι λεπτές και εύκολα σχίζονται.

---

Πιο συχνά είναι τα **ρωγμώδη** κατάγματα. Συνήθως είναι μονήρη και καλής πρόγνωσης. Υπάρχει περίπτωση προοδευτικής διεύρυνσης του κατάγματος. Συνήθως η παρακολούθηση του ρωγμώδους κατάγματος είναι αρκετή. Στο προοδευτικό διευρυνόμενο κάταγμα χρειάζεται ρήξη της μήνιγγας και ενδεχόμενα κρανιοπλαστική με ακρίλικό υλικό.

Στα **εμπιέσματα** του κρανίου υπάρχει συνήθως αιμάτωμα πάνω από το κάταγμα που κλυδάζει. Η ακτινογραφία κρανίου κατ' εφαπτόμενη μας θέτει τη διάγνωση. Η θεραπεία είναι η χειρουργική ανάταξη του εμπιέσματος με γενική νάρκωση και παροχεύτηση του επισκληριδίου αιματώματος.

Στα **διαμπερή** κατάγματα, που συμβαίνουν από πτώση πάνω σε αιχμηρά αντικείμενα ή τραύματα από πυροβόλα όπλα, τα χείλη του τραύματος είναι ανώμαλα και από το τραύμα πολλές φορές εξέρχεται εγκεφαλική ουσία. Η επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση συνίσταται σε αφαίρεση των χηλιέων του τραύματος, ανάταξη των οστικών τεμαχίων που έχουν εισχωρήσει στην εγκεφαλική ουσία, καθαρισμός και αφαίρεση κακοποιημένης εγκεφαλικής ουσίας και συρραφή της σκληράς μήνιγγας. Η παροχέτευση ενδείκνυται στο πλείστο των περιπτώσεων καθώς και η κάλυψη με ευρέως φάσματος αντιβιοτικά.

Στο **επισκληρίδιο αιμάτωμα**, υπάρχει ταυτόχρονα ρήξη ενός αγγείου της σκληράς μήνιγγας (συνήθως της μέσης μηνιγγικής) με ραγδαία αιμορραγία. Τα κλασικά συμπτώματα είναι η απώλεια της συνείδησης, μετά από ελεύθερο μεσοδιάστημα, μυδρίαση και ακαμψία της κόρης του οφθαλμού στην πλευρά της βλάβης. Πάρεση και σπασμοί στην αντίθετη πλευρά. Σημείο Babinski στην αντίθετη πλευρά. Η διάγνωση θα γίνει με βάση την κλινική εικόνα, τα νευρολογικά σημεία και συμπτώματα, την αξονική τομογραφία. Τα επισκληρίδια αιματώματα στα παιδιά εμφανίζονται ως επί το πλείστον στο βρέγμα. Το 50% αυτών των αιματωμάτων διαγνώσκονται το πρώτο 24ωρο. Το 40% αυτών των αιματωμάτων συμβαίνει στην ηλικία κάτω των 20 ετών. Ένα μεγάλο ποσοστό 80% των παιδιών με επισκληρίδιο αιμάτωμα δεν είχαν απώλεια συνειδήσεως αμέσως μετά την κάκωση(στο ποσοστό περιλαμβάνονται και οι ασθενής με φωτεινό διάλειμμα).

Η αντιμετώπιση συνίσταται σε άμεση κρανιοτομή και αφαίρεση του αιματώματος και του εγκεφαλικού οιδήματος. Η πρόγνωση είναι καλή εφ' όσον η εγχείρηση γίνει έγκαιρα.

Στο **υποσκληρίδιο αιμάτωμα**, υπάρχει ρήξη των επιπολής φλεβών στον οβελιαίο κόλπο ή ρήξη ενός φλεβώδους κόλπου. Τα συμπτώματα είναι απώλεια της συνειδήσεως χωρίς φωτεινό διάλειμμα ή και προοδευτική απώλεια της συνείδησης, Babinski θετικό, παράσεις. Η διάγνωση γίνεται με ηχοεγκεφαλογραφία, αγγειογραφία, αξονική τομογραφία. Η αντιμετώπιση είναι η επείγουσα εγχείρηση πολλές φορές ακόμα και χωρίς την προκαταρκτική αξονική τομογραφία. Στην εγχείρηση γίνεται κρανιοτομή, αιμόσταση, παροχέτευση και αντιμετώπιση του εγκεφαλικού οιδήματος.

Η **ενδοεγκεφαλική αιμορραγία** δημιουργείται όταν υπάρχει βλάβη των εγκεφαλικών αρτηριών και φλεβών με αποτέλεσμα τη διήθηση του εγκεφάλου στο αίμα που έχει εξαγγειωθεί. Τα κλινικά σημεία δεν είναι τυπικά, μοιάζουν περισσότερο με τα συμπτώματα των επισκληριδίων αιματωμάτων.

Η διάγνωση γίνεται με το ηχοεγκεφαλογράφημα, την αξονική τομογραφία. Η αντιμετώπιση είναι χειρουργική και συνίσταται σε αιμόσταση και σε αφαίρεση της κατεστραμμένης εγκεφαλικής ουσίας, σε κρανιοτομή και την θεραπεία του εγκεφαλικού οιδήματος. Τα ενδοκρανιακά αιματώματα συνοδεύονται από κατάγματα στο 80% των περιπτώσεων. Ένα αρκετό ποσοστό ( 30% ) αιματωμάτων δεν ανακαλύπτονται με την κρανιοανάρτηση.

Η κρανιοτομία είναι η καλύτερη μέθοδος για την αντιμετώπιση των οξέων αιματωμάτων στην παιδική ηλικία (ενδο ή εξωσκληρίδια ). 5

## **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ**

Στα παιδιά συνήθως μετά από ελαφριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση δεν αφήνεται κανένα υπόλειμμα. Μετά από βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ανάλογα με το σημείο του εγκεφάλου μπορεί να έχουμε και τα εξής συμπτώματα:

- A)** Τραύματα στην περιοχή της μετωπιαίας χώρας ( μεταβολή της προσωπικότητας, διαταραχές στην συγκέντρωση, μείωση της απόδοσης στο σχολείο ).
- B)** Τραύματα στη βρεγματική περιοχή (ημιπάρεση του αντίστοιχου τμήματος του σώματος, επιληπτικές κρίσεις, αφασία ).
- Γ)** Τραύματα κροταφικής χώρας ( κρίσεις «E» ).
- Δ)** Τραύματα στελέχους ( αλλαγή συμπεριφοράς, διαταραχές διάνοιας, τρόμος, σπαστικότητα, διαταραχές της ομιλίας ).
- Ε)** Ανοιχτά τραύματα ,κατάγματα (μηνιγγίτιδα, αποστήματα ).
- Στ)** Εγκεφαλική θλάση ( μετατραυματική επιληψία ).
- Z)** Βλάβες εγκεφαλικών φλεβών ( χρόνια υποσκληρίδιο αιμάτωμα ). 5

---

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

Η βλάβη του νωτιαίου μυελού που μπορεί να συνοδεύει τις κακώσεις της σπονδυλικής στήλης, περιλαμβάνει καταστροφή της φαιάς ουσίας και αιμορραγία δευτεροπαθή προς τη συμπίεση του νωτιαίου μυελού. Συνήθως συμβαίνει εξαιτίας υπέρκαψης, υπερέκτασης, ανώμαλης στροφής ή κατακόρυφης συμπίεσης. Οι περιοχές που συχνότερα παθαίνουν βλάβη είναι η κατώτερη αυχενική σπονδυλική στήλη (Α4 ως Θ1) και η θωρακοσφυϊκή συμβολή (Θ12 ως Θ2),

Ατυχήματα στα οποία συνήθως παρατηρούνται κακώσεις της Σ.Σ. είναι η πτώση από ύψος, τα χτυπήματα κατά τις καταδύσεις και τα τροχαία. 9

#### ***3.2. Τροχαία ατυχήματα.***

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

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

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

---

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

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

Πίνακας 3.1.

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

Σχετικά με την ηλικία τα τροχαία ατυχήματα είναι συχνότερα κατά την πρώτη παιδική ηλικία και αντικατοπτρίζουν την αυξημένη κινητικότητα και διάθεση των παιδιών για ανεξαρτησία παίρνουν δε εκρηκτικές διαστάσεις κατά τη διάρκεια της εφηβείας. 10



*Στην Ελλάδα κάθε χρόνο από τροχαία ατυχήματα έχουμε περισσότερο από:*

- I. 2000 νεκρούς
- II. 4000 σοβαρά τραυματίες
- III. 30000 ελαφρά τραυματίες

*Από τα απολογιστικά στοιχεία των τροχαίων ατυχημάτων του 2001 προκύπτει ότι*

- Το 80% οφείλεται σε παραβάσεις διατάξεων ΚΟΚ που κάνει ο οδηγός
- Το 11% οφείλεται σε παραβάσεις διατάξεων ΚΟΚ που κάνει ο πεζός
- Το 3% οφείλεται στα οχήματα
- Το 6% οφείλεται στο οδικό μας δίκτυο ή τις καιρικές συνθήκες.

*Αιτίες πρόκλησης σοβαρών τροχαίων ατυχημάτων:*

Οι βασικότερες παραβάσεις που οδηγούν κατά κανόνα σε θανατηφόρα ή σοβαρά ατυχήματα είναι:

- § Οδήγηση σε κατάσταση μέθης.
- § Υπερβολική ταχύτητα.
- § Αντικανονικό προσπέρασμα.
- § Είσοδος στο αντίθετο ρεύμα.
- § Παραβίαση STOP.
- § Παραβίαση προτεραιότητας.
- § Παραβίαση ερυθρού σηματοδότη.
- § Επικίνδυνοι ελιγμοί.
- § Χρήση εκτυφλωτικών φώτων.
- § Απόσπαση προσοχής οδηγού. 10

Στοιχεία που αφορούν τροχαία ατυχήματα προερχόμενα από έρευνα της τροχαίας Πατρών:

---

**Τροχαίο ατύχημα**

Σε 32 μήνες

- Σύνολο εξετασθέντων στα Ε.Ι. 99.681
- Κακώσεις 6.514(6.5%)
- Τροχαία 528(0.52%)

(8.1% επί των κακώσεων)

- Νοσηλεία 51%
- 

**Τροχαίο ατύχημα**  
(Κατανομή σε ηλικίες)

---

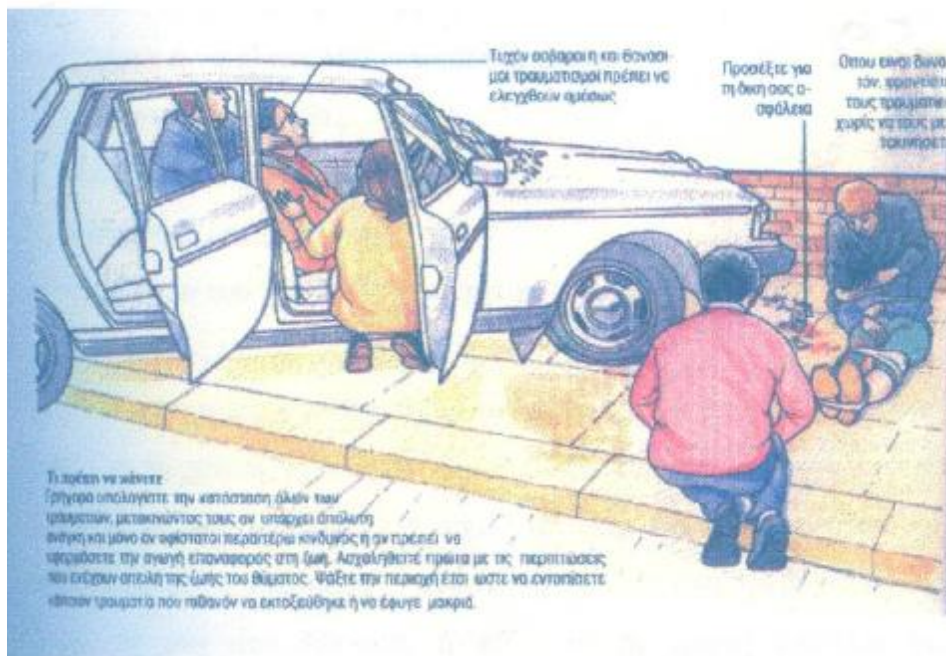
Έτη	N
-----	---

---

**Τροχαίο ατύχημα**  
(κατανομή περιοχής – φύλου)

---

- Περιοχή Πατρών 76.7%
  - Εκτός Πατρών 23.3%
  - Αγόρια 66%
  - Κορίτσια 34%
-



Σχήμα 3.2

### Τροχαίο

Ωρα προέλευσης

06 – 14	119
14 – 18	126
18 – 21	168
21 – 24	87
24 – 06	28

### Τροχαίο Μηχανισμός

- |                                     |     |
|-------------------------------------|-----|
| ο Τραυματισμός πεζού από αυτοκίνητο | 32% |
| ο Τραυματισμός πεζού από ποδήλατο   | 15% |

---

ο Τραυματισμός ποδηλάτη από όχημα	4%
ο Τραυματισμός μοτο/στή από όχημα	2%
ο Ανατροπή ποδηλάτη	28%
ο Ανατροπή δικύκλου	4%
ο Επιβάτης σε όχημα	13%
ο Αγροτικό	2%

---

### **Τροχαίο (συμπέρασμα)**

---

Û Εγκατάλειψη τραυματία σε ποσοστό 27%.

Û Τα περισσότερα ατυχήματα απογευματινές ώρες.

Û Ηλικίες 5 – 10 έτη.

Û Χρήση ζώνης ασφαλείας μόνο σε 1 περίπτωση.

Û Κράνος.

---

**17**

### **3.3. Έγκαυμα.**

Τη δεύτερη κατά σειρά αιτία νοσηρότητας αποτελούν τα εγκαύματα. Τα αίτια των εγκαυμάτων κατά σειρά συχνότητας είναι:

A) καυτά υγρά 90%

B) φωτιά 8%

Γ) ηλεκτρισμός 1%

Δ) χημικά προϊόντα 1%

Τα εγκαύματα από βραστό νερό ή ατμό είναι συχνότερα πριν από την ηλικία των 5 ετών ενώ οι άλλοι τύποι των εγκαυμάτων ( φωτιά, έκρηξη, ηλεκτροπληξία) είναι συχνότεροι στη σχολική ηλικία. 5

---

Τα εγκαύματα στα παιδιά είναι συχνό ατύχημα και αποτελεί το 10-15%. Πηγές εγκαυμάτων μέσα στο σπίτι είναι οι θερμάστρες ( ηλεκτρικές, υγραερίου, με ξύλα, με κάρβουνα ) και τα τζάκια. Τα εύφλεκτα υλικά ( οινόπνευμα, βενζίνη, πετρέλαιο ) όταν είναι σε προσιτό μέρος αποτελούν παγίδες φωτιάς για τα παιδιά, καθώς και τα σπέρτα ή οι αναπτήρες. Οι κατσαρόλες που βράζουν, τα μπρίκια με το ζεστό καφέ, τα τηγάνια στην ηλεκτρική κουζίνα είναι μεγάλοι πειρασμοί για παιδιά που προσπαθούν να τα φτάσουν και έτσι υπάρχει φόβος να ρίξουνε επάνω τους το ζεματιστό περιεχόμενό τους (νερό, λάδι ) σχ.3.3.

Μία άλλη πηγή εγκαυμάτων είναι οι ηλεκτρικές συσκευές όπως το ηλεκτρικό σίδερο, το πιστολάκι. Τα εγκαύματα αυτά είναι τοπικά. Τοπικά εγκαύματα στα άκρα και στο σώμα βρεφών και μικρών παιδιών, έχουν παρατηρηθεί σε κακοποιημένα παιδιά από τους γονείς τους, οι οποίοι σβήνουν πάνω τους τσιγάρο. 5

Ο ηλεκτρισμός είναι μία άλλη πηγή προκλήσεως ατυχημάτων μέσα στο σπίτι. Πολλές φορές το παιδί παθαίνει ηλεκτροπληξία από φθαρμένα καλώδια ηλεκτρικών συσκευών ή από τοποθέτηση αιχμηρών μεταλλικών αντικειμένων ( βελόνες, τσιμπιδάκια ) μέσα σε αφύλακτες και χαμηλά τοποθετημένες πρίζες. Επίσης ο χειρισμός ηλεκτρικών διακοπών ή συσκευών με βρεγμένα χέρια είναι επικίνδυνο. Το ρεύμα μπορεί να προκαλέσει ηλεκτροπληξία, εγκαύματα (πύλη εισόδου – εξόδου, )κοιλιακή μαρμαρυγή, ανακοπή και θάνατο.

***Το έγκαυμα λοιπόν είναι τοπική βλάβη των ιστών που προκαλείται από την επίδραση υψηλής θερμοκρασίας.*** Ανάλογα με την αιτία που προκαλεί το έγκαυμα νοσοκ. (επίδραση διαφόρων μορφών ενέργειας όπως θερμική, χημική, ηλεκτρική, ακτινοβόλος και μηχανική) (νοσηλευτική βιβλίο) τα διακρίνουμε σε:

1. Θερμικά (επίδραση θερμότητας, φλόγας, υγρών, ατμών)
2. Ηλεκτρικά (επίδραση ηλεκτρικού ρεύματος)
3. Χημικά (επίδραση χημικών ουσιών, οξέων ή αλκάλων)
4. Ακτινικά (επίδραση ιονίζουσας ακτινοβολίας, ηλιακής ακτινοβολίας) 5

- 
- Οι περισσότερες εγκαυματικές βλάβες προκαλούνται από θερμικούς παράγοντες κυρίως φλόγα, από άμεση επαφή με τη θερμική πηγή (θερμάστρα) και από ζεστό νερό και σε μικρότερη έκταση από τριβή και από ψύξη. 9+5

Στα **θερμικά εγκαύματα** η επίδραση της θερμότητας μπορεί να είναι ξηρά (φλόγα, καυτό σίδερο, τσιγάρο, καυτό αντικείμενο), ή υγρά (βραστό νερό, βραστό φαγητό, λάδι, ατμοί). Τα ξηρά εγκαύματα είναι πιο βαριά και θεραπεύονται δυσκολότερα από τα υγρά εγκαύματα. 5

- Τα **χημικά εγκαύματα** προκαλούνται με τη δράση χημικών ουσιών στο δέρμα, οφθαλμούς ή στους βλενογόννους (κατάποση). Οι χημικές ουσίες μπορεί να είναι οξέα (θειϊκό οξύ, νιτρικό οξύ-βιτριόλι), αλκάλια (καυστικό νάτριο-ποτάσσα, ασβέστης) ή άλλες χημικές ουσίες (άλατα φωσφόρου, μαγνησίου) και τα ακτινικά από ακτίνες X ή υπεριώδη ακτινοβολία. Είναι πολύ σοβαρά εγκαύματα και η βλάβη που προκαλούν στον οργανισμό εξαρτάται από την οδό χορηγήσεως τους (η κατάποσή τους προκαλεί σοβαρό έγκαυμα στον οισοφάγο, στόμαχο). Η αντιμετώπιση συνίσταται σε ταχεία εξουδετέρωση και απομάκρυνση της χημικής ουσίας και στη συνέχεια ανάλογη θεραπευτική αγωγή. 5
- Τα **ηλεκτρικά εγκαύματα** είναι ιδιαίτερος απατηλά, διότι χαρακτηρίζονται από πιο εκτεταμένες θρομβώσεις που δεν είναι εμφανείς παρά μόνο 27-36 ώρες μετά τη βλάβη.



- Τα **ακτινικά εγκαύματα** προκαλούνται από την επίδραση:

A) Ιονίζουσας ακτινοβολίας (ραδιενέργεια), που προέρχεται από ατυχήματα σε ατομικά εργοστάσια ή ατομική έκρηξη.

B) Ηλιακής ακτινοβολίας. Είναι γεγονός ότι ο ήλιος είναι πηγή της ζωής. Έχει μικροβιοκτόνες ιδιότητες, μετατρέπει την προβιταμίνη D σε βιταμίνη D, δυναμώνει την όραση και το σπουδαιότερο προκαλεί ευφορία και αισιοδοξία. Η αλόγιστη όμως έκθεση στα « χάρδια » του ήλιου επιφέρει βλάβες στο ανθρώπινο δέρμα ( εγκαύματα, καρκίνο, γήρανση ). Η ηλιακή ακτινοβολία αποτελείται από υπέρυθρες, υπεριώδεις και ορατές ακτίνες. Ανάλογα με το μήκος κύματός τους οι υπεριώδεις ακτίνες διακρίνονται σε UVA και UVB.

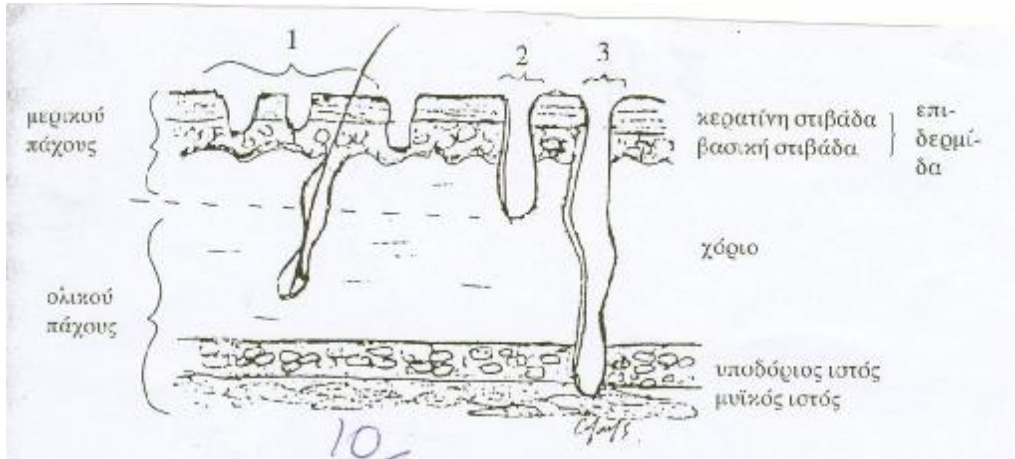
Η ακτινοβολία UVA ευθύνεται για τα εγκαύματα του δέρματος αλλά και για το καρκίνο. Το δέρμα αμύνεται στην ηλιακή ακτινοβολία κατ' αρχήν με το « μαύρισμα » και στην συνέχεια, εφ' όσον η δράση της ακτινοβολίας συνεχίζεται, με την δημιουργία ηλιακού εγκαύματος. Συνήθως είναι ά βαθμού (κοκκίνισμα) ή β βαθμού (φυσαλίδες).(5)

*Τα εγκαύματα, ανάλογα με το βάθος στο οποίο φθάνει η βλάβη, ταξινομούνται σε τρεις βασικές κατηγορίες ( 1<sup>ο</sup>, 2<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup> βαθμού ), κατά Dupuytren σε 6 βαθμούς. Τελευταία, η ταξινόμηση τροποποιήθηκε σε μερικού πάχους εγκαύματα ( 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> βαθμού ) που επουλώνονται μόνα τους και σε ολικού πάχους (3<sup>ο</sup>, 4<sup>ο</sup>, 5<sup>ο</sup> βαθμού, απανθράκωση ) που απαιτούν δερματικά μοσχεύματα.*

***Τα εγκαύματα από άποψη βάθους ιστικής καταστροφής είπαμε ότι διακρίνονται:***

- **1<sup>ο</sup> βαθμού ή επιδερμικά.** Επηρεάζεται η επιδερμίδα με κλινικό σύμπτωμα ερυθρότητα, φαγούρα, οίδημα. Η αποκατάσταση είναι πλήρης και ταχεία σε μερικές μέρες.
- **2<sup>ο</sup> βαθμού ή δερματικά ή μερικού πάχους.** Επηρεάζεται η επιδερμίδα και το χόριο με κλινικό σύμπτωμα την δημιουργία φυσαλίδων. Επουλώνονται συνήθως χωρίς να αφήνουν ουλές. Εάν μολυνθούν μπορεί να γίνουν 3<sup>ο</sup> βαθμού. Η επούλωση διαρκεί 10 – 15 ημέρες.

- **3<sup>ο</sup> βαθμού ή ολικού πάχους.** Επηρεάζεται όλο το δέρμα (επιδερμίδα, χόριο, υποδόριο, σε βαριές περιπτώσεις και μύες ). Το δέρμα έχει λευκότερη όψη και χάνει την αισθητικότητά του. Η επούλωση είναι δύσκολη και πολλές φορές χρειάζεται αποκατάσταση με μεταμόσχευση δέρματος. Εάν αφηθεί να επουλωθεί μόνο του αφήνει δυσμορφίες (χηλοειδή ). 2+5+11

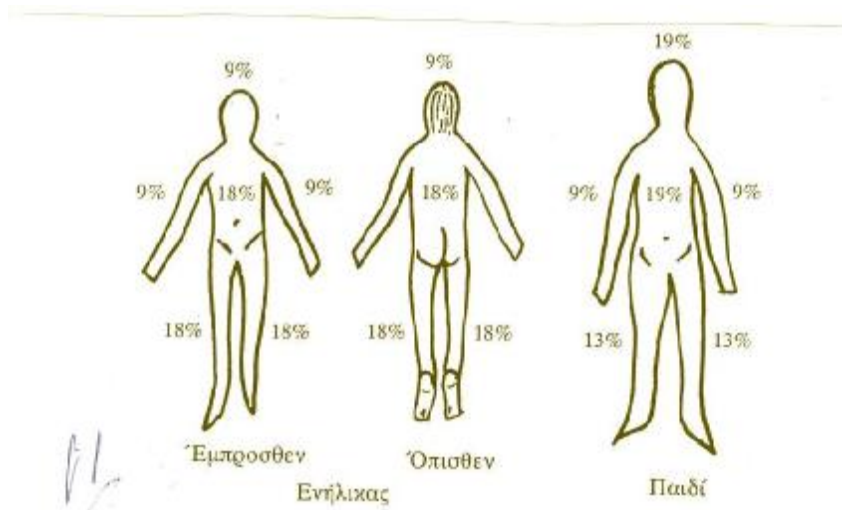


**Σχήμα 3.4 Ταξινόμηση εγκαυμάτων**



**Η σοβαρότητα του εγκαύματος εξαρτάται από:**

- a. Το βάθος του εγκαύματος.** Εγκαύματα γ βαθμού είναι πιο σοβαρά από εγκαύματα α και β βαθμού.
- b. Την έκταση της βλάβης.** Όσο πιο μεγάλη έκταση καταλαμβάνει το έγκαυμα ( άσχετα με το βαθμό ) τόσο πιο σοβαρό είναι. Η έκταση υπολογίζεται με τον κανόνα των 9 ( σχ.3.5). Στα παιδιά είναι διαφορετική η έκταση απ' ότι στους ενήλικες.



**Σχ. 3.5 Ο κανόνας των 9.Στα παιδιά ο κορμός είναι 36%, κάτω άκρα 26%, άνω άκρα 18% και κεφάλι 19%.**

- c. **Την εντόπιση.** Εγκαύματα προσώπου, χεριών, ποδιών, περινέου είναι πιο σοβαρά και αφήνουν δύσμορφες ουλές. Εγκαύματα στο πεπτικό (χημικά) ή στο αναπνευστικό (εισπνοές ατμών) είναι πολύ σοβαρά και απαιτούν νοσηλεία σε εξειδικευμένα κέντρα.
- d. **Την ηλικία.** Εγκαύματα στα παιδιά (κάτω των 2 ετών) και στους γέροντες (άνω των 60 ετών) είναι πιο σοβαρά γιατί το δέρμα τους είναι λεπτό και το ανοσοποιητικό τους σύστημα ανεπαρκές.
- e. **Περιοχή του σώματος.** Το δέρμα δεν έχει παντού το ίδιο πάχος. Το δέρμα της πλάτης είναι διπλάσιο από το δέρμα του τραχήλου και πενταπλάσιο από το δέρμα του βλεφάρου, και οι βλάβες είναι ανάλογες.
- f. **Από το φύλο.** Κάτω από τις ίδιες συνθήκες το προκαλούμενο έγκαυμα είναι βαθύτερο στη γυναίκα απ' ό,τι στον άντρα.
- g. **Από την διάρκεια της εκθέσεως.** Υψηλή θερμοκρασία σε μικρό χρονικό διάστημα προκαλεί ελαφρότερο έγκαυμα απ' ό,τι η ίδια θερμοκρασία σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.<sup>5+9</sup>

### ***Κλινική εικόνα - Παθοφυσιολογία εγκαύματος***

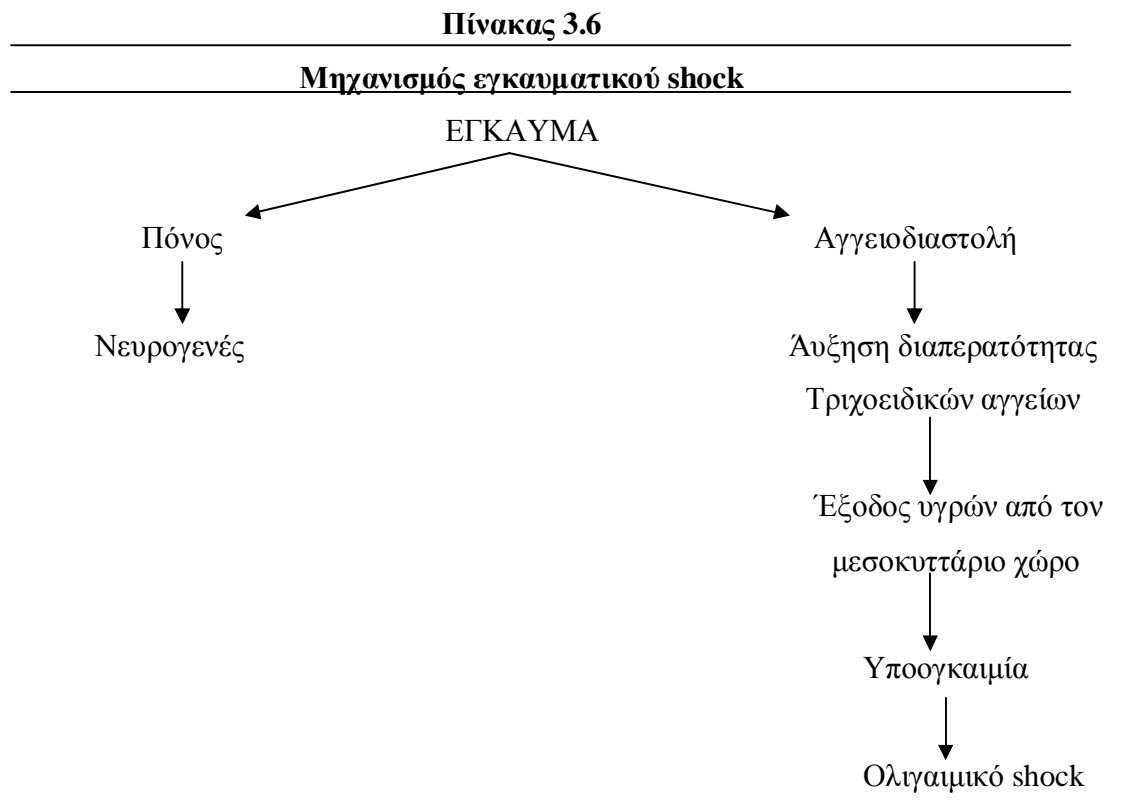
Τα μικρά και επιπόλαια εγκαύματα δεν δημιουργούν ιδιαίτερη κλινική συμπτωματολογία πλην των τοπικών συμπτωμάτων (φαγούρα, κνησμός, τοπικός πόνος). Τα εγκαύματα με έκταση πάνω από 20% επιφάνειας σώματος (κανόνας 9) στους ενήλικες και πάνω από 10% επιφάνειας στα παιδιά, χρειάζονται νοσοκομειακή νοσηλεία.

Συνοπτικά, το εκτεταμένο έγκαυμα εξελίσσεται ως εξής:

- Ø 1 - 3η ημέρα. Οξεία κυκλοφορική ανεπάρκεια (shock).
- Ø 2 - 7η ημέρα. Διαταραχές ηλεκτρολυτών.
- Ø 7 - 10η ημέρα. Διαταραχές γαστρεντερικού - Λοιμώξεις.
- Ø 10 - 15η ημέρα. Επιπλοκές από νεφρούς, αναπνευστικό κ.λ.π.

Ο κίνδυνος του θανάτου παραμονεύει σε κάθε στάδιο εξέλιξης του εγκαύματος κυρίως όμως ο θάνατος μπορεί να επέλθει από το εγκαυματικό shock ή το σηπτικό shock, ανεξάρτητα από την έκταση του εγκαύματος.

Το εγκαυματικό shock μπορεί να είναι πρώιμο (αμέσως μετά την επίδραση της θερμότητας) ή όψιμο (μετά την πάροδο ολίγων ωρών). Το shock είναι μικρό (πίνακας 3.6). *Νευρογενές* (λόγω του ισχυρού πόνου) και *ολιγαϊμικό* (λόγω απώλειας πλάσματος). 5



---

Κατά την επίδραση της θερμότητας στο δέρμα μεταβολές επέρχονται τόσο, στις επιπολής όσο και, στις εν τω βάθει στιβάδες με αποτέλεσμα τη διαστολή των τριχοειδών αγγείων και την αύξηση της διαπερατότητας των τριχοειδών με έξοδο του πλάσματος στους μεσοκυττάριους χώρους (είτε με τη μορφή φυσαλίδων, είτε συνεχούς εκκρίσεως) συγχρόνως δε εμφανίζεται οίδημα της εγκαυματικής περιοχής.

Ο βαθμός του οιδήματος εξαρτάται από την ένταση της θερμότητας και από την ελαστικότητα του δέρματος της ανατομικής περιοχής. Η απώλεια πλάσματος ρυθμίζεται με αντιρροπιστικούς μηχανισμούς όπως:

- α. Με είσοδο υγρών από τον μεσοκυττάριο χώρο προς τα κύτταρα.
- β. Με σύσπαση των αιμοφόρων αγγείων.
- γ. Με απορρόφηση υγρών από το έντερο.
- δ. Με κατακράτηση υγρών από τα νεφρά.

### ***Επιπλοκές εγκαυμάτων***

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με βαριά εγκαύματα (πάνω από 20% στους ενήλικες, 10% στα παιδιά) είναι δυνατόν να παρουσιασθούν οι εξής επιπλοκές.

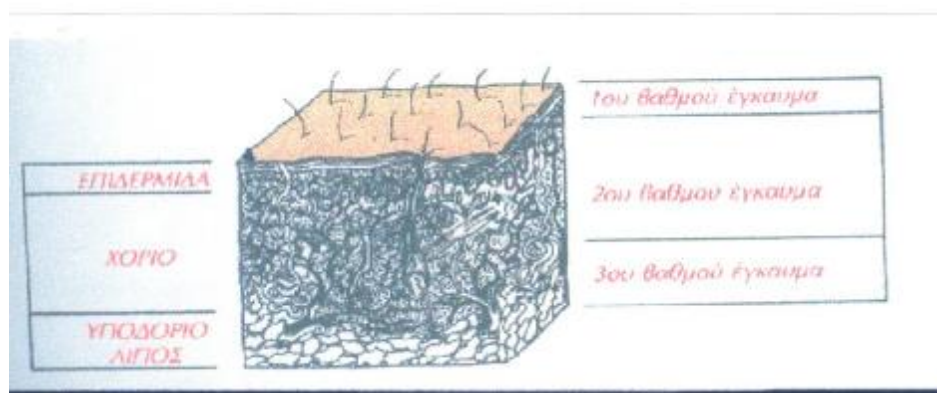
- 1. Σηψαιμία.** Είναι η πλέον σοβαρή επιπλοκή μετά το εγκαυματικό shock και εκδηλώνεται με υψηλό πυρετό, ρίγη. Αίτια είναι Gram (-) μικρόβια, Ψευδομονάδα ή αναερόβια, που βρίσκονται στο δέρμα. Η κατάλληλη αντιβίωση προλαμβάνει πολλές φορές αυτή την επιπλοκή.
- 2. Επιπλοκές από το κυκλοφοριακό σύστημα.** Εσχάρεις στα άκρα δημιουργούν ισχαιμία στα δάκτυλα που αντιμετωπίζονται με επιμήκεις εσχατοτομές.
- 3. Επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα.** Γαστροπληγία, αιμορραγίες από το στόμαχο (έλκη του Curling) ή από τα έντερα. Απαιτείται προφυλακτική χορήγηση αντιοξίνων ή αναστολέων των H<sub>2</sub>-υποδοχέων.
- 4. Σπασμοί** παρατηρούνται κυρίως στα παιδιά. Ενοχοποιούνται η υπονατριαιμία, αλλά και ο πυρετός (σηπτικό shock).

**5. Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα.** Εισρόφηση, οίδημα λάρυγγα, πνευμονία, πνευμονικό οίδημα, πνευμονική εμβολή, αναπνευστική ανεπάρκεια (σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας).

**6. Επιπλοκές από το ουροποιητικό.** Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, κρυσταλλουρία, αιμοσφαιρινουρία

**7. Επιπλοκές από το αιμοποιητικό.** Αναιμία λόγω καταστροφής ερυθρών αιμοσφαιρίων. Τις πρώτες μέρες μετά το έγκαυμα ο Ht είναι φυσιολογικός ή και αυξημένος λόγω αιμοσυμπυκνώσεως.

**8. Ουλές.** Η ανάπτυξη δυσμόρφων ρικνωτικών ουλών μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη λειτουργικότητα των οργάνων. Θα πρέπει να διορθώνονται με την κατάλληλη χειρουργική επέμβαση, από ειδικούς γιατρούς 2+5



**Εικόνα 3.7. Οι στοιβάδες του δέρματος που προσβάλλονται στα διάφορων βαθμών εγκαύματα.**

Οι Θάνατοι από εγκαύματα ήταν μέχρι πρόσφατα στην χώρα μας σχετικά λίγοι (σχήμα 3.8.). Παρόλα αυτά είναι γνωστό ότι οι υπολειμματικές βλάβες μετά από έγκαυμα δημιουργούν σημαντική ζήτηση εξειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την καταγραφή της νοσηρότητας από εγκαύματα προκειμένου να προγραμματιστεί ορθολογικά το, υγειονομικό μας σύστημα και να αποτιμηθεί το σύνθετο σχετικό κοινωνικοοικονομικό κόστος.



Σχήμα 3.8

### **3.4. Δηλητηρίαση.**

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

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

19

#### Δηλητηρίαση μπορεί να προκληθεί από:

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

#### **1. Υπερδόση φαρμάκων.**

Η υπερδόση φαρμάκων είναι κάθε τοξίκωση που δημιουργείται από φάρμακο που παίρνεται από οποιαδήποτε οδό χωρίς συνταγή ή επίβλεψη ιατρικού προσωπικού, σε δόση υψηλότερη από τη θεραπευτική. Η πράξη μπορεί να είναι συμπτωματική ή σκόπιμη. Τα πιο συνηθισμένα φάρμακα που προκαλούν δηλητηριάσεις από υπερδόσεις είναι τα σαλικυλικά, τα ναρκωτικά, τα καταπραϋντικά ηρεμιστικά και τα αντιψυχωτικά.<sup>12</sup>

Αυτού του είδους τα ατυχήματα έχουν παρατηρηθεί κυρίως μέσα στο σπίτι. Τα τελευταία χρόνια οι δηλητηριάσεις έχουν λάβει σοβαρές διαστάσεις και τούτο οφείλεται στο συνεχώς αυξανόμενο αριθμό τοξικών χημικών ουσιών που χρησιμοποιούνται στα σπίτια με την μορφή απορρυπαντικών, καλλυντικών, εντομοκτόνο, αποσμητικών, κολών, χρωμάτων κ.α. Ο μεγάλος αριθμός δηλητηριάσεων επέβαλε την ίδρυση Κέντρου Δηλητηριάσεων Νοσοκομείο Παιδων «Αγλαΐα Κυριακού ». Το 1985, 28.000 άτομα συμβουλευτήκαν το κέντρο για διάφορες πληροφορίες που αφορούσαν τις δηλητηριάσεις. Συνολικά την τελευταία 20ετία (1975-1995) από τότε που ξεκίνησε η λειτουργία του Κέντρου, έχουν αναφερθεί 430.000 κλήσεις για δηλητηριάσεις παντός φύσεως. Οι περισσότερες δηλητηριάσεις οφείλονται στη λήψη φαρμάκων(σχήμα 3.9).



Σχήμα 3.9.Ατύχημα από κατάποση φαρμάκων.

Τα κυριότερα φάρμακα που λαμβάνουν τα παιδιά από το στόμα είναι:

- ▼ **Η δακτυλίτιδα.** Τα συμπτώματα εμφανίζονται από ½ ώρες μετά την λήψη και είναι ναυτία, έμετος, αδυναμία διάκρισης χρωμάτων, πτώση της αρτηριακής πίεσης, αρρυθμία. Η αντιμετώπιση συνίσταται σε πρόκληση εμετού, χορήγηση ζωικού άνθρακα, I.V. χορήγηση υγρών και καλίου, λιδοκαϊνης ή διφαινυλδαντοΐνης.
- ▼ **Θεοφυλλίνη – Αμινοφυλλίνη.** Τα συμπτώματα της δηλητηριάσεως είναι διέργεση, ναυτία, ανησυχία, έμετοι. Σε βαριές καταστάσεις σπασμοί και κώμα. Η αντιμετώπιση συνίσταται στην πρόκληση εμετού, στη χορήγηση ζωικού άνθρακα, υγρών και διουρητικών I.V.,σε βαριές καταστάσεις γίνεται αιμοκάθαρση.
- ▼ **Βαρβιτουρικά – Ηρεμιστικά.** Τα συμπτώματα της δηλητηριάσεως είναι υπνηλία, λήθαργος, έλλειψη επαφής, κώμα, πτώση αρτηριακής πίεσης, καταστολή της αναπνοής, πνευμονικό οίδημα, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιοπνευμονική ανεπάρκεια, θάνατος.(Σχ.3.10)





**Σχ.3.10. Ατυχήματα από φάρμακα εκτεθειμένα.**

▼ **Σαλικυλικά.** Η δηλητηρίαση με σαλικυλικά ( ασπιρίνη ) αποτελεί πολύ συχνή αιτία φαρμακευτικής δηλητηρίασης στα παιδιά. Η απορρόφηση γίνεται από όλο το γαστρεντερικό σύστημα και το δέρμα. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται μετά από 4 ώρες περίπου από τη λήψη και είναι έμετοι, κολλικοί εντέρου, ναυτί, επιγαστραλγία, ταχύπνοια, αναπνευστική αλκάλωση, απάθεια, σύγχυση, κόμα. Η αφυδάτωση σε συνδυασμό με την αναπνευστική αλκάλωση κάνουν υπερχλωραιμία και μεταβολική οξέωση. Τα σαλικυλικά αναστέλλουν την παραγωγή προθρομβίνης στο ήπαρ με αποτέλεσμα την εμφάνιση αιμορραγικών εκδηλώσεων. Επίσης μπορούν να εμφανιστούν ίλιγγοι, εμβοές ωτών, βαρηκοΐα, διαταραχές όρασης (αιμορραγίες αμφιβληστροειδούς ), κούωση, τετανία, υπασβεστιαμία. Τοξικές θεωρούνται οι δόσεις άνω των 200 mg/kg (π.χ παιδί 10 kg θα πρέπει να πάρει τουλάχιστον 20 ασπιρίνες παιδικές). Η βαρύτητα της δηλητηρίασεως με σαλικυλικά εκτιμάται προσδιορίζοντας το επίπεδο σαλικυλικών στο αίμα κάθε 6 ώρες. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την πλύση του στομάχου, την πρόκληση εμετού, την ενυδάτωση, την αντιμετώπιση της μεταβολικής οξέωσης. Η απομάκρυνση των σαλικυλικών από το αίμα επιτυγχάνεται με την πρόκληση αλκαλικής διούρησης και σε βαριές περιπτώσεις γίνεται αιμοκάθαρση. Η χορήγηση νατρίου, γλυκόζης, βιταμίνης K, ενδοφλέβια είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση των ελλειμμάτων. 5

▼ **Αντιϊσταμινικά.** Συνήθως προκαλούν διέγερση, υπνηλία, ευερεθιστότητα, σπασμούς (Κ.Ν.Σ.), ξηρότητα στόματος, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδία, υπόταση, ανορεξία, εμέτους, κοιλιακά άλγη, ακοκκιοκυτταραιμία, θρομβοπενία. Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει την πλύση του στομάχου, χορήγηση ζωϊκού άνθρακα, καθαρτικό. Σε βαριές δηλητηριάσεις γίνεται αιμοκάθαρση.

▼ **Σκευάσματα σιδήρου.** (θειικός, γλυκονικός, γαλακτικός, φομαρικός σίδηρος). Δηλητηρίαση συμβαίνει μετά τη λήψη από το στόμα 2-4 gr σιδήρου. Το 50% των περιπτώσεων δηλητηρίασεως είναι θανατηφόρες λόγω το shock και των βαριών βλαβών από το Κ.Ν.Σ. Τα άλατα του σιδήρου απορροφούνται από όλο το γαστρεντερικό σύστημα σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα.

Διάφορα άλλα φάρμακα είναι δυνατόν να πάρουν τα παιδιά όπως **αντιβιοτικά** (με τη μορφή σιροπιού ή κάψουλας), **αντισυλληπτικά**, **πασίπινα**, **βιταμινούχα** καθώς και φαρμακευτικά υγρά όπως **αλκοόλη**, **βάμα ιωδίου** (προκαλεί δίψα, εμέτους, δύσπνοια και αντιμετωπίζεται με πρόκληση εμετού και χορήγηση τροφών που περιέχουν άμυλο.5

## **2. Τροφική δηλητηρίαση.**

Διακρίνεται:

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

### *Δηλητηριάσεις από μανιτάρια*

Σε ορισμένα είδη μανιταριών υπάρχουν τοξίνες. Τα συμπτώματα από την βρώση των μανιταριών είναι άμεσα ή εμφανίζονται μετά από 24 ώρες. Τα συμπτώματα είναι από το πεπτικό (έμετοι, διάρροια, κωλικοί εντέρου) και από το Κ.Ν.Σ. (κεφαλαλγία, απάθεια κώμα). Η αντιμετώπιση γίνεται με την χορήγηση I.V. υγρών, ηλεκτρολυτών. Σε βαριές περιπτώσεις έχουμε ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια με ίκτερο, ανουρία κ.λ.π. Καλά αποτελέσματα έχει δώσει η ατροπίνη και η χορήγηση ενεργού άνθρακα. Η ατροπίνη (θειική ατροπίνη) δίδεται σε δόση 1 mg I.m. ή I.V. ανά ημίσεια ώρα μέχρι ατροπινισμού (ερυθρότητα προσώπου, ξηρότητα στόματος, μυδρίαση) για την Amanita phalloides υπάρχει ειδικός όρος του ινστ. Pasteur. 5

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

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

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

Από το 1953 που ιδρύθηκε το πρώτο Κέντρο Δηλητηριάσεων στις Η.Π.Α., ο θεσμός εξαπλώθηκε σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Στην Ελλάδα λειτουργεί από το 1975 Κέντρο

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

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

### 3.5. Πνιγμοί.

Οι πνιγμοί αποτελούν ένα θλιβερό "προνόμιο" των αγοριών σε όλες τις ομάδες ηλικιών (σχήμα 3.11.). Οι πνιγμονές σε νήπια 1-4 ετών συνηθέστερα συμβαίνουν από εισρόφηση ή κατά την κατάποση αντικειμένου που προκαλεί απόφραξη της αναπνευστικής οδού, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά, και στους εφήβους κατά τη διάρκεια ψυχαγωγίας στη θάλασσα.



Σχ.3.11. Ετήσια θνησιμότητα από πνιγμούς κατά φύλο και ομάδα ηλικιών.

Πνιγμός είναι η παρεμπόδιση του αέρα στους πνεύμονες κατόπιν βυθίσεως μέσα στο νερό ολοκλήρου του σώματος ή του προσώπου (πνίγηκε σε μία κουταλιά νερό). Το καλοκαίρι συμβαίνουν πολύ συχνά πνιγμοί των παιδιών που παίζουν στη θάλασσα, δεξαμενές, ποτάμια, λίμνες, φρεάτια, πισίνες κ.λ.π. Το 80% των παιδιών που φθάνουν στο νοσοκομείο με καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια λόγω πνιγμού επιζούν. Τα συμπτώματα του πνιγμού είναι αποτέλεσμα της αποφράξεως των αεροφόρων οδών από το νερό. Σε ελαφρές περιπτώσεις το δέρμα είναι ψυχρό και ωχρό, σε βαριές είναι υποκύανο, ο σφυγμός είναι ταχύς και λεπτός, τριγμός οδόντων, άρρυθμος αναπνοή.

Ο μεγάλος κίνδυνος για τα παιδιά είναι ο **πνιγμός**. Κάθε χρόνο αρκετά παιδιά χάνουν την ζωή τους μέσα στην θάλασσα. Γι' αυτό οι γονείς πρέπει να μαθαίνουν τα παιδιά τους να κολυμπάνε από πολύ μικρά. Οι συχνότερες αιτίες πνιγμού είναι η απροσεξία, η κόπωση όταν απομακρύνονται πολύ από την ακτή, ο φόβος, ο πανικός, το απότομο κρύο, η πολύωρη έκθεση στον ήλιο, η προηγούμενη δραστηριότητα, το αναφυλακτικό shock που μπορεί να γίνει μέσα στην θάλασσα από τσίμπημα μέδουσας ή άλλο αλλεργιογόνο. Πνιγμός μπορεί να γίνει από ανακοπή της καρδιάς και από τραύμα της κεφαλής από άσχημη κατάδυση.5+19

---

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

Επίσης ατυχήματα μέσα στη θάλασσα συμβαίνουν σε παιδιά που παίζουν με θαλάσσια παιχνίδια όπως τα κανό, ποδήλατα, βάρκες κ.λ.π. Έχουν αναφερθεί διάφορες κακώσεις από πτώσεις μέσα στη βάρκα. Επίσης παιδιά που συνοδεύουν τους γονείς τους ή τους φίλους στο ψάρεμα μπορεί από απροσεξία να τρυπηθούν με αγκίστρι και να τραυματισθούν σε άσχημο σημείο.<sup>5</sup>



**Κ**αι ποιος δεν τρελαίνεται για κολύμπι... Στη θάλασσα ή στην πισίνα τα πλατσουρίσματα και οι βουτιές δίνουν και παίρνουν. Θυμίστε όμως στους γονείς σας, να σας βάζουν τακτικά αντηλιακό. Εσείς τα παιδιά μην ξεχνάτε ποτέ τα μπρατσάκια σας. Ακόμα κι αν κολυμπάτε σαν δελφινάκια, να είστε πολύ προσεκτικοί στα παιχνίδια σας με το νερό και να αποφεύγετε τα επικίνδυνα ακροβατικά με τους φίλους σας, ιδιαίτερα με τους μικρότερους. Και να έχετε πάντα στο μυαλό σας, ότι δεν κολυμπάμε ποτέ μετά το φαγητό, γιατί υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να πνιγούμε!

Ποιος είχε την ιδέα να παίξουμε κυνηγητό γύρω από την πισίνα; Ας το ξεχάσουμε... Τα πλακάκια γλιστράνε και θα χτυπήσουμε σίγουρα. Κι όταν έρθει η ώρα για παιχνίδι στην άμμο, δεν ξεχνάμε να φορέσουμε το καπέλο, μια μπλούζα και το αντηλιακό μας.

---

### 3.6. Ξένα σώματα.

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

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

Τα ξένα σώματα που εισπνέονται ή εισάγονται από τα ίδια ή από άλλα παιδιά στο ανώτερο αναπνευστικό σύστημα είναι δυνατόν να σφηνωθούν στο ένα ρουθούνι του παιδιού και να προκαλέσουν φτέρνισμα ή δακρύρροια ή να προκαλέσουν βλεννοπυώδη ή βλεννοαιματηρά έκκριση εφ' όσον παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα ξένα σώματα της ρινός αφαιρούνται με σχετική ευκολία με ειδική λαβίδα. Προσοχή χρειάζεται για να μην γίνει εισρόφηση προς την τραχεία ή τους βρόγχους.

Η εισρόφηση ξένου σώματος στο λάρυγγα ή την τραχεία αποτελεί δραματικό φαινόμενο, όταν το ξένο σώμα είναι μεγάλο. Το παιδί χάνει την φωνή του, έχει έντονη δύσπνοια, συριγμό, κυάνωση και απώλεια των αισθήσεων. Εάν δεν του παράσχουμε τις πρώτες βοήθειες το παιδί κινδυνεύει να πεθάνει από ασφυξία. Ξένα σώματα μπορούν να



---

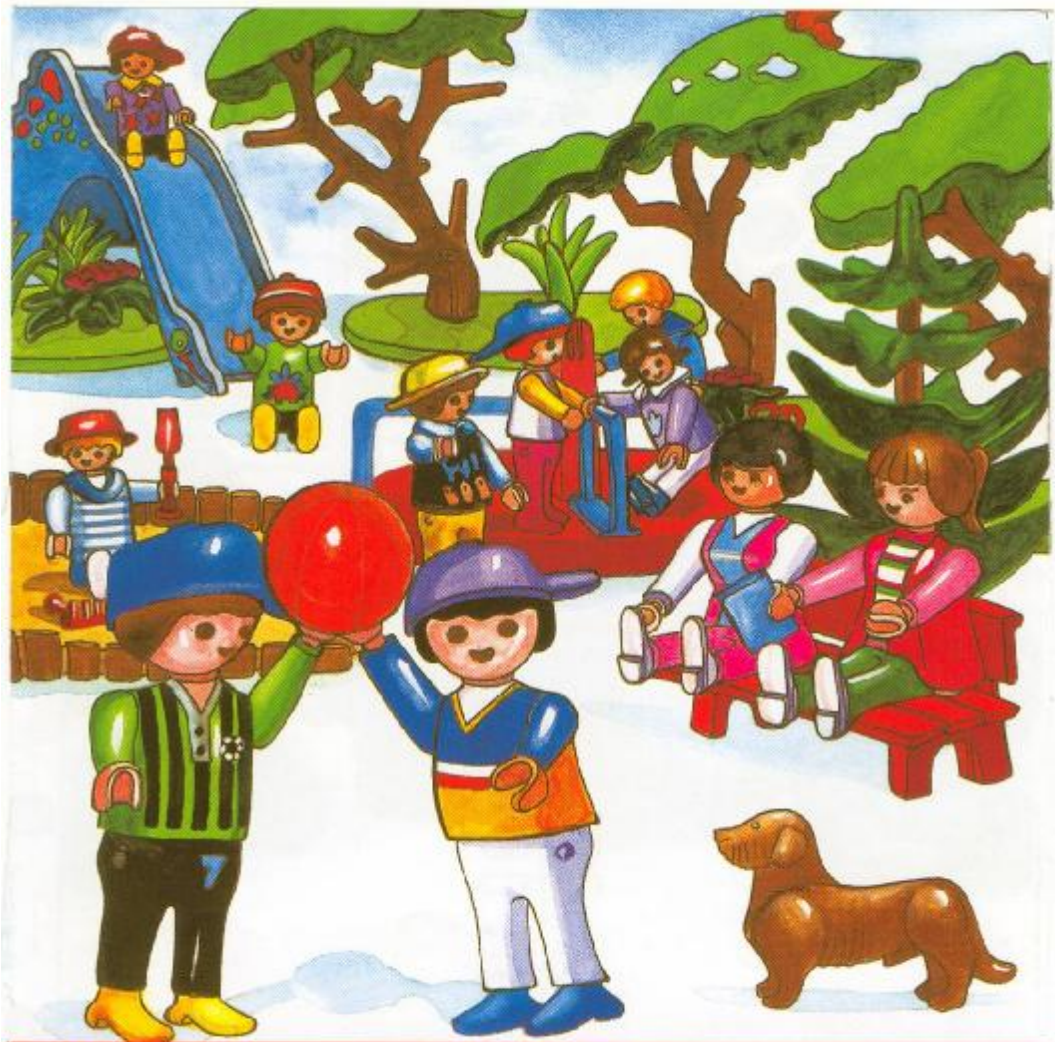
εισροφηθούν κατά την ανάνηψη από νάρκωση ύστερα από βαθιά εισπνοή ή όταν το παιδί γελά ή κλαίει ή βήχει με το στόμα γεμάτο τροφές. Εάν παραμείνει ξένο σώμα στο λάρυγγα μπορεί να προκαλέσει λαρυγγίτιδα και αιμόπτυση. Τα ξένα σώματα του λάρυγγα αφαιρούνται με την άμεση λαρυγγοσκόπηση. Όταν το ξένο σώμα περάσει το λάρυγγα και την τραχεία είναι δυνατόν να ενσφηνωθεί στον αριστερό ή δεξιό βρόγχο ή στην τροπίδα. Πιο συχνά εγκαθίσταται στο στον δεξιό βρόγχο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν το σπαστικό βήχα, τη δύσπνοια στην οξεία φάση και τον πυρετό, πνευμονία εμφύσημα στη χρόνια φάση. Το ετερόπλευρο εμφύσημα και η ατελεκτασία αποτελεί ένδειξη ξένου σώματος που επιβάλλουν τη βρογχοσκόπηση. Εκτός από το ιστορικό στη διάγνωση θα μας βοηθήσει και η ακτινογραφία θώρακα και το υπερηχογράφημα. Η επείγουσα βρογχοσκόπηση στο χειρουργείο και η αφαίρεση ξένου σώματος με το βρογχοσκόπιο αποτελεί την σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση. Στις περιπτώσεις που δεν αφαιρεθεί το ξένο σώμα μπορούν να δημιουργηθούν επιπλοκές όπως η πνευμονία, το απόστημα, η βρογχεκτασία, η βρογχική διάβρωση και η διάτρηση.

Οι επιπλοκές της βρογχοσκόπησης σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να είναι ατελεκτασία από το οίδημα ή τις εκκρίσεις, διάτρηση με αποτέλεσμα τον πνευμονοθώρακα ή τη μεσοπνευμονίτιδα, με τα ανάλογα κλινικά συμπτώματα. Σπάνια είναι η είσοδος ξένων σωμάτων στην καρδιά. 5

---

### ***3.7 Δήγματα ζώων***

Τα κατοικίδια ζώα (γάτες – σκύλοι ) είναι επίσης πηγές ατυχημάτων ή νόσων στα παιδιά. Δαγκώνουν, γρατζουνούν, γλύφουν με αποτέλεσμα να μεταδώσουν διάφορες αρρώστιες ( εχينوκοκκίαση, λύσσα, τέτανος, νόσος εξ ονύχων γαλής ). Έχουν αναφερθεί ατυχήματα μέσα στο σπίτι από τραύματα, δαγκώματα και από άλλα ζώα όπως είναι οι ποντικοί και οι μαϊμούδες.



**Τ**ο παιχνίδι στην παιδική χαρά είναι πράγματι πολύ διασκεδαστικό. Αν ξεχαστείτε όμως, μπορεί εύκολα να χτυπήσετε. Γι' αυτό να κάνετε πολύ προσεκτικά κούνια, μη σπρώχνετε στις τσουλήθρες και μη σκαρφαλώνετε σε ψηλά μέρη. Επειδή συχνά κοντά σας παίζουν και μικρότερα παιδάκια, προσέξτε μην τα χτυπήσετε. Όταν φτιάχνουμε όλοι μαζί πύργους στο σκάμμα, δεν πετάμε ψηλά άμμο, γιατί μπορεί να μπει στα μάτια μας. Και φυσικά δεν βάζουμε τίποτε στο στόμα μας. Για να δούμε, πού κάθεται η μαμά; Α, εκεί είναι! Να παίζετε πάντα κοντά στην μαμά σας, για να μπορεί να σας βλέπει. Να κι ένα όμορφο σκυλάκι! Να το χαϊδέψουμε; Ξέρουμε, ότι τα ζώα είναι καλοί μας φίλοι, αλλά είμαστε πολύ προσεκτικοί όταν τα πλησιάζουμε, γιατί οι αντιδράσεις τους είναι απρόβλεπτες.

---

Στα **δαγκώματα των σκύλων ή γάτων** χρειάζεται καλός καθαρισμός του τραύματος με οξυζενέ, Betadine και χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα. Το τραύμα αφήνεται να επουλωθεί κατά δεύτερο σκοπό. Το σκυλί θα πρέπει να εξεταστεί από κτηνίατρο.

Αντιλυσισκό εμβόλιο μπορεί να χρειαστεί εφ' όσον ο σκύλος είναι αδέσποτος και δεν έχει εμβολιαστεί.

Στην εξοχή αλλά και κάποιες φορές και μέσα στο σπίτι υπάρχουν δηλητηριώδη φίδια, αράχνες, σφίγγες, μέλισσες, σκορπιοί κ.λ.π. Κάθε χρόνο πολλά παιδιά είναι θύματα των φιδιών. Τα κυριότερα φίδια στην Ελλάδα είναι δύο, η έχιδνα (οχιά) και ο αστρίτης (σαΐτα). Στη ράχη τους έχουν μία σπαστή μαύρη γραμμή, το κεφάλι είναι τριγωνικό, το χρώμα τους αλλάζει σύμφωνα με το περιβάλλον. Σηκώνονται και τινάζονται προς το θύμα, φωλιάζουν μέσα σε χαμόδεντρα, μαντρότοιχους, πέτρες. Το δάγκωμα της οχιάς πονά πάρα πολύ και η περιοχή του δαγκώματος διογκώνεται αμέσως (οίδημα). Το δηλητήριο της περιέχει αιματοτοξίνες και νευροτοξίνες που προκαλούν αιμόλυση και παράλυση νεύρων με τελική παράλυση του αναπνευστικού κέντρου. Ανάλογα με το σημείο του σώματος, το χρόνο, την ποσότητα του δηλητηρίου έχουμε και τα ανάλογα συμπτώματα όπως ναυτία, έμετοι, ταχυκαρδία, παραλήρημα, δίψα, εσωτερική αιμορραγία, δύσπνοια, ταχύπνοια, ανακοπή, θάνατος. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί τόσο πιο βαριά είναι και η πρόγνωση.

Στα τσιμπήματα των διαφόρων εντόμων, ψαριών κ.λ.π. αφαιρούμε, εάν είναι δυνατόν το κεντρί ή το αγκάθι με μία ειδική λαβίδα και τοποθετούμε στο σημείο του τσιμπήματος αντιϊσταμινική αλοιφή ή αμμωνία. Μπορούμε επίσης να δέσουμε πάνω από το τσίμπημα ένα κορδόνι για 20 λεπτά. Σε σοβαρές περιπτώσεις αναφυλακτικού shock χορηγούμε ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια κορτιζόνη (solucortef) και μεταφέρουμε το παιδί στο Νοσοκομείο.

## **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>**

### **Κακοποίηση παιδιού**

Η κακοποίηση των παιδιών είναι φαινόμενο της σημερινής κοινωνίας. Όπως δείχνουν οι στατιστικές στην Ευρώπη και στην Αμερική οι κακοποιήσεις παιδιών αυξάνονται συνέχεια. Τα παιδιά κτυπιούνται, καίγονται, κακοποιούνται ψυχικά και σεξουαλικά σε όλες τις σύγχρονες κοινωνίες. Οι δράστες είναι συνήθως οι γονείς και πρόσωπα του πολύ κοντινού συγγενικού και ριζικού περιβάλλοντος.

#### **4.1 Μορφές κακοποίησης**

**A) Σωματική κακοποίηση.** *Είναι η σωματική βλάβη σε παιδί από τον γονέα του ή από άλλο συγγενικό πρόσωπο.* Οι σωματικές βλάβες έχουν την μορφή μωλώπων, θλάσεων, καψιμάτων (με τσιγάρο συνήθως) ή καταγμάτων. Στις περιπτώσεις αυτές θα πρέπει να αποκλείσουμε τα κάθε είδους ατυχήματα.

**B) Σεξουαλική κακοποίηση.** *Είναι η κακοποίηση του παιδιού ούτως ώστε να συμμετέχει στη σεξουαλική πράξη.* Συμβαίνει από έναν ενήλικα ή κάποιον ηλικιωμένο άντρα. Η σεξουαλική κακοποίηση εμπεριέχει τη θωπεία των γεννητικών οργάνων του παιδιού, τον αυνανισμό, το στοματικό σεξ, την είσοδο του πέους στον κόλπο ή στον πρωκτό (σοδομισμός) του παιδιού, την είσοδο του δακτύλου ή άλλου αντικειμένου στον κόλπο του κοριτσιού ή στο ορθό του αγοριού, κ.λ.π.

**Γ) Η ψυχική κακοποίηση** *συμβαίνει όταν το παιδί απειλείτε ή παραμελείτε ή εκφοβίζετε από τους γονείς του.* Μια ψυχρή και αδιάφορη συμπεριφορά του γονέα τραυματίζει τον ψυχικό κόσμο του παιδιού και επιβραδύνει τη νοητική και ψυχική του ανάπτυξη.

**Δ) Η αμέλεια** είναι μια άλλη μορφή κακοποίησης κατά την οποία ο γονέας παραμελεί να προμηθεύσει στο παιδί του τα αναγκαία για τη συντήρησή του όπως το νερό, την τροφή, την υγειονομική του κάλυψη. Επίσης αμέλεια χαρακτηρίζεται και η μη πρότερη προσοχή ούτως ώστε το παιδί να πέσει στην παγίδα του ατυχήματος μέσα ή έξω από το σπίτι.

## **4.2 Κλινική εκτίμηση**

Ένα παιδί που θα έρθει στα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου παιδών και υπάρχει υποψία κακοποίησης θα πρέπει να εξεταστεί από τον εφημερεύοντα για να εκτιμηθούν ορισμένα κλινικά σημεία της κακοποίησης.

Αυτά είναι:

- a) Εξέταση ολόκληρου του κορμιού και των άκρων για μώλωπες ή καψίματα.
- b) Νευρολογική εξέταση.
- c) Ακτινογραφίες άκρων.
- d) Συζήτηση με τους γονείς ή τα πρόσωπα που το συνοδεύουν (Λεπτομερές ιστορικό).

Σύμφωνα με διάφορες στατιστικές στο 50% των κακώσεων φταίνε και οι δύο γονείς και στο 50% ο ένας γονέας. Τα πιο συχνά αίτια που οδηγούν τους γονείς στην κακοποίηση των παιδιών τους είναι η ανεργία, τα οικονομικά προβλήματα, το διαζύγιο, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ο αλκοολισμός.<sup>5</sup>

---

## *Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>*

### *Πρώτες βοήθειες*

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

#### *5.1 Πρώτες Βοήθειες σε τροχαίο ατύχημα.*

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

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

- Η μεταφορά των θυμάτων έξω από τα συγκρουσθέντα οχήματα καταβάλλεται μόνο αν έχουν πιάσει φωτιά, δεν αναπνέουν ή δεν έχουν σφυγμό.
  - Εκτίμηση της κατάστασης των θυμάτων και παροχή Πρώτων Βοηθειών στη θέση που βρίσκονται.
  - Εξετάζεται το ενδεχόμενο της παρουσίας δηλητηριωδών ή εκρηκτικών ουσιών στο χώρο του τροχαίου.
-

- Σβήνεται η μηχανή των συγκρουσθέντων αυτοκινήτων.
- Απαγορεύεται σε όσους κυκλοφορούν στο χώρο του ατυχήματος να καπνίζουν και ανάβουν σπέρτα.
- Τοποθετούνται κόκκινα τρίγωνα κινδύνου 200m πριν και μετά το σημείο του ατυχήματος.
- Ακινητοποιούνται τα συγκρουσθέντα οχήματα με το χειρόφρενο.
- Αν είναι νύκτα, φωτίζεται ο χώρος του ατυχήματος με τους προβολείς κάποιου άλλου αυτοκινήτου
- Θύματα αναζητούνται σε όλο το γύρω χώρο και όσοι από τους τραυματίες επικοινωνούν, ρωτιούνται για τον αριθμό των επιβατών, ώστε να εντοπιστούν όλοι τους.

## **2. Η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.**

Ειδικά στην περίπτωση του τροχαίου, η ειδοποίηση αυτή περιλαμβάνει:

- Ακριβή θέση του ατυχήματος.
- Τον αριθμό, το είδος και την κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα οχήματα που συγκρούστηκαν.
- Το αριθμό των θυμάτων και το είδος των κακώσεών τους.

Τους κινδύνους που πιθανόν υπάρχουν στο χώρο του ατυχήματος.

## **3. Η παροχή Πρώτων βοηθειών.**

Τέσσερα σημεία χρειάζονται προσοχή για την άμεση προσφορά βοήθειας:

- Εξασφάλιση ελεύθερης αναπνοής του τραυματία.

Ο έλεγχος των ανωτέρω αεροφόρων οδών γίνεται με ελαφρά έκταση της κεφαλής, με έλξη της κάτω γνάθου προς τα εμπρός και κάτω και διεύρυνση της στοματικής



κοιλότητας με το δάκτυλο. Για τους αναίσθητους τραυματίες η ασφαλέστερη θέση είναι η πλάγια.

- Αιμόσταση και απλή κάλυψη των τραυμάτων.

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

- Το μετατραυματικό shock. (ολιγαιμικό).

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

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

- Η στοιχειώδης ακινητοποίηση.

Εύκολος τρόπος ακινητοποίησης ενός κάτω άκρου είναι η πρόσδεση στο υγιές, ή η χρήση πρόχειρων ξύλινων νάρθηκων με μαλακή και παχιά περιτύλιξη του μέλους. Αν πρόκειται για άνω άκρο, εύκολη είναι η ακινητοποίησης του με την ανάρτηση του σε ένα τριγωνικό επίδεσμο, ή περιδέση του στο θώρακα, ή πάλι με τη χρήση ξύλινων πρόχειρων νάρθηκων.<sup>19</sup>

---

## 5.2 Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση.

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

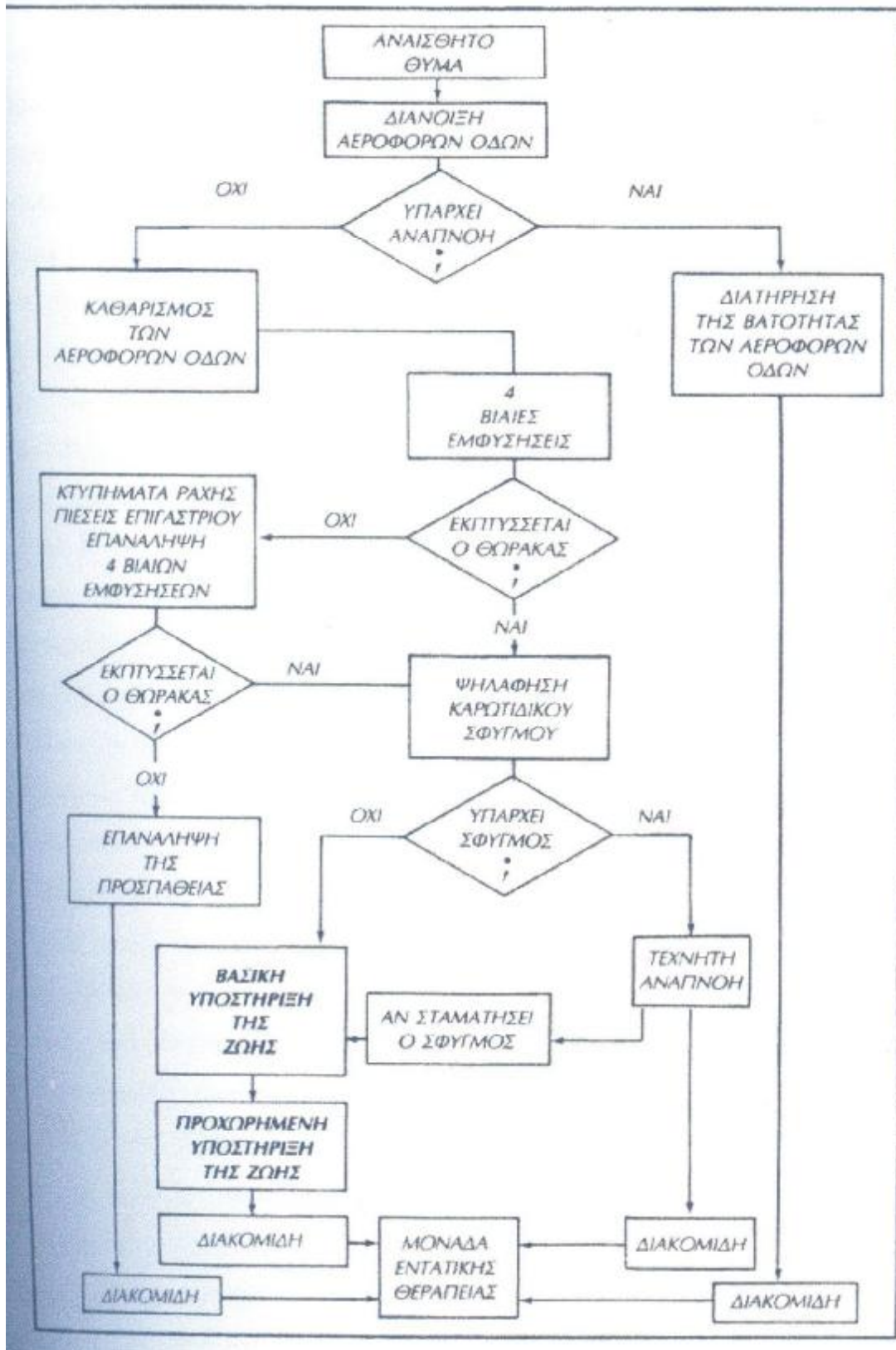
Η γρήγορη εφαρμογή της Κ.Α.Α. αμέσως μόλις διαπιστωθεί η καρδιοαναπνευστική ανακοπή και ο συντονισμός των ενεργειών του αρωγού έτσι ώστε να μην υπάρχει απώλεια χρόνου κατά την εκτέλεση της είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία της. Αν η Κ.Α.Α. αρχίσει αφού περάσουν 10min από τη στιγμή που συνέβη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

- Ο άρρωστος τοποθετείται ύπτιος πάνω σε στερεό και ανένδοτο έδαφος.
- Διανοίγονται οι αναπνευστικές οδοί: Το ένα χέρι τοποθετείται κάτω από το αυχένα και σπρώχνει προς τα εμπρός, ενώ το άλλο πιέζει προς τα κάτω το μέτωπο έτσι που να προκαλείται υπερέκταση της κεφαλής. Στη θέση αυτή διατηρείται η κεφαλή καθ' όλη τη διάρκεια της τεχνητής αναπνοής. Με το δείκτη και τον αντίχειρα του χεριού, που πιέζει το μέτωπο, συλλαμβάνονται τα ρουθούνια και κλείνεται η μύτη του θύματος. Έτσι αποκλείεται η διαφυγή αέρα κατά την εμφύσηση στο στόμα του. Ο διασώστης ανοίγει το στόμα του,

παίρνει βαθιά εισπνοή, εφαρμόζει το στόμα του, στο στόμα του θύματος και εκπνέει φυσώντας μέσα σ' αυτό. Κατά την διάρκεια της εμφύσησης ο διασώστης παρακολουθεί αν εκπτύσσετε ο θώρακας του θύματος. Η εμφύσηση σταματά, όταν εκπτυχθεί πλήρως ο θώρακας. Όταν γίνεται τεχνητή αναπνοή σε παιδιά το στόμα του διασώστη καλύπτει και το στόμα και τη μύτη του θύματος, οι εμφυσησεις είναι συχνότερες και αποφεύγεται η υπερέκταση της κεφαλής.

- Ελέγχεται ο καρωτιδικός σφυγμός. Αν δεν υπάρχει εφαρμόζεται κλειστή μάλαξη της καρδιάς εναλλασσόμενη με τεχνητή αναπνοή. Για την εκτέλεση της κλειστής μάλαξης της καρδιάς ο διασώστης παίρνει θέση στο πλευρό του ύπτιου θύματος. Το χέρι που εφάπτεται με το θώρακα, τοποθετείται δύο δάκτυλα πάνω από τη συνάρθρωση του σώματος με τη ξιφοειδή απόφυση του στέρνου.

Το άλλο χέρι του διασώστη τοποθετείται πάνω στο προηγούμενο και τα δάκτυλα των δύο χεριών διαπλέκονται μεταξύ τους ή παραμένουν τεντωμένα, πάντοτε όμως σε απόσταση από το θωρακικό τοίχωμα. (Σχ.5.1) 19



---

Οι ώμοι του διασώστη φέρονται πάνω από το στέρνο του θύματος και οι αγκώνες διατηρούνται τεντωμένοι, έτσι που η πίεση της μάλαξης να ασκείται κατευθείαν προς τα κάτω. Οι πιέσεις, που ασκούνται από τη θέση αυτή πρέπει να είναι ήρεμες και κανονικές, το δε κατώτερο τμήμα του στέρνου πρέπει να υποχωρεί κατά 4-5cm σε κάθε πίεση. Η μεταξύ των πιέσεων χάλαση πρέπει να είναι πλήρης χωρίς όμως τα χέρια να αποκρίνονται από το θώρακα.

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

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

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

Η βασική υποστήριξη της ζωής σταματά:

- Όταν επανέλθει η αυτόματη καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία. . Όταν την προσπάθεια αναλάβει γιατρός.
- Μόλις το θύμα φτάσει σε χώρο με κατάλληλο εξοπλισμό και ανάλογα εκπαιδευμένο προσωπικό.
- Αν ο σώστης εξαντληθεί και αδυνατεί να συνεχίσει την προσπάθεια.19

### 5.3. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με κάταγμα.

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

1. Στα ανοικτά κατάγματα η ακινητοποίηση γίνεται μετά την επίδεση του τραύματος.
2. Η αποκατάσταση του σπασμένου οστού στη φυσιολογική του θέση δεν επιτρέπεται να γίνεται στον τόπο του ατυχήματος και ιδιαίτερα όταν στο κάταγμα συμμετέχει κάποια άρθρωση. Ο ευθειαςμός καταγμάτων με μεγάλη γωνίωση μπορεί να επιχειρηθεί μόνο όταν είναι βέβαιο πως δεν θέτει σε κίνδυνο την ακεραιότητα κάποιου μαλακού μορίου.
3. Σε ένα ανοικτό κάταγμα απαγορεύεται η προσπάθεια να τοποθετηθούν πάλι μέσα στο τραύμα τα σπασμένα κομμάτια οστού.



4. Η ίσχαιμη περίδεση δεν έχει θέση στην αντιμετώπιση των καταγμάτων, παρά μόνο αν πρόκειται για ακρωτηριασμό.
5. Τα κατάγματα ακινητοποιούνται πριν μετακινηθεί ο άρρωστος.
6. Για την επιτυχή ακινητοποίηση ενός κατάγματος πρέπει να ακινητοποιηθεί η άρθρωση που βρίσκεται πριν καθώς και εκείνη που είναι μετά από αυτό.<sup>20</sup>

---

#### ***5.4. Πρώτες βοήθειες σε παιδί με εξάρθρημα.***

Στην περίπτωση των εξάρθρημάτων ο σκοπός των πρώτων βοηθειών είναι η ακινητοποίηση του πάσχοντος μέλους στη θέση που βρέθηκε. Η μόνη περίπτωση που επιτρέπεται η ανάταξη του εξάρθρηματος είναι το εξάρθρημα γόνατος, που η μεταφορά του στο νοσοκομείο πρόκειται να καθυστερήσει πάνω από μια ώρα. Η ανάταξη αυτή γίνεται με έλξη του μέλους κατά μήκος του μηρού και ακολουθείται η ακινητοποίηση με νάρθηκα έλξης.<sup>19</sup>

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

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

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

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

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

1. Η ανακούφιση από τον πόνο.
2. Η πρόληψη της μόλυνσης.
3. Η αντιμετώπιση του shock

---

- **Εγκαύματα πρώτου βαθμού:**

Η αντιμετώπιση των εγκαυμάτων πρώτου βαθμού έγκειται στην εφαρμογή κρύων επιθεμάτων ή την εμφύθιση του εγκαύματος, αν περιορίζεται σε κάποιο άκρο μέσα σε κρύο (όχι παγωμένο) νερό. Στην συνέχεια το έγκαυμα καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα ή με ένα καθαρό, πρόσφατα σιδερωμένο κομμάτι υφάσματος. Η επάλειψη του εγκαύματος με οποιαδήποτε αλοιφή, κρέμα ή σπρέι απαγορεύεται αυστηρά.

- **Εγκαύματα δεύτερου βαθμού:**

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

- **Εγκαύματα τρίτου βαθμού:**

Σε αυτό τον τύπο εγκαυμάτων, ακολουθούνται οι εξής διαδικασίες:

α. Σβήσιμο της φωτιάς. Το θύμα που τα ρούχα του έπιασαν φωτιά δεν πρέπει να τρέχει, αντίθετα να ξαπλώσει στο έδαφος όπου το τυλίγμα με μια κουβέρτα, το βρέξιμο με άφθονο νερό ή το κύλισμά του θα βοηθήσει στο σβήσιμο. Στη συνέχεια αφαιρείται από πάνω του κάθε κομμάτι υφάσματος που σιγοκαίγεται ή οτιδήποτε θα μπορούσε να διατηρήσει θερμότητα.

β. Εξασφάλιση αναπνοής και χορήγηση O<sub>2</sub>, ειδικά όταν το παιδί έχει εκτεθεί στην εισπνοή καπνού.

γ. Αφαίρεση περισφιξεων (βραχιόλια, δακτυλίδια).

δ. Αντιμετώπιση συνοδών κακώσεων.

ε. Επί εκτεταμένων εγκαυμάτων το παιδί τυλίγεται σε ένα καθαρό σεντόνι και μεταφέρεται στο νοσοκομείο.



---

- **Χημικά εγκαύματα.**

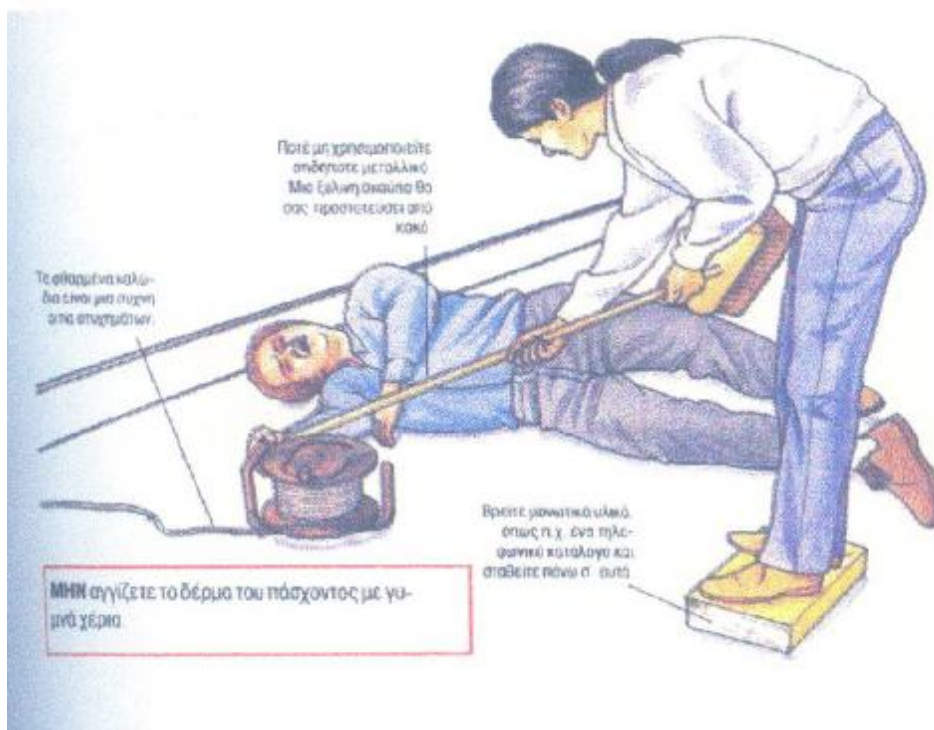
Τα χημικά εγκαύματα προκαλούνται όταν το δέρμα έλθει σε επαφή με Ισχυρά οξέα, αλκάλια ή άλλες διαβρωτικές ουσίες. Όσο η υπεύθυνη ουσία παραμένει σε επαφή με το δέρμα, τόσο επεκτείνεται το έγκαυμα. Για απομάκρυνση της χημικής ουσίας, είναι απαραίτητη η καλή πλύση της περιοχής με άφθονο νερό για 5min τουλάχιστον.

Ύστερα αφαιρούνται τα ενδύματα που είναι διαποτισμένα με την υπεύθυνη χημική ουσία, επιδένετε το έγκαυμα με αποστειρωμένη γάζα και το θύμα μεταφέρεται στο νοσοκομείο.19

### ***5.7. Πρώτες Βοήθειες σε ηλεκτροπληξία.***

Οι βασικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν σε περίπτωση ηλεκτροπληξίας είναι

- Απομάκρυνση του παιδιού από την επαφή του με το ηλεκτρικό ρεύμα με τη χρήση μονωτικών υλικών (ξύλο, κουβέρτα κ.λ.π.).
- Εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού. Αν το παιδί δεν αναπνέει επιχειρείται τεχνητή αναπνοή, ή καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, αν απουσιάζει και ο, σφυγμός.
- Μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο.19



**Σχήμα 5.3**

### **5.8. Πρώτες Βοήθειες σε παιδί με Δηλητηρίαση.**

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

1. Αραίωση του δηλητηρίου που βρίσκεται στο στομάχι με τη χορήγηση 1-2 ποτηριών νερού ή γάλατος το συντομότερο δυνατό.
2. Η κένωση του στομάχου με πρόκληση εμετού. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί:
  - Ø Με διάλυμα μαγειρικού αλάτος ή μουστάρδας (1 ή 1/2 κουτάλι του γλυκού αντίστοιχα σε ένα ποτήρι νερό).
  - Ø Με σιρόπι ιπεκακουάνας. Στα παιδιά ηλικίας άνω του 1 έτους χορηγούνται 15ml μαζί με άφθονο νερό.
  - Ø Μηχανικά (ερεθισμός της σταφυλής και του στοματοφάρυγγα). Η πρόκληση εμετού

---

απαγορεύεται στις εξής περιπτώσεις:

- Û Κωματώδεις ασθενείς.
  - Û Παιδί με σπασμούς.
  - Û Παιδί με λήψη διαβρωτικών ουσιών.
  - Û Λήψη πετρελαιοειδών.
3. Πλύση στομάχου με ρινογαστρικό σωλήνα στο νοσοκομείο.
  4. Αδρανοποίηση του δηλητηρίου με χορήγηση ενεργοποιημένου ζωικού άνθρακα, ύστερα από την κένωση του στομάχου.
  5. Κάθαρση του εντέρου με θειικό Νάτριο (250mg / Kg Σ.Β.). Η κάθαρση του εντέρου απαγορεύεται στις περιπτώσεις λήψης διαβρωτικών ουσιών από το παιδί.

---

## κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>

### ***6.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στα τροχαία ατυχήματα.***

Η αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων και των τραυμάτων που δημιουργούνται από αυτά, πρέπει να αρχίζει από τον τόπο του ατυχήματος και να συνεχίζει κατά τη μεταφορά του στο νοσοκομείο. Οι νοσηλευτικές ενέργειες που παρέχονται σε θύμα τροχαίου ατυχήματος είναι ίδιες σε παιδιά και ενήλικες, και έχουν ως σκοπό:

- Την άμεση υποστήριξη της ζωής του θύματος.
- Την πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης του.
- Προαγωγή της ανάρρωσής του.

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά σειρά προτεραιότητας περιλαμβάνει:

- Αποκατάσταση ή ενίσχυση της αναπνευστικής και κυκλοφορικής λειτουργίας.
- Έλεγχο τυχόν αιμορραγίας.
- Αντιμετώπιση μυοσκελετικών και τυχόν συνοδών κακώσεων.

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

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

ü A: Αεραγωγός (Airway).

ü B: Αναπνοή (Breathing)

ü C: Κυκλοφορία (Circulation)

---

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

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

Σε περίπτωση που δεν αποκατασταθεί η αναπνοή ύστερα από τη διάνοιξη των αεραγωγών, επιχειρείται διασωλήνωση του θύματος και χορήγηση O<sub>2</sub>, με υποβοήθηση συσκευής ambu, η οποία υποκαθιστά τη συχνότητα των αναπνοών και τις αναπνευστικές κινήσεις.

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

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

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

---

### ***B. Έλεγχος της αιμορραγίας.***

Οι νοσηλευτικές ενέργειες που επιχειρούνται σε περίπτωση αιμορραγίας περιλαμβάνουν.

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

### ***Γ. Αντιμετώπιση κακώσεων.***

Σε περίπτωση ύπαρξης κακώσεων επιχειρούνται:

- Ανάταξη της κάκωσης συντηρητικά με εφαρμογή γύψου ή νάρθηκα.
- Ακινητοποίηση του μέλους.
- Χορήγηση παυσίπονων με εντολή γιατρού.
- Παρακολούθηση για τυχόν μεταβολές στη χροιά του δέρματος γύρω από την κάκωση .9

## 6.2. Νοσηλευτική παρέμβαση σε παιδί με έγκαυμα.

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

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

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

Όταν το παιδί μεταφερθεί στο νοσοκομείο αξιολογείται το μέγεθος και η έκταση του εγκαύματος.

*Τα περισσότερα, ελαφρά εγκαύματα αντιμετωπίζονται ως εξωτερικά περιστατικά, όταν διαπιστώνεται ότι οι γονείς μπορούν να ακολουθήσουν τις οδηγίες για φροντίδας και παρατήρηση στο σπίτι. Η φροντίδα που παρέχεται στις διάφορες μορφές ελαφρών εγκαυμάτων είναι:*

- Τα δευτέρου βαθμού εγκαύματα (κάτω από 15% της επιφάνειας του σώματος) καθορίζονται με κρύο ισότονο διάλυμα NaCl με αραιωμένο διάλυμα Betadine ή με ήπιο βακτηριοστατικό και επιδέονται με χαλαρής ύφανσης γάζα.
- Τα τρίτου βαθμού εγκαύματα καλύπτονται τοπικός με αντιβιοτική αλοιφή και εφαρμόζεται επίδεση.
- Τα εγκαύματα προσώπου αφήνονται εκτεθειμένα στον ατμοσφαιρικό αέρα αν είναι κρύος και στεγνός, σχηματίζεται προστατευτική κρούστα 24-36 ώρες.

- Χορηγείται ανθρόπεια αντιτετανική ανατοξίνη, εάν δεν έχει προηγηθεί αντιτετανικό εμβολιασμός.
- Ο πόνος των επιφανειακών εγκαυμάτων ελέγχεται ικανοποιητικά με ακεταμινοφαίνη.

Στα βαριά εγκαύματα επιχειρούνται τα εξής:

- Εξασφάλιση και διατήρηση ανοικτού αεραγωγού και χορήγηση O<sub>2</sub>, καθώς και ενδοτραχειακή διασωλήνωση και αναπνευστική υποστήριξη αν ενδείκνυται.
- Αφαίρεση των ενδυμάτων και διεξοδικός έλεγχος του σώματος του παιδιού για ύπαρξη κακώσεων, σκελετικών και νευρολογικών.
- Εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής για χορήγηση υγρών με ταχύ ρυθμό και για αρρώστους με εκτεταμένο έγκαυμα για μέτρηση Κ.Φ.Π.
- Ζύγισμα του παιδιού.
- Εξέταση του εγκαυματικού τραύματος και εκτίμηση της έκτασης και του βάθους της βλάβης.
- Αφαίρεση όλων των κοσμημάτων προτού σχηματιστεί το οίδημα.
- Αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών, επάλειψη αλοιφών ή κρεμών και επίδεση.
- Κατάλληλη προστασία έναντι του τετάνου.
- Υπολογισμός των αναγκών σε υγρά και καθορισμός του τρόπου χορήγησης αυτών.
- Λήψη ιστορικού σχετικά με την πρόκληση του εγκαύματος και άλλων σχετικών πληροφοριών.
- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα / Folley για λήψη δειγμάτων ούρων και ωριαία μέτρηση αποβαλλόμενων ούρων.
- Εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα για κένωση στομάχου και πρόληψη εισρόφησης γαστρικού υγρού.5+2

### **6.3. Νοσηλευτική παρέμβαση στις Δηλητηριάσεις.**

#### **A. Υπερδότηση Φαρμάκων.**

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

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

*Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται:*

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

#### **B. Τροφική Δηλητηρίαση.**

*Οι σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι:*

1. Διατήρηση αναπνευστικής λειτουργίας.
2. Αποκατάσταση υδατοηλεκτρικής ισορροπίας.
3. Ελαχιστοποίηση νευρολογικής υπολειμματικής βλάβης.
4. Θεραπεία shock ή πρόληψη επικείμενου shock.
5. Απαλλαγή από τον πόνο και την δυσχέρεια.



---

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

Αλλαντίαση

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

Μικροβιακή τροφική δηλητηρίαση

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

Χημική τροφική δηλητηρίαση

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

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

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται:

1. Διατήρηση βατότητας για εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής.
2. Φλεβοκέντηση για εξασφάλιση ενδοφλέβιας γραμμής.
3. Λήψη μέτρων για αποφυγή ρίγους.
4. Παρακολούθηση του αρρώστου γιατί μετά την ανάρρωση του μπορεί να παρουσιάσει καθυστερημένα μυοκαρδιακά και νευρολογικά συμπτώματα 5

---

## **6.4 Νοσηλευτική παρέμβαση στη συντηρητική θεραπεία κατάγματος**

Η συντηρητική θεραπεία γίνεται:

- Γύψο.
- Δερματική έλξη.
- Σκελετική έλξη.

Η νοσηλευτική παρέμβαση συνίσταται:

- Προσοχή στα παράπονα του αρρώστου. Έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση επιπλοκών του γύψου.
- Αποφυγή επικάλυψης του πόνου με αναλγητικά.
- Παρακολούθηση της κυκλοφορίας του αίματος. Κυανωτικά, ψυχρά άκρα και οιδηματώδη σημαίνει πρόβλημα της κυκλοφορίας.
- Παρατηρείται ο γύψος για κακοσμία. Μπορεί να κρύβει νέκρωση ιστών.
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να περπατά. Ο γύψος δεν καλύπτεται με πλαστική ή ελαστική μπότα, γιατί αυτό προκαλεί υγραποίηση των ατμών.<sup>13</sup>

---

## *Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup>*

### *Πρόληψη κυριότερων ατυχημάτων*

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

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

#### *7.1. Πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων.*

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

Το παιδί μαθαίνει ότι:

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

Ü Τα πεζοδρόμια είναι για να περπατούν οι άνθρωποι και όχι για να παίζουν. 17

## ***7.2 Συμβουλές προς τους γονείς***

Με την έναρξη των σχολείων αρχίζει για το παιδί σας και μία νέα περίοδος για τη ζωή του.

- Ü Τις πρωινές ώρες εγκαταλείπει το σίγουρα και ζεστό περιβάλλον του σπιτιού και παίρνει μόνο του ή μαζί σας το δρόμο για το σχολείο. Οπωσδήποτε θέλετε όλοι σας να φθάσει ο παιδί σας σίγουρα και με ασφάλεια στο σχολείο και να γυρίσει και πάλι στο σπίτι σας.
  
- Ü Ψάξτε και βρείτε το ΣΩΣΤΟ δρόμο για το σχολείο του παιδιού σας.
  
- Ü Σωστός δρόμος είναι ο δρόμος με τον ελάχιστο κίνδυνο. Ο σύντομος δρόμος δεν είναι και ο πιο ακίνδυνος. Όταν λοιπόν βρείτε τον σωστό δρόμο για το σχολείο, τότε να πάτε πολλές φορές με το παιδί σας από το δρόμο αυτό.
  
- Ü Να γνωρίσετε στο παιδί σας τους ιδιαίτερους κινδύνους που έχει ο δρόμος και αν ζητήσετε να στους επαναλάβει και αυτό. Αν για όλη τη διαδρομή απαντήσει σωστά τάξτε του γλυκά ή ένα παιχνίδι.
  
- Ü Το παιδί σας χρησιμοποιώντας συνεχώς τον ίδιο δρόμο θα μάθει να κάνει με άνεση τη διαδρομή και θα γνωρίσει όλες τις ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες του δρομολογίου του.

- 
- Û Το παιδί πρέπει να μάθει να σταματά στην άκρη του πεζοδρομίου, προτού περάσει στο απέναντι πεζοδρόμιο. Να κοιτάζει αριστερά, να κοιτάζει δεξιά, πάλι αριστερά και τότε μόνο να εγκαταλείπει το πεζοδρόμιο, όταν δεν έρχεται κανένα αυτοκίνητο ή είναι πολύ μακριά.
  
  - Û Αυτό, το πότε δηλαδή το αυτοκίνητο είναι μακριά και πότε κοντά, προσπαθήστε να εξασκήσετε το παιδί σας ώστε να το καταλάβει. Σε αυτή την κακή εκτίμηση των παιδιών οφείλονται τα πιο πολλά ατυχήματα.
  
  - Û Παράδειγμα για τη σωστή κυκλοφορία στους δρόμους θα είστε εσείς οι γονείς για το παιδί. Όταν οι γονείς κάνουν λάθος δεν μπορεί το παιδί να το κάνει σωστά. Για αυτό να είστε πολύ προσεχτικοί όταν πηγαίνετε με το παιδί σας, για να ασκηθεί σωστά όταν πηγαίνετε μαζί και να μην κινδυνεύει όταν είναι μόνο του.
  
  - Û Μην αφήνετε το παιδί σας να σας ακολουθεί από πίσω. Να κρατάτε το χέρι του παιδιού σας, γιατί αισθάνεται ασφάλεια, σιγουριά και να είναι προς τη μεριά του πεζοδρομίου, όχι του δρόμου.
  
  - Û Οι διαβάσεις των πεζών δεν είναι πάντα σίγουρες, αν το παιδί σας δεν ξέρει να τις χρησιμοποιεί σωστά.
  
  - Û Πρώτα - πρώτα και εδώ ισχύει το σταμάτημα στην άκρη και ο έλεγχος του πεζοδρομίου αριστερά και δεξιά – αριστερά. Αμέσως μετά να σηκώσει το χέρι του ψηλά και κουνώντας το διακριτικά να κάνει νόημα στον πρώτο οδηγό που έρχεται προς την κατεύθυνσή του να σταματήσει. Πάλι όμως δεν θα ξεκινήσει να μπει στη διάβαση, αν δεν σιγουρευτεί πως κάποιος άλλος οδηγός δεν προσπαθεί να προσπεράσει τον πρώτο οδηγό που σταμάτησε.

- Όταν περπατάτε στους δρόμους με το παιδί σας, βάλτε το να κάνει την προηγούμενη άσκηση. Έτσι θα αποκτήσει μία εμπειρία δίπλα σας, έναν αέρα και μία σιγουριά και θα το κάνει μετά και όταν είναι μόνο του χωρίς να κινδυνεύει.
- Βοηθείστε τους οδηγούς να βλέπουν το παιδί σας από μακριά. Γι' αυτό το αδιάβροχο ή το μπουφάν του παιδιού σας φροντίστε να είναι κίτρινο. Το κίτρινο χρώμα είναι πιο ευδιάκριτο από μακριά.
- Αυτοκόλλητα αντανακλαστικά πάνω στα ρούχα, στο πίσω μέρος των παπουτσιών, πάνω στην τσάντα για τα παιδιά που επιστρέφουν νύχτα από το σχολείο, τα οποία πρέπει να είναι εφοδιασμένα και με ένα φακό για να κάνουν σήματα στους οδηγούς και να βλέπουν στα σκοτεινά μέρη.

Αν το σχολείο που πηγαίνει το παιδί σας και στη γύρω περιοχή υπάρχουν κίνδυνοι από έλλειψη σημάτων, διαβάσεων επιφανείας, φωτεινών σηματοδοτών κ.α, φροντίστε με το Σύλλογό σας, σε συνεργασία με το Δήμο, την Αστυνομία και με άλλους αρμόδιους φορείς, να εκλείψουν αυτοί οι κίνδυνοι.

Το παιδί όμως χρειάζεται ειδική μεταχείριση και ως επιβάτης:

• Δεν χρειάζεται να κάθεται στο μπροστινό κάθισμα. Στην Αμερική, το 40% των παιδιών ταξιδεύουν στο μπροστινό κάθισμα. Στην Ελλάδα το ποσοστό φτάνει το 800/0.

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

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

• Η ύπαρξη ζώνης ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα, είναι απαραίτητη για τα

---

μεγαλύτερα παιδιά, καθώς και η ύπαρξη ειδικών καθισμάτων για τα βρέφη και τα παιδιά.

Û Το παιδί δεν πρέπει ποτέ να είναι όρθιο στο αυτοκίνητο.

Û Οι πίσω πόρτες πρέπει να είναι ασφαλισμένες και να ανοίγουν μόνο από έξω.

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

### ***7.3 Τριάντα κυκλοφοριακές αγωγές για σας παιδιά***

1. Γρήγορο ξεκίνημα κάθε πρωί για να μην τρέχεις και να μπορείς έτσι να σκέπτεσαι τους κινδύνους από τα τροχοφόρα που παντού παραμονεύουν.
2. Όπου υπάρχουν φωτεινοί σηματοδότες να περνάς πάντοτε με το πράσινο σήμα των πεζών.
3. Μην περνάς με κόκκινο σήμα πεζών ακόμα κι όταν δεν υπάρχουν αυτοκίνητα στο δρόμο ή τα βλέπεις να είναι μακριά σου.
4. Να περνάς πάντοτε μέσα από τις διαβάσεις πεζών και αφού βεβαιωθείς ότι δεν διατρέχεις κίνδυνο.
5. Μην διασχίζεις τον δρόμο έξω από τις διαβάσεις και ποτέ τρέχοντας.
6. Όπου δεν υπάρχουν διαβάσεις πεζών και είσαι υποχρεωμένος να διασχίσεις το δρόμο κάθετα πρέπει να προσέχεις πάρα πολύ. Να κοιτάς αριστερά και δεξιά στο δρόμο και αφού βεβαιωθείς ότι μπορείς να περάσεις ακίνδυνα τότε μόνο να περνάς.
7. Όταν διασχίζεις κάθετα μονόδρομο να κοιτάς μόνο προς το μέρος από το οποίο έρχονται τα αυτοκίνητα.
8. Μην διασχίζεις την διασταύρωση διαγώνια. Είναι πολύ επικίνδυνο.
9. να βαδίζεις πάντοτε στο πεζοδρόμιο και μάλιστα στο εσωτερικό, δηλαδή προς την πλευρά των σπιτιών.
10. Εάν βαδίζεις στην άκρη του πεζοδρομίου προς την πλευρά του δρόμου διατρέχεις κίνδυνο.

11.Όταν δεν υπάρχει πεζοδρόμιο, να βαδίζεις στην άκρη του δρόμου και μάλιστα αντίθετα προς τα αυτοκίνητα, για να μπορείς να τα βλέπεις και να αντιδράσεις σε ενδεχόμενη απροσεξία του οδηγού.

12.Όταν είσαι υποχρεωμένος να βαδίζεις προς την ίδια κατεύθυνση με τα αυτοκίνητα πρέπει να προσέχεις περισσότερο. Να γυρίζεις το κεφάλι σου πίσω και να παρακολουθείς την κίνηση των αυτοκινήτων.



Σχήμα 7.1.

13.Όταν κατά ανάγκη βρεθείς στην μέση του δρόμου και βλέπεις ένα αυτοκίνητο να έρχεται τρέχοντας προς το μέρος σου, καλύτερα είναι να σταθείς εκεί που βρίσκεσαι, έτσι, θα διευκολύνεις τον οδηγό να περάσει δεξιά ή αριστερά σου και να αποφύγει το ατύχημα. Εάν γυρίσεις προς τα πίσω ή τρέξεις προς τα εμπρός, μπορεί η ενέργειά σου



αυτή να συμπέσει με τη σκέψη του οδηγού, ο οποίος αποφάσισε προς θα σε προσπεράσει και να έχεις ατύχημα.

14.Μην περνάς ποτέ μπροστά από σταματημένο φορτηγό, λεωφορείο ή τρόλεϊ γιατί δεν βλέπεις τα άλλα αυτοκίνητα που κινούνται στο δρόμο.

15.Να περνάς πάντοτε από το πίσω μέρος του σταθμευμένου φορτηγού, λεωφορείου ή τρόλεϊ.

16.Μέσα στο λεωφορείο ή τρόλεϊ να κρατιέσαι πάντοτε από τις χειρολαβές, για να μην πέσεις κάτω και τραυματιστείς, σε απότομο φρενάρισμα του οδηγού.

17.Να μη βγάζεις ποτέ το κεφάλι σου ή το χέρι σου από το ανοιχτό παράθυρο του τρόλεϊ, του λεωφορείου ή επιβατικού αυτοκινήτου, γιατί κινδυνεύεις από τα άλλα αυτοκίνητα που κινούνται παράλληλα προς το αυτοκίνητο που επιβαίνεις.Σχ.7.2



18.Μην ανοίγεις ποτέ την πόρτα του σχολικού λεωφορείου ή του επιβατικού αυτοκινήτου προς την πλευρά του δρόμου.

19.Να μην κατεβαίνεις ποτέ από το αυτοκίνητο προς την πλευρά του δρόμου. Κινδυνεύεις να παρασυρθείς από άλλο αυτοκίνητο με απρόσεκτο οδηγό.

20.Μην κατεβαίνεις ποτέ από το λεωφορείο ή το τρόλεϊ πριν σταματήσει. Κινδυνεύεις να πέσεις κάτω και να τραυματιστείς.

21.Μην τρέξεις να ανέβεις στο λεωφορείο ή στο τρόλεϊ, όταν αυτό έχει ξεκινήσει. Κινδυνεύεις να πέσεις κάτω ή να τραυματιστείς από το κλείσιμο της πόρτας.

22.Το βράδυ με το σκοτάδι και το χειμώνα με την ομίχλη πρέπει να προσέχεις περισσότερο, γιατί δεν σε βλέπει ο οδηγός. Καλό είναι να κολλήσεις στην τσάντα σου μια αντανακλαστική ταινία, για να σε διακρίνει ο οδηγός όταν είσαι αναγκασμένος να βαδίζεις στο δρόμο. **σχ.7.3**



23.Να μην παίζεις ποτά στο δρόμο. Το παιχνίδι απορροφά την προσοχή σου και δεν είσαι σε θέση να σκέφτεσαι τον κίνδυνο που διατρέχεις από τα αυτοκίνητα.

- 
- 24.Όταν παίζεις στην παιδική χαρά ή σε κάποιο οικόπεδο και σου φύγει η μπάλα στο δρόμο, μην τρέξεις να την πάρεις, πριν βεβαιωθείς ότι μπορείς να την πάρεις χωρίς να κινδυνεύεις.
- 25.Μην οδηγείς ποδήλατο σε πολυσύχναστους δρόμους. Κινδυνεύεις από τους απρόσεκτους οδηγούς ακόμα και αν εσύ προσέχεις.
- 26.Μην οδηγείς ποδήλατο χωρίς να κρατάς το τιμόνι με τα χέρια. Είναι επικίνδυνο.
- 27.Στα διαλείμματα και όταν σχολάς μην βγαίνεις από το προαύλιο του σχολείου απότομα και τρέχοντας στο δρόμο. Κινδυνεύεις από τα αυτοκίνητα.
- 28.Πριν βγεις από το προαύλιο του σχολείου και κατέβεις στο δρόμο κοίταξε αριστερά και δεξιά σου. Έτσι δεν κινδυνεύεις από τους απρόσεκτους οδηγούς.
- 29.Να συμμορφώνεσαι πάντοτε με τα σήματα του τροχονόμου και όταν ακόμη στην διασταύρωση υπάρχουν φωτεινοί σηματοδότες και δείχνουν πράσινο σήμα για τους πεζούς. Σ την περίπτωση αυτή υπεύθυνος για την ρύθμιση της κυκλοφορίας είναι ο τροχονόμος.
- 30.Για να μάθεις να κυκλοφορείς σωστά και να μην διατρέχεις κίνδυνο, είτε τώρα σαν πεζός, είτε αργότερα σαν οδηγός πρέπει να γνωρίζεις τα σήματα της Τροχαίας. Η μάθησή τους είναι εύκολη, ευχάριστη και διασκεδαστική. 10

# ΠΑΙΔΙΑ

ΟΤΑΝ ΕΤΟΙΜΑΖΕΣΤΕ ΝΑ ΠΕΡΑΣΕΤΕ ΣΤΟ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΠΕΖΟΔΡΟΜΙΟ



ΝΑ ΘΥΜΑΣΤΕ **5** ΠΡΑΓΜΑΤΑ



**ΣΤΑΜΑΤΩ ΣΤΟ ΠΕΖΟΔΡΟΜΙΟ  
ΚΑΙ ΠΕΡΙΜΕΝΩ**



**ΚΟΙΤΑΖΩ ΑΡΙΣΤΕΡΑ**



**ΚΟΙΤΑΖΩ ΔΕΞΙΑ**



**ΚΟΙΤΑΖΩ ΞΑΝΑ ΑΡΙΣΤΕΡΑ**



**ΕΑΝ Ο ΔΡΟΜΟΣ  
ΕΙΝΑΙ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ  
ΠΕΡΝΩ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΤΡΕΧΩ**

#### **7.4. Πρόληψη εγκαυμάτων.**

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

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



Όταν η μαμά μαγειρεύει στην κουζίνα, εσείς να μένετε μακριά από το φούρνο και τις ηλεκτρικές εστίες, γιατί μπορεί να είναι αναμμένες και να σας κάψουν τα χέρια. Να θυμάστε, ότι οι κατσαρόλες καίνε και αναποδογυρίζουν εύκολα, γι' αυτό δεν τις τραβάμε. Κι αυτά τα κουμπιά της κουζίνας που είναι σκέτος πειρασμός, δεν πρέπει ποτέ να τα αγγίζουμε. Αν δείτε κάποιο καλώδιο ή πρίζα σε κακή κατάσταση, μην το πλησιάσετε, αλλά ειδοποιήστε αμέσως τους γονείς σας. Εσείς που είστε μεγαλύτεροι και ξέρετε, ότι δεν πιάνουμε ποτέ μαχαίρια, ψαλίδια και εργαλεία, να συμβουλευέτε τα μικρότερα παιδάκια. Ακόμη, αν κάποιο παιδί παίζει με τις πλαστικές σακούλες της μαμάς, εξηγήστε του, ότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να πνιγεί.

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

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

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

### ***7.5. Πρόληψη δηλητηριάσεων.***

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

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

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

- Τα ηρεμιστικά καρδιολογικά και όλα τα φάρμακα γενικότερα πρέπει να φυλάσσονται μακριά από τα παιδιά
- Διάφορα υγρά ή στερεά απορρυπαντικά πρέπει επίσης να μην είναι προσιτά σε παιδιά.

- Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη σωστή δόση χορήγησης ενός φαρμάκου στο παιδί, γιατί η υπερδοσολογία μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση .
- Να αποφεύγεται η χρήση υγραερίου στο σπίτι, καθώς και η θέρμανση με μαγκάλι, γιατί κατά τη λειτουργία του παράγεται μονοξείδιο του άνθρακα, το οποίο είναι πολύ επικίνδυνο.

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

Οι δηλητηριάσεις και γενικά τα ατυχήματα θα μειωθούν μόνο αν η πολιτεία, οι οργανισμοί πρόληψης ατυχημάτων, οι Παιδίατροι και οι Νοσηλευτές, συντονίσουν τις προσπάθειες τους για να εκπαιδεύσουν τους γονείς.

Με τη σειρά τους θα προστατευτούν, θα επιβλέπουν αλλά και θα εκπαιδεύονται τα παιδιά με την ενεργητική όμως συμμετοχή τους σε όλη τη διαδικασία της μόρφωσής τους.<sup>5</sup>

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

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

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

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

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



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

4. Εξασφάλιση καλής νομοθεσίας που θα καταστήσει δυνατή την εφαρμογή των παραπάνω.

### ***7.7 Πρόληψη και αντιμετώπιση ατυχημάτων***

Είναι γνωστός ο αφορισμός του Ιπποκράτη το «προλαμβάνειν εστί σοφότερον του θεραπεύειν» δηλαδή το να προλάβεις ένα ατύχημα είναι πολύ καλύτερο από το να το θεραπεύσεις.

Πολλά παιδιά χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο από τα ατυχήματα. Παγκοσμίως είναι γνωστό ότι η πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά είναι το ατύχημα.Ο τουλάχιστον στις ανεπτυγμένες και βιομηχανοποιημένες χώρες. Το ατύχημα στην οικογένεια δημιουργεί πολλά προβλήματα, ψυχικά, κοινωνικά, οικονομικά με αποτέλεσμα τόσο τα παιδιά όσο και οι γονείς τους να ταλαιπωρούνται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Μεγάλη σημασία έχει για τη σωτηρία του παιδιού η περίοδος που μεσολαβεί από την ώρα που θα γίνει το ατύχημα μέχρι τη μεταφορά του σε Νοσοκομείο. Επίσης σπουδαίο ρόλο παίζει αυτός που θα προσφέρει τις πρώτες βοήθειες. Σε ορισμένα ατυχήματα ακόμα και τα δευτερόλεπτα έχουν σημασία για τη διάσωση του παιδιού. Η Ελλάδα, ως γνωστόν, περιβάλλεται από θάλασσα και έχει πολλά νησιά, γι' αυτό και οι μονάδες μεταφοράς των επειγόντων περιστατικών θα πρέπει να γίνεται με ελικόπτερα ή αεροπλάνα. Η επείγουσα ιατρική της παιδικής ηλικίας είναι η «Ιατρική του ατυχήματος» (τροχαία, κατάγματα, δηλητηριάσεις, εγκαύματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τραυματικές κακώσεις θώρακα, κοιλίας κ.λ.π.).

Θα πρέπει τα μεταφορικά μέσα (αυτοκίνητο, ελικόπτερο, αεροπλάνο) να είναι εξοπλισμένα με νοσοκομειακό υλικό και προσωπικό που γνωρίζουν :από νεογνά και

παιδιά. Η επείγουσα αντιμετώπιση του παιδιού είναι τελείως διαφορετική από του ενήλικα. Απαιτούνται εκτός από τις ειδικές γνώσεις και τα κατάλληλα υλικά όπως παροχές, τραχειοσωλήνες, συσκευές τεχνητής αναπνοής κ.λ.π. Η οργάνωση και λειτουργία μονάδων μεταφοράς νεογνών και παιδιών είναι απαραίτητη για τη χώρα μας.

Σε περιπτώσεις που διαπιστώνουμε ασφυξία στο παιδί με τα ανάλογα συμπτώματα όπως μελάνιασμα του προσώπου και των χειλέων, ρόγχο, κυάνωση των ονύχων, σιελόρροια, αφροί από το στόμα, σύγχυση, απώλεια των αισθήσεων, κώμα, ταχυκαρδία ή ασθενή σφυγμό, διακοπή της αναπνοής, ανακοπή, κ.λ.π. θα πρέπει να δράσουμε επειγόντως μέσα σε λίγα λεπτά της ώρας, δεδομένου ότι ο εγκέφαλος του παιδιού δεν μπορεί να μείνει χωρίς οξυγόνο 4-5 λεπτά της ώρας. Ασφυξία δημιουργείται όταν οι ιστοί του σώματος (ιδιαίτερα ο εγκέφαλος και η καρδιά) δεν προσλαμβάνουν ικανοποιητική Ποσότητα οξυγόνου, λόγω παρεμπόδισης των αεροφόρων οδών.

Τα αίτια ασφυξίας στα παιδιά αναφέρονται στον Πίνακα 7.4.

#### Πίνακας 7.4

##### **Αίτια ασφυξίας στα παιδιά**

- 
1. Απόφραξη αεροφόρων οδών (πτώση γλώσσας, τροφές, εμέσματα, ξένα σώματα, νερό, γλυκό ή αλμυρό, οίδημα λάρυγγα).
  2. Πνιγμό (μαξιλάρια, πλαστικοί σάκοι, υγρά, κακοποίηση από γονείς).
  3. Απαγχονισμός - Στραγγαλισμός (τυχαίος ή εγκληματική ενέργεια, αυτοκτονία).
  4. Τραυματικές κακώσεις (θώρακα, κοιλίας, εγκεφάλου).
  5. Σπασμοί.
  6. Ηλεκτροπληξία, κεραυνοπληξία, θερμοπληξία.
  7. Δηλητηριάσεις (φυτά, φάρμακα, αέρια)
  8. Παγιδεύσεις σε χώρους με μικρή περιεκτικότητα οξυγόνου (ψυγεία, ντουλάπια, πηγάδια κ.λ.π.).
  9. Εγκλωβισμός σε χώρους με αέρια (φωταέριο, καυσαέρια, υπόνομοι).
- 

Οι πρώτες βοήθειες που μπορούμε να προσφέρουμε αναφέρονται στον πίνακα 7.5.

Τα τροχαία ατυχήματα προέχουν όλων των ατυχημάτων. Στις ΗΠΑ 20.000 παιδιά και στην Ελλάδα 400 χάνουν τη ζωή τους κάθε χρόνο, γι' αυτό και η πρόληψη έχει μεγάλη σημασία. Η μελέτη των επιδημιολογικών στοιχείων και των θανάτων των παιδιών από τροχαία μας βοηθά στη λήψη των καταλλήλων προφυλακτικών μέτρων για την αποφυγή του ατυχήματος. Έτσι λοιπόν βάσει των στατιστικών τα παιδιά που παίζουν στους δρόμους, διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο τροχαίου ατυχήματος. Ο μεγαλύτερος αριθμός ατυχημάτων συμβαίνει τις ώρες που τα παιδιά τελειώνουν το σχολείο τους και ξεχνούνται στους δρόμους, καθώς και τις απογευματινές ώρες των ομαδικών παιχνιδιών. Η υπερβολική ταχύτητα στις αστικές ή αγροτικές, περιοχές προκαλεί το 25% περίπου των θανάτων. Η ηλικία, το φύλο των παιδιών - θυμάτων παίζει σπουδαίο ρόλο. Παιδιά ηλικίας 5-9 ετών είναι πιο επιρρεπή στο ατύχημα, όπως και στα αγόρια ο δείκτης κακώσεων είναι υψηλότερος.

### Πίνακας 7.5

#### Πρώτες βοήθειες σε παιδί με ασφυξία

- 
- 1. Απομάκρυνση του αιτίου ασφυξίας** (ξένα σώματα, γλώσσα, τροφές, νερό). Η απελευθέρωση των αναπνευστικών οδών γίνεται με δύο τρόπους.
    - α) Με το χέρι (δάκτυλο) αφού πρώτα σπρώξουμε το κεφαλάκι του παιδιού προς τα πίσω.
    - β) Κτυπώντας 4-5 φορές στην πλάτη το παιδί, αφού το τοποθετήσουμε πρώτα σε ανάρροπο θέση.
  - 2. Εφαρμογή τεχνητής αναπνοής.** Στόμα με στόμα (αφού κλείσουμε τη μύτη) ή μύτη με στόμα με ρυθμό 20 εμφυσήσεις στο λεπτό.
  - 3. Εφαρμογή εξωτερικών μαλάξεων.** Με το ένα χέρι ή με τα δύο δάκτυλα εάν πρόκειται για νεογνό, στο πρόσθιο μέρος του θώρακα, με ρυθμό 100 συμπίεσεις στο λεπτό.
  - 4. Τοποθέτηση σε θέση ανάνηψης.** Το παιδί μπρούμυτα με το κεφαλάκι του στα πλάγια, εφ' όσον επανέλθουν πλήρως ο σφυγμός, η αναπνοή και το χρώμα του παιδιού.
  - Κάθε 5 λεπτά στην αρχή ελέγχετε τα ζωτικά του σημεία (αναπνοές, σφύξεις, επαφή με το περιβάλλον).
  - Αναζητήσετε Ιατρική βοήθεια.
  - Μεταφέρετε το παιδί σε Νοσοκομείο ή ζητήστε τη βοήθεια διαφόρων κρατικών ή ιδιωτικών μέσων για την ασφαλή και γρήγορη μεταφορά.
-



**Σχήμα 7.6**

Τα νήπια θα πρέπει να διασχίζουν τους δρόμους συνοδεία ενήλικα, δεδομένου ότι τα νήπια αδυνατούν να αξιολογήσουν τα σήματα ή τις συνθήκες του δρόμου. Τα μεγαλύτερα παιδιά θα πρέπει να εκπαιδεύονται στην οδική συμπεριφορά. Στις Η.Π.Α. εφαρμόζονται υποχρεωτικά στα δημοτικά σχολεία μαθήματα οδικής ασφάλειας, θεωρητικά και πρακτικά (πάρκο κυκλοφοριακής αγωγής).

Η πρόσδεση του παιδιού με ζώνη ασφαλείας στο πίσω κάθισμα καθώς και η τοποθέτηση των βρεφών σε ειδικά καθισματάκια που δένουν στο πίσω κάθισμα είναι μέτρα προφύλαξης μέσα στο αυτοκίνητο. Η τοποθέτηση βρεφών στο πρόσθιο κάθισμα ή στην αγκαλιά απρόσεκτου ενήλικα συνεπάγεται με θανατηφόρο κάκωση σε περίπτωση σύγκρουσης. Επίσης η άμβλυνση των εσωτερικών επιφανειών και η ασφαλής σύγκλειση όλων των θυρών από τη θέση του οδηγού περιορίζουν τις τροχαίες κακώσεις. Η

απροθυμία των γονέων, η αμέλεια, ανάγκασε πολλά κράτη να θεσπίσουν νόμους για την υποχρεωτική χρήση της ζώνης ασφαλείας και των ειδικών καθισμάτων για βρέφη. Τα σημερινά αυτοκίνητα είναι πιο ασφαλή από τα παλαιάς τεχνολογίας. Έτσι σήμερα κυκλοφορούν αυτοκίνητα με αεροπληθείς σάκους, που βρίσκονται στο πρόσθιο μέρος του αυτοκινήτου, με συστήματα ABS για καλύτερο κράτημα στο φρενάρισμα, με κεντρική ασφάλιση όλων των θυρών του αυτοκινήτου.

Η μεταφορά των παιδιών με δίκυκλα πρέπει να απαγορεύεται παρ' όλο που υπάρχουν ειδικά καθίσματα για βρέφη και παιδιά. Η αστάθεια των δίκύκλων (ποδήλατα, μοτοποδήλατα) συμβάλλει πολύ στη δημιουργία ατυχημάτων (πτώσεις, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τραύματα ποδιών, εγκαύματα). Σε μεγάλα παιδιά το κράνος είναι απαραίτητο.

Το ποδήλατο αποτελεί την κυριότερη αιτία κακώσεων σε παιδιά ηλικίας, 6-12 ετών. Ο δείκτης κακώσεων από ποδήλατο στις Η.Π.Α. είναι 87,8 κακώσεις ανά 10.000 παιδιά της ως άνω ηλικίας. Θα πρέπει να αποφεύγεται η ποδηλάτηση σε δρόμους μεγάλης κυκλοφορίας. Θα πρέπει επίσης να θεσπισθούν και στην Ελλάδα ειδικοί διάδρομοι ποδηλατοδρόμησης. Θα πρέπει τα παιδιά να εκπαιδεύονται σε ειδικό πάρκο κυκλοφοριακής αγωγής. Θα πρέπει επίσης να φορούν κράνος. Η ποδηλάτηση στο αντίθετο ρεύμα είναι επικίνδυνη. Δεν πρέπει τα παιδιά να φορούν ακουστικά στα αυτιά κατά την ώρα της οδήγησης του ποδηλάτου. Θα πρέπει να υπάρχουν στα ποδήλατα ειδικά σήματα αναγνώρισεως για το βράδυ προς αποφυγή πιθανής σύγκρουσης. Θα πρέπει τέλος από τους γονείς των παιδιών να αποφεύγεται ή να δίδεται με πολύ φειδώ σαν δώρο το **παιδοκτόνο - ποδήλατο**.

Οι κοινωνικοί και μορφωτικοί παράγοντες παίζουν σπουδαίο ρόλο στην πρόληψη ή στην πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων όπως η φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση, η οικογενειακή διάσπαση, η χαλαρή γονική επίβλεψη, το οικογενειακό stress, το διαζύγιο, επηρεάζουν δυσμενώς το χαρακτήρα και τη συμπεριφορά του παιδιού δημιουργώντας

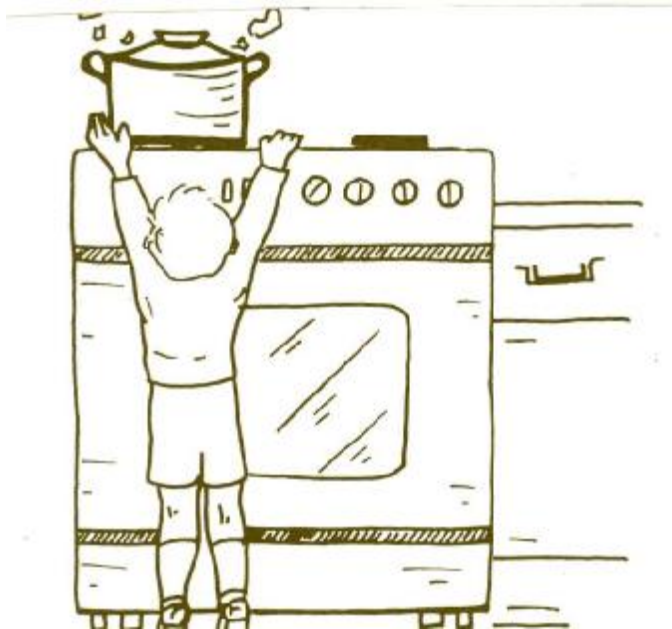
---

παιδιά υψηλού κινδύνου τροχαίων κακώσεων. Έχει διαπιστωθεί ότι παιδιά απείθαρχα, αφηρημένα, υπερκινητικά, βίαια, ατίθασα, εκτρέπονται σε βίαιες και επικίνδυνες παρουσιάσεις (σουζες) με το ποδήλατο ή τη μοτοσυκλέτα, μιμούμενα ήρωες της T.V., με συνέπεια την πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων.

Τα **εγκαύματα** αποτελούν μια άλλη ομάδα ατυχημάτων στα παιδιά (6% περίπου του συνόλου των κακώσεων). Στη Γερμανία το 50% των εισαγομένων στα νοσοκομεία είναι παιδιά ηλικίας 0-16 ετών. Επίσης στη Γερμανία κάθε χρόνο 500 περίπου παιδιά πεθαίνουν από θερμικές βλάβες που καθιστά τη νόσο τρίτη κατά σειρά συχνότητας.

Τα αίτια και η αντιμετώπισή τους αναφέρονται σε προηγούμενα κεφάλαια. Πάντως ακόμη και σήμερα η θνησιμότητα είναι 2% περίπου. Δηλαδή 20 παιδιά από τα 1.000 περίπου που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία μας πεθαίνουν από εκτεταμένα εγκαύματα.

Η υπευθυνότητα, η προσοχή, η κατάλληλη ενημέρωση των γονέων για τους κινδύνους που διατρέχουν μέσα στο σπίτι τα παιδιά θα βοηθήσει πολύ στην πρόληψη αυτών των ατυχημάτων. Άφλεκτα παιχνίδια και χριστουγεννιάτικα δώρα, απόκρυψη σπέρτων, οιοπνεύματος, αποφυγή παιχνιδιών πλησίον της φωτιάς, έλεγχος του ζεστού νερού για το λούσιμο του παιδιού, έλεγχος των συσκευών που βράζουν στην ηλεκτρική κουζίνα θα βοηθήσουν στην αποφυγή ατυχημάτων. **Σχ.7.7**



Όσον αφορά την ηλεκτροπληξία, οφείλεται συχνά σε επιπολαιότητα τόσο των τεχνητών όσο και των γονέων λόγω φθοράς των ηλεκτρικών συσκευών. Τα σπίτια όλα θα πρέπει να έχουν γείωση και συσκευή διακοπής της ηλεκτρικής παροχής (rele). Οι πρίζες θα πρέπει να έχουν κάλυμα και να είναι σε ψηλό σημείο. Τα καλώδια δεν πρέπει να είναι εκτεθειμένα γιατί τα παιδιά συνηθίζουν να τα βάζουν στο στόμα. Οι πρώτες βοήθειες σε παιδί που έπαθε ηλεκτροπληξία είναι: α) Απομάκρυνση από την ηλεκτρική συσκευή αφού πρώτα διακόψουμε την κεντρική παροχή, β) τεχνητή αναπνοή εφ' όσον το παιδί δεν αναπνέει και έχει κλινικά σημεία ασφυξίας (χλωμάδα, ασφυγμία, κώμα, διαστολή κορών) και εξωτερικές μαλάξεις θώρακα. γ) Μεταφορά στο Νοσοκομείο, το συντομότερο. Όταν η ηλεκτροπληξία οφείλεται σε ρεύμα υψηλής τάσης καλό είναι να ειδοποιηθεί αμέσως η Δ.Ε.Η. για να διακόψει το ρεύμα. Το άγγιγμα ή η μεταφορά του παιδιού είναι επικίνδυνη.

Η **κεραυνοπληξία** συμβαίνει πολύ σπάνια στα παιδιά, οι πρώτες βοήθειες είναι αυτές που προαναφέραμε. Πάντως καλό είναι σε περίπτωση καταιγίδας να μη στεκόμαστε κάτω από ψηλά δένδρα (έλατο, πεύκο, βελανιδιά). Να καθόμαστε μακριά από καλώδια, υδρορροές, μεταλλικές κατασκευές κ.λ.π. Τα βρεγμένα ρούχα «τραβούν» τους κεραυνούς. Να μην στεκόμαστε εκεί που έχει πέσει κεραυνός στο παρελθόν. Να μην μαζευόμαστε σε ομάδες και να μην κρατάμε μεταλλικά αντικείμενα.

Τα **ξένα σώματα** που καταπίνουν ή εισπνέουν τα μικρά παιδιά είναι μία άλλη αιτία θανάτων όχι τόσο συχνή. Ένα ξένο σώμα στους βρόγχους ή στην τραχεία είναι πολύ επικίνδυνο για τη ζωή του παιδιού. Η αφαίρεση του ξένου σώματος επείγει πολλές φορές γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να είναι καλά πληροφορημένοι για τις πρώτες βοήθειες που προαναφέραμε. Στα μάτια μπαίνουν διάφορα αντικείμενα, έντομα, χώματα, ρινίσματα κ.λ.π. Τα περισσότερα τραύματα στα μάτια συμβαίνουν από αυτοτραυματισμούς και από άλλα παιδιά όταν παίζουν επικίνδυνα παιχνίδια. Θα πρέπει να αποφεύγουμε το τρίψιμο των ματιών λόγω ερεθισμού και δημιουργίας επιπεφυκίτιδας. Αντίθετα θα πρέπει να κρατήσετε το μάτι κλειστό για μερικά λεπτά ούτως ώστε τα δάκρυα να αποβάλουν το ξένο

σώμα. Εάν αυτό δεν γίνει τότε θα πρέπει να ελεγχθούν τα βλέφαρα (άνω και κάτω) και να αφαιρέσουμε το ξένο σώμα με την άκρη του μαντιλιού. Εάν ερεθιστεί το μάτι με υγρά (πετρέλαιο, βενζίνη, χλώριο) θα πρέπει να επισκευθούμε τον οφθαλμίατρο αφού πρώτα κάνουμε πλύσεις με χλιαρό νερό.

Πολλά παιδιά παίζοντας βάζουν διάφορα ξένα σώματα στα **αυτιά τους**: Εδώ χρειάζεται προσοχή διότι υπάρχει κίνδυνος διάτρησης του τυμπάνου εφ' όσον επιχειρήσουμε να αφαιρέσουμε το ξένο σώμα με αιχμηρό αντικείμενο.

Γι' αυτό θα πρέπει να μεταφερθεί το παιδί σε Ω.Ρ.Λ. που έχει ειδική λαβίδα για αφαίρεση ξένου σώματος αυτιού. Εάν εισαχθεί ξένο σώμα στο ρουθούνι του παιδιού, με ένα δυνατό φύσημα βγαίνει αλλιώς θα πρέπει πάλι να επισκευθούμε Ω.Ρ.Λ. Εάν σφηνωθεί ξένο σώμα στο λάρυγγα θα πρέπει να αναποδογυρίσουμε το παιδί και να το κτυπήσουμε δυνατά στην πλάτη. Εάν είναι μεγάλο παιδί βάλτε το να σκύψει πάνω από μια καρέκλα ή τραπέζι και κτυπήστε το στην πλάτη, εάν δεν έχετε αποτέλεσμα βάλτε το χέρι σας βαθιά μέσα στο στόμα για να προκαλέσετε εμετό. Εφ' όσον τα σημεία της ασφυξίας παραμένουν τότε αρχίστε τεχνητή αναπνοή, μαλάξεις και καλέστε επείγοντως γιατρό ή μεταφορικό μέσο για τη μεταφορά του παιδιού σε Νοσοκομείο.

Για την κατάποση ξένων σωμάτων πάντως θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν χρειάζεται άγχος και τρομοκράτηση των γονέων εάν το παιδί καταπιεί κάτι, αλλά υπομονή και σωστή, συμβουλή από τον εφημερεύοντα παιδοχειρουργό. Δεν πρέπει να χορηγούνται καθαρτικά. Η κατανάλωση πατατών, χόρτων, ψωμιού, δημητριακών από το παιδί βοηθά στην καλύτερη αποβολή του ξένου σώματος από το πεπτικό.

Πάρα πολύ συχνά μπαίνουν διάφορα ξένα σώματα στα νύχια ή στο δέρμα, (αγκάθια, σπασμένα γυαλιά, αγγίστρια κ.λ.π.) προκαλώντας πόνο στο παιδί. Με μια αποστειρωμένη βελόνα μπορούμε να αφαιρέσουμε το αγκάθι και με ένα τσιμπιδάκι να το αφαιρέσουμε. Εάν μείνει κομμάτι μέσα στο δέρμα θα πρέπει να συμβουλευτούμε το γιατρό μας ή να το πάμε το παιδί στο Νοσοκομείο. Όσον αφορά την αφαίρεση αγγιστριού χρειάζεται ειδική



τεχνική (κόψιμο με πένσα και αφαίρεση από την αντίθετη μεριά εισόδου).

Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι το κράτημα μικρών αντικειμένων στα χέρια των παιδιών κάτω των 2 εκατοστών είναι πολύ επικίνδυνα να τα καταπιεί ή να τα εισπνεύσει.

Κάθε τραυματισμός στο παιδί επιπόλαιος ή πιο βαθύς θα πρέπει να αντιμετωπίζεται στο νοσοκομείο όπου υπάρχουν τα κατάλληλα υλικά (αντισηπτικά, ράμματα, επιδεσμικό υλικό) αλλά και οι γιατροί και τα εργαστήρια που μπορεί να βοηθήσουν σε περαιτέρω επιπλοκές (ακτινογραφίες κ.λ.π.).

Ομοίως κάθε κάταγμα από το απλό μέχρι το πιο επιπεπλεγμένο (χειρών, ποδών, κλείδας κ.λ.π.) θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σε ειδικό ορθοπεδικό κεντρο. Ειδική περίπτωση αποτελούν τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης της λεκάνης, του κρανίου που απαιτούν γνώση και σωστή μεταφορά από εξειδικευμένο προσωπικό.

Για την αποφυγή των **πτώσεων** και των **πνιγμών** θα πρέπει να προφυλλάσουμε τις βεράντες, τα κλιμακοστάσια, τις δεξαμενές, τις πισίνες με προστατευτικά κιγκλιδώματα. Τα παιδιά μπορούν να πνιγούν σε μια «κουταλιά νερό». Το καλοκαίρι θα πρέπει να εκπαιδεύουμε τα παιδιά στην κολύμβηση, να απαγορεύουμε να κολυμπούν φαγωμένα, να απαγορεύουμε να κυκλοφορούν στα χωράφια χωρίς υποδήματα. Επίσης να γνωστοποιήσουμε στα παιδιά τους κινδύνους από τα δηλητηριώδη φυτά, ερπετά και έντομα. Οι γονείς θα πρέπει να φυλάνε τα φάρμακα και τα επικίνδυνα υγρά (καθαριότητας, γεωργικά φάρμακα κ.λ.π.) σε μέρος που να μην είναι εύκολα προσβάσιμο στα παιδιά. Να ελέγχουν τα πόματα και τις κλειδαριές των ντουλαπιών. Η αφηρημάδα πολλές φορές έχει στοιχίσει τη ζωή των παιδιών τους. Σε κάθε σπίτι αστικό ή αγροτικό θα πρέπει να υπάρχουν.

**α) Το τηλέφωνο του Κέντρου δηλητηριάσεων (77.93.777).**

**β) Σιρόπι ιπεκακουάνας (εμετικό). Μπορεί να αγορασθεί από κάθε φαρμακείο χωρίς συνταγή.**

**γ) Ζωικός άνθρακας σε ταμπλέτες.**

**δ) Αντισταμινική κρέμα.**

**ε) Ένεση κορτιζόνης (solucortef).**

Σε περίπτωση που μεταφέρουν το παιδί στο νοσοκομείο θα πρέπει να φέρουν μαζί τους τα πιθανά φάρμακα ή τα φυτά που έχει πάρει το παιδί από το στόμα. Επίσης θα πρέπει να φέρουν μαζί τους πιθανά κομμάτια από υλικά, που έχουν' καταπιεί ή μπαταρίες.

Υπάρχουν πολλές μπαταρίες μικρές ή μεγάλες που μπορεί να τις καταπιεί το παιδί. Θα πρέπει ο γιατρός να γνωρίζει εάν οι καταπινόμενες μπαταρίες είναι υδραργύρου, μολύβδου, αλκαλικές, μαγγανίου, ψευδαργύρου, νικελίου, καδμίου. Η ρίψη μπαταριών στο περιβάλλον μολύνει τα υπόγεια νερά. Ο άνθρωπος συσσωρεύει στον οργανισμό του μόλυβδο από τα τρόφιμα (πατάτες) από τον αέρα (καυσαέρια), από το νερό (υπόγεια ύδατα, βρόχινα ύδατα). Η επιβάρυνση είναι συνεχιζόμενη και η συσσώρευση στα οστά ανέρχεται σε αρκετά mg. Στα παιδιά το όριο είναι 7  $\mu\text{g}/100 \text{ ml}$  αίματος. Ο μόλυβδος σχηματίζει με τους αρωματικούς υδρογονάνθρακες σταθερές ενώσεις τις λεγόμενες «σάντουιτς ενώσεις» που παραμένουν για αρκετό χρόνο στον οργανισμό και αυξάνουν πολύ την τοξικότητα του μολύβδου. Φαντάζεστε πόσο μόλυβδο έχουν τα κουλούρια που πωλούνται στους Αθηναϊκούς δρόμους.

Επομένως το παιδί στις παιδικές χαρές που πάει για να παίξει περιβάλεται από ένα «τοξικό νέφος» με απρόβλεπτες συνέπειες για το μέλλον του. Στη Γερμανία έχουν γίνει έρευνες στις παιδικές χαρές και έχουν βρεθεί τοξικά προϊόντα (μόλυβδος, κάδμιο, διοξίνες, βενζοπυρένιο, αμίαντος) στην άμμο και στο γύρο περιβάλλοντα χώρο που παίζουν τα παιδιά. Από την επιδημιολογική έρευνα που έγινε διαπιστώθηκε ότι πολλά παιδιά χάνουν τη ζωή\* τους από τα δηλητήρια στις παιδικές χαρές παρά από τα τροχαία ατυχήματα. Στην πόλη Essen το αρμόδιο Υπουργείο έκλεισε 102 παιδικές χαρές. Στην

Κολωνία 184 παιδικές χαρές ήσαν ακατάλληλες. Σε πολλές πόλεις αντικαταστάθηκε η άμμος. Οι περισσότερες παιδικές χαρές βρίσκονται σε δρόμους ταχείας κυκλοφορίας χωρίς περίφραξη και χωρίς να πληρούν τους ιδανικούς όρους υγιεινής του χώρου. Όπως π.χ. ειδικό στρώμα γκαζόν, τοποθέτηση ειδικών μπαρών προφύλαξης, αντικατάσταση φθαρμένων υλικών παιχνιδιών, αντικατάσταση της άμμου, κ.λ.π.

Θα πρέπει το κράτος και γενικά οι οικολογικές οργανώσεις αλλά και οι γιατροί καθημερινά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να συμβουλεύουν και, να ενημερώνουν για τις βλαπτικές συνέπειες των δηλητηρίων του περιβάλλοντος. Το κράτος να κάμει αυστηρούς ελέγχους και να επιβάλλει αυστηρές ποινές. Θα πρέπει επίσης να απαγορευθούν εντελώς η φορμαλδεΐδη, οι χλωροφαινόλες, το χλωροβενζόλιο στα προϊόντα καθαρισμού. Το χλώριο (χλωρίνη κ.λ.π.) θα πρέπει να μην υπάρχει στο νοικοκυριό. Εφ' όσον δε υπάρχει να είναι πολύ καλά πωματισμένο και ασφαλισμένο. Τα αέρια του χλωρίου είναι πολύ επικίνδυνα, ερεθίζουν τα μάτια (επιπεφυκίτιδα), τη μύτη (ρινόρροια), τους πνεύμονες (βρογχίτιδα). Όταν ο αέρας περιέχει 0,5-1 % χλώριο υπάρχει μεγάλος κίνδυνος. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι τα άλατα του χλωρίου (φωσγένιο) χρησιμοποιήθηκαν στον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο (85.000 θάνατοι είχαν μόνο οι Γάλλοι). Όταν η νοικοκυρά καθαρίζει το σπίτι, στον αέρα του σπιτιού υπάρχει το 1/10 της θανατηφόρας συγκέντρωσης. Όταν το χλώριο αναμειχθεί με άλλα απολυμαντικά και οξέα καθαρισμού μπορούν να σχηματισθούν τοξικά ή καρκινογόνα αέρια (φωσγένιο, χλωροφόρμιο, τετραχλωράνθρακας, τριχλωροαιθυλένιο). Η « χλωριοακμή » είναι συνηθισμένη στα παιδιά αλλά και στις νοικοκυρές (φαγούρα, ερυθρότης, πυώδη εξανθήματα δέρματος).

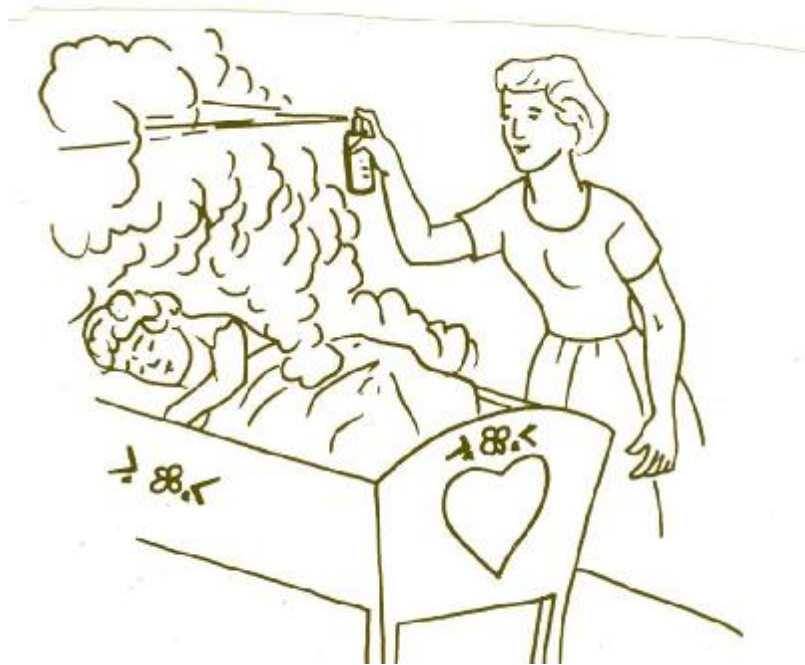
Η μανία απολύμανσης που διακατέχει πολλές μητέρες πρέπει να αποφεύγεται γιατί τα παιδιά θα πρέπει να εκτίθενται στους μικροοργανισμούς και στους μύκητες για να ενισχυθεί το ανοσοποιητικό τους σύστημα και να αναπτύξουν αντισώματα.

Όλα τα προϊόντα καθαρισμού, αποσμητικά χώρου, λευκαντικά, spray, κ.λ.π. περιέχουν τοξικές ουσίες. Πολλές κόλλες (ξύλου, πλαστικών, αυτοκόλλητες ταινίες) περιέχουν την τοξική και καρκινογόνο φορμαλδευδη. Τη συναντάμε επίσης στα χρώματα, σε καλλυντικά, σε είδη γραφείου(μαρκαδόρους, στο blanci, σε κόλλες), στον καπνό του τσιγάρου (με το κάπνισμα 20 τσιγάρων σε ένα δωμάτιο, υπάρχει συγκέντρωση φορμαλδευδης 0,3 mg/m<sup>3</sup>. Το ανώτατο επιτρεπτό όριο της ΕΟΚ είναι 1,2 mg ανά m<sup>3</sup>. Επομένως μην ψάχνουμε να βρούμε την αιτία που το παιδί μας έχει πονοκεφάλους, νευρικότητα, αϋπνίες, ερεθισμό του αναπνευστικού (άσθμα εκ φορμαλδευδης), επιπεφυκίτιδα κ.λ.π. όταν και οι δύο γονείς καπνίζουν αριμανίως σε κλειστό δωμάτιο.

Προσοχή λοιπόν στις διαφημίσεις και στα άφθονα «αγαθά» που μας προσφέρουν οι χημικές βιομηχανίες ειδών καθαρισμού. Τα παιδιά μας κινδυνεύουν καθημερινά. Μπορείτε να πετύχετε καθαριότητα και απολύμανση με απλά και υγιεινά μέσα (υγρό σαπούνι, σόδα, ξύδι, οινόπνευμα κ.λ.π.). Ο λεγόμενος και πολυδιαφημιζόμενος «βιολογικός καθαρισμός» των ρούχων θα μας «καθαρίσει» όλους γονείς και παιδιά από τις αναρίθμητες τοξικές και καρκινογόνες ουσίες που περιέχονται σε όλα αυτά τα απορρυπαντικά και λευκαντικά. Βεβαίως όλα αυτά τα γνωρίζουν οι βιομηχανίες (πλυντηρίων κ.λ.π.) και βεβαίως τα γνωρίζει και το κράτος, γι' αυτό άρχισαν εδώ και χρόνια (πειραματικά) να κατασκευάζονται πλυντήρια με υπερήχους (Ιαπωνία), πλυντήρια με μικροκομπιούτερ για σωστή μικροδοσολογία απορρυπαντικών. Προς το παρόν θα πρέπει να χρησιμοποιείτε σκόνες με βάση το σαπούνι, αποφεύγετε το προπλύσιμο, τα απορρυπαντικά με ένζυμα, και λευκαντικά.

Προσοχή στα spray καθαρισμού (αμμωνίας) αλλά και στα «εξολοθρεπτικά» spray (εντομοκτόνα, κατσαριδοκτόνα κ.λ.π.). Η τοξικότητα αυτών των spray είναι 100-200 φορές πιο μεγάλη από του τσιγάρου. Το λινδάνιο και η ναφθαλίνη μπορούν να προκαλέσουν ερεθισμό στα μάτια, ταχυκαρδία, αναιμία, ακοκκιοκυταραιμία, καρκινογεννέσεις και

άλλες πολλές παθολογικές καταστάσεις σε παιδιά που έχουν έλλειψη G6 P.D. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι αυτές οι τοξικές ουσίες των spray δεν εισέρχονται μόνο με την αναπνοή στον οργανισμό αλλά και μέσω του δέρματος. Η καμφορά, η λεβάντα, η συσκευή με υπερήχους για τα κουνούπια αποτελούν εναλλακτικές και υγιεινές λύσεις για τις νοικοκυρές αλλά και για την υγεία των παιδιών. 5



**Σχήμα 7.8**

Το καλοκαίρι που τα παιδιά κυκλοφορούν περισσότερο στο ύπαιθρο και στη θάλασσα, θα πρέπει να τα προσέχουμε από τις βλαπτικές επιδράσεις του ηλίου. Να τα κάνουμε θαλάσσιο μπάνιο τις πρωϊνές ή απογευματινές ώρες. Τα τσιμπήματα από διάφορα έντομα (μέλισσες, σφίγγες, κουνούπια) αλλά και από θαλάσσια μαλάκια (μέδουσες) μπορούν να ανακουφισθούν με τη χρήση αμμωνίας, ξυδιού ή κορτιζονούχου αλοιφής. Σε σοβαρές περιπτώσεις απαιτείται κορτιζόνη (solucortef) ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά. Καλό είναι σ' αυτούς που κοιμούνται σε σκηνές, υπνοσάκους κ.λ.π. να φέρουν μαζί τους αντιϊοβόλο ορό (χορηγείται υποδορίως 10 cc δίπλα στο τραύμα). Άλλες προφυλάξεις είναι οι μπότες, Τα μακριά παντελόνια με τα μπατζάκια μέσα στις μπότες.5

## **7.8 Χρήσιμες συμβουλές για την πρόληψη ατυχημάτων**

### **Χρήσιμες συμβουλές για τα έτη 1 - 4 .**

1. Φύλαξη βλαβερών ουσιών (Φάρμακα - απορρυπαντικά).
2. Επικάλυψη των θέσεων ηλεκτρικής παροχής. Ακόμα καλύτερα η εγκατάσταση συστήματος αυτόματης διακοπής ρεύματος που ενεργοποιείται με την εισαγωγή μη συμβατού αντικειμένου στην πρίζα (rele).
3. Πρόνοια ώστε οι λαβές των μαγειρικών σκευών να είναι στραμμένες προς τα μέσα (να μην προεξέχουν της κουζίνας) - κίνδυνος εγκαυμάτων.
4. Επικάλυψη στερνών, φρεατίων, κάδων ή άλλων δοχείων που περιέχουν νερό ή άλλο υγρό (κίνδυνος πνιγμού).
5. Τοποθέτηση προστατευτικών κιγκλιδωμάτων χωρίς αιχμηρές απολήξεις (θερμάστες, βεράντες, πισίνες). .
6. Ασφάλειες παραθύρων εξωτερικής πόρτας του σπιτιού.
7. Παιδικά καθίσματα αυτοκινήτου.  
    Ζώνες ασφαλείας
8. Ρύθμιση θερμοκρασίας τρεχούμενου νερού.  
(Το 1983 στην πολιτεία της Washington ψηφίστηκε νόμος σύμφωνα με τον οποίο, δεν επιτρέπεται το maximum της θερμοκρασίας του θερμοσίφωνα να υπερβαίνει τους 120°F (49 C°). Μ' αυτόν τον τρόπο μειώθηκαν τα εγκαύματα κατά 50% !).

### **Γ. Ηλικία: 5 - 9**

Στην ηλικία αυτή το παιδί έχει ωριμάσει αρκετά και επομένως διατρέχει μικρότερο κίνδυνο ατυχήματος.

Έχει όμως περισσότερο θάρρος, τάση προς περιπέτεια, υπερεκτίμηση των δυνατοτήτων του και ατελή γνώση των κινδύνων.

Σε αυτή την ηλικία τα συχνότερα ατυχήματα είναι: Τα τροχαία, η πτώση από ύψος, ο πνιγμός.

### **Συμβουλές:**

---

1. Διδαχή κανόνων οδικής συμπεριφοράς από το οικογενειακό περιβάλλον.
2. Ενταξη ειδικού προγράμματος στο σχολείο που θα περιλαμβάνει συμβουλές για σωστή οδική συμπεριφορά.
3. Χρήση κράνους και στο ποδήλατο. Στο 89% των θανάτων από χρήση ποδηλάτου διαπιστώθηκε η μη χρησιμοποίηση κράνους.

### **Ηλικία μεγαλύτερη των 10 ετών:**

Ακόμα λιγότερους κινδύνους διατρέχει το παιδί μετά το 100 έτος της ηλικίας. Εδώ πάντως αξίζει να τονιστεί ότι η υπερπροστασία αυξάνει τον κίνδυνο ατυχήματος διότι περιορίζει την ανάπτυξη αυτοπεποίθησης και ανεξαρτητοποίησης του παιδιού.

Το φύλο επίσης παίζει ρόλο, με άλλα λόγια, τα αγόρια λόγω και του ιδιοσυστασιακού χαρακτήρα τους είναι πιο επιρρεπή στα ατυχήματα (πιο κινητικά, πιο απείθαρχα).

Άλλη μια σημαντική επισήμανση είναι η εποχή του έτους.

Το καλοκαίρι με μεγαλύτερη συχνότητα σημειώνονται:

- α) Πνιγμοί στη θάλασσα.
- β) Εγκαύματα στον ήλιο.
- γ) Περισσότεροι τραυματισμοί (ποδήλατα - παιδικές χαρές).

Το χειμώνα με μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζονται εγκαύματα (κουζίνα-θερμάστρα).

Δηλ η κάκωση είναι μία νόσος που εξαρτάται από τις αρχές της επιδημιολογίας, της βιολογίας και της εκπαίδευσης για την πρόληψη.

Οι μέθοδοι που αποσκοπούν στη μείωση της βλάβης στα παιδιά περιγράφονται σαν ενεργητικές και παθητικές. Οι ενεργητικές παρεμβάσεις επιβάλλουν την αλλαγή της συμπεριφοράς, όπως η χρήση της ζώνης ασφαλείας, ενώ οι παθητικές παρεμβάσεις απαιτούν μικρό βαθμό αυτενέργειας από τη μεριά του ατόμου που προστατεύεται (π.χ. αερόσακος αυτοκινήτων).

Οι ενεργητικές παρεμβάσεις είναι πολύ πιθανότερο να είναι αποτελεσματικές, αν οι πράξεις που χρειάζονται είναι απλές, ανέξοδες και μη επαναλαμβανόμενες. Οι παθητικές παρεμβάσεις; αν και είναι αποτελεσματικότερες, δεν έχουν εφαρμογή σε όλους τους τύπους κινδύνων για κάκωση. Προσπάθειες για να πεισθούν τα άτομα, ιδιαίτερα οι γονείς, να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους, πρέπει να αποτελέσει το μεγαλύτερο μέρος των προσπαθειών για τον έλεγχο των κακώσεων στη χώρα μας. Αντίθετα, τα πιο επιτυχημένα προγράμματα πρόληψης των κακώσεων είναι εκείνα που αφορούν το σχεδιασμό των προϊόντων (παθητικές παρεμβάσεις). Οι παρεμβάσεις αυτές προστατεύουν όλα τα άτομα ανεξάρτητα από το βαθμό συνεργασίας ή το επίπεδο των ικανοτήτων τους.



## Πίνακας 10

### **Δέκα στρατηγικές παρεμβάσεις για τη μείωση της πιθανότητας κακώσεων ή ελαχιστοποίηση των συνεπειών της κάκωσης**

- 
1. Πρόληψη της δημιουργίας ή αντιμετώπιση του κινδύνου.  
Παράδειγμα: Πρόληψη της κατασκευής όπλων.
  2. Μείωση του μεγέθους του κινδύνου.  
Παράδειγμα: Συσκευασία φαρμάκων για παιδιά σε μη θανατηφόρες ποσότητες.
  3. Πρόληψη ακατάλληλης έκλυσης κινδύνου που υπάρχει.  
Παράδειγμα: Μαθήματα κολύμβησης στα παιδιά.
  4. Τροποποίηση της έκλυσης ή της χωρικής κατανομής του κινδύνου.  
Παράδειγμα: Χρήση καθισμάτων για μικρά παιδιά στα αυτοκίνητα.
  5. Απομάκρυνση του παιδιού από τον κίνδυνο αναφορικά με το χρόνο ή το χώρο.  
Παράδειγμα: Κατασκευή ποδηλατοδρόμων μακριά από τις μεγάλες οδικές αρτηρίες.
  6. Φυσική απομάκρυνση του παιδιού από τον κίνδυνο  
Παράδειγμα: Χρήση πλαστικών καλυμμάτων στις πρίζες.
  7. Τροποποίηση της δομής του κινδύνου.  
Παράδειγμα: Τοποθετείται γύρω από τα όργανα της παιδικής χαράς γρασίδι αντί μπετόν.
  8. Αύξηση της αντίστασης του παιδιού στον κίνδυνο.  
Παράδειγμα: Αύξηση της μυοσκελετικής δύναμης των παιδιών με προγράμματα άσκησης.
  9. Έναρξη καταπολέμησης της βλάβης που έχει ήδη γίνει.  
Παράδειγμα: Εκπαίδευση του γενικού πληθυσμού στην παροχή πρώτων βοηθειών.
  10. Σταθεροποίηση, διόρθωση και αποκατάσταση του τραυματισμένου παιδιού.  
Παράδειγμα: Ίδρυση περιφερειακών τραυματιολογικών κέντρων για παιδιά και κέντρων αποκατάστασης.
- 

Οι ενεργητικές και παθητικές παρεμβάσεις μπορούν να συνδυαστούν σε ειδικά προγράμματα – στόχους.

Οι παιδίατροι και οι παιδοχειρουργοί μπορούν και πρέπει να δράσουν σαν συνήγοροι του παιδιού στην εισαγωγή νομοθετημένων προσπαθειών, με στόχο τη μείωση των

ατυχημάτων στα παιδιά.

Και ακόμη περισσότερο η πολιτεία πρέπει να αναλάβει, την κατάρτιση προγραμμάτων ελέγχου των κακώσεων που να περιλαμβάνουν:

1. Τον εντοπισμό των περιοχών με αυξανόμενο κίνδυνο για κάκωση.
- 2 Την επιλογή μεθόδων παρέμβασης.
3. Την εφαρμογή του προγράμματος.
- 4.Την αξιολόγηση του αποτελέσματος.

Η αξιολόγηση δε του όλου προγράμματος θα πρέπει να είναι του είδους της «Δυναμικής αξιολόγησης» ώστε να μπορεί να αλληλοτροφοδοτείται το πρόγραμμα (Feed Back) έτσι ώστε να επέρχονται βελτιώσεις με παρεμβάσεις καλυτέρευσης του προγράμματος με σκοπό την περαιτέρω μείωση των παιδικών ατυχημάτων.5

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

**Η έρευνα έλαβε τόπο συγκεκριμένα στην πόλη της Πάτρας για παιδιά από 6-12 ετών που διαμένουν μόνιμα σε αυτή. Σκοπός της έρευνας και συνεπώς της εργασίας ήταν**

1<sup>ο</sup>) να αξιολογηθεί το μέγεθος του προβλήματος των ατυχημάτων σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών που διαμένουν μόνιμα στην Πάτρα, κατά τα έτη 2000 και 2003, και

2<sup>ο</sup>) να αξιολογηθούν οι παράγοντες και τα αίτια των παιδικών ατυχημάτων μέσα στο κοινωνικό – οικογενειακό – σχολικό περιβάλλον.

Για το σκοπό αυτό συντάχθηκε ερωτηματολόγιο. Στη συνέχεια οι απαντήσεις που δόθηκαν από το δείγμα των ερωτηθέντων αναλύθηκαν στατιστικά και προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

## ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εργασία αυτή έλαβε μέρος στο Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παιδών Πατρών από 1/3/2004 – 31/8/2004. Τα ερωτηματολόγια πάρθηκαν από το αρχείο του νοσοκομείου κατόπιν ειδικής αδείας. Η καταγραφή έγινε σε δύο συγκεκριμένα έτη 2000-2003. Το ερωτηματολόγιο ήταν κλειστού τύπου προς αποφυγήν λάθους. Το αρχείο αξιολογήθηκε με το στατιστικό πακέτο *ssps (sav)*. Όλες οι απαντήσεις των ερωτήσεων στους σύνθετους πίνακες ελέχθησαν για την στατιστική τους σημαντικότητα με τη δοκιμασία  $\chi$ -τετράγωνο. ( $\chi^2$ )

Πιθανότητα  $p < 0,05$  δείχνει ότι οι απαντήσεις δεν είναι τυχαίες αλλά επηρεάζονται από τις γραμμές πίνακα. Ανάλογα, πιθανότητα μεγαλύτερη της παραπάνω τιμής ( $p > 0,05$ ) σημαίνει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι βαθμοί ελευθερίας της δοκιμασίας (B.E) είναι απλά ένα μαθηματικό μέγεθος το οποίο είναι απαραίτητο να παρουσιάζεται μαζί με την τιμή  $\chi^2$  και το  $p$ .

**Πίνακας 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία του****παιδιού που υπέστη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
6	444	15,7	15,7	15,7
7	320	11,3	11,3	27,1
8	396	14,0	14,0	41,1
9	330	11,7	11,7	52,8
10	469	16,6	16,6	69,5
11	376	13,3	13,3	82,8
12	485	17,2	17,2	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Ο μεγαλύτερος αριθμός ατυχημάτων παρατηρείται στα μικρότερα και στα μεγαλύτερα παιδιά και πιθανόν οι αιτίες να είναι ότι τα μεν μικρότερα αδυνατούν να φροντίσουν τον εαυτό τους τα δε μεγαλύτερα πέφτουν θύματα ατυχημάτων εξαιτίας της υπερβολικής αυτοπεποίθησης που έχουν.

**Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την τάξη (δημοτικού) στην οποία βρισκόταν το παιδί που υπέστη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
1η	764	27,1	27,1	27,1
2α	399	14,1	14,1	41,2
3η	330	11,7	11,7	52,9
4η	472	16,7	16,7	69,7
5η	370	13,1	13,1	82,8
6η	485	17,2	17,2	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Η κατανομή των ηλικιών σε τάξεις σχολείου φανερώνει την συσσώρευση των ατυχημάτων που θα αναμέναμε σε παιδιά μικρών τάξεων. Εδώ έχουμε κυρίως ατυχήματα απροσεξίας ή άγνοιας.

**Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο του παιδιού που υπέστη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Αγόρι	1.751	62,1	62,1	62,1
Κορίτσι	1.069	37,9	37,9	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Αναμενόμενο, λόγω χαρακτήρα, είναι το υψηλότερο ποσοστό αγοριών που πέφτουν θύματα ατυχημάτων. Το ποσοστό αυτό είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό των κοριτσιών.

**Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης του πατέρα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Άγνωστο	23	0,8	2,7	2,7
Αγράμματος	4	0,1	0,5	3,2
Δημοτικό	16	0,6	1,9	5,1
Γυμνάσιο	113	4,0	13,3	18,4
Λύκειο	535	19,0	63,1	81,5
Ανωτέρα σχολή	157	5,6	18,5	100,0
Σύνολο	848	30,1	100,0	

Χωρίς απάντηση	1.972	69,9
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0

Το μεγαλύτερο ποσοστό των πατεράδων έχουν μόρφωση λυκείου. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί με πολλούς τρόπους προκειμένου να σχετισθεί με τα ατυχήματα (είδος εργασίας, τρόπος αντιμετώπισης των παιδιών κ.α.) ή θα μπορούσε απλά να αντανακλά την πλειοψηφία στην κοινωνία.

**Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Άγνωστο	26	0,9	3,1	3,1
Αγράμματη	4	0,1	0,5	3,5
Δημοτικό	13	0,5	1,5	5,1
Γυμνάσιο	218	7,7	25,7	30,8
Λύκειο	478	17,0	56,4	87,1
Ανωτέρα σχολή	109	3,9	12,9	100,0
Σύνολο	848	30,1	100,0	
Χωρίς απάντηση	1.972	69,9		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Αντίστοιχα συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν και από το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας.

**Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των γονέων του παιδιού.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Έγγαμοι	686	24,3	92,3	92,3
Διαζευγμένοι	50	1,8	6,7	99,1
Εν ζωή μόνο ο ένας	7	0,2	0,9	100,0
Σύνολο	743	26,3	100,0	
Χωρίς απάντηση	2.077	73,7		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Και εδώ τα αποτελέσματα δεν είναι σε θέση να υποδείξουν ότι η οικογενειακή κατάσταση παίζει κάποιον γενικότερο ρόλο στην πρόκληση ατυχήματος.

**Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν εργάζεται η μητέρα του παιδιού.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Ναι	609	21,6	71,8	71,8
Όχι	239	8,5	28,2	100,0
Σύνολο	848	30,1	100,0	
Χωρίς απάντηση	1.972	69,9		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Αν και το 71,8% των μητέρων των παιδιών που έπεσαν θύμα ατυχήματος εργάζεται εντούτοις δεν μπορούμε να το θεωρήσουμε αιτία ατυχημάτων, μιας και μεγάλο ποσοστό των μητέρων σήμερα είναι εργαζόμενες.

**Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών των γονιών του παιδιού.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
1	160	5,7	18,9	18,9
2	424	15,0	50,0	68,9
3	233	8,3	27,5	96,3
4	31	1,1	3,7	100,0
Σύνολο	848	30,1	100,0	
Χωρίς απάντηση	1.972	69,9		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παιδιών ανήκει σε οικογένειες με δύο παιδιά. Αυτό είναι επίσης αναμενόμενο αν λάβουμε υπόψη την διάρθρωση της μέσης Ελληνικής οικογένειας.

**Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το/τα αδέρφια του παιδιού που υπέστη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
0	160	5,7	18,9	18,9
1	424	15,0	50,0	68,9
2	233	8,3	27,5	96,3
3	31	1,1	3,7	100,0
Σύνολο	848	30,1	100,0	
Χωρίς απάντηση	1.972	69,9		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Τα αποτελέσματα είναι ανάλογα της προηγούμενης ερώτησης.

**Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την σειρά γέννησης του παιδιού που υπέστη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
1ο	76	2,7	51,4	51,4
2ο	61	2,2	41,2	92,6
3ο	11	0,4	7,4	100,0
Σύνολο	148	5,2	100,0	
Χωρίς απάντηση	2.672	94,8		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Παρατηρούμε ότι το πρώτο κατά κύριο λόγο αλλά και το δεύτερο παιδί της οικογένειας πέφτει συνήθως θύμα ατυχήματος .

**Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά του παιδιού που υπέστη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
"Άτακτο"	618	21,9	73,0	73,0
"Ηρεμο"	229	8,1	27,0	100,0
Σύνολο	847	30,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	1.973	70,0		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Αναμενόμενο είναι η πλειοψηφία των παιδιών που πέφτουν θύματα ατυχημάτων να είναι τα ποιο υπερκινητικά ή «άτακτα». Η πιθανότητα να πάθει ατύχημα ένα τέτοιο παιδί είναι σχεδόν τρεις φορές μεγαλύτερη.

**Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις επιδόσεις του παιδιού στο σχολείο.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Καλές	612	21,7	72,2	72,2
Κακές	18	0,6	2,1	74,3
Μέτριες	70	2,5	8,3	82,5
Άριστες	148	5,2	17,5	100,0
Σύνολο	848	30,1	100,0	
Χωρίς απάντηση	1.972	69,9		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Είναι αναμενόμενο, παιδιά που υφίστανται ατυχήματα να ανήκουν στην μεγάλη πλειοψηφία των «καλών» μαθητών στο σχολείο.

**Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη ιστορικού ατυχήματος για το ίδιο παιδί το οποίο έχρηξε ιατρικής φροντίδας.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Ναι	632	22,4	22,4	22,4
Όχι	2.187	77,6	77,6	100,0

Σύνολο	2.819	100,0	100,0
Χωρίς απάντηση	1	0,0	
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0	

Σχεδόν το ένα στα τρία παιδιά του δείγματος το οποίο που προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία φέρει και ιστορικό προγενέστερου ατυχήματος.

**Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα έτη που καταγράφηκαν τα ατυχήματα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
2000	1.294	45,9	45,9	45,9
2003	1.526	54,1	54,1	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Παρατηρείται αύξηση των ατυχημάτων κατά το 2003 σε σχέση με τα ατυχήματα που καταγράφηκαν το 2000. Η αύξηση είναι της τάξης του 17,6%.

**Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον μήνα καταγραφής του ατυχήματος.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
ΙΑΝ	207	7,3	7,3	7,3
ΦΕΒ	256	9,1	9,1	16,4
ΜΑΡ	307	10,9	10,9	27,3
ΑΠΡ	314	11,1	11,1	38,4
ΜΑΙ	234	8,3	8,3	46,7
ΙΟΥΝ	188	6,7	6,7	53,4
ΙΟΥΛ	243	8,6	8,6	62,0
ΑΥΓ	216	7,7	7,7	69,7
ΣΕΠ	253	9,0	9,0	78,7
ΟΚΤ	273	9,7	9,7	88,3
ΝΟΕ	118	4,2	4,2	92,5
ΔΕΚ	211	7,5	7,5	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Έχει παρατηρηθεί ότι κατά τους πρώτους ανοιξιάτικους μήνες υπάρχει μια συσσώρευση ατυχημάτων στην χώρα μας. Αυτό οφείλεται στην αυξημένη διάθεση των παιδιών τα οποία έχουν ζήσει σε κλειστούς χώρους κατά την περίοδο του χειμώνα να είναι ιδιαίτερα κινητικά και απρόσεκτα.

**Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εποχή του χρόνου κατά την οποία καταγράφηκε το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Χειμώνας	674	23,9	23,9	23,9
Άνοιξη	855	30,3	30,3	54,2
Καλοκαίρι	647	22,9	22,9	77,2
Φθινόπωρο	644	22,8	22,8	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Τα αποτελέσματα της ερώτησης αυτής επιβεβαιώνουν τα ευρήματα που συζητήθηκαν παραπάνω.

**Πίνακας 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρονική στιγμή στην διάρκεια της ημέρας που συνέβη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Πρωί	601	21,3	21,3	21,3
Μεσημέρι	771	27,3	27,3	48,7
Απόγευμα	820	29,1	29,1	77,7



Βράδυ	628	22,3	22,3	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Παρατηρούμε μια ελαφρά αύξηση των ατυχημάτων κατά το απόγευμα ίσως γιατί τα παιδιά τις ώρες αυτές μένουν χωρίς επιτήρηση.

**Πίνακας 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ημέρα της εβδομάδας που συνέβη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Κυριακή	325	11,5	11,5	11,5
Δευτέρα	434	15,4	15,4	26,9
Τρίτη	423	15,0	15,0	41,9
Τετάρτη	422	15,0	15,0	56,9
Πέμπτη	444	15,7	15,7	72,6
Παρασκευή	385	13,7	13,7	86,3
Σάββατο	387	13,7	13,7	100,0
Σύνολο	2820	100,0	100,0	

Παρατηρούμε από την κατανομή των ατυχημάτων ανά ημέρα ότι την Κυριακή προκαλούνται λιγότερα ατυχήματα εξαιτίας της αυξημένης εποπτείας των παιδιών από τους κηδεμόνες τους. Ανάλογα σε αριθμό εμφανίζονται και τα ατυχήματα κατά τις ημέρες Παρασκευή και Σάββατο.

Τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας ο αριθμός των ατυχημάτων αυξάνεται (χωρίς όμως να διαφοροποιείται από ημέρα σε ημέρα). Οι αιτίες μπορεί να είναι πολλές. Η ενασχόληση των γονέων με θέματα της εργασίας τους ή και άλλα θέματα της καθημερινότητας μειώνει τον βαθμό επιτήρησης των παιδιών με αποτέλεσμα την αύξηση των ατυχημάτων. Άλλος παράγοντας είναι πως τα παιδιά περνούν όλο τον ελεύθερο χρόνο τους κατά τις ημέρες αυτές μέσα στο σπίτι με αποτέλεσμα έναν υπερκινητικό και απρόσεκτο χαρακτήρα.

**Πίνακας 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τους παρόντες στο ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Κανένας	71	2,5	2,5	2,5
Γονείς	1.403	49,8	49,8	52,3
Συγγενείς	495	17,6	17,6	69,8
Baby sitter	25	0,9	0,9	70,7
Άλλοι	825	29,3	29,3	100,0
Σύνολο	2.819	100,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,0		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα ατυχήματα συμβαίνουν υπό την παρουσία των γονέων. Φαίνεται όμως ο βαθμός επιτήρησης των παιδιών ότι είναι χαλαρός.

**Πίνακας 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο που συνέβη το ατύχημα.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Σπίτι	1.018	36,1	36,1	36,1
Σχολείο (μέσα ή γύρο)	402	14,3	14,3	50,4
Παιδική χαρά	380	13,5	13,5	63,9
Οδός	308	10,9	10,9	74,8
Ύπαιθρος	145	5,1	5,1	79,9
Άλλος χώρος	566	20,1	20,1	100,0
Σύνολο	2.819	100,0	100,0	
Χωρίς απάντηση	1	0,0		
Γεν. Σύνολο	2.820	100,0		

Το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων έχει καταγραφεί στο σπίτι όπου θα περιμέναμε να αποτελεί τον πιο ασφαλή χώρο.

**Πίνακας 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος του ατυχήματος.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Πτώση	1.880	66,7	66,7	66,7
Μεταφορικό μέσο	433	15,4	15,4	82,0
Κοφτερά & διεισδυτικά αντικείμενα	266	9,4	9,4	91,5
Εκρηκτικό υλικό	6	0,2	0,2	91,7
Καυτή ύλη & αντικείμενο	77	2,7	2,7	94,4
Ηλεκτρικό ρεύμα	10	0,4	0,4	94,8
Δηλητηρίαση από φάρμακα	10	0,4	0,4	95,1
Δηλητηρίαση από τροφή	1	0,0	0,0	95,1
Δείγμα ζώων-εντόμων	137	4,9	4,9	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Η πλειοψηφία των ατυχημάτων αφορά πτώσεις των παιδιών από ψηλά σημεία. Δεύτερα σε σειρά έρχονται τα ατυχήματα με μεταφορικό μέσο όπου και τα παιδιά δεν φέρουν υπαιτιότητα.

**Πίνακας 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την θέση του τραύματος.**

	Απαντήσεις	(%)	(%) επί των απαντήσεων	Αθροιστικό (%)
Κεφαλή	564	20,0	20,0	20,0
Στα άνω άκρα	825	29,3	29,3	49,3
Στα κάτω άκρα	619	22,0	22,0	71,2
Πολλαπλό τραύμα	82	2,9	2,9	74,1
Εξάρθρωμα, διάστρεμμα	74	2,6	2,6	76,7
Ανοιχτό τραύμα	346	12,3	12,3	89,0
Μώλωπες	92	3,3	3,3	92,3
Άλλο	218	7,7	7,7	100,0
Σύνολο	2.820	100,0	100,0	

Τα άνω και κάτω άκρα καθώς και η κεφαλή είναι τα σημεία στα οποία τραυματίζονται συχνότερα τα παιδιά.

**Πίνακας 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο του ατυχήματος και την ημέρα της εβδομάδας που αυτό συνέβη.**

	Τύπος ατυχήματος									Σύνολο
	Πτώση	Μεταφορικό μέσο	Κοφτερά & διεισδυτικά ατυχήματα	Εκρηκτικό υλικό	Καυτή ύλη & αντικείμενο	Ηλεκτρικό ρεύμα	Δηλητηρίαση από φάρμακα	Δηλητηρίαση από τροφή	Δείγμα ζώων-εντόμων	
Κυριακή	204	52	30	2	12	1	1	0	23	325
	10,9%	12,0%	11,3%	33,3%	15,6%	10,0%	10,0%	0,0%	16,8%	11,5%
Δευτέρα	296	69	37	1	5	0	3	0	23	434
	15,7%	15,9%	13,9%	16,7%	6,5%	0,0%	30,0%	0,0%	16,8%	15,4%
Τρίτη	290	54	44	0	14	4	2	0	15	423
	15,4%	12,5%	16,5%	0,0%	18,2%	40,0%	20,0%	0,0%	10,9%	15,0%
Τετάρτη	301	53	40	0	11	2	0	0	15	422
	16,0%	12,2%	15,0%	0,0%	14,3%	20,0%	0,0%	0,0%	10,9%	15,0%
Πέμπτη	319	62	30	0	10	1	1	1	20	444
	17,0%	14,3%	11,3%	0,0%	13,0%	10,0%	10,0%	100,0%	14,6%	15,7%
Παρασκευή	255	64	35	2	7	0	2	0	20	385
	13,6%	14,8%	13,2%	33,3%	9,1%	0,0%	20,0%	0,0%	14,6%	13,7%
Σάββατο	215	79	50	1	18	2	1	0	21	387
	11,4%	18,2%	18,8%	16,7%	23,4%	20,0%	10,0%	0,0%	15,3%	13,7%
Σύνολο	1.880	433	266	6	77	10	10	1	137	2.820
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 75,293$  βαθμοί ελευθερίας = 48  $p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον τύπο του ατυχήματος και την ημέρα της εβδομάδας που αυτό συνέβη. Οι πτώσεις για παράδειγμα συμβαίνουν συχνότερα στα μέσα της εβδομάδας ενώ τα ατυχήματα με μεταφορικό μέσο τα Σάββατα όπως και τα κοψίματα ή τα καψίματα. Τα τσιμπήματα από το έντομο δεν δείχνουν κάποια ιδιαίτερη κατανομή ενώ για τα ατυχήματα με μικρότερη συχνότητα δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

**Πίνακας 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο και την ημέρα του ατυχήματος.**

	Τόπος ατυχήματος						Σύνολο
	Σπίτι	Σχολείο (μέσα ή γύρο)	Παιδική χαρά	Οδός	Ύπαιθρος	Άλλος χώρος	
Κυριακή	127	21	44	41	25	67	325
	12,5%	5,2%	11,6%	13,3%	17,2%	11,8%	11,5%
Δευτέρα	143	74	52	50	20	95	434
	14,0%	18,4%	13,7%	16,2%	13,8%	16,8%	15,4%
Τρίτη	155	67	56	36	20	88	422
	15,2%	16,7%	14,7%	11,7%	13,8%	15,5%	15,0%
Τετάρτη	165	78	56	38	14	71	422
	16,2%	19,4%	14,7%	12,3%	9,7%	12,5%	15,0%
Πέμπτη	143	80	60	53	20	88	444
	14,0%	19,9%	15,8%	17,2%	13,8%	15,5%	15,8%
Παρασκευή	147	47	48	40	23	80	385
	14,4%	11,7%	12,6%	13,0%	15,9%	14,1%	13,7%
Σάββατο	138	35	64	50	23	77	387
	13,6%	8,7%	16,8%	16,2%	15,9%	13,6%	13,7%
Σύνολο	1.018	402	380	308	145	566	2.819
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 62,707$  βαθμοί ελευθερίας = 30  $p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ημέρα και τον τόπο του ατυχήματος. Τα ατυχήματα στο σπίτι δεν δείχνουν μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στις ημέρες της εβδομάδας και τα Σαββατοκύριακα όπως συμβαίνει στα ατυχήματα του σχολείου (την αυλή του οποίου κάποια παιδιά χρησιμοποιούν συνέχεια). Τα ατυχήματα στις παιδικές χαρές συμβαίνουν συνηθέστερα τα Σάββατα, οπότε παρατηρούμε και μια μικρή έξαρση των ατυχημάτων στους δρόμους.

**Πίνακας 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος του ατυχήματος και την ηλικιακή ομάδα του παιδιού.**

	Ηλικιακή ομάδα	Σύνολο
--	----------------	--------

	Ηλικίες 6-9	Ηλικίες 10-12	
Πτώση	983 66,0%	897 67,4%	1.880 66,7%
Μεταφορικό μέσο	211 14,2%	222 16,7%	433 15,4%
Κοφτερά & διεισδυτικά ατυχήματα	153 10,3%	113 8,5%	266 9,4%
Εκρηκτικό υλικό	1 0,1%	5 0,4%	6 0,2%
Καυτή ύλη & αντικείμενο	50 3,4%	27 2,0%	77 2,7%
Ηλεκτρικό ρεύμα	7 0,5%	3 0,2%	10 0,4%
Δηλητηρίαση από φάρμακα	8 0,5%	2 0,2%	10 0,4%
Δηλητηρίαση από τροφή	1 0,1%	0 0,0%	1 0,0%
Δείγμα ζώων-εντόμων	76 5,1%	61 4,6%	137 4,9%
Σύνολο	1.490 100,0%	1.330 100,0%	2.820 100,0%

$\chi^2 = 18,589$  βαθμοί ελευθερίας = 8  $p < 0,05$

Η στατιστική σημαντικότητα που παρατηρείται στην ερώτηση αυτή οφείλεται κυρίως στο ότι ατυχήματα από κοιμήματα ή καψίματα συμβαίνουν κυρίως στα μικρότερα παιδιά ενώ αυτά από μεταφορικά μέσα στα μεγαλύτερης ηλικίας.

**Πίνακας 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και ενδεχόμενο ιστορικό ατυχήματος.**

Ιστορικό ατυχήματος	Ηλικιακή ομάδα		Σύνολο
	Ηλικίες 6-9	Ηλικίες 10-12	
Ναί	332 22,3%	300 22,6%	632 22,4%
Όχι	1.158 77,7%	1.029 77,4%	2.187 77,6%
	1.490 100,0%	1.329 100,0%	2.819 100,0%

$\chi^2 = 0,034$  βαθμοί ελευθερίας = 1  $p > 0,05$

Δεν παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το ιστορικό ατυχήματος και την ηλικιακή ομάδα των παιδιών.

**Πίνακας 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τον τόπο του ατυχήματος.**

	Ηλικιακή ομάδα		Σύνολο
	Ηλικίες 6-9	Ηλικίες 10-12	
Σπίτι	580 39,0%	438 32,9%	1.018 36,1%
Σχολείο (μέσα ή γύρο)	184 12,4%	218 16,4%	402 14,3%
Παιδική χαρά	209 14,0%	171 12,9%	380 13,5%
Οδός	149 10,0%	159 12,0%	308 10,9%
Ύπαιθρος	81 5,4%	64 4,8%	145 5,1%
Άλλος χώρος	286 19,2%	280 21,1%	566 20,1%
	1.489 100,0%	1.330 100,0%	2.819 100,0%

$\chi^2 = 19,960$  βαθμοί ελευθερίας = 5  $p < 0,05$

Η διαφορές που παρατηρούνται οφείλονται κυρίως στο ότι ατυχήματα στο σπίτι και στην παιδική χαρά συμβαίνουν συνηθέστερα σε παιδιά μικρής ηλικίας, ενώ ατυχήματα στο σχολείο, σε δρόμους και αλλού συμβαίνουν συνηθέστερα σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

**Πίνακας 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την θέση του ατυχήματος.**

	Ηλικιακή ομάδα		Σύνολο
	Ηλικίες 6-9	Ηλικίες 10-12	
Κεφαλή	365 24,5%	199 15,0%	564 20,0%
Στα άνω άκρα	358 24,0%	467 35,1%	825 29,3%
Στα κάτω άκρα	281 18,9%	338 25,4%	619 22,0%
Πολλαπλό τραύμα	47 3,2%	35 2,6%	82 2,9%
Εξάρθρωμα, διάστρεμμα	25 1,7%	49 3,7%	74 2,6%
Ανοιχτό τραύμα	231 15,5%	115 8,6%	346 12,3%
Μώλωπες	61 4,1%	31 2,3%	92 3,3%
Άλλο	122 8,2%	96 7,2%	218 7,7%
	1.490 100,0%	1.330 100,0%	2.820 100,0%

$\chi^2 = 121,134$  βαθμοί ελευθερίας = 7  $p < 0,05$

Η στατιστική σημαντικότητα που παρατηρούμε οφείλεται κυρίως στο ότι τα παιδιά μικρής ηλικίας τραυματίζονται συνηθέστερα στο κεφάλι ενώ και τα τραύματά τους είναι σοβαρότερα (ανοιχτά). Αντίθετα τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας τραυματίζονται περισσότερο στα άνω και κάτω άκρα.

**Πίνακας 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τον μήνα του ατυχήματος.**

	Ηλικιακή ομάδα		Σύνολο
	Ηλικίες 6-9	Ηλικίες 10-12	
ΙΑΝ	100 6,7%	107 8,0%	207 7,3%
ΦΕΒ	102 6,8%	154 11,6%	256 9,1%
ΜΑΡ	160 10,7%	147 11,1%	307 10,9%
ΑΠΡ	165 11,1%	149 11,2%	314 11,1%
ΜΑΙ	134 9,0%	100 7,5%	234 8,3%
ΙΟΥΝ	126 8,5%	62 4,7%	188 6,7%
ΙΟΥΛ	134 9,0%	109 8,2%	243 8,6%
ΑΥΓ	123 8,3%	93 7,0%	216 7,7%
ΣΕΠ	122 8,2%	131 9,8%	253 9,0%
ΟΚΤ	144 9,7%	129 9,7%	273 9,7%
ΝΟΕ	58 3,9%	60 4,5%	118 4,2%
ΔΕΚ	122 8,2%	89 6,7%	211 7,5%
Σύνολο	1490 100,0%	1330 100,0%	2820 100,0%

$\chi^2 = 43,031$  βαθμοί ελευθερίας = 11  $p < 0,05$

Στα αποτελέσματα της ερώτησης αυτής υπάρχουν επίσης διαφορές που δικαιολογούν την στατιστική σημαντικότητα. Για παράδειγμα τον Φεβρουάριο παρατηρούμε σχεδόν διπλάσια ατυχήματα στις μεγαλύτερες ηλικίες σε σχέση με τις μικρότερες ενώ τον Ιούνιο τα πράγματα αντιστρέφονται.

**Πίνακας 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο του παιδιού και τον τόπο του ατυχήματος.**

	Φύλο παιδιού		Σύνολο
	Αγόρι	Κορίτσι	
Σπίτι	632	386	1018
	36,1%	36,1%	36,1%
Σχολείο (μέσα ή γύρο)	241	161	402
	13,8%	15,1%	14,3%
Παιδική χαρά	237	143	380
	13,5%	13,4%	13,5%
Οδός	191	117	308
	10,9%	10,9%	10,9%
Ύπαιθρος	94	51	145
	5,4%	4,8%	5,1%
Άλλος χώρος	355	211	566
	20,3%	19,7%	20,1%
Σύνολο	1750	1069	2819
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 1,35$  βαθμοί ελευθερίας = 5  $p > 0,05$

Δεν υπάρχουν στατιστικές διαφορές ανάμεσα στο φύλο του παιδιού και τον τόπο του ατυχήματος.

**Πίνακας 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τον χαρακτήρα του παιδιού.**

Χαρακτήρας παιδιού	Φύλο παιδιού		Σύνολο
	Αγόρι	Κορίτσι	
"Άτακτο"	470	148	618
	89,9%	45,7%	73,0%
"Ηρεμο"	53	176	229
	10,1%	54,3%	27,0%
Σύνολο	523	324	847
	100,0%	100,0%	100,0%

$\chi^2 = 198,015$  βαθμοί ελευθερίας = 1  $p < 0,05$

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην προσωπικότητα του παιδιού με τα αγόρια να χαρακτηρίζονται περισσότερο άτακτα.

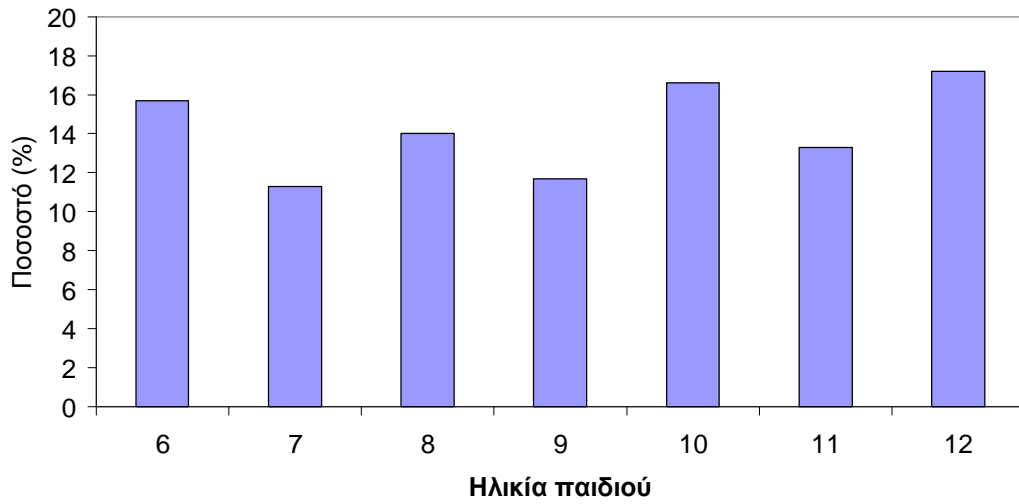
**Πίνακας 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο του παιδιού και το ιστορικό ατυχήματος.**

Ιστορικό ατυχήματος	Φύλο παιδιού		Σύνολο
	Αγόρι	Κορίτσι	
Ναί	392	240	632
	22,4%	22,5%	22,4%
Όχι	1.358	829	2.187
	77,6%	77,5%	77,6%
Σύνολο	1.750	1.069	2.819
	100,0%	100,0%	100,0%

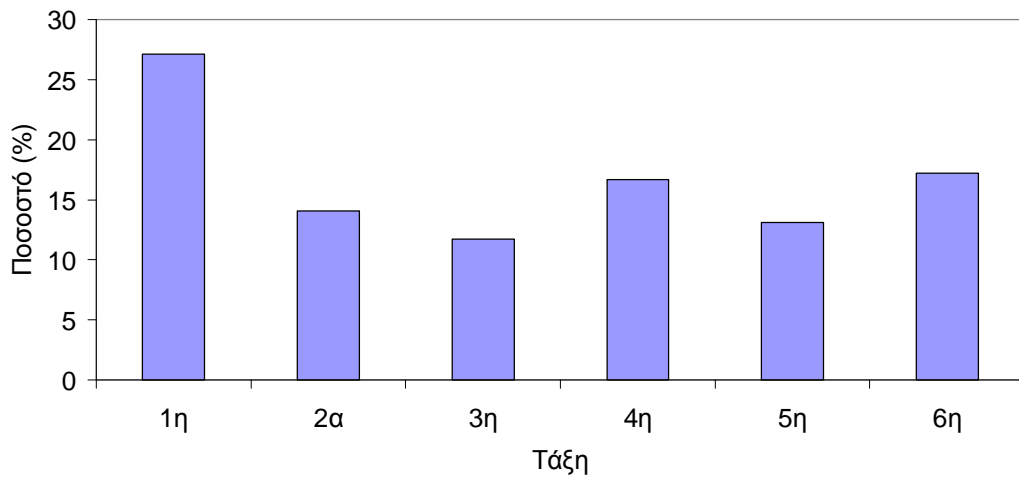
$\chi^2 = 0,001$  βαθμοί ελευθερίας = 1  $p > 0,05$

Δεν υπάρχουν διαφορές όσον αφορά το ιστορικό ατυχήματος ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια.

**Σχήμα 1: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία του παιδιού που υπέστη το ατύχημα.**

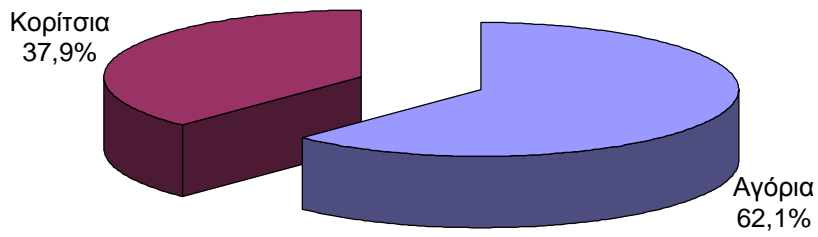


**Σχήμα 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την τάξη (δημοτικού) στην οποία βρισκόταν το παιδί που υπέστη το ατύχημα.**

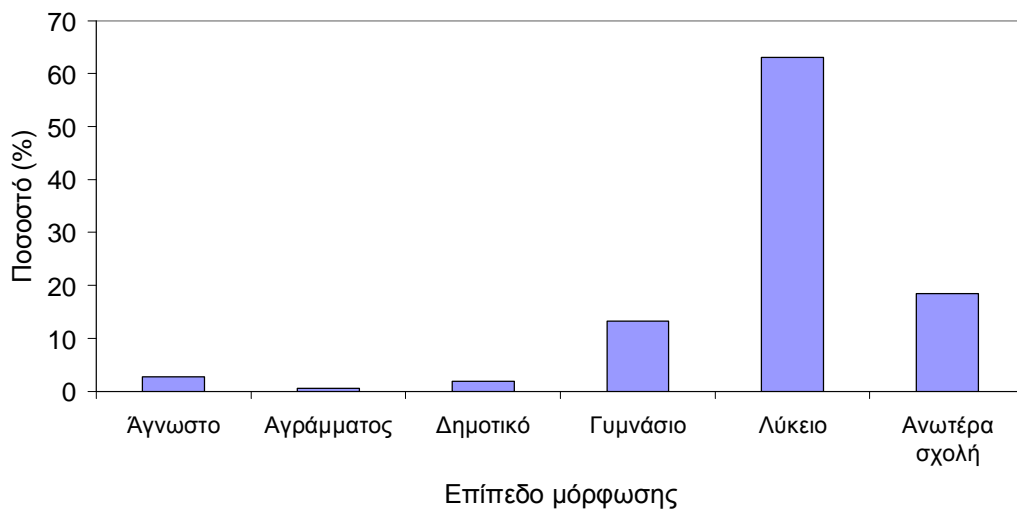




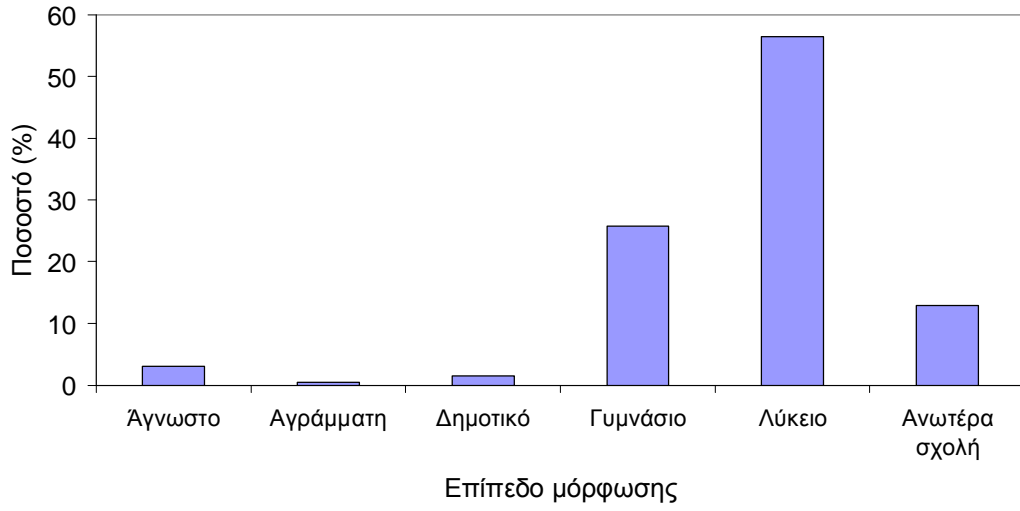
**Σχήμα 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο του παιδιού που υπέστη το ατύχημα**



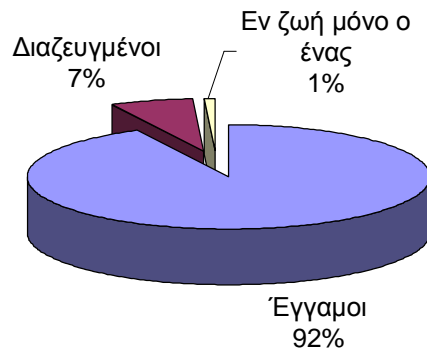
**Σχήμα 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης του πατέρα**



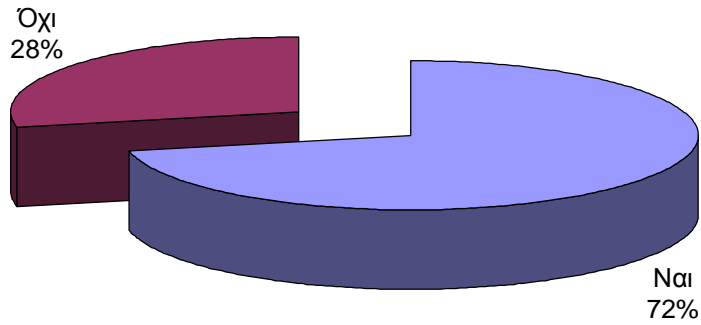
**Σχήμα 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης της μητέρας**



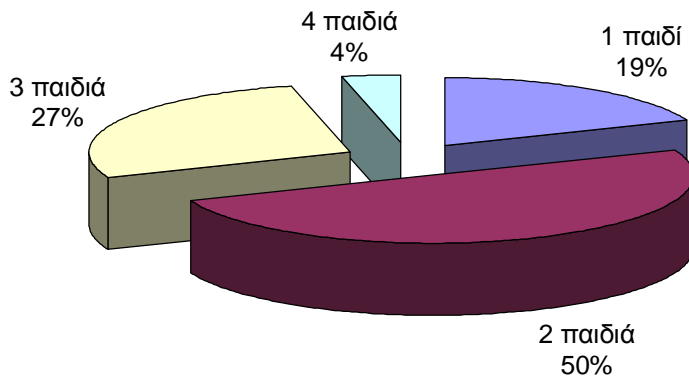
**Σχήμα 6: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των γονέων του παιδιού**



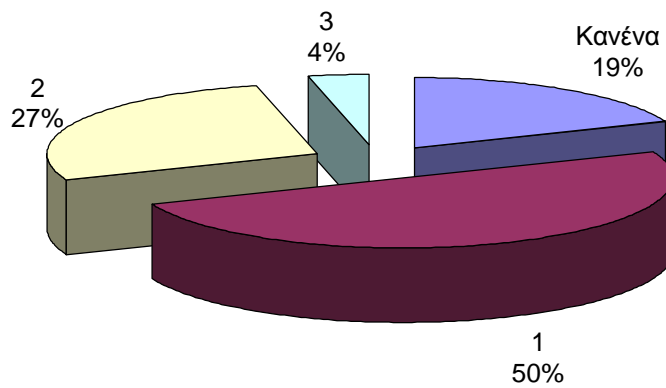
**Σχήμα 7: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το εάν εργάζεται η μητέρα του παιδιού**



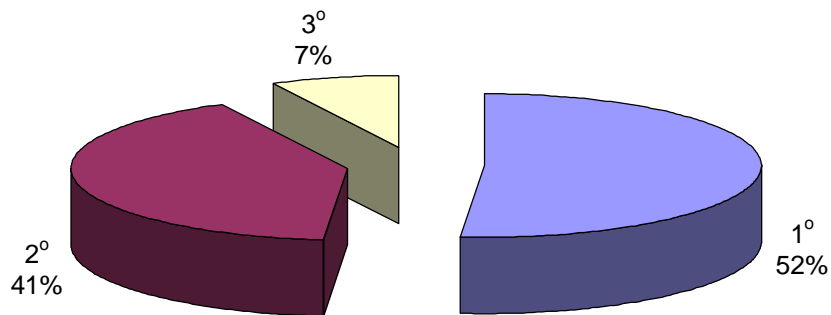
**Σχήμα 8: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μέγεθος των οικογενειών των παιδιών που έπεσαν θύματα ατυχήματος**



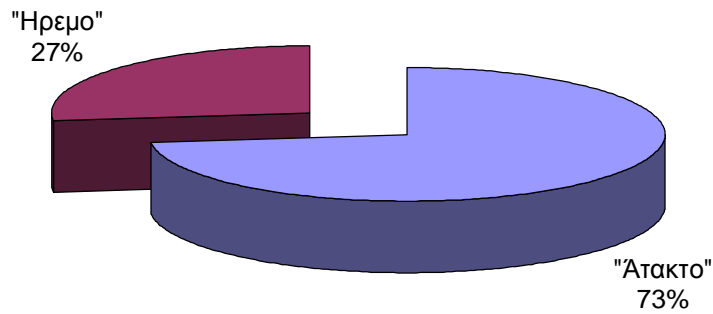
**Σχήμα 9: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το/τα αδέρφια του παιδιού που υπέστη το ατύχημα**



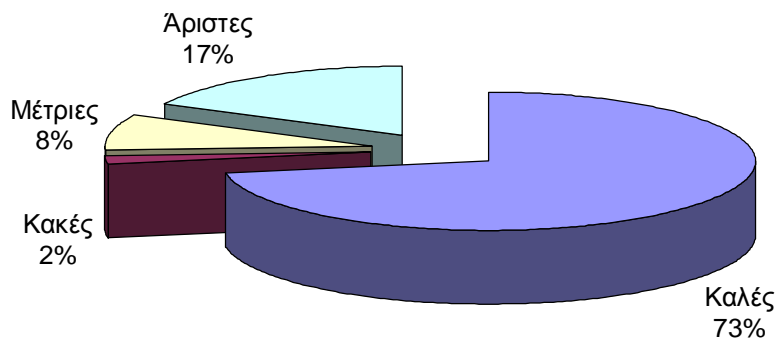
**Σχήμα 10: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την σειρά γέννησης του παιδιού που υπέστη το ατύχημα**



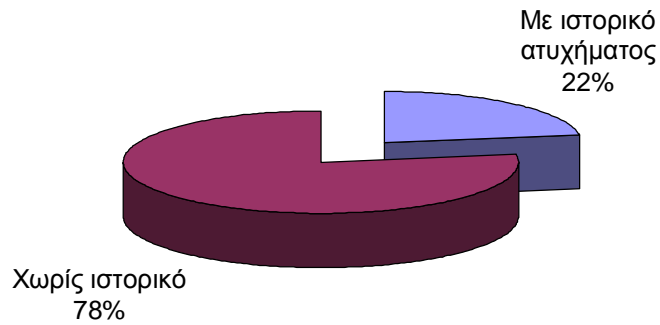
**Σχήμα 11: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το πώς χαρακτηρίζεται η συμπεριφορά του παιδιού που υπέστη το ατύχημα**



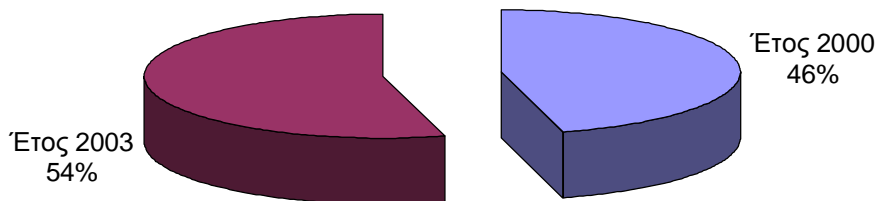
**Σχήμα 12: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις επιδόσεις του παιδιού στο σχολείο**



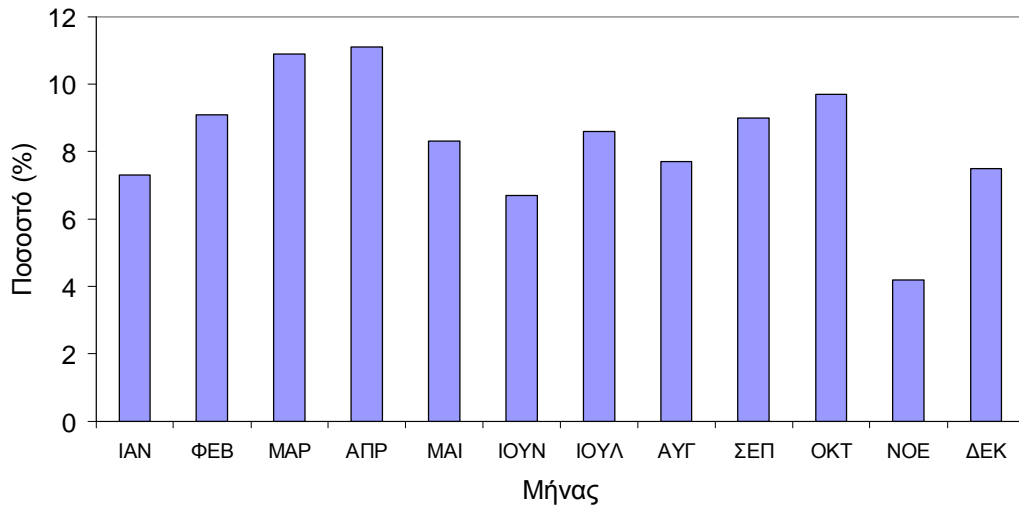
**Σχήμα 13: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ύπαρξη ιστορικού ατυχήματος για το ίδιο παιδί το οποίο έχρηζε ιατρικής φροντίδας**



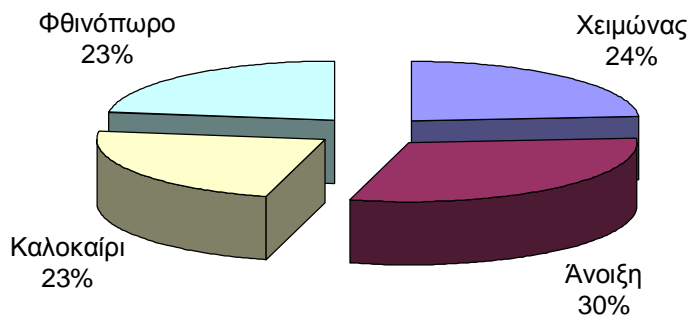
**Σχήμα 14: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα έτη που καταγράφηκαν τα ατυχήματα.**



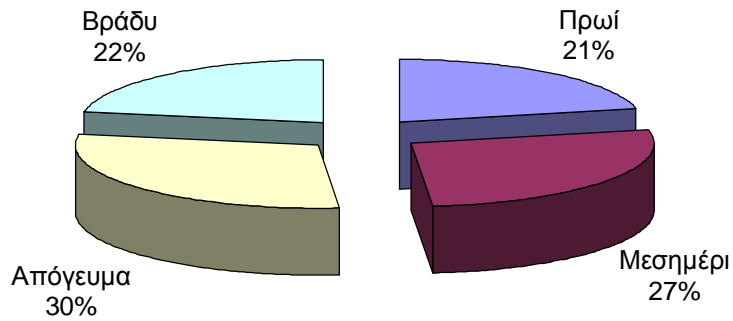
**Σχήμα 15: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον μήνα καταγραφής του ατυχήματος.**



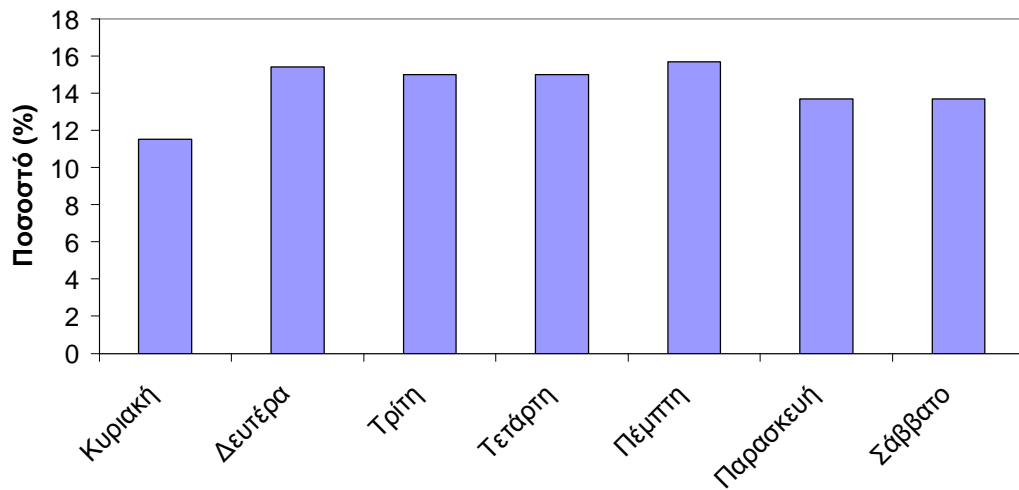
**Σχήμα 16: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την εποχή του χρόνου κατά την οποία καταγράφηκε το ατύχημα**



**Σχήμα 17: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρονική στιγμή στην διάρκεια της ημέρας που συνέβη το ατύχημα**

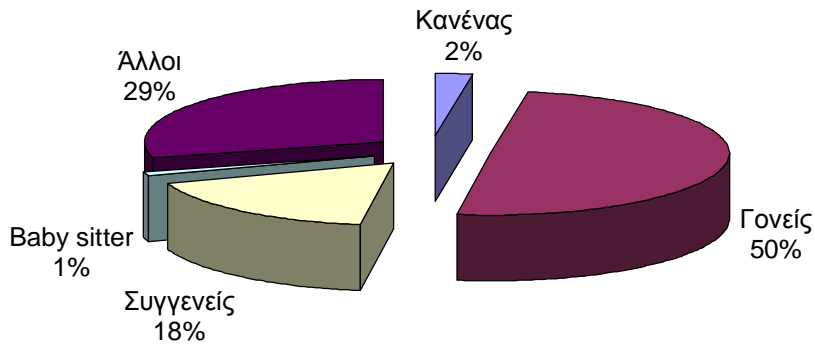


**Σχήμα 18: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ημέρα της εβδομάδας που συνέβη το ατύχημα.**

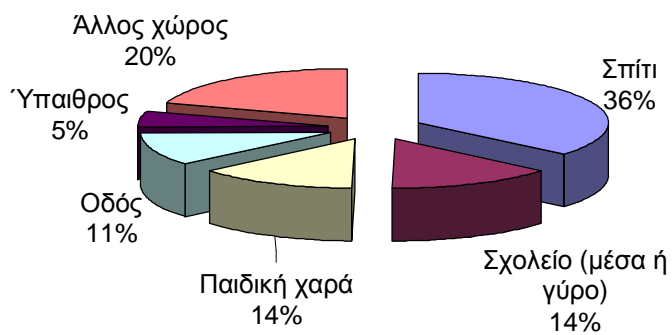




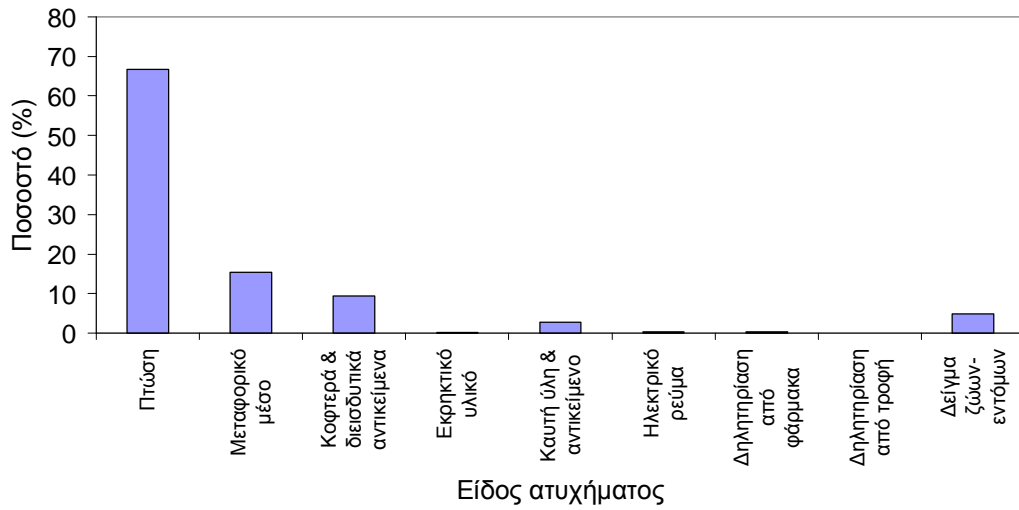
**Σχήμα 19: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τους παρόντες στο ατύχημα**



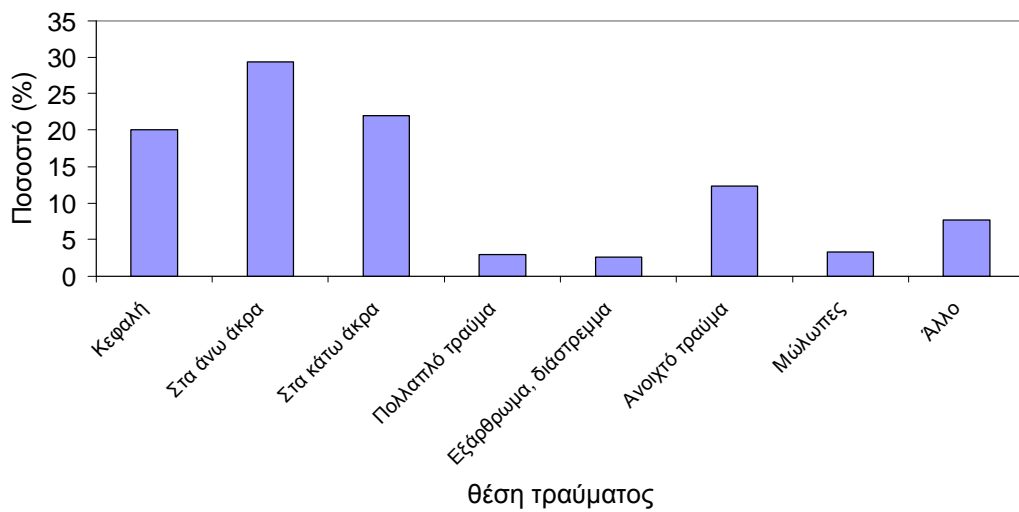
**Σχήμα 20: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο που συνέβη το ατύχημα.**



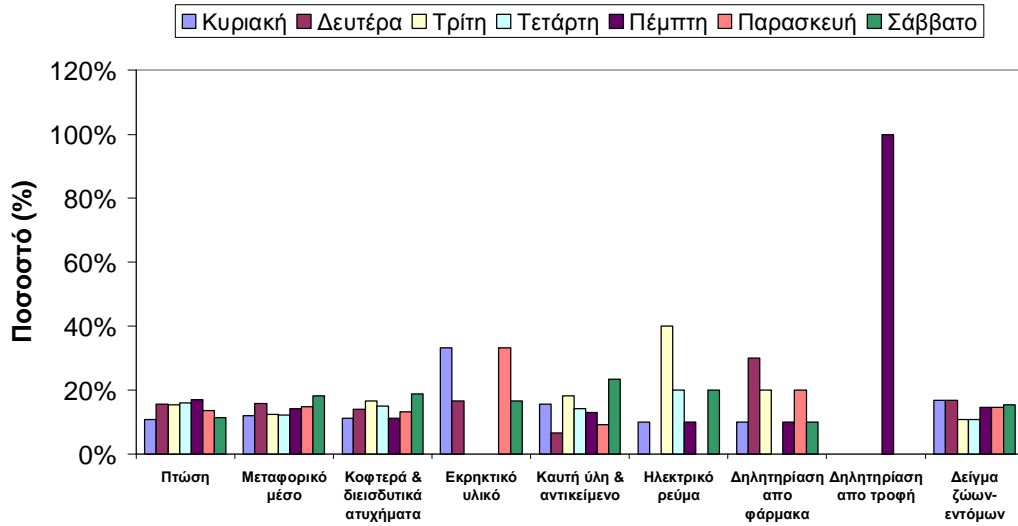
**Σχήμα 21: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το είδος του ατυχήματος.**



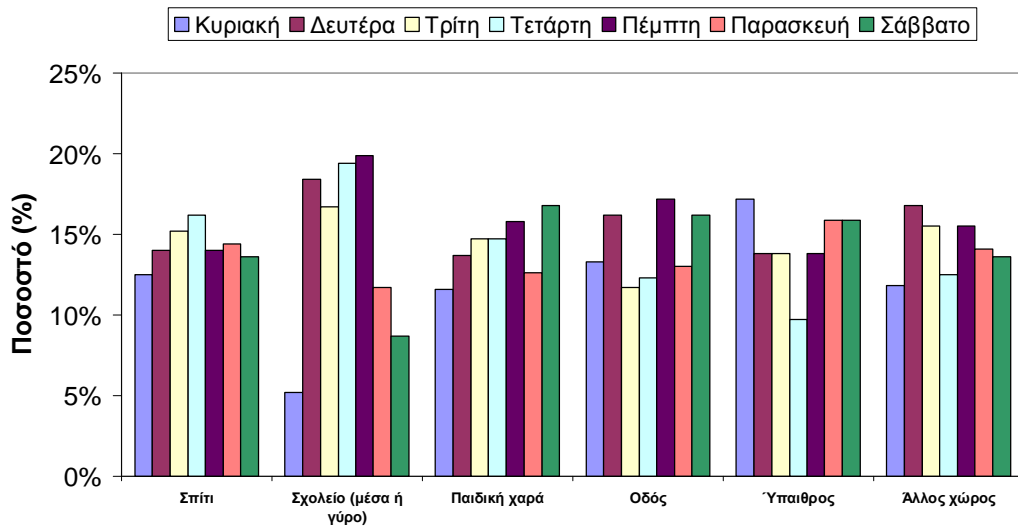
**Σχήμα 22: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την θέση του τραύματος.**



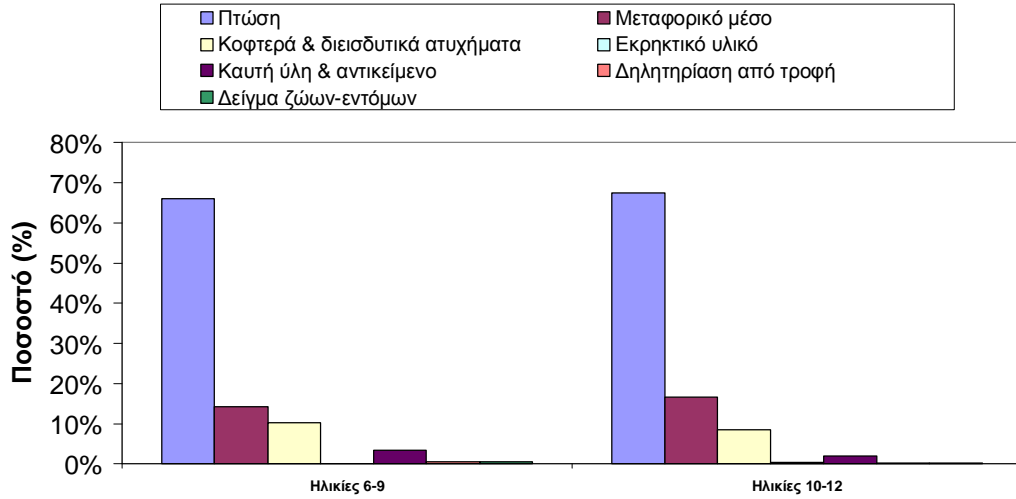
**Σχήμα 23: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τύπο του ατυχήματος και την ημέρα της εβδομάδας που αυτό συνέβη.**



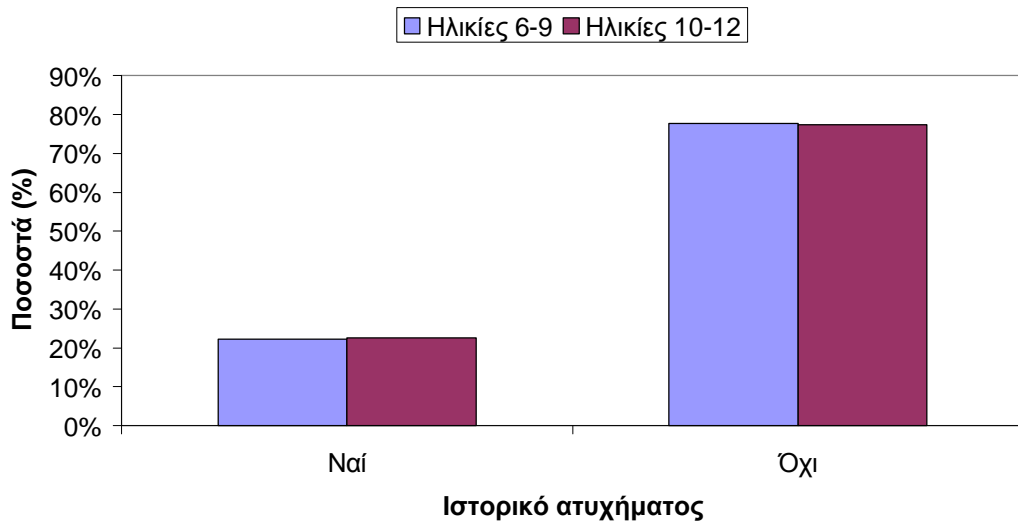
**Σχήμα 24: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο και την ημέρα του ατυχήματος.**



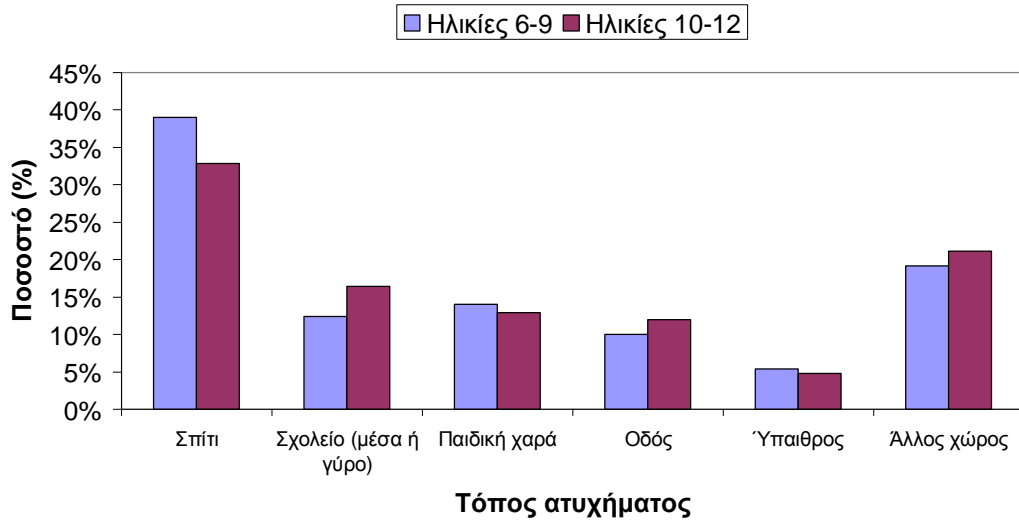
**Σχήμα 25: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και το είδος του ατυχήματος.**



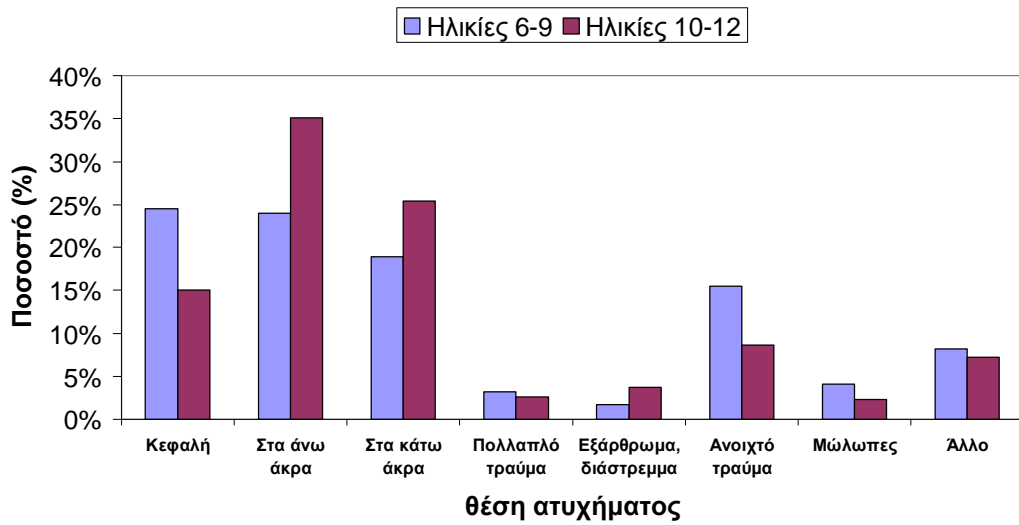
**Σχήμα 26: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και ενδεχόμενο ιστορικό ατυχήματος**



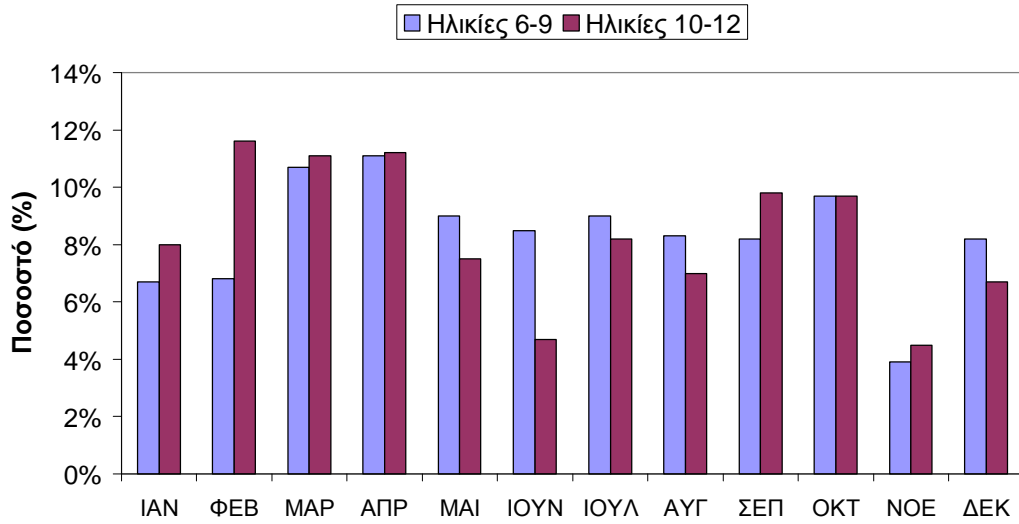
**Σχήμα 27: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τον τόπο του ατυχήματος.**



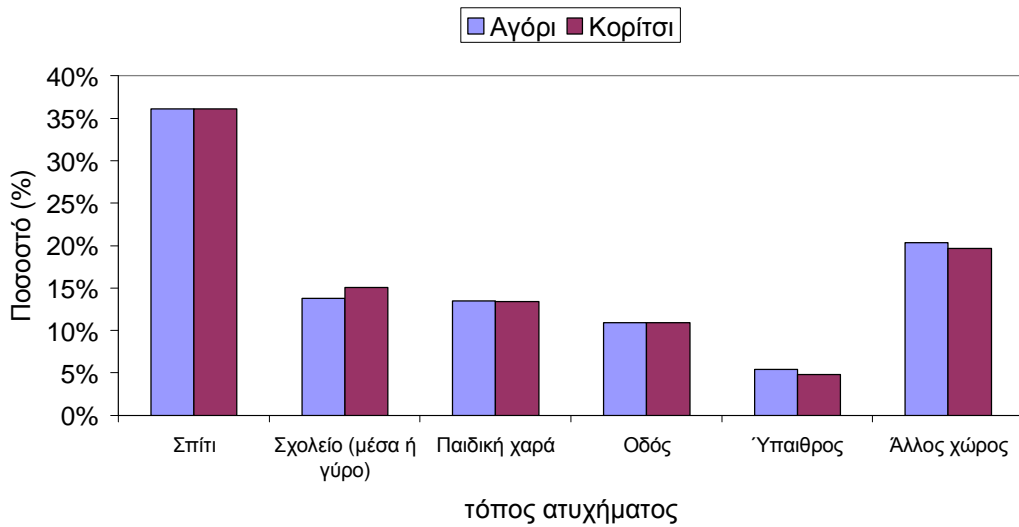
**Σχήμα 28: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και την θέση του ατυχήματος.**



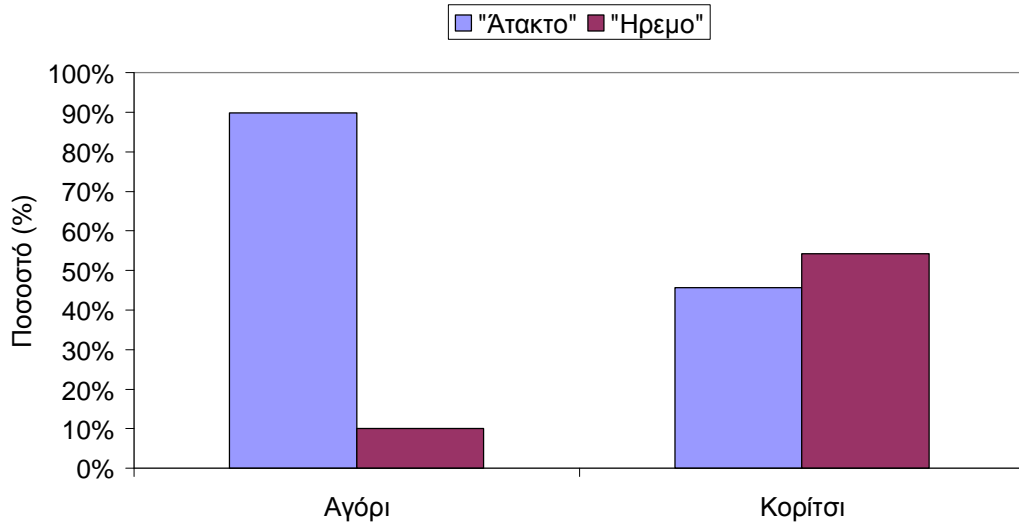
**Σχήμα 29: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα και τον μήνα του ατυχήματος**



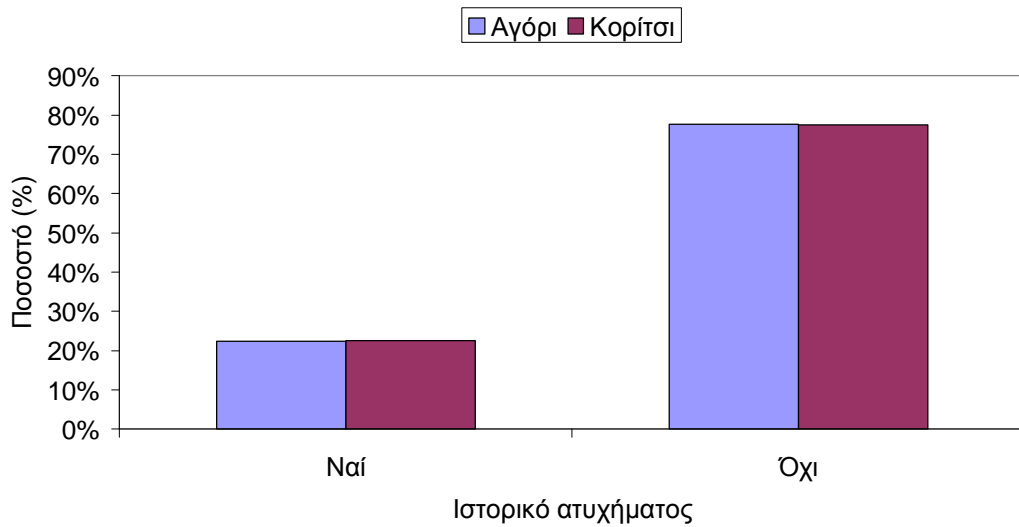
**Σχήμα 30: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο του παιδιού και τον τόπο του ατυχήματος**



**Σχήμα 31: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο και τον χαρακτήρα του παιδιού**



**Σχήμα 32: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο του παιδιού και το ιστορικό ατυχήματος**



## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα παιδικά ατυχήματα αποτελούν σημαντικό πρόβλημα της εποχής μας. Αυτό το γεγονός επιβάλλει συνεχή έρευνα και μελέτη όσον αφορά τα ατυχήματα της παιδικής ηλικίας. Μετά από την διεξαγωγή της έρευνας, κατόπιν επικοινωνίας μας με αρκετούς ερωτηθέντες διαπιστώσαμε πως πράγματι ένα γεγονός όπως το ατύχημα σε μικρό μέλος της οικογένειας δεν αντιμετωπίζεται και δεν ξεπερνιέται εύκολα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα κάποιοι ερωτηθέντες να είναι επιφυλακτικοί και χωρίς προθυμία να απαντήσουν ή να σχολιάσουν κάτι σχετικά με το ατύχημα προσφιλούς τους προσώπου. Ωστόσο δεν ζητήθηκαν λεπτομέρειες που θα αποτελούσαν προσωπικά δεδομένα.

Από το σύνολο των ερωτηθέντων 2.820 το 62,1% (1.751) είναι αγόρια και το 37,9% (1.069) είναι κορίτσια.

Αναλύοντας το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (81,5%) για τους άντρες και (87,1%) για τις γυναίκες είναι απόφοιτοι λυκείου.

Η οικογενειακή κατάσταση παίζει γενικότερο ρόλο στην πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων, αν συλλογιστούμε ότι τα περισσότερα παιδιά ανήκουν σε οικογένεια με έγγαμους γονείς (92,3%) και με εργαζόμενες μητέρες (71,8%).

Αναμενόμενο ήταν η πλειοψηφία των παιδιών που πέφτουν θύματα ατυχημάτων να είναι τα πιο άτακτα. Η πιθανότητα να πάθει ατύχημα ένα τέτοιο παιδί είναι σχεδόν τρεις φορές μεγαλύτερη.(73%)

Παρατηρούμε από την κατανομή των ατυχημάτων ανά ημέρα ότι την Κυριακή προκαλούνται λιγότερα ατυχήματα (11,5%) εξαιτίας της αυξημένης εποπτείας των παιδιών από τους κηδεμόνες τους. Ανάλογα σε αριθμό εμφανίζονται και τα ατυχήματα κατά τις ημέρες Παρασκευή και Σάββατο. Τις υπόλοιπες ημέρες της εβδομάδας ο αριθμός των ατυχημάτων αυξάνεται.

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα ατυχήματα συμβαίνουν υπό την παρουσία των γονέων.(49,8%)

Το μεγαλύτερο ποσοστό ατυχημάτων έχει καταγραφεί στο σπίτι όπου θα περιμέναμε να αποτελεί τον πιο ασφαλή χώρο.(36,1%)

Η πλειοψηφία των ατυχημάτων αφορά πτώσεις των παιδιών από ψηλά σημεία(66,7%). Δεύτερα σε σειρά έρχονται τα ατυχήματα με μεταφορικό μέσο όπου και τα παιδιά δεν φέρουν υπαιτιότητα.(15,4%).

Τα άνω άκρα (49,3%), τα κάτω άκρα (22%), κεφαλή (20%) είναι τα σημεία στα οποία τραυματίζονται συχνότερα τα παιδιά.

Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στον τύπο του ατυχήματος και την ημέρα της εβδομάδας που συνέβη. Οι πτώσεις συμβαίνουν συχνότερα στα μέσα της εβδομάδας ενώ τα ατυχήματα με μεταφορικό μέσο τα Σάββατα όπως και τα κοψίματα και καψίματα.

Επίσης σημαντικές διαφορές υπάρχουν στον τόπο του ατυχήματος και την ημέρα της εβδομάδας. Τα ατυχήματα στο σπίτι δεν δείχνουν σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις μέρες της εβδομάδας και τα Σαββατοκύριακα όπως συμβαίνει στα ατυχήματα του σχολείου.

Παρατηρείται ότι ατυχήματα από κοψίματα ή καψίματα συμβαίνουν κυρίως στα μικρότερα παιδιά ενώ στα μεγαλύτερα από μεταφορικά μέσα.

Ατυχήματα στο σπίτι και την παιδική χαρά συμβαίνουν συνηθέστερα σε παιδιά μικρής ηλικίας, ενώ ατυχήματα στο σχολείο, σε δρόμους και αλλού συμβαίνουν σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας. Αξιοσημείωτο είναι ότι παιδιά μικρής ηλικίας τραυματίζονται συνήθως στο κεφάλι και τα τραύματα είναι ανοιχτά. Τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας τραυματίζονται περισσότερο στα άνω και κάτω άκρα.

Το Φεβρουάριο παρατηρούμε σχεδόν διπλάσια ατυχήματα στις μεγαλύτερες ηλικίες σε σχέση με τις μικρότερες ενώ τον Ιούνιο τα πράγματα αντιστρέφονται.

Σημαντικές διαφορές υπάρχουν στην προσωπικότητα του παιδιού με τα αγόρια να χαρακτηρίζονται περισσότερο άτακτα.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Βοσνιάδου Στ.** « Σχολική ηλικία ». Λήμμα στην Παιδαγωγική Εγκυκλοπαίδεια – Λεξικό, τόμος 8.
2. **Πάνου Μ.** « Παιδιατρική Νοσηλευτική », Έκδοση Β, Εκδόσεις Βήτα Medical arts, Αθήνα 1994.
3. **Παλλίδης Σ.** « Το φυσιολογικό παιδί και η φροντίδα και τα προβλήματά του », Εκδόσεις Ζουμπούλης, Θεσσαλονίκη.
4. **Πετρίδου Ε.** « Ελλάδα 1993: Ατυχήματα σε παιδιά και νέους », Εκδόσεις Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων, Αθήνα 1993.
5. **Δρ.Θεόδωρος Ντόλατζας.** « Επείγοντα προβλήματα στα παιδιά », Αθήνα 2000.
6. **Βλάχος Π.** « Απολογισμός λειτουργίας 1995 », Ενημερωτικό φυλλάδιο, Κέντρο Δηλητηριάσεων Νοσοκομείων Παίδων Αθηνών, Παναγιώτου και Αγλαΐας Κυριακού », Αθήνα 1996.
7. **Βαλαμίδης Στ.** « Ατυχήματα στα παιδιά », 4<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π, Αθήνα 1994.
8. **Δημόπουλος Ν.** « Κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος της παιδικής ηλικίας », 4<sup>ο</sup> Διεθνές Συνέδριο Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π, Αθήνα 1994.
9. **Αντωνάκοπουλος Κ.** « Στοιχεία Γενικής Χειρουργικής », Σημειώσεις ΤΕΙ 2001.
10. **Σούμανης Ι.** « Κυκλοφοριακή Διαπαιδαγώγηση », προσφορά της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, Επιτροπή έρευνας και ελέγχου ατυχημάτων αυτοκινήτων (ΕΕQA), Απρίλιος 2002.

- 11. Σαχίνη-Καρδάση Α.-Πάνου Μ.** « Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική », Έκδοση Δ, Εκδόσεις Βήτα Medical arts, Αθήνα 1994.
- 12. Ανθρακόπουλος Μ.-Τρίγκα Μ.** « Επιδημιολογική προσέγγιση νοσηλευθέντων με Δηλητηρίαση παιδιών κατά τα έτη 1982-1990 », Παιδιατρική 1991.
- 13. Φιδάνη Αικ.** « Σημειώσεις ΤΕΙ, Πάτρα 1991.
- 14. Χαρτοφυλακίδη-Γαρυφαλλίδη.** «Θέματα Ορθοπαιδικής και Τραυματιολογίας », Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1981.
- 15. Ταλαντοπούλου Μ.** « Βοήθεια και φροντίδα » Πρώτες Βοήθειες, Εκδόσεις Έλλην Αθήνα 1996.
- 16. Μαντά Φ.** « Νοσηλευτική Παρέμβαση σε παιδικά ατυχήματα », Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Πάτρας 1997.
- 17. Αστυνομική Διεύθυνση Αχαΐας-Τροχαία Πατρών.** « Εβδομάδα οδικής ασφάλειας 1-6 Οκτωβρίου 2001»
- 18.Τριχοπούλου Α.-Τριχόπουλος Δ.** « Προληπτική Ιατρική », Εκδόσεις Παρισσιανός, Αθήνα 1996.
- 19. Γερμένης Τ.** « Μαθήματα Πρώτων Βοηθειών για Επαγγέλματα Υγείας », Εκδόσεις Βήτα Medical arts, Αθήνα 1994.