

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**



**ΦΟΙΤΗΤΕΣ  
ΣΤΡΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ  
ΣΤΑΜΑΤΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ  
ΛΕΦΑ ΒΑΡΒΑΡΑ**

**ΠΑΤΡΑ 2008**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	1
Εισαγωγή .....	3
<b>ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
Γενικά περί ατυχημάτων.....	6
<b>1.1.1.</b> Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόκληση οδικών ατυχημάτων.....	8
<b>1.2.</b> Διαχωρισμός ατυχημάτων ανάλογα με την ηλικία.....	9
<b>1.3.</b> Σχολικά ατυχήματα.....	11
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>2.1.</b> Επιδημιολογικά στοιχεία.....	17
<b>2.2.</b> Το παιδικό ατύχημα σε επαρχιακό Νοσοκομείο.....	18
<b>2.3.</b> Μελέτη τραυματικών ατυχημάτων στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.....	19
<b>2.4.</b> Ατυχήματα σε παιδιά σχολικής ηλικίας στην πόλη της Πάτρας.....	21
<b>2.5.</b> Συμπεράσματα.....	23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>3.1.</b> Γενικά αίτια ατυχημάτων.....	24
<b>3.2.</b> Αίτια ατυχημάτων στο Οικιακό περιβάλλον.....	26
<b>3.3.</b> Αίτια ατυχημάτων στο σχολικό χώρο.....	32
<b>3.3.1.</b> Ατυχήματα και άθληση.....	37
<b>3.3.2.</b> Επιθετικότητα στο σχολείο.....	37
<b>3.3.3.</b> Χώρος γύρω από το σχολείο.....	39
<b>3.4.</b> Αίτια τροχαίων ατυχημάτων.....	40

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

	<b>Σχέδιο φροντίδας ατυχημάτων.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1.</b>	<b>Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού με κατάγμα.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1.1.</b>	<b>Κατάγματα.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1.2.</b>	<b>Κατάγματα άκρου ποδός.....</b>	<b>44</b>
<b>4.1.3.</b>	<b>Διάστρεμμα.....</b>	<b>46</b>
<b>4.2.</b>	<b>Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού με εξάρθρημα.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.1.</b>	<b>Εξάρθρημα χόνδρου γόνατος (Μηνίσκος).....</b>	<b>50</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

<b>5.1.</b>	<b>Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού με αιμορραγία.....</b>	<b>52</b>
<b>5.1.2.</b>	<b>Μικρή εξωτερική αιμορραγία.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1.3.</b>	<b>Αιμορραγία τραύματος που έχει προκληθεί από αιχμηρό αντικείμενο.....</b>	<b>59</b>
<b>5.2.</b>	<b>Αιμορραγία από τη μύτη.....</b>	<b>61</b>
<b>5.3.</b>	<b>Αιμορραγία από το αυτί.....</b>	<b>61</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

<b>6.1.</b>	<b>Αντιμετώπιση του πολυτραυματισμένου παιδιού.....</b>	<b>64</b>
<b>6.1.1.</b>	<b>Ιδιαιτερότητες παιδικών ατυχημάτων.....</b>	<b>64</b>
<b>6.2.</b>	<b>Η χρυσή ώρα του πολυτραυματισμένου παιδιού.....</b>	<b>65</b>
<b>6.3.</b>	<b>Νοσηλευτική αντιμετώπιση πολυτραυματισμένου παιδιού....</b>	<b>69</b>
<b>6.3.1.</b>	<b>Νοσηλευτικά προβλήματα.....</b>	<b>70</b>
<b>6.3.2.</b>	<b>Τεχνική αναπνοή στόμα με στόμα.....</b>	<b>70</b>
<b>6.3.3.</b>	<b>Καρδιοαναπνευστική επαναφορά.....</b>	<b>73</b>
<b>6.3.4.</b>	<b>Κοιλιακή πίεση.....</b>	<b>75</b>
<b>6.4.</b>	<b>Αφαίρεση ξένου σώματος σε βρέφη και παιδιά.....</b>	<b>76</b>

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

<b>7.1.</b>	<b>Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού με έγκαυμα.....</b>	<b>78</b>
<b>7.2.</b>	<b>Εγκαύματα στο στόμα και τον λαιμό.....</b>	<b>81</b>

7.3.	Εγκαύματα από ηλεκτρικό ρεύμα.....	81
7.4.	Χημικά δερματικά εγκαύματα.....	82
7.5.	Ηλιακό έγκαυμα.....	82
7.6.	Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού με Δηλητηρίαση.....	83
7.6.1.	Βαριές Δηλητηριάσεις.....	83
7.6.2.	Εξουδετέρωση του δηλητηρίου.....	85
7.7.	Νοσηλευτική Φροντίδα παιδιού μετά από τσίμπημα.....	85

## **ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

8.1.	Πρόληψη ατυχημάτων.....	89
8.2.	Πρόληψη ατυχημάτων σε οικογένεια.....	91
8.2.1.	Πρόληψη ατυχημάτων σε βρέφη.....	91
8.2.2.	Πρόληψη ατυχημάτων σε παιδιά 1-4 ετών.....	94
8.2.3.	Πρόληψη ατυχημάτων σε παιδιά 5-9 ετών.....	94
8.2.4.	Πρόληψη ατυχημάτων σε παιδιά 10-14 ετών.....	96
8.3.	Πρόληψη και ασφάλεια στο αυτοκίνητο.....	96
8.4.	Πρόληψη και εκπαιδευτικό σύστημα.....	98
8.5.	Ο ρόλος του σχολικού Νοσηλευτή στην Πρόληψη ατυχημάτων.....	101
8.5.1.	Χώρος του διαλείμματος.....	103
8.5.2.	Πυρασφάλεια.....	104
8.5.3.	Ηλεκτρικό σύστημα στο σχολείο.....	106
8.6.	Ασφάλεια στην άσκηση.....	107
	Προτάσεις – Συμπεράσματα.....	110
	Επίλογος.....	112
	Βιβλιογραφία.....	113

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη και πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων τόσο στο χώρο του σπιτιού όσο και έξω από αυτόν σύμφωνα με την Νοσηλευτική Επιστήμη.

Τα ατυχήματα αποτελούν δημόσιο πρόβλημα υγείας, ωστόσο μέχρι σήμερα δεν έχουν λάβει την απαραίτητη προσοχή.

Η ασφάλεια των παιδιών τόσο στο οικογενειακό όσο και στο σχολικό χώρο θεωρείται κάτι δεδομένο. Τα αποτελέσματα των ερευνών αντίθετα δείχνουν όχι μόνο αδιαφορία των αρμοδίων υπουργείων και αρχών αλλά και έλλειψη γνώσεων καθώς και ανυπαρξία συνειδητοποίησης των μεγάλων κινδύνων που υπάρχουν και που με την προσθήκη ενός επιπλέον παράγοντα μπορεί να οδηγήσει σε μαζικά ατυχήματα όπως ακριβώς συμβαίνει με τα τροχαία και τα εργατικά ατυχήματα.

Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στην πρόληψη των ατυχημάτων είναι πολύ σημαντικός. Ως μέλος και συνήθως ως συντονιστής της ομάδας υγείας του σχολείου συμμετέχει στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των παιδιών και με τον διδακτικό-εκπαιδευτικό του ρόλο εκπαιδεύει και ενημερώνει τον σχολικό πληθυσμό σχετικά με τους κινδύνους που μπορούν να προκαλέσουν ατυχήματα και τους τρόπους που συμβάλλουν στην πρόληψη τους.

Η παρούσα εργασία ασχολείται με παιδιά 1-14 ετών. Ο μεγαλύτερος αριθμός ατυχημάτων αντιστοιχεί τις ηλικίες αυτές, αυτό οφείλεται κυρίως στην ανωριμότητα που χαρακτηρίζει τις μικρές ηλικίες και εκφράζεται με αυξημένη περιέργεια, τάση εξερεύνησης και εγωκεντρική σκέψη.

Η εργασία αποτελείται από τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται μια εισαγωγή στο θέμα αναφέροντας σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες

και στατιστικά στοιχεία το μέγεθος του κινδύνου που αποτελούν τα παιδικά ατυχήματα στην Ελλάδα και τα αίτια που τα προκαλούν.

Στο δεύτερο μέρος αναλύονται οι ενέργειες που ακολουθούν οι νοσηλευτές για την αντιμετώπισή τους. Στο τρίτο μέρος περιλαμβάνει μέτρα πρόληψης καθώς και η συμβολή του σχολικού νοσηλευτή στην πρόληψη των ατυχημάτων ο οποίος σε συνεργασία με το εκπαιδευτικό προσωπικό ενημερώνει πως το παιδί πρέπει να ζήσει στην κοινωνία των ενηλίκων χωρίς να κινδυνεύει.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ατύχημα και ο κίνδυνος του ατυχήματος υπάρχει από τότε που ο άνθρωπος υπάρχει στον πλανήτη μας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) λέγοντας ατύχημα εννοούμε κάθε αιφνίδια και επιβλαβή επίδραση εξωτερικού παράγοντα ή γεγονότος πάνω στον παθόντα που συμβαίνει ανεξάρτητα από τη θέληση του και έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση σωματικής ή διανοητικής βλάβης.

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από τα ατυχήματα είναι αυξημένη σε τρεις ιδιαίτερα ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού στα παιδιά, στους γέροντες και στα άτομα που μειονεκτούν σωματικά, πνευματικά και κοινωνικά. Τα παιδικά ατυχήματα αποτελούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας δεδομένου ότι συνιστούν την κύρια αιτία θανάτου παιδιών στις χώρες της Ε.Ε.

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός των ατυχημάτων αυξάνεται και τείνει να πάρει διαστάσεις επιδημίας. Όμως η αντιμετώπιση τους είναι εφικτή και η επιδημία είναι δυνατόν να τεθεί υπό έλεγχο όπως έχει δείξει η εμπειρία άλλων χωρών που έχουν εφαρμόσει επιτυχή προγράμματα πρόληψης. Οδηγός σημείο πρέπει να αποτελέσει η αλλαγή της συλλογικής αντίληψης ότι το ατύχημα αποτελεί κατά κανόνα «τυχαίο» και κατά συνέπεια αναπόφευκτο γεγονός.

Υπολογίζεται ότι αν στην χώρα μας επικρατούσαν οι συνθήκες που υπάρχουν σήμερα στην Ολλανδία ή την Αγγλία θα μπορούσε να σώζεται ένα στα τρία παιδιά που πεθαίνουν από ατύχημα.

Ο όρος ατύχημα περιλαμβάνει μεταξύ άλλων τις πτώσεις, τα εγκαύματα, τις δηλητηριάσεις, τους πνιγμούς-πνιγμονές και κυρίως τα τροχαία ατυχήματα. Τα υποκείμενα αίτια των ατυχημάτων διαμορφώνονται με βάση το εξελικτικό στάδιο και το είδος των

δραστηριοτήτων στις οποίες συμμετέχουν τα παιδιά ανάλογα με την ηλικία τους.

Για τον λόγο αυτό σημαντικό είναι να είμαστε σε θέση να τα αντιμετωπίσουμε και να δώσουμε τις πρώτες βοήθειες οπουδήποτε (σπίτι, σχολείο, δρόμο, εξοχή) με σκοπό να σώσουμε τη ζωή του παιδιού, να το ανακουφίσουμε από τον πόνο αλλά και να το τονώσουμε ηθικά.



# ΜΕΡΟΣ Α

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Στις μέρες μας τα ατυχήματα και ο αγώνας για την πρόληψη τους αποτελούν πρώτη φροντίδα των υπηρεσιών υγείας. Μπορούν να καταταγούν σε ορισμένες κατηγορίες, αν και τα όρια της κάθε κατηγορίας είναι ασαφή.

Ανάλογα με το χώρο, χρόνο και το τύπο της δραστηριότητας διακρίνονται σε:

**1. Οικιακά.** Το 60%-80% των παιδικών ατυχημάτων συμβαίνουν μέσα στο σπίτι και το σχολείο. Ανάμεσα στα παιδικά οικιακά ατυχήματα περιλαμβάνονται:

- Ø Οι πτώσεις, οι οποίες είναι από τα πιο συνηθισμένα ατυχήματα στο σπίτι. Τα βρέφη πέφτουν 2 φορές συχνότερα από τα μικρά παιδιά και 10 φορές συχνότερα από τα μεγαλύτερα.
- Ø Η εισρόφηση ξένων σωμάτων, η οποία μπορεί να γίνει από την ηλικία των 6 μηνών, οπότε το βρέφος μπορεί να βάλει στο στόμα του οτιδήποτε κρατάει στο χέρι του.
- Ø Τα ατυχήματα από πνιγμό. Στα παιδιά ηλικίας 2-4 χρονών είναι 5 φορές συχνότερα σε σχέση με τα βρέφη και 2 φορές συχνότερα σε σχέση με παιδιά 6-12 χρονών. Ο πνιγμός οφείλεται στην εισαγωγή και ενσφήνωση μικρού ξένου σώματος, στερεού ή υγρού, στις αεροφόρους οδούς και ακολούθως στο αντανακλαστικό κλείσιμο της γλωττίδας και σπασμό των βρόγχων.
- Ø Τα εγκαύματα, που είναι τα συχνότερα και σοβαρότερα ατυχήματα στο σπίτι για παιδιά 2-5 χρονών. Το 80% των εγκαυμάτων συμβαίνουν στην κουζίνα του σπιτιού. Το 90% προκαλούνται από υγρή και το 10% από ξηρή θερμότητα. Είναι συχνότερα στα αγόρια

και στα πρωτότοκα παιδιά, εξαρτώμενα πάντα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας.

Ø Οι δηλητηριάσεις, ευτυχώς σπάνια θανατηφόρες. Οι συχνότεροι τρόποι δηλητηρίασης είναι η κατάποση και σπάνια η εισπνοή ή η απορρόφηση από το δέρμα. Συνδέονται άμεσα με το εθνικό και βιοτικό επίπεδο ενός λαού, τις καθημερινές συνήθειες και τη σύνθεση του πληθυσμού καθώς και το ρεύμα της σύγχρονης συνταγογραφίας.<sup>1</sup>

2. **Ελευθέρου χρόνου.** Τα ατυχήματα αυτά αφορούν μεμονωμένα άτομα ή και ομάδες και συχνότερα παρουσιάζονται στην κολύμβηση, την ιππασία, το ψάρεμα, το σκι ενώ πολλά είναι και τα ατυχήματα στην παιδική χαρά. Στην εφηβεία ο πνιγμός αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου.<sup>2</sup>

3. **Σχολικά.** Τα περισσότερα συμβαίνουν κατά την ώρα του διαλείμματος ή κατά την ώρα της γυμναστικής. Τα αθλητικά ατυχήματα είναι από τα κυριότερα στο σχολικό χώρο και έχουν μία τάση αύξησης τα τελευταία χρόνια.

4. **Επαγγελματικά.** Είναι ατυχήματα που συμβαίνουν στη διάρκεια της εργασίας. Δυστυχώς και σήμερα στον 21<sup>ο</sup> αιώνα συμβαίνουν τέτοια ατυχήματα εκτός από τους εφήβους και σε μικρότερα παιδιά, αφού η εργασία για πολλά από αυτά είναι το μοναδικό μέσο επιβίωσης. Το 95% των ατυχημάτων στο χώρο της εργασίας θα μπορούσαν να προληφθούν αν εφαρμόζονταν τα ενδεικνυόμενα μέτρα ασφαλείας.<sup>3</sup>

5. **Τροχαία.** Είναι τα συχνότερα θανατηφόρα ατυχήματα σε ηλικίες από 5-14 χρόνων. Τα 3/5 των θανάτων από ατυχήματα στις ηλικίες αυτές οφείλονται σε τροχαία με παιδιά ως πεζούς ή επιβάτες. Τα τροχαία ατυχήματα καλύπτουν το 1/3 του συνολικού αριθμού ατυχημάτων και έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να προκαλέσουν σοβαρά τραύματα

και αναπηρίες. Κάθε χρόνο 1.800 άτομα πεθαίνουν από τροχαία, εκ των οποίων περίπου 600 είναι παιδιά και νέοι.<sup>4</sup>

Τα τροχαία με θύματα παιδιά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά τα παιδιά πεζούς και η δεύτερη τα παιδιά που πέφτουν θύματα ενώ επιβαίνουν σε κάποιο τροχοφόρο όχημα. Η ριψοκίνδυνη οδική συμπεριφορά των εφήβων αλλά και των οδηγών μεγαλύτερης ηλικίας ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για αυτά τα ατυχήματα. Τα περισσότερα ατυχήματα στα παιδιά-πεζούς συμβαίνουν στην ηλικία των 5-9 ετών. Οι γονείς συνήθως υπερεκτιμούν τις ικανότητες των παιδιών να προστατευτούν από τα οχήματα και τα αφήνουν συνήθως χωρίς επιτήρηση, βασιζόμενοι στην στοιχειώδη κυκλοφοριακή εκπαίδευση που τους παρέχεται.

Άλλοι παράγοντες που συντελούν στην πρόκληση τραυματισμών από τροχαία σε παιδιά και εφήβους είναι: το χαμηλό ανάστημα, μικρότερο οπτικό πεδίο, αδυναμία γνώσης των σημάτων, παρορμητικότητα, ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, χρήση ουσιών, στέρηση ύπνου, μικρή εμπειρία κ.ά.<sup>5</sup>

### **1.1.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΟΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ**

- A.** Η μικρή ηλικία των παιδιών με τις αδυναμίες της
- Ø** το χαμηλό ανάστημα και το μικρότερο οπτικό πεδίο
- Ø** η αισθητηριακή και ψυχοκινητική ανωριμότητα
- Ø** η αδυναμία γνώσης των σημάτων
- Ø** η ορμητικότητα και παρορμητικότητα
- Ø** η γοητεία που προκαλεί ο κίνδυνος

- Ø η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη, ο τόπος διαμονής, ο χρόνος συμβάντος
- B. Το ανθρώπινο περιβάλλον (γονείς, κηδεμόνες κ.λ.π.)
  - Ø αγνοούν τους σταθμούς εξέλιξης και ωρίμανσης των παιδιών
  - Ø υπερεκτιμούν τις δυνατότητες των παιδιών
  - Ø γίνονται οι ίδιοι κακά παραδείγματα
  - Ø δεν δίνουν μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση και επιτήρηση των παιδιών
  - Ø δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την κυκλοφοριακή αγωγή των παιδιών
- Γ. Ο χωροταξικός και κυκλοφοριακός περίγυρος
  - Ø ο σχεδιασμός των δρόμων (μονόδρομοι, διαβάσεις, σηματοδότηση)
  - Ø τα χαρακτηριστικά της κυκλοφορίας (τροχοφόρα, ταχύτητες κ.λ.π.)
  - Ø άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (δόμηση γειτονιάς, παιδότοποι, σχολεία, καταστήματα κ.λ.π.)
- Δ. Οι αδυναμίες των οδηγών
  - Ø κακή συντήρηση οχημάτων
  - Ø επιπολαιότητα, έλλειψη εκπαίδευσης
  - Ø μη τήρηση κανόνων κ.ο.κ.<sup>6,5</sup>

## **1.2. ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ**

Τα ατυχήματα επίσης διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Στη βρεφική ηλικία, κατά σειρά συχνότητας, παρατηρούνται ατυχήματα από πτώσεις, εισρόφηση ξένου σώματος και ασφυξία, δηλητηριάσεις και εγκαύματα. Ομοίως στη προσχολική ηλικία οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση, ακολουθούν ο πνιγμός, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα.

Στη σχολική ηλικία και στις μεγαλύτερες κυριαρχούν τα ατυχήματα από κλωτσιά, σπρώξιμο, κτύπημα. Ακολουθούν οι πτώσεις στο ίδιο επίπεδο, η υπερφόρτιση άρθρωσης, οι πτώσεις από ύψος, ο πνιγμός και οι δηλητηριάσεις. Σημαντικό ποσοστό των ατυχημάτων σε αυτή την ηλικία καταλαμβάνουν και τα τροχαία ατυχήματα με παιδί πεζό, επιβάτη ή ποδηλάτη.

Στην εφηβική ηλικία, μετά τα τροχαία ακολουθούν τα ατυχήματα από αθλήματα, ο πνιγμός, τα εγκαύματα, τα ατυχήματα από χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών και οι απόπειρες αυτοκτονίας.(πίνακας 1).<sup>7</sup>

Τα περισσότερα ατυχήματα στη παιδική ηλικία λαμβάνουν χώρο στο χώρο του σχολείου με ποσοστό 30,9%.Ακολουθούν τα ατυχήματα στις εγκαταστάσεις σπορ με ποσοστό 25,3%, στην κατοικία με ποσοστό 16% και με μικρότερη συχνότητα τα ατυχήματα που συμβαίνουν στο δρόμο, γύρω από την κατοικία και σε άλλους χώρους.(πίνακας 2).<sup>8</sup>

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ  
ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ**

<b>Βρέφη</b>	<b>Προσχολική ηλικία</b>	<b>Σχολική ηλικία</b>	<b>Εφηβική ηλικία</b>
Πτώσεις	πτώσεις	τροχαία	τροχαία
Ασφυξία	πνιγμός	πνιγμός	πνιγμός
δηλητηριάσεις	δηλητηριάσεις	εγκαύματα	αθλήματα
εγκαύματα	εγκαύματα	δηλητηριάσεις	εγκαύματα
	τροχαία		αυτοκτονίες

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

### Χώρος ατυχήματος ατυχημάτων

### Συμμετοχή του χώρου στο σύνολο των

Σχολείο	30,9%
Εγκαταστάσεις σπορ	25,3%
Κατοικία	15,0%
Δρόμος	11,2%
Γύρω από την κατοικία	10,3%
Άλλοι χώροι	6,3%

## 1.2. ΣΧΟΛΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα ατυχήματα στο σχολείο αποτελούν ένα σημαντικό δημόσιο πρόβλημα υγείας. Υπολογίζονται στο 1/3 των ατυχημάτων στα παιδιά σχολικής ηλικίας. Παρά τις έρευνες για τα διάφορα ατυχήματα στο χώρο του σχολείου, ελάχιστη αναφορά έχει γίνει για τη φύση, τη συμβολή και τις συνέπειες των σχολικών ατυχημάτων στα παιδιά και τους εφήβους καθώς και στις συνθήκες κάτω από τις οποίες συμβαίνουν τα ατυχήματα αυτά.<sup>7</sup>

Τα περισσότερα σχολικά ατυχήματα συμβαίνουν κατά τον ελεύθερο χρόνο του σχολείου, στον προαύλιο χώρο. Το ποσοστό των ατυχημάτων αυτών (66%) έρχεται σε αντίθεση με το ποσοστό που καταλαμβάνει ο χρόνος αυτός, το οποίο αγγίζει μόλις το 6,6 % του συνολικού χρόνου στο σχολείο. Ο μεγάλος αριθμός παιδιών σε περιορισμένο χώρο σε συνδυασμό με την αδυναμία σωστής επιτήρησης συμβάλλει σημαντικά

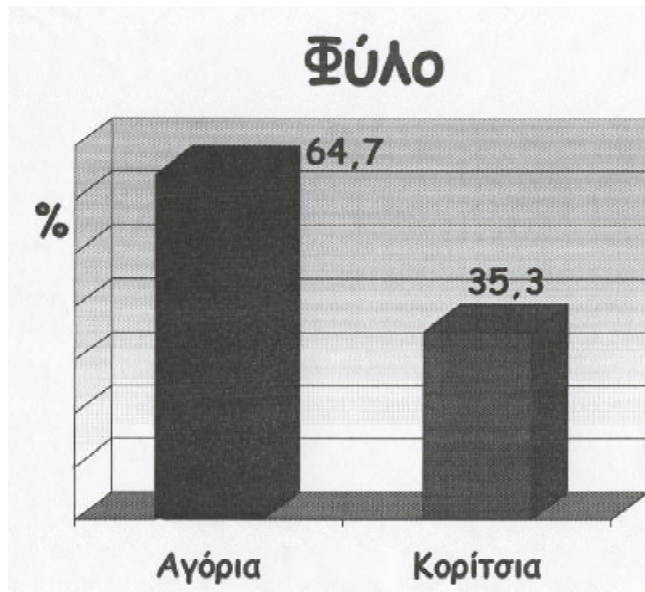
στην πρόκληση τραυματισμών. Ακολουθούν σε ποσοστά η αίθουσα 14%, το γυμναστήριο 5,5% άλλος χώρος 9,7%. (εικόνα 1).<sup>9,7</sup>



Εικόνα 1. Τόπος και συχνότητα ατυχημάτων.

Τα σχολικά αθλητικά ατυχήματα αντιπροσωπεύουν το 44% των ατυχημάτων κατά την άθληση. Τα αγόρια τραυματίζονται συχνότερα από τα κορίτσια.(εικόνα 2).

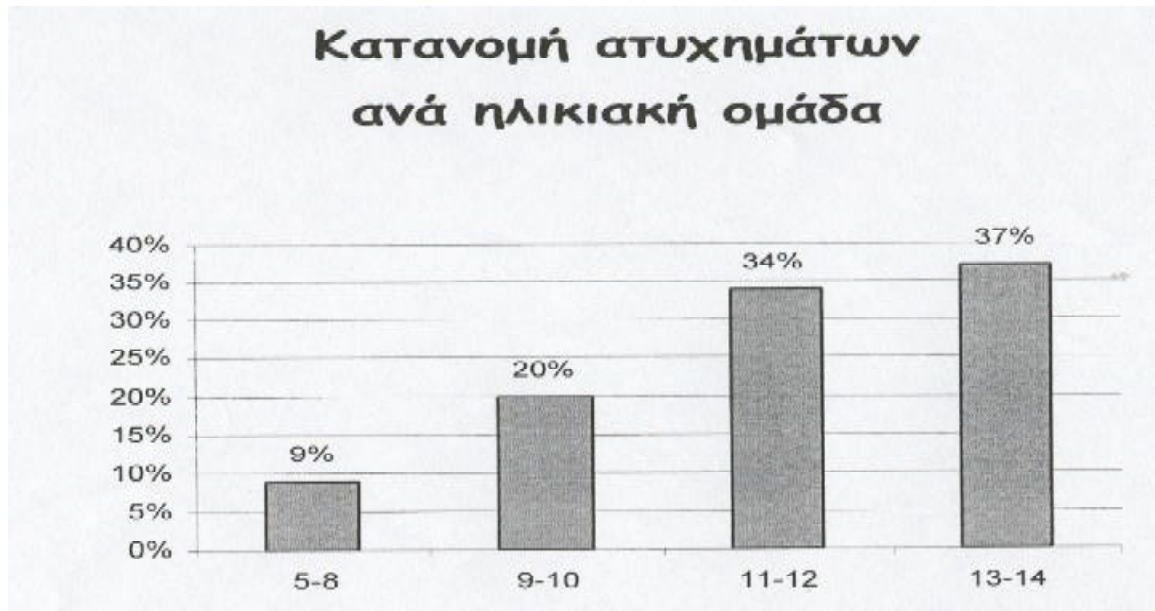




Εικόνα 2. Σχέση φύλου- συχνότητας ατυχήματος

Τα ατυχήματα και τα μέλη του σώματος που τραυματίζονται συχνότερα εξαρτώνται από την ηλικία των μαθητών, το έτος στο οποίο φοιτούν και τις σχολικές δραστηριότητες. Η ηλικία κατά την οποία συμβαίνουν τα περισσότερα σχολικά ατυχήματα είναι εκείνη των 13 – 14 χρόνων. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία των παιδιών τόσο μικρότερο είναι και το ποσοστό των ατυχημάτων. (εικ. 3).<sup>10</sup>

### Κατανομή ατυχημάτων ανά ηλικιακή ομάδα



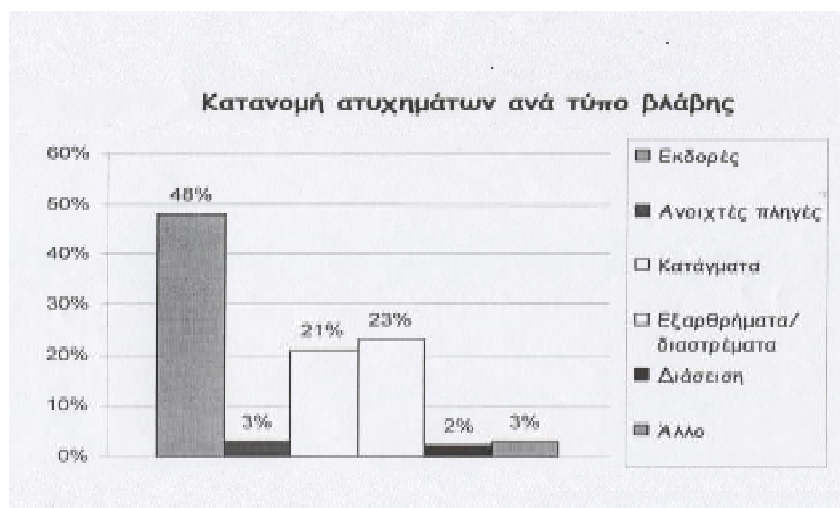
Εικόνα 3. Κατανομή ατυχημάτων ανά ηλικιακή ομάδα

Ο κυριότερος μηχανισμός ατυχήματος στο χώρο του σχολείου είναι το σπρώξιμο/χτύπημα (40,9%), πράγμα που οφείλεται στην επιθετικότητα που αναπτύσσουν τα παιδιά κατά την διάρκεια του παιχνιδιού. Ακολουθούν η πτώση στο ίδιο επίπεδο, η πτώση από ύψος, η πτώση από σκάλα και η επίπονης κίνησης.(εικόνα 4).<sup>11</sup>

Μηχανισμός ατυχήματος	
Σπρώξιμο/χτύπημα	40,9%
Πτώση στο ίδιο επίπεδο	38,1%
Πτώση από ύψος	8,1%
Πτώση από σκάλα	4%
Επίπονης κίνησης	6,5%
Άλλο	2,4%

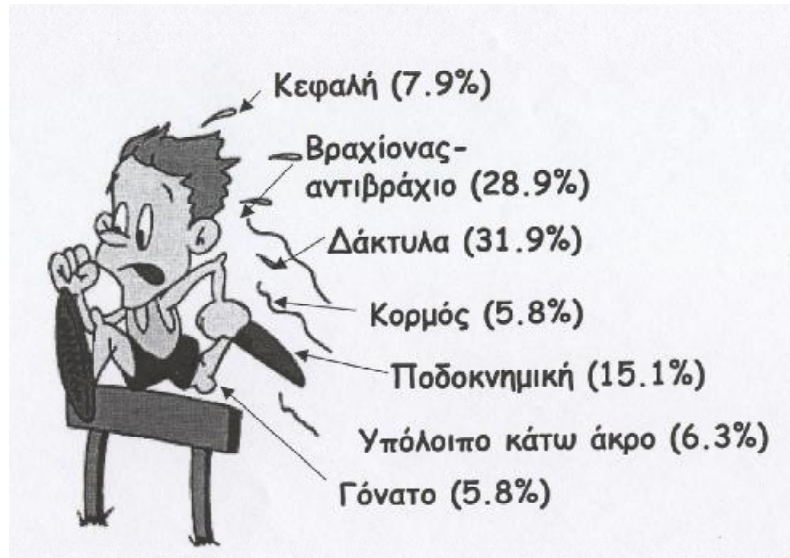
Εικόνα 4. Μηχανισμός ατυχήματος.

Τα σχολικά ατυχήματα κατά σειρά συχνότητας είναι: θλάσεις – μώλωπες – εκδορές, κατάγματα, εξαρθρήματα – διαστρέμματα., ανοιχτές πληγές, διάσειση.(εικόνα 5).



Εικόνα 5. Κατανομή ατυχημάτων ανά τύπο βλάβης.

Το 61% των βλαβών εντοπίζεται στα άνω άκρα. Ακολουθούν τα κάτω άκρα, ο κορμός και η κεφαλή.<sup>12</sup>



Εικόνα 6. Συχνότητα εντόπισης βλαβών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

#### ΓΕΝΙΚΑ

Τα παιδικά ατυχήματα αποτελούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας δεδομένου ότι συνιστούν την κύρια αιτία θανάτου παιδιών στις χώρες τις Ε.Ε.

Η διερεύνηση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών των ατυχημάτων συμβάλλει στην διευκρίνιση των αιτιών που τα προκαλούν και τη λήψη μέτρων πρόληψής τους. Προσπάθειες προς αυτή την κατεύθυνση βρίσκονται σε εξέλιξη την τελευταία δεκαετία σε πανευρωπαϊκό αλλά και εθνικό επίπεδο όπως για παράδειγμα η βάση δεδομένων EDISS την οποία δημιούργησε και διαχειρίζεται το κέντρο έρευνας και πρόληψης παιδικών ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ) με αξιοσημείωτα αποτελέσματα.

Τα ατυχήματα αποτελούν για τα παιδιά την πρώτη αιτία θανάτου (50%) με δεύτερη τις κακοήθειες (15%) και τρίτη τις συγγενής διαμαρτίες (8%).

Οι ερευνητικές προσπάθειες ακόμα και σε μικρότερη κλίμακα θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην περαιτέρω κατανόηση του ιδιαίτερου αυτού προβλήματος και στην αύξηση της ευαισθησίας των αρμόδιων αρχών για την εξεύρεση λύσεων μέσω κατάλληλων παρεμβάσεων πρόληψης.

Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζονται έρευνες που διερευνούν τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των παιδικών ατυχημάτων.<sup>13</sup>

## 2.2. ΤΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΑΤΥΧΗΜΑ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η καταγραφή επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με τα παιδικά ατυχήματα στην περιοχή της Λαμίας σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από τα αρχεία του ΤΕΠ της Χ/Κ (Χειρουργικής Κλινικής) και της Π/Κ (Παιδιατρικής Κλινικής) του Γ.Ν. Λαμίας το 1993.

Τα αποτελέσματα μπορούν να συνοψισθούν στα εξής:

Καταγράφηκαν 1655 περιστατικά ατυχημάτων στις ηλικίες 0-14 ετών δηλαδή αντιστοιχούν 5 μικροί ατυχηματίες κάθε μέρα.

Ως προς το φύλο κυριαρχούν γενικά τα αγόρια (65%) στις δηλητηριάσεις δεν υπάρχει σαφή διαφορά. Η ηλικιακή κατανομή έδειξε γενικώς επικράτηση των ηλικιών 10-14 (40,6 %) αλλά στις δηλητηριάσεις επικράτησαν ηλικίες 1-4 ετών (82%).

Ως προς το είδος του ατυχήματος κυριαρχούν οι κακώσεις με (95%) ενώ οι δηλητηριάσεις ήταν (3,3 %) και η κατάποση ξένων σωμάτων στο 1,4%. Τα περισσότερα ατυχήματα έγιναν τον ελεύθερο χρόνο ενώ τα οδικά τροχαία ατυχήματα ήταν 5 αλλά προκάλεσαν βαριές κακώσεις. Η ανατομική κατανομή των κακώσεων έδειξε επικράτηση των άκρων (55,2 %) και της κεφαλής (41,3 %).

Η έκβαση είχε ως εξής: εισήχθησαν στην Χ/Κ (Χειρουργική Κλινική) το 4,9% στην Π/Κ (Παιδιατρική Κλινική) το 2% ενώ το 1,4% διεκομήσθη στην Αθήνα απ' ευθείας από το ΤΕΠ λόγω της βαρύτητας των ασθενών.<sup>14</sup> (πίνακας 2.1).

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
1 – 4	60,4 %
10 – 14	40,6 %
<b>ΦΥΛΟ</b>	
Αγόρια	65 %
Κορίτσια	35 %
<b>ΕΙΔΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ</b>	
Κακώσεις	95 %
Δηλητηριάσεις	3,3 %
Κατάποση ξένου σώματος	1,7 %
<b>ΘΕΣΗ</b>	
Άκρα	55,2 %
Κεφαλή	45,3 %

### **2.3 ΜΕΛΕΤΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

Μελετήθηκαν 13.770 παιδιά κάτω των 14 ετών με τραυματικές κακώσεις που νοσηλεύτηκαν στην Παιδοχειρουργική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης την περίοδο 1979 – 2002.

Από αυτά 62% ήταν αγόρια και 38% κορίτσια, μέσης ηλικίας 5,9 (-<sup>+</sup> 4,3) και 5,5 (-<sup>+</sup> 5,2) έτη αντίστοιχα.

Η σειρά συχνότητας ανά κατηγορία βλάβης ήταν: τραυματικές κακώσεις 65,6%, τροχαία 11,1%, κατάγματα 6,24%, πτώσεις από ύψος

και παρασύρσεις 5,77% και εγκαύματα 5,17%, λοιπές κατηγορίες 6,12%. Οι τραυματικές κακώσεις, τα εγκαύματα και τα κατάγματα εμφάνισαν σαφή φθίνουσα πορεία, ενώ τα τροχαία είχαν μικρή κυμαινόμενη αύξηση.<sup>15</sup> πίνακας 2.2.

<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
Αγόρια	62 %
Κορίτσια	38 %
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	
5 – 6	
<b>ΒΛΑΒΗ</b>	
Τραυματικές κακώσεις	65,6 %
Τροχαία	11,1 %
Κατάγματα	6,24 %
Πτώσεις από ύψος κ'	5,77 %
Παρασύρσεις	
Εγκαύματα	5,17 %
Λοιπές κατηγορίες	6,12 %

Η πορεία και η έκβαση τους ήταν καλή ελάχιστος αριθμός απεβίωσε (0,03%). Τέλος η συχνότητα της παιδικής κακοποίησης ήταν μικρή (2,88%).



## 2.4 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ

Η έρευνα αυτή στηρίχθηκε στα αρχεία των εξωτερικών Ιατρείων του Καραμανδάνειου Νοσοκομείου Παίδων Πατρών, κατά τα έτη 2000 και 2003.

Από τα 2.820 περιστατικά ποσοστό 62,1% αφορά αγόρια και 37,9% σε κορίτσια σχολικής ηλικίας (6-12 ετών). Τα ατυχήματα αφορούν πτώσεις (66,7%) ατυχήματα με μεταφορικό μέσο (15,4%), δηλητηριάσεις (0,43%), ηλεκτροπληξίες (0,4%) και εγκαύματα (0,2%).

Τα τραύματα εντοπίζονται κυρίως στα άνω άκρα και κάτω άκρα (29,3% και 22%) αντίστοιχα καθώς και στην κεφαλή (20%).

Τα ατυχήματα συμβαίνουν κυρίως στο σπίτι (36,1%) σε χώρους μέσα και γύρω από το σχολείο (14,3%) σε παιδικές χαρές (13,5%) ή στο δρόμο (10,9%) συνήθως υπό την επίβλεψη γονέων ή κηδεμόνων (67,4%).<sup>16</sup> πίνακες 2.3, 2.4.

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>
6 – 9	52,8 %
10 – 12	47,2 %
<b>ΦΥΛΟ</b>	
Αγόρια	62,1 %
Κορίτσια	37,9 %
<b>ΕΤΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ</b>	
2000	45,9 %
2003	54,1 %
<b>ΕΠΟΧΗ</b>	
Χειμώνας	23,9 %
Άνοιξη	30,4 %
Καλοκαίρι	22,9 %
Φθινόπωρο	22,8 %
<b>ΗΜΕΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ</b>	
Σαββατοκύριακο	25,2 %
Καθημερινή	74,8 %
<b>ΕΙΔΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ</b>	
Πτώσεις	66,7 %
Μεταφορικά μέσα	15,35 %
Αιχμηρά ή διεισδυτικά αντικείμενα	0,21 %
Εκρηκτικά υλικά	2,73 %
Καυτή ύλη	0,35 %
Ηλεκτρικό ρεύμα	
Δηλητηριάσεις από φάρμακα	
Δείγμα ζώου	4,86 %
<b>ΘΕΣΗ – ΕΙΔΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ</b>	
Κεφαλή	20,86 %
Άνω άκρα	29,26 %
Κάτω άκρα	21,95 %
Πολλαπλά τραύματα	2,9 %
Εξαρθρήματα	2,64 %
Ανοιχτό τραύμα	12,27 %
Μώλωπες	3,26 %
Άλλο	7,73 %

## 2.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων από τις μελέτες που παρουσιάστηκαν διαφαίνεται μια σειρά παραγόντων που παίζουν ρόλο τόσο στην συχνότητα όσο και το είδος του ατυχήματος.

Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες τους οποίους έχουν επισημάνει αρκετοί ερευνητές είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η απασχόληση της μητέρας ή ακόμη και η χρονική στιγμή και η εποχή του ατυχήματος.

Περιγραφικές μελέτες μπορούν να υποδείξουν αδρά τέτοιου τύπου παράγοντες υποδεικνύοντας ταυτόχρονα και τους στόχους που θα πρέπει να έχουν τα τυχόν μέτρα πρόληψης.

Ωστόσο η αποσαφήνιση του ρόλου τους όπως και το επίπεδο συνεισφοράς του κάθε παράγοντα στο σύνθετο θέμα που λέγεται παιδικό ατύχημα θα προκύψουν μόνο μέσα από προσεκτικά σχεδιασμένες επιδημιολογικές έρευνες οι οποίες είναι απαραίτητες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

#### 3.1. ΓΕΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Τα αίτια των ατυχημάτων είναι πολλά και εξαρτώνται από τον πολιτισμό και το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων. Το περιβάλλον διαβίωσης, οι ψυχολογικές επιδράσεις από τις συνθήκες ζωής και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας επηρεάζουν σημαντικά το είδος και τη συχνότητα των ατυχημάτων.

Η εργασία της μητέρας έξω από το σπίτι αλλά και η ηλικία της, ο εγκλωβισμός των παιδιών μέσα σε ένα μικρό διαμέρισμα, οι απουσία χώρων για παιχνίδι, η αύξηση της τροχαίας κίνησης και η έλλειψη κατάλληλης αγωγής τόσο των οδηγών όσο και των παιδιών αποτελούν βασικούς αιτιολογικούς παράγοντες για τα ατυχήματα. Η έντονη κινητικότητα των παιδιών και η έλλειψη συνειδητοποίησης του κινδύνου σαν αποτέλεσμα των πράξεών τους κάνουν τον αριθμό των παιδικών ατυχημάτων να αυξάνεται.<sup>17</sup>

Σημαντικό ποσοστό (50%) λαμβάνουν τα τροχαία ατυχήματα με παιδί πεζό, επιβάτη ή με ποδήλατο. Αυτό οφείλεται στη διάθεση των παιδιών για ανεξαρτησία καθώς και στην έλλειψη συνεχούς επιτήρησης και σωστής εκπαίδευσης στη κυκλοφοριακή αγωγή. Τα δεκάχρονα παιδιά έχουν μάθει την ασφαλή συμπεριφορά και μπορούν για παράδειγμα να διασχίσουν μόνα τους σχετικά ήσυχους δρόμους. Παρόλα αυτά υπάρχει πιθανότητα να παραβλέψουν ακρότητες για να δοκιμάσουν τις δυνατότητες τους.

Ειδικότερα στη παιδική ηλικία η άγνοια των γονέων και όλων όσων έχουν την επιμέλειά τους, αποτελεί έναν επιπρόσθετο αιτιολογικό παράγοντα. Ο δύστροπος χαρακτήρας ορισμένων μικρών παιδιών, ο αρνητισμός και η εχθρότητα στις συμβουλές των γονέων, η γοητεία της περιπέτειας, η άρνηση και αμφισβήτηση προσώπων και καταστάσεων είναι παράγοντες που εύκολα οδηγούν σε απερίσκεπτες αποφάσεις και επικίνδυνη δράση.<sup>18</sup>

### 3.2. ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΟΙΚΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Κάθε παιδί σε αντίθεση με τον ενήλικα χαρακτηρίζεται από έλλειψη πείρας, ωριμότητας και αντίληψης του κινδύνου ενώ διακατέχεται από έμφυτη επιθυμία (περιέργεια) να γνωρίσει να δοκιμάσει και να πειραματιστεί με τα αντικείμενα που το περιβάλλουν. Ο ενήλικας συχνά θεωρεί ότι το παιδί συμπεριφέρεται απερίσκεπτα. Το νήπιο όμως προκειμένου να εξερευνήσει κάθε πτυχή του αντικειμένου που περιεργάζεται θεωρεί εύστοχο να το φέρει στο στόμα του.

Αποτελεί δε, στοιχείο της φυσιολογικής του ανάπτυξης η προσπάθεια να διευρύνει το οπτικό του πεδίο (μέσα στο μικρόκοσμό του) μέσω της αναρρίχησης σε έπιπλα (χαμηλότερο κέντρο βάρους λόγω αναστήματος) το νήπιο χάνει εύκολα την ισορροπία του όταν σκύβει.<sup>19</sup>

Καθοριστικής σημασίας παράγοντες που ενέχονται στην πρόκληση ατυχήματος είναι τόσο η ηλικία του παιδιού όσο και το φύλο του. Τα αγόρια είναι πιο επιρρεπή σε ατυχήματα λόγω της ανήσυχης και πιο επιθετικής φύσης τους. Είναι γεγονός ότι στον δεύτερο χρόνο της ζωής τους τα παιδιά προσχολικής ηλικίας έχουν την τάση να εξερευνούν ψάχνοντας για κρυμμένα ή άγνωστα αντικείμενα στο σπίτι.

Αναλύοντας την ψυχολογική αιτιολογία των ατυχημάτων πρέπει να αναφερθεί ότι το παιδί χαρακτηρίζεται από σκέψη ανώριμη, ριψοκίνδυνη και εγωκεντρική. Ενεργεί, δηλαδή με γνώμονα την ικανοποίηση της περιέργειάς του. Επομένως η επίβλεψη των γονέων θα πρέπει να είναι άμεση και ουσιαστική, παραμένοντας πάντα σε εγρήγορση καθώς το παιδί κινείται με ευελιξία και ταχύτητα, βάζοντας ως στόχους αντικείμενα που δύσκολα μπορεί να αντιληφθεί ο ενήλικος.<sup>20</sup>

Στα παιδιά ηλικίας μικρότερης των 2 ετών η επίβλεψη είναι απαραίτητη. Δεν θα πρέπει όμως να αγγίζει τα όρια του υπερπροστατευτισμού καθώς ο τελευταίος καθιστά τα παιδιά πιο

επιρρεπή σε ατυχήματα λόγω ατελούς ανάπτυξης των αντανακλαστικών έναντι των κινδύνων του περιβάλλοντος.

Επίσης ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται σε παιδιά που παρουσιάζουν μαθησιακές ή κινητικές δυσκολίες, αδεξιότητα ή εμφανίζουν επιληπτικές κρίσεις, καθώς έχουν σημειωθεί πολλά εγκαύματα ή ακόμη και φαινόμενα ασφυξίας, προκαλούμενα για παράδειγμα από εξαρτήματα κλίνης που απέτρεπαν την πτώση σε παιδιά με διανοητική καθυστέρηση.

Ακολουθεί περιγραφή των σημαντικότερων ατυχημάτων που σημειώνονται μέσα ή γύρω από το σπίτι. Η αδρή αυτή ταξινόμηση αποσκοπεί στην καλύτερη παρουσίαση των πιθανών κινδύνων κατά περίπτωση καθώς το 60-80% του συνόλου των ατυχημάτων μέχρι την ηλικία των 4 ετών λαμβάνει χώρα εντός του οικιακού περιβάλλοντος.<sup>21</sup>

### **Δηλητηριάσεις**

Τα παιδιά ηλικίας 2-4 ετών συγκεντρώνουν την υψηλότερη συχνότητα δηλητηριάσεων από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα.

Οι φαρμακευτικές δηλητηριάσεις αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό και οφείλονται στην αυξημένη ευρεία χρήση τους. Τα τελευταία χρόνια τόσο από νεότερα όσο και από ηλικιωμένα άτομα με ή χωρίς ιατρική συνταγή.

Στην κατηγορία των δηλητηριάσεων από είδη οικιακής χρήσης θα πρέπει να γίνει αναφορά στα ακόλουθα:

- α) είναι συχνό το φαινόμενο ανάμιξης χλωρίνης με οξέα στον χώρο του μπάνιου με αποτέλεσμα την πρόκληση σοβαρών αναπνευστικών προβλημάτων στα παιδιά.
- β) η δηλητηρίαση με οινόπνευμα (φαινόμενο οξείας μέθης) καλύπτει μεγάλο αριθμό περιπτώσεων (αρκετές και σοβαρές είναι οι δηλητηριάσεις από κολόνιες)

γ) η πλειοψηφία των καλλυντικών που ευθύνονται για περιπτώσεις δηλητηρίασης στα παιδιά δεν είναι τοξικά (εκτός από κάποιες βαφές μαλλιών).

Δεν ισχύει το ίδιο όμως και για την μάσηση τσιγάρων από βρέφη, η οποία μπορεί να έχει δυσάρεστα επακόλουθα. Η νικοτίνη στα προϊόντα του καπνού απορροφάται εύκολα από το βλεννογόνο του στόματος και του εντέρου (η απορρόφηση εξαρτάται από τη ποσότητα/σύσταση της νικοτίνης και το pH του καπνού). Τα συμπτώματα εξελίσσονται ταχέως με πιο κοινό σύμπτωμα τον εμετό.<sup>22</sup>

Ο σίδηρος αποτελεί επίσης σημαντική αιτία θανάτου από δηλητηρίαση σε νεαρά άτομα. Καθώς η περιγεννητική θεραπεία με σίδηρο είναι συχνή, η ύπαρξη αυτών των δισκίων που έχουν εμφάνιση παρόμοια με εκείνη καραμέλες στο σπίτι μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για τα άλλα παιδιά της μητέρας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο της δηλητηρίασης εξαιτίας της κατάποσης ταμπλέτων καθαρισμού οδοντικών προσθέσεων και φακών επαφής. Η τυχαία κατάποση του μπορεί να οφείλεται στη συχνή χρήση τους από τα ηλικιωμένα άτομα που συχνά φροντίζουν τα παιδιά, αλλά και στη λανθασμένη τοποθέτηση τους από τους γονείς σε προσεγγίσιμα για το παιδί σημεία του σπιτιού.<sup>23</sup>

### **Κουζίνα ο πιο επικίνδυνος χώρος του σπιτιού**

Τα πιο συχνά παιδικά ατυχήματα αφορούν σε εγκαύματα από ζεστό νερό για μαγείρεμα, πλύσιμο και παρασκευή αφεψημάτων, καθώς και από επαφή με μεταλλικές εστίες κουζίνας ή ηλεκτρικά σίδερα. Παράγοντες πιθανού κινδύνου είναι επίσης:

- α) το καυτό φαγητό – νερό σε μαγειρικά σκεύη
- β) οι ηλεκτρικές συσκευές
- γ) οι βραστήρες νερού



- δ) οι διακόπτες κουζίνας (ιδιαίτερα αν είναι ακάλυπτοι)
- ε) τα πολύπριζα και τα εκτεθειμένα καλώδια.<sup>24</sup>

### **Ατυχήματα στο λουτρό – μπάνιο**

Τα εγκαύματα στο μπάνιο αποτελούν συχνό αίτιο παιδικών ατυχημάτων και οφείλονται κυρίως στην απροσεξία και στην έλλειψη προνοητικότητας των ενηλίκων για τους κινδύνους που ελλοχεύουν στο χώρο αυτό.

Ιδιαίτερα επικίνδυνοι (αλλά όχι ακόμα διαδεδομένοι στην Ελλάδα) είναι οι βραστήρες νερού (θερμοσίφωνες) που λειτουργούν με αέριο, καθώς η διαφυγή μονοξειδίου του άνθρακα (CO) κατά την διάρκεια λειτουργίας της συσκευής έχει ενοχοποιηθεί για αρκετά θανατηφόρα περιστατικά διεθνώς.

Σε μελέτη της Consumer Product Safety Commission των Η.Π.Α. που κατέγραψε τους βρεφικούς θανάτους από πνιγμό (κατά την περίοδο 1983-1995) σημειώνονται τα εξής:

- α) οι περισσότεροι θάνατοι (84%) σημειώθηκαν σε παιδιά ηλικίας 5-15 μηνών με μέση ηλικία τους 8 μήνες.
- β) το 90% των ατυχημάτων αποδόθηκε σε ελλιπή επίβλεψη από τους γονείς με μέσο χρόνο απουσίας τα 6 λεπτά και
- γ) αρκετοί από τους γονείς (ή τις baby-sitters) χρησιμοποιούσαν για τη διευκόλυνσή τους ειδικά παιδικά καθίσματα μπάνιου.<sup>25</sup>

### **Πτώσεις (μπαλκόνια, ταράτσες, σκάλες)**

Τα κιγκλιδώματα στις βεράντες και τις ταράτσες συνήθως δεν τηρούν τις καθορισμένες προδιαγραφές ασφαλείας καθώς είναι σχεδιασμένες βάσει αισθητικών κριτηρίων.

Τρία είναι τα βασικά σημεία πρόκλησης παιδικών ατυχημάτων στις περιπτώσεις αυτές:

- α) Τα χαμηλά κάγκελα των μπαλκονιών, τα οποία είτε δεν είναι σταθερά κατασκευασμένα, είτε διαθέτουν μεγάλα διάκενα.
- β) Η δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης των παιδιών προς την ταράτσα (ιδιαίτερα κατά το διάστημα που ο γονέας ή ο επιβλέπων είναι απασχολημένος).
- γ) Οι μεγάλες επιφάνειες τζαμιών που δεν διευκολύνουν την δυνατότητα διάκρισης – αντίληψης του γυάλινου χωρίσματος.<sup>26</sup>

### **Εγκαύματα**

Η νηπιακή ηλικία είναι πλέον επιρρεπής σε εγκαύματα. Στα πολύ μικρά παιδιά (1-2 ετών) αιτία του εγκαύματος είναι συνήθως η ανατροπή δοχείου με ζεστό νερό στην εστία της κουζίνας ή στο τραπέζι, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά είναι περισσότερο συχνή η σύγκρουσή τους με ενήλικες που κρατούν δοχείο με ζεστό νερό ή φαγητό. Σοβαρά εγκαύματα μπορεί να προκληθούν και όταν το παιδί πειραματίζεται με σπίρτα και οινόπνευμα.

Σημαντικό κίνδυνο αποτελεί και το ηλεκτρικό σίδερο. Επίσης ιδιαίτερα επικίνδυνες είναι και οι πάνες του μωρού, οι οποίες σύμφωνα με κλινικές μελέτες έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα εύφλεκτες.

Η ηλεκτροπληξία από ρεύμα χαμηλής τάσεως αποτελεί συχνό κίνδυνο για παιδικά ατυχήματα που δύναται να προκαλέσει τετανία, καρδιακές διαταραχές και δευτερεύουσες βλάβες ακόμα και τον θάνατο.<sup>21</sup>

### **Άλλες μορφές ατυχημάτων**

Στο οικιακό περιβάλλον είναι πιθανό να παρατηρηθούν πτώσεις του παιδιού από το κρεβάτι, την κουκέτα ή από ψηλές καρέκλες. Η χειροκίνητη κούνια έχει ενοχοποιηθεί για την πρόκληση π.χ. αρκετών καταγμάτων, ενώ στα ατυχήματα που ενέχουν πτώσεις από καρέκλες τα

μωρά προσπαθούν να σηκωθούν χωρίς το κάθισμα να έχει περιδεθεί ή να έχουν ληφθεί προληπτικά μέτρα για την σταθερότητα της καρέκλας.

Στις ανώτερες οικονομικά τάξεις παρατηρείται το φαινόμενο του πνιγμού ή του δευτεροπαθούς πνιγμού σε πισίνα, συχνότερα θύματα των οποίων είναι τα παιδιά που πάσχουν από επιληψία. Το 46% αυτών των ατυχημάτων συνέβη κατά τους χειμερινούς μήνες, ενώ τα μισά από αυτά οφείλονται σε έλλειψη κάποιου μέσου προστασίας.

Κατά την διάρκεια του παιχνιδιού ενδέχεται να προκληθούν τραυματισμοί των οφθαλμών και των αυτιών λόγω αιχμηρών εργαλείων ή αντικειμένων που βρίσκονται τυχαία στο πάτωμα.

Εξίσου επικίνδυνες είναι και οι παιδικές «στράτες» ενώ έχουν σημειωθεί αρκετά ατυχήματα με τους ιμάντες των οργάνων γυμναστικής που βρίσκονται μέσα στο σπίτι.

Επιπλέον είναι αυτονόητη ότι η ασφαλής αποθήκευση και φύλαξη των όπλων σε άγνωστα και λίαν δυσπρόσιτα για το παιδί μέρη, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση οπλοκατοχής οποιουδήποτε γονέα.<sup>17</sup>

Στο πλαίσιο μιας αγροτικής ή προαστιακής κατοικίας, οι κίνδυνοι για το παιδί αυξάνονται. Παρατηρούνται περισσότερα κρούσματα δηλητηρίασης από γεωργικά φάρμακα, πτώσεις από σκάλες που χρησιμοποιούνται συχνά, τραύματα από μηχανές περιποίησης γρασιδιού, ακόμη από μη ελεγχόμενη λειτουργία του ιδιωτικού χώρου στάθμευσης, καθώς και η κακή χρήση γεωργικών μηχανημάτων.<sup>23</sup>

### 3.3. ΑΙΤΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΧΟΛΙΚΟ ΧΩΡΟ

Τα ατυχήματα στο χώρο του σχολείου αποτελούν το 30% των παιδικών ατυχημάτων μέχρι την ηλικία των 14 ετών στην Ελλάδα. Το ποσοστό στις χώρες της Ε.Ε. δεν ξεπερνά το 15%.<sup>21</sup>

Τα αίτια των ατυχημάτων στο σχολικό χώρο διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- a) Στην κακή κατασκευή σχολικού χώρου
  - Ø Μικρός χώρος διαλείμματος (ενισχύει το στρες υπερπληθυσμού με αποτέλεσμα την αύξηση της επιθετικότητας στα παιδιά)
  - Ø Χώρος γυμναστικής κοντά σε μεγάλες επιφάνειες κοινών τζαμιών.
  - Ø Κουτιά μέτρησης ηλεκτρικού ρεύματος σε εύκολα προσβάσιμα σημεία.
  - Ø Φωτισμός χωρίς προστατευτικό πλέγμα σε χώρο γυμναστηρίου.
  - Ø Ανυπαρξία διευκολύνσεων για άτομα με μειωμένη όραση.
  - Ø Μυτερά κάγκελα που περιβάλλουν το χώρο του σχολείου.
  - Ø Ακατάλληλα υλικά για κατασκευή μπασκετών, εντοιχισμένες μπασκέτες.
  - Ø Κάγκελα αδικαιολόγητα χαμηλά (δυνατότητα πτώσης από ύψος).<sup>26</sup>

- b) Στην κακή συντήρηση

Μερικές αιτίες πρόκλησης ατυχημάτων που οφείλονται στη κακή συντήρηση είναι:

- Ø Υγρά εκεί που δεν τα περιμένει κανείς (στάξιμο νερού από κλιματιστικό μηχάνημα)
- Ø Ξηλωμένα πλαστικά πλακάκια δαπέδου ή και κλασικά πλακάκια που έχουν χαλαρώσει και ανασηκωθεί.
- Ø Καλώδια στο έδαφος (ηλεκτρικά, τηλεφωνικά).
- Ø Πεταμένα υλικά και απορρίματα.

- Ø Οπές στο έδαφος που δεν έχουν καλυφθεί (π.χ. για τη στήριξη των δοκών του βόλεϋ).
  - Ø Φθαρμένα σκαλοπάτια, όπως και σπασμένα κομμάτια κάλυψης σκαλοπατιών.
  - Ø Ύπαρξη «γείσου» στα σκαλοπάτια.
  - Ø Φθαρμένα καλώδια.
  - Ø Σπασμένες λάμπες οροφής με πλαστικά καλύμματα που έχουν χαλαρώσει και είναι έτοιμα να πέσουν.
  - Ø Σπασμένος ηλεκτρονικός πίνακας, πρίζες κατεστραμμένες.
  - Ø Φθαρμένα υδραυλικά συστήματα και τζάμια.
  - Ø Ελλιπή συστήματα πυρασφάλεια.
  - Ø Μεγάλα αντικείμενα σε ακατάλληλη θέση με αιχμές και σκουριασμένα μέταλλα
  - Ø Ακατάλληλα σταθερά ή μη αντικείμενα (καλοριφέρ, σπασμένα θρανία)
  - Ø Έλλειψη κιγκλιδωμάτων σε σημεία με ύψος.
- c) Σε τροχαία ατυχήματα γύρω από το σχολικό χώρο.
- Ø Έλλειψη σχολικού τροχονόμου.
  - Ø Σχολεία κοντά σε δρόμους ταχείας κυκλοφορίας χωρίς φωτεινούς σηματοδότες.
  - Ø Οι μαθητές δεν γνωρίζουν στοιχειώδη σημεία του Κ.Ο.Κ.
  - Ø Έλλειψη πινακίδων που να προειδοποιούν τους οδηγούς να ελαττώσουν ταχύτητα λόγω ύπαρξης σχολείου.
  - Ø Φόρτωση σχολικών αυτοκινήτων στο δρόμο.
  - Ø Παρκαρισμένα αυτοκίνητα κοντά στο χώρο του σχολείου (κοντά στην είσοδο).
  - Ø Πάρκινγκ με συχνές εισόδους και εξόδους οχημάτων.

- Ø Κατελιμμένα πεζοδρόμια. Οι μαθητές αναγκάζονται να χρησιμοποιούν το οδόστρωμα.
- Ø Κυκλοφορία μεγάλων φορτηγών (π.χ. λόγω έργων στον γύρω χώρο).<sup>27</sup>



Παρόλο που η αρχική κατασκευή δεν είχε μυτερά κάγκελα, η διεύθυνση του σχολείου το τοποθέτησε εκ των υστέρων! Φοβερή έλλειψη γνώσεων σε πρόληψη ατυχημάτων (σχολείο πόλης Πατρών, 1992)



Νεόκτιστο σχολικό κτίριο (1991) με γήπεδο βόλεϊ δίπλα σε μεγάλες επιφάνειες κοινών τζαμιών (Αλεξανδρούπολη, 1993)



Η βασικότερη αιτία ατυχημάτων σε σχολεία ήταν η επιθετικότητα. Αυτή μεγαλώνει λόγω «στρες υπερπληθυσμού». Ο χώρος στη Φώτο είναι μικρός για διάλειμμα και παιχνίδι για αυτόν τον αριθμό παιδιών. (Δημ. Σχολείο Αθήνα, 1993)



Κλειστό γυμναστήριο σχολείου: φωτισμός χωρίς προστατευτικό πλέγμα από μπάλες, μπασκέτες σπασμένες, η στέγη έχει αποκολληθεί και πέφτουν κομμάτια, πυροσβεστήρες ανύπαρκτοι. (Σχολείο στη Ναύπακτο, 1992)

### Κατηγορία 1: Κακή κατασκευή.



Δημοτικό σχολείο στο νησί  
Κύθνος,



Τα κουτιά μέτρησης βρίσκονται συχνά σε  
εύκολα προσβάσιμα σημεία και σε κακή  
κατάσταση ( Σχολείο πόλης Κορθίου, στο νησί  
Άνδρος, 1988)



Μεγάλος ο κίνδυνος πτώσης (λείπουν κάγκελα!)  
από ύψος μεγαλύτερο των 6 μέτρων! Εδώ δεν  
ωφελούν αιτήσεις προς την τοπική  
αυτοδιοίκηση για επισκευή. (Δημοτικό στη  
Νήσο Νάξο, 1990)



Τα πλαστικά για το φωτισμό στην οροφή δεν  
διαπιστώθηκε σε πολλά σχολεία (Σχολείο  
νήσου Νάξου, 1990)

## Κατηγορία 2:Κακή συντήρηση





Δρόμος ταχείας κυκλοφορίας χωρίς καμία προειδοποιητική πινακίδα για το σχολείο που βρίσκεται με έξοδο προς αυτήν. Οι απληροφόρητοι βαδίζουν στο οδόστρωμα. (Πάτρα, 1998)



Απαράδεκτη και επικίνδυνη φόρτωση σχολικών αυτοκινήτων και μάλιστα στη Μαρασλειο Παιδαγωγική Ακαδημία. Η επιβίβαση γίνεται από την μεριά πυκνής κυκλοφορίας και χωρίς επίβλεψη.



Εικόνα στο πεζοδρόμιο που προειδοποιεί μικρά παιδιά να σταματήσουν και να ελέγξουν πριν περάσουν, τοποθετημένη σε κάθε διάβαση και επικίνδυνο σημείο προσβάσεων μαθητών



Σαφής προειδοποίηση για οδηγούς να μειώσουν την ταχύτητα τους σε περιοχές σχολείων, σχεδιασμένη επάνω στο οδόστρωμα. Συντηρείται όμως σε καλή κατάσταση (βάψιμο μόλις φθαρεί)

### Κατηγορία 3: Τροχαία ατυχήματα γύρω από το σχολικό χώρο



### 3.3.1. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΣΗ

Πολλά από τα ατυχήματα που λαμβάνουν χώρα στο σχολείο συμβαίνουν κατά την ώρα της γυμναστικής ή διαφόρων εκδηλώσεων αθλητικού τύπου. Τα συχνότερα ατυχήματα εδώ είναι ορθοπεδικής φύσεως.

Τα αίτια των ατυχημάτων αυτών μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες:

α) Στα αίτια που οφείλονται στον ίδιο τον μαθητή (απροσεξία 25,8%, σπρώξιμο από συμμαθητή 22,5%).

β) Ακατάλληλα όργανα γυμναστικής.

γ) Ακατάλληλος αθλητικός χώρος χωρίς όρους υγιεινής και ασφάλειας.

δ) Αμέλεια γονέων, δασκάλων ή φορέων υγείας για προληπτική εξέταση του παιδιού για παθολογικές καταστάσεις που καθιστούν επικίνδυνη την άσκηση.<sup>28</sup>

### 3.3.2. ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Η επιθετικότητα είναι το συνηθέστερο (αποδεικνύουν οι μελέτες) αίτιο ατυχημάτων. Στα σχολεία είναι διεθνές πρόβλημα, σε άλλα κράτη λιγότερο, σε άλλα περισσότερο και σε μερικά άλλα με ακραίες εκδηλώσεις (είναι γνωστή η εκτεταμένη χρήση όπλων από μαθητές στις Η.Π.Α., μερικές φορές με τραγικές συνέπειες).<sup>42</sup>

Η επιθετικότητα θα μπορούσε να προέρχεται:

Ø Από την ποιότητα της κοινωνίας και τις πιέσεις (όχι πάντα αναγνωρίσιμες) που εξασκεί.

- Ø Από την θεοποίηση της βίας στα ΜΜΕ σαν τρόπο επιβίωσης και ζωής.
- Ø Από την κοινωνικά αποδεκτή, αν όχι προωθούμενη, διάδοση άσκησης βίας: << πολεμικές τέχνες >>, διάφορες μέθοδοι σωματικής επικράτησης που καμουφλάρονται πίσω από το επίθετο << αμυντικό άθλημα >>, πυγμαχία = εισαγγελική άδεια για δημιουργία βαριάς σωματικής βλάβης.
- Ø Από την έλλειψη δυνατοτήτων ακίνδυνης εκτόνωσης (π.χ. διαβίωση σε πολυκατοικία, μικρός χώρος διαλείμματος κ.τ.λ.).
- Ø Από τη δημιουργία της αντίληψης ότι ο άλλος είναι μικρός εχθρός.<sup>25</sup>

### 3.3.3. ΧΩΡΟΣ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Ο χώρος αυτός μπορεί να περικλείει πολλούς κινδύνους για μαθητές που αναγκαστικά συχνάζουν στην περιοχή λόγω του σχολείου, ο οποίος ουσιαστικά ανήκει στην αρμοδιότητα του διδακτικού προσωπικού που πρέπει να τον ελέγξει και να τον διασφαλίσει.

Παραδείγματα συγκεκριμένων κινδύνων γύρω από το σχολείο που συχνά γίνονται αιτίες σοβαρών ατυχημάτων είναι:

- Ø Ανοικτά θεμέλια οικοδομών και εκτεθειμένα υλικά.
- Ø Γεμάτες ή άδειες στέρνες νερού ή άλλων υλικών.
- Ø Ανασφαλείς παιδικές χαρές.
- Ø Σιδηροδρομικές γραμμές στην περιοχή.
- Ø Εγκαταλελειμμένες ετοιμόρροπες κατοικίες.
- Ø Πηγάδια.

Συνοπτικά τα αίτια που τα ελληνικά σχολεία είναι σε μεγάλο ποσοστό ανασφαλή είναι:

- Ø Μεγάλος αριθμός κτιρίων δεν είναι κατασκευασμένος για σχολική χρήση.  
Αγοράστηκαν ή ενοικιάστηκαν από το κράτος μετά την κατασκευή τους.
- Ø Μεγάλος αριθμός δεν ανήκει στο κράτος, όποτε δεν συντηρείται όπως θα έπρεπε.
- Ø Η συντήρηση είναι ελλιπής.
- Ø Οι δάσκαλοι και οι καθηγητές δεν έχουν ποτέ διδαχθεί την πρόληψη των ατυχημάτων στα σχολεία.
- Για την πολιτεία το θέμα αυτό είναι ανύπαρκτο.<sup>26</sup>

*Η γνωστοποίηση των αιτιών των ατυχημάτων συμβάλλει, ιδιαίτερα στους νέους ανθρώπους, στην αντιμετώπιση του κινδύνου και τη μετατροπή της ανασφάλειας σε σιγουριά.*

### 3.4. ΑΙΤΙΑ ΤΡΟΧΑΙΩΝ

Τα τροχαία ατυχήματα όπως προαναφέραμε αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στα παιδιά κατά την σχολική και εφηβική ηλικία.

Τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Σε αυτά που την ευθύνη φέρει το παιδί όπως όταν παραβιάζει οδικά σήματα και φωτεινούς σηματοδότες και σε περίπτωση που είναι πεζός.

Η δεύτερη κατηγορία είναι τα τροχαία ατυχήματα που συμβαίνουν όταν το παιδί είναι συνεπιβάτης και συνήθως οφείλονται στον ίδιο τον οδηγό αυτά είναι: η αυξημένη ταχύτητα, η αντοχή στην μηχανική ενέργεια ή έλλειψη χρήσης μέτρων προστασίας και ασφάλειας (κράνος, ζώνη, αυθεντικότητα αυτοκινήτου, ταχύτητα) η χρήση κινητού τηλεφώνου που συνεπάγεται την έλλειψη συγκέντρωσης του οδηγού και τέλος η παραβίαση των οδικών σημάτων και φαναριών.<sup>29</sup>

# **ΜΕΡΟΣ Β**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΧΕΔΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

#### 4.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΓΜΑ

##### 4.1.1. ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Τα κατάγματα που προκαλούνται μετά από τραυματισμό στο σχολικό περιβάλλον αποτελούν το 23% του συνόλου των ατυχημάτων. Η συχνότητα των καταγμάτων είναι διπλάσια στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Το 57% των καταγμάτων που συμβαίνουν κατά την διάρκεια των αθλημάτων με μπάλα παρατηρούνται στο ποδόσφαιρο, ενώ η πτώση από ύψος αποτελεί τον επικείμενο μηχανισμό στο 1/2 των περιπτώσεων. Τα περισσότερα κατάγματα εντοπίζονται στα άνω και κάτω άκρα.

Κάταγμα ονομάζουμε το πλήρες ή μερικό σπάσιμο ενός οστού. Για να σπάσει ένα κόκαλο πρέπει να ασκηθεί μια μεγάλη εξωτερική δύναμη, άμεση πλήξη ή περιστροφή.

Υπάρχουν δύο κατηγορίες καταγμάτων που μπορούν να αξιολογηθούν από τον μη ειδικό. Τα κλειστά κατάγματα, όταν το περιβάλλον δέρμα μένει ανέπαφο και τα ανοιχτά κατάγματα όπου το κάταγμα συνοδεύεται και από λύση της συνέχειας του δέρματος, συνυπάρχει δηλαδή τραύμα.

Τα κλειστά τραύματα άσχετα με τη βαρύτητα τους και την σοβαρότητα τους παραμένουν άσηπτα, πράγμα που οφείλεται στην στεγανότητα του άθικτου δέρματος που το επιβάλλει.

Τα ανοιχτά κατάγματα είναι εκτεθειμένα σε όλα τα μικρόβια του περιβάλλοντος χώρου, γιατί έχει διασπαστεί ο φυσιολογικός

αντιμικροβιακός φραγμός που είναι το δέρμα. Ένα ανοιχτό κατάγμα χρειάζεται μεταφορά στο νοσηλευτικό κέντρο.<sup>30</sup>

### **Νοσηλευτικά προβλήματα:**

- Ø Πολύ δυνατός πόνος στην ύποπτη θέση.
- Ø Οίδημα στη περιοχή που αυξάνεται ταχύτητα.
- Ø Αδυναμία κίνησης του μέλους που σπάει.
- Ø Παραμόρφωση της περιοχής.
- Ø Άγχος που προκαλεί το αίσθημα του τραυματία που άκουσε το κόκαλο του να σπάει. Η έξοδος παρασχίδων από το συνοδό τραύμα σε περίπτωση ανοιχτού κατάγματος.

### **Σκοπός:**

Επιβάλλεται : Η αντιμετώπιση του πόνου αναλόγως. Η γρήγορη μεταφορά του παιδιού σε νοσοκομείο.

### **Αντιμετώπιση:**

Τυχόν μεγάλη αιμορραγία ή δυσκολία στην αναπνοή αντιμετωπίζεται κατά προτεραιότητα. Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τα κατάγματα με το παιδί στη θέση που βρέθηκε, εκτός βέβαια αν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του. Σταθεροποιεί το πιθανό κατάγμα ακινητοποιώντας τις δύο εκατέρωθεν αρθρώσεις. Η ψύξη της περιοχής βοηθά στην αντιμετώπιση του οιδήματος. Οι επίδεσμοι που θα χρησιμοποιεί για την ακινητοποίηση πρέπει να είναι αρκετά σταθεροί για να εμποδίζουν την κίνηση, αλλά όχι τόσο σφιχτοί που παρεμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος.

Σε ανοιχτά κατάγματα αποφύγει ο νοσηλευτής να δώσει στο τραυματία να πει γιατί πιθανώς να χρειαστεί να χειρουργηθεί επείγοντως οπότε αποτελεί αντένδειξη για την αναισθησία.<sup>31</sup>

#### 4.1.2. ΚΑΤΑΓΜΑ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Το κάταγμα του άκρου ποδιού είναι ένα από τα πιο συχνά κατάγματα που συμβαίνουν στη σχολική ηλικία. Πολλές φορές οφείλονται σε άμεση βία π.χ. σε στραβοπάτημα, σε χτύπημα ή σε σύνθλιψη από κάποιο βαρύ αντικείμενο. Ωστόσο μπορούν να προκληθούν και κατά το πέσιμο ή το πήδημα κατά το οποίο γίνεται ταυτόχρονα στροφή του άκρου ποδιού.<sup>32</sup>

##### **Νοσηλευτικά προβλήματα:**

- Ø Πόνος στο άκρο πόδι που γίνεται δυνατός με τη κίνηση.
- Ø Ευαισθησία στη θέση του κατάγματος
- Ø Απουσία κινητικότητας.
- Ø Μπορεί να υπάρχουν οίδημα και εκχύμωση.
- Ø Μπορεί να υπάρχει παραμόρφωση π.χ. ανωμαλία κατάγματος του άκρου ποδιού.

##### **Σκοπός:**

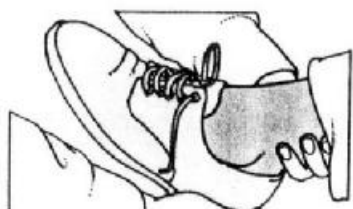
Ανακούφιση από τον πόνο άμεσα και μεταφορά του παιδιού στο πλησιέστερο νοσηλευτικό κέντρο.<sup>29</sup>

##### **Αντιμετώπιση:**

1. Καταρχήν ο νοσηλευτής ξαπλώνει το πόδι σε ύπτια θέση και στη συνέχεια σηκώνει το τραυματισμένο άκρο πόδι πιο ψηλά και το υποστηρίζει. Βγάζει με προσοχή το παπούτσι και τη κάλτσα. (εικ. 4.1.1.)
2. Σταματάει τυχόν αιμορραγία και δένει το τραύμα του παιδιού αν υπάρχει. (εικ. 4.1.2.)



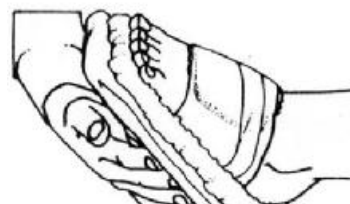
3. Τοποθετεί έναν νάρθηκα με αρκετές βάτες κάτω από το πέλμα. (εικ. 4.1.3)



Εικ: 4.1.1.



Εικ: 4.1.2.



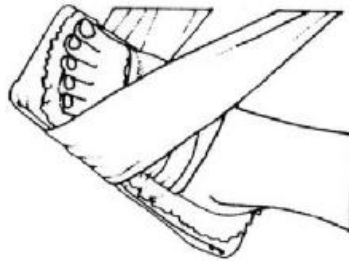
Εικ: 4.1.3

Σικ: Μέθοδος ακινητοποίησης του άκρου ποδιού

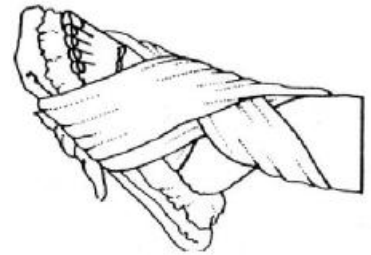
4. Στερεώνει το νάρθηκα με επίδεσμο σε σχήμα «8» περνώντας το κέντρο ενός επιδέσμου μεγάλου πλάτους έξω από το νάρθηκα, στο πλέγμα, και σταυρώνοντας τα δύο άκρα πάνω από το ταρσό (εικ. 4.1.4)
5. Παίρνει τα άκρα του επιδέσμου γύρω από το σφύρο, τα σταυρώνει πάλι και τα φέρνει ξανά εμπρός. (εικ. 4.1.5).
6. Τα σταυρώνει άλλη μια φορά πάνω στον ταρσό, τα περνάει και τα δένει κάτω από το νάρθηκα. (εικ. 4.1.6)
7. Κρατάει το άκρο πόδι ψηλά και το υποστηρίζει και φροντίζει για τη μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο.<sup>33</sup>



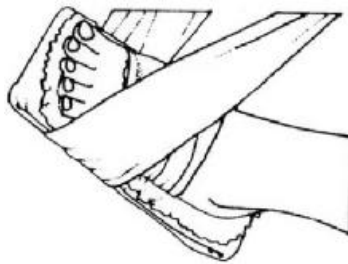
Εικ: 4.1.4



Εικ: 4.1.5.



Εικ: 4.1.6



Περίδεση οκτωειδής άκρου ποδιού με κυλινδρικό επίδεσμο.

### 4.1.3. ΔΙΑΣΤΡΕΜΜΑ

Είναι κάκωση που προκαλείται σε μια άρθρωση όταν οι ιστοί και οι σύνδεσμοι που βρίσκονται γύρω της στρεβλωθούν ή διασπαστούν ξαφνικά. Για παράδειγμα, διάστρεμμα του σφυρού είναι δυνατό από το απότομο γύρισμα του ποδιού ενώ το άτομο περπατά ή τρέχει. Μερικά διαστρέμματα είναι ελαφρά ενώ άλλα συνοδεύονται από μεγάλες βλάβες των ιστών και δύσκολα ξεχωρίζουν από τα κατάγματα. Σε όλες τις αμφίβολες περιπτώσεις η κάκωση πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάταγμα.<sup>34</sup>

### **Νοσηλευτικά προβλήματα:**

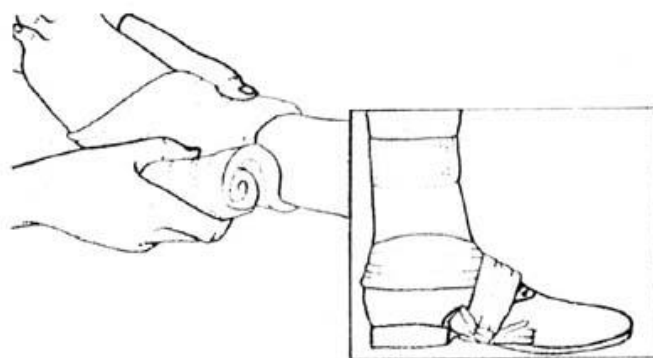
- Ø Πόνος και ευαισθησία γύρω από την άρθρωση, που αυξάνουν με την κίνηση.
- Ø Οίδημα της άρθρωσης (που αργότερα ακολουθείται από εκχύμωση).

### **Σκοπός:**

Ανακούφιση του παιδιού από τον πόνο, μείωση του οιδήματος και επαναφορά του μέλους στην φυσιολογική του κατάσταση.

### **Αντιμετώπιση:**

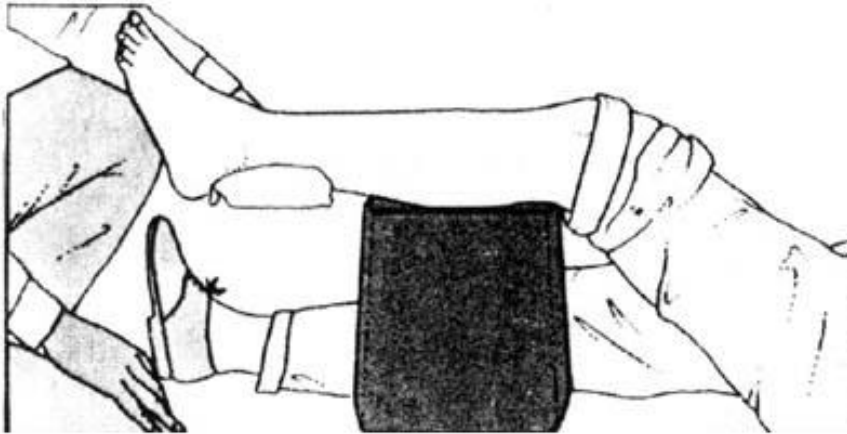
1. Ο νοσηλευτής υποστηρίζει την τραυματισμένη άρθρωση και τη βάζει στη πιο αναπαυτική θέση για το παιδί ανυψώνοντας το μέλος (εικ. 4.3.1)



Εικ: 4.3.1.

Στην συνέχεια αφαιρεί τα ρούχα προσεκτικά από την άρθρωση και αν το διάστρεμμα είναι πρόσφατο εφαρμόζει κρύα κομπρέσα για να μειώσει το οίδημα και τον πόνο.

2. Εναλλακτικά, ο νοσηλευτής προσπαθεί να αντιμετωπίσει το οίδημα και συγκρατεί κάπως την άρθρωση τυλίγοντας την με ένα παχύ στρώμα από βαμβάκι που το στερεώνει με επίδεσμο. (εικ. 4.3.2.).<sup>32</sup>



Εικ: 4.3.2

**Αν τα συμπτώματα παραμένουν ο νοσηλευτής ζητάει τη βοήθεια του ιατρού δηλαδή γίνεται η μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο.**

## 4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ

### ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ

Είναι η μετατόπιση ενός ή περισσότερων οστών μιας άρθρωσης. Συμβαίνει όταν κάποια ισχυρή δύναμη ενεργεί άμεσα ή έμμεσα πάνω σε μια άρθρωση, μετατοπίζοντας το οστό σε άλλη θέση. Μπορεί να είναι και αποτέλεσμα ξαφνικής μυϊκής σύσπασης. Οι αρθρώσεις που παθαίνουν συχνότερα εξάρθρωμα είναι του ώμου, του αγκώνα, του αντίχειρα, των δακτύλων και της γνάθου. Μερικές φορές η διάκριση ανάμεσα στο εξάρθρωμα και στο κάταγμα είναι δύσκολη ή ακόμα και αδύνατη αν υπάρχουν αμφιβολίες, η κάκωση πρέπει πάντα να αντιμετωπίζεται σαν κάταγμα.<sup>29</sup>

#### Νοσηλευτικά προβλήματα:

- Ø Πόνος δυνατός, αφόρητος κοντά στην άρθρωση.
- Ø Ο πάσχων δεν μπορεί να κινήσει το τραυματισμένο μέλος.
- Ø Η τραυματισμένη άρθρωση είναι παραμορφωμένη παρουσιάζεται οίδημα και αργότερα εκχύμωση.

#### Σκοπός:

Ανακούφιση του παιδιού από τον πόνο, μείωση του οιδήματος και επαναφορά του μέλους στη προηγούμενη φυσιολογική του κατάσταση.

#### Αντιμετώπιση:

Ο νοσηλευτής στηρίζει το τραυματισμένο μέλος στην πιο αναπαυτική θέση για τον πάσχοντα με μαξιλάρια ή άλλο υλικό. Αν υπάρχει δυνατότητα το ακινητοποιεί με απλούς επιδέσμους ή αναρτήρες. Φροντίζει για την άμεση μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο.

## **ΔΕΝ ΕΠΙΧΕΙΡΕΙ ΝΑ ΦΕΡΕΙ ΤΑ ΟΣΤΑ ΣΤΗ ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΤΟΥΣ ΘΕΣΗ ΓΙΑΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΞΕΝΗΣΕΙ ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΙΣΤΟΥΣ.**

### **4.2.1. ΕΞΑΡΘΡΗΜΑ ΧΟΝΔΡΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ (ΜΗΝΙΣΚΟΣ)**

Η άρθρωση του γόνατος περιέχει δύο ξεχωριστούς χόνδρους, με σχήμα μισοφέγγαρου (μηνίσκου) και ο ένας από αυτούς μπορεί να πάθει εξάρθρωμα και να σπάσει. Η κάκωση αυτή είναι δυνατό να οφείλεται σε ατύχημα κατά την άθληση ή σε γλίστρημα από σκαλοπάτι ή να προκληθεί κατά τη στροφή του σώματος ενώ το βάρος του έχει στηριχτεί στο ένα πόδι.<sup>33</sup>

#### **Νοσηλευτικά προβλήματα:**

- Ø Αφόρητος πόνος.
- Ø Μειωμένη κίνηση του μέλους.
- Ø Μπορεί να εμφανιστεί οίδημα που οφείλεται στη συγκέντρωση υγρού μέσα στην άρθρωση.

#### **Σκοπός:**

Να μειωθεί ο πόνος και να επανέλθει το μέλος στη φυσιολογική κατάσταση.

### **Αντιμετώπιση:**

1. Ο νοσηλευτής στηρίζει το τραυματισμένο άκρο στην πιο αναπαυτική θέση για τον πάσχοντα.
2. Προστατεύει το γόνατο σκεπάζοντας το ολόγυρα με μαλακές βάτες. Στερεώνει με επίδεσμο και τον δένει αρκετά σφιχτά ώστε να στηρίζει το γόνατο αλλά όχι τόσο πολύ ώστε να προκαλεί δυσφορία ή να επηρεάζει την κυκλοφορία.
3. Φροντίζει για την μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο διατηρώντας τη θέση της αρχικής θεραπευτικής του αντιμετώπισης.

**ΔΕΝ ΑΛΛΑΖΕΙ ΘΕΣΗ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ ΚΑΙ ΔΕΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙ ΝΑ ΤΟ ΤΕΝΤΩΣΕΙ.<sup>34</sup>**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

#### ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ

Η αρχή στην οποία στηρίζεται ο έλεγχος της αιμορραγίας είναι ο περιορισμός της ροής αίματος του τραύματος και άρα υποβοήθηση του σχηματισμού θρόμβου. Αυτό γίνεται με δύο τρόπους:

- Ø με πίεση
- Ø με ανύψωση

Υπάρχουν δύο είδη πίεσης:

- Ø άμεση, ακριβώς πάνω στο τραύμα και
- Ø έμμεση πάνω στην αρτηρία που αιματώνει το μέλος ή την περιοχή.

Πρέπει πάντα να εφαρμόζεται πρώτα η άμεση πίεση και η έμμεση τότε μόνο όταν είναι δύσκολο να εφαρμοστεί η άμεση πίεση.<sup>35</sup>

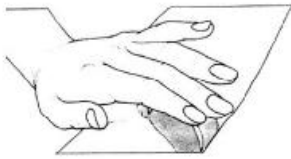
#### **Άμεση πίεση:**

Για να σταματήσει την αιμορραγία χωρίς να εμποδίσει την υπόλοιπη κυκλοφορία πρέπει να εφαρμοστεί αμέσως πίεση κατευθείαν πάνω στο τραύμα. Αυτή η πίεση επιπεδώνει τα αιμοφόρα αγγεία της περιοχής και επιβραδύνει τη ροή του αίματος βοηθώντας έτσι το σχηματισμό θρόμβου. Η πίεση πρέπει να διατηρηθεί για 5-15 λεπτά γιατί χρειάζεται χρόνος για να σταματήσει η ροή του αίματος. Αν στο τραύμα υπάρχει ενσφηνωμένο και κάποιο ξένο σώμα, η πίεση πρέπει να εφαρμοστεί κατά μήκος του οστού.<sup>31</sup>

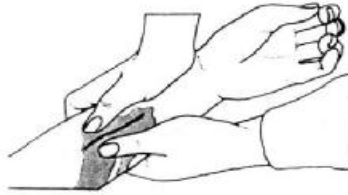


## Μέθοδοι:

1. Εφαρμόζει άμεση πίεση πάνω στο τραύμα με τον αντίχειρα και τα δάχτυλα. (εικ.5.1.1)



Εικ: 5.1.1.



Εικ: 5.1.2.



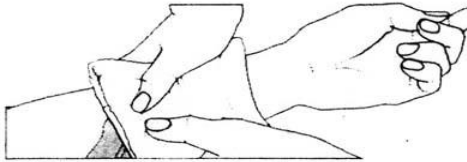
Εικ: 5.1.3.

### Μέθοδος εφαρμογής άμεσης πίεσης σε μεγάλο τραύμα.

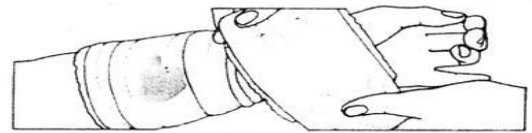
2. Αν το τραύμα είναι μεγάλο, συμπιέζει τα χείλη του ελαφρά αλλά σταθερά για να συμπλησιάσουν και διατηρεί την πίεση. (εικ. 5.1.2).
3. Βάζει το παιδί να ξαπλώσει άνετα στην κατάλληλη θέση. Σηκώνει το τραυματισμένο μέλος όσο πιο ψηλά γίνεται και το κρατάει ανυψωμένο. (εικ. 5.1.3)
4. Τοποθετεί ένα αποστειρωμένο και χωρίς φαρμακευτικές ουσίες επίθεμα πάνω στο τραύμα και βεβαιώνεται ότι καλύπτει καλά όλες τις άκρες του τραύματος πιέζοντας το σταθερά και στερεώνει με τον επίδεσμο τόσο σφιχτά όσο χρειάζεται για να σταματήσει η αιμορραγία αλλά όχι τόσο που να διακόπτεται η κυκλοφορία. (εικ. 5.1.4)
5. Εάν δεν υπάρχει κατάλληλο επίθεμα, τοποθετεί ένα κομμάτι γάζα πάνω στο τραύμα πάνω απ' αυτήν βάζει βαμβάκι και δένει τα στέρεα με επίδεσμο. Αυτοσχέδια επιθέματα μπορεί να φτιάξει και με

κάθε κατάλληλο καθαρό ύφασμα. Στη συνέχεια ακινητοποιεί το τραυματισμένο μέλος. (εικ. 5.1.5)

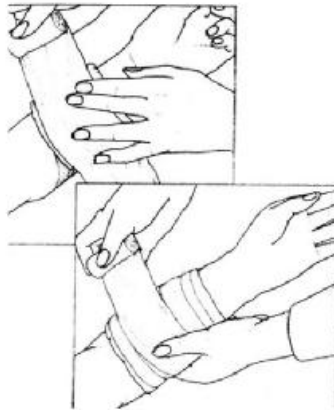
Εάν η αιμορραγία συνεχίζεται, τοποθετεί και άλλα επιθέματα και δένει σφικτά τον επίδεσμο, χωρίς όμως να αφαιρέσει τα αρχικά επιθέματα, γιατί έτσι μπορεί να αποσπαστούν οι θρόμβοι και να ξαναρχίσει η αιμορραγία.<sup>35</sup> (εικ. 5.1.6)



Εικ: 5.1.4



Εικ: 5.1.5



Εικ: 51.6

## ΜΙΚΡΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

Πολλά τραύματα είναι σχετικά ασήμαντα και προκαλούν μικρή μόνο αιμορραγία. Αν και το αίμα μπορεί να αναβλύζει από όλα τα σημεία του τραύματος, σύντομα θα σταματήσει να τρέχει. Συνήθως το μόνο που χρειάζεται είναι να τοποθετηθεί μια μικρή αυτοκόλλητη γάζα και μόνο αν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος λοίμωξης πρέπει να ζητείται ιατρική βοήθεια.<sup>36</sup>

### Νοσηλευτικά προβλήματα:

- Ø Πόνος στη θέση του τραύματος.
- Ø Σταθερή ροή μεικτού αίματος (αρτηριακού + φλεβικού)

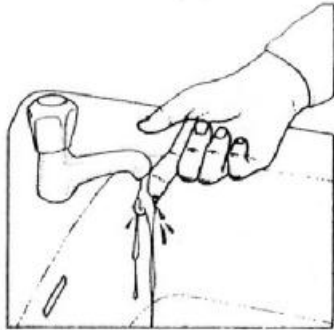
### Σκοπός:

Να καθαριστεί και να επιδεχθεί το τραύμα όσο γίνεται πιο γρήγορα για να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος λοίμωξης.

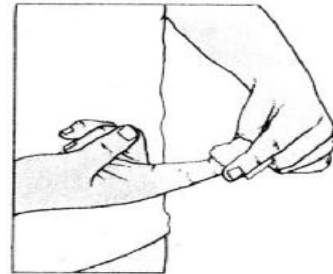
### Αντιμετώπιση:

1. Αν είναι δυνατό ο νοσηλευτής να πλένει τα χέρια του πριν ασχοληθεί με το τραύμα. Μετά το τραύμα είναι ακάθαρμο, το ξεπλένει με τρεχούμενο νερό της βρύσης αν υπάρχει ώσπου να καθαρίσει. (εικ. 5.2.1)
2. Προστατεύει προσωρινά το τραύμα με αποστειρωμένη γάζα. (εικ. 5.2.2)

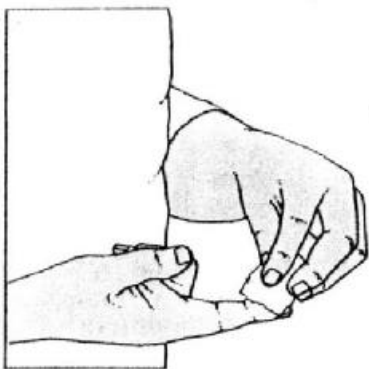
Εικ: 5.2.1



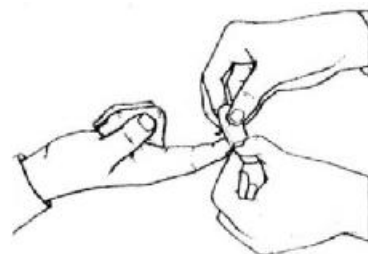
Εικ: 5.2.2



3. Καθαρίζει προσεκτικά το γύρο δέρμα με νερό και σαπούνι, αν είναι δυνατό. Σκουπίζει καθαρά την περιοχή, χωρίς να ακουμπάει στο τραύμα, χρησιμοποιώντας διαφορετική γάζα κάθε φορά και προσέχοντας να μην αποσπάσει τους θρόμβους που υπάρχουν. Για να στεγνώσει την περιοχή απλώς ακουμπάει ελαφρά τη γάζα. (εικ. 5.2.4)
4. Αν η αιμορραγία δεν σταματά εφαρμόζει άμεση πίεση. (εικ. 5.2.5).  
Αν δεν υπάρχουν υποψίες για κάταγμα, υποστηρίζει το τραυματισμένο μέλος ανυψωμένο.



Εικ: 5.2.4



Εικ: 5.2.5

Αν έχει αμφιβολία για την κάκωση ζητάει τη βοήθεια γιατρού. Εάν το τραύμα είναι μεγαλύτερο βάζει ένα αποστειρωμένο επίθεμα ή γάζα χωρίς φάρμακα και το επιδένει σταθερά.<sup>37</sup>

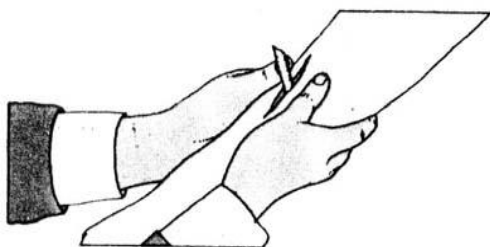
## ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΡΟΚΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΑΙΧΜΗΡΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

Ο νοσηλευτής αφαιρεί προσεκτικά από την επιφάνεια των τραυμάτων τα μικρά ξένα σώματα που είναι δυνατό να σκουπιστούν εύκολα με βαμβάκι ή να ξεπλυθούν με κρύο νερό. Αν κάποιο ξένο σώμα έχει σφηνωθεί στο δέρμα του πάσχοντα δεν επιχειρεί ποτέ να το αφαιρέσει, γιατί μπορεί να κλείνει το τραύμα εμποδίζοντας την αιμορραγία. Επιπλέον, αν το τραβήξει μπορεί να τραυματίσει περισσότερο τους γύρω ιστούς.<sup>30</sup>

Τα νοσηλευτικά προβλήματα είναι τα ίδια με τις άλλες αιμορραγίες που προαναφέρθηκαν.

### Αντιμετώπιση:

1. Για να σταματήσει την αιμορραγία ο νοσηλευτής εφαρμόζει άμεση πίεση στα χείλη του τραύματος, κατά μήκος του ξένου σώματος. (εικ. 5.3.1)
2. Τοποθετεί μια αποστειρωμένη γάζα πάνω ή και γύρω από το ξένο σώμα. (εικ. 5.3.2)



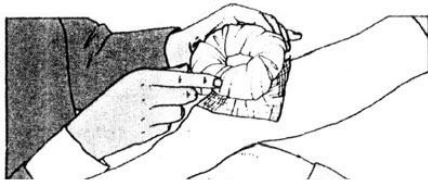
Εικ: 5.3.1.



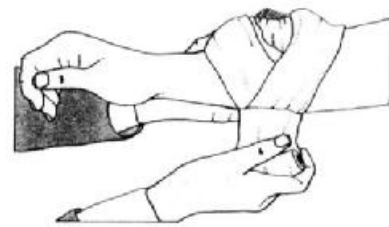
Εικ: 5.3.2.

3. Φτιάχνει ένα δακτυλιοειδές επίθεμα από βαμβάκι ή παρόμοιο υλικό και το τοποθετεί γύρω από το τραύμα. Αν είναι δυνατό, φτιάχνει το δακτυλιοειδές επίθεμα αρκετά ψηλό ώστε να αποκλείεται η πίεση πάνω στο ξένο σώμα. (εικ. 5.3.3).
4. Στερεώνει το επίθεμα με επίδεσμο που τον τοποθετεί διαγώνια. Βεβαιώνεται ότι ο επίδεσμος δεν βρίσκεται πάνω από το ξένο σώμα. (εικ. 5.3.4).

Εικ: 5.3.3



Εικ: 5.3.4



Ανυψώνει το τραυματισμένο μέλος και το ακινητοποιεί όσο είναι δυνατό πιο μακριά από το τραύμα.

Φροντίζει για την άμεση μεταφορά του παιδιού σε νοσοκομείο, διατηρώντας τη θέση στην οποία αντιμετώπισε αρχικά.

Εάν υπάρχει επίμονη αιμορραγία, εφαρμόζει έμμεση πίεση. Εάν ο πάσχων είναι σφηνωμένος σε συρματοπλεγμα, κάγκελα ή άλλα αιχμηρά αντικείμενα δεν επιχειρεί να τον ανασύρει, αλλά τον βοηθάει να αισθάνεται πιο αναπαυτικά, υποστηρίζοντας τα άκρα και τον κορμό του. Στη συνέχεια καλεί ασθενοφόρο και ενημερώνει ότι μπορεί να χρειαστούν κατάλληλα εργαλεία.<sup>32</sup>

## ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΥΤΗ

Είναι συχνή κατάσταση και συνήθως οφείλεται σε αιμορραγία από τα αγγεία που βρίσκονται μέσα στα ρουθούνια. Μπορεί να παρατηρηθεί μετά από φτέρνισμα, ξύσιμο ή φύσημα της μύτης. Η εκροή ωστόσο αιματηρού υγρού από τη μύτη μπορεί να είναι και σημείο κατάγματος του κρανίου.

Οι αιμορραγίες από τη μύτη όχι μόνο συνοδεύονται από σημαντική απώλεια αίματος, αλλά μπορούν να κάνουν τον πάσχοντα να καταπιεί ή να εισροφήσει εμετό ή δυσκολία στην αναπνοή.<sup>36</sup>

### Νοσηλευτικά προβλήματα:

- Ø Αιμορραγία από τη μύτη.
- Ø Μπορεί να παρατηρηθεί εκροή αίματος ανακατεμένο με διαυγές σαν νερό, εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- Ø Άγχος, λόγω της αιμορραγίας.

### Σκοπός:

Να εξασφαλιστεί ελεύθερη αναπνοή εμποδίζοντας την εισρόφηση αίματος και να σταματήσει την αιμορραγία.

### Αντιμετώπιση:

1. Ο νοσηλευτής βάζει το παιδί να καθίσει με το κεφάλι σκυμμένο καλά προς τα εμπρός και χαλαρώνει τα ρούχα που του σφίγγουν το λαιμό και το θώρακα. (εικ. 5.4.1).
2. Δίνει οδηγίες στο παιδί να καθίσει με το κεφάλι σκυμμένο, να αναπνέει με το στόμα και να κλείσει με τα δύο δάκτυλα τα ρουθούνια πιάνοντας το μαλακό μέρος της μύτης. (αν δεν μπορεί να

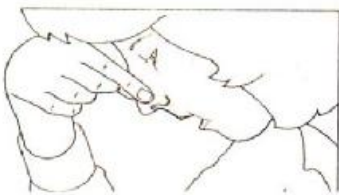
το κάνει το παιδί, θα πρέπει να το αναλάβει ο νοσηλευτής). (εικ. 5.4.2)

Ζητάει από το παιδί να φτύσει το αίμα που βρίσκεται στο στόμα του, γιατί κατάποση αίματος μπορεί να προκαλέσει ναυτία και εμετό.

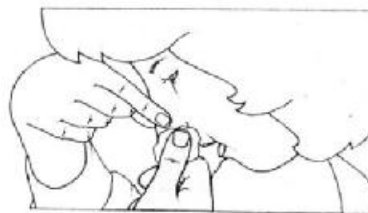
3. Μετά από 10 λεπτά σταματάει την πίεση της μύτης. Αν η αιμορραγία δεν έχει σταματήσει, συνεχίζει για άλλα 10 λεπτά η για όσο χρειάζεται. (εικ. 5.4.3)



Εικ: 5.4.1



Εικ: 5.4.2



Εικ: 5.4.3

Εικ: 5.4.1-5.4.3 Θέση του κεφαλιού και χειρισμός σε αιμορραγία από τη μύτη.



Ο νοσηλευτής δεν αφήνει το παιδί να σηκώσει το κεφάλι του.

Όσο το παιδί κρατά το κεφάλι σκυμμένο καθαρίζει ελαφρά την περιοχή γύρω από τη μύτη και το στόμα του με βαμβάκι ή με καθαρό ύφασμα βουτηγμένο σε χλιαρό νερό. Δεν πρέπει να βουλώνει τη μύτη.

Όταν η αιμορραγία σταματήσει συμβουλεύει το παιδί να:

Αποφύγει κάθε σωματική άσκηση και να μη φυσήσει τη μύτη του τουλάχιστον για 3 ώρες για να μην αποσπασθεί ο θρόμβος.

Αν μετά από 30 λεπτά η αιμορραγία συνεχίζεται ή αν επαναληφθεί πρέπει να ζητήσει ιατρική βοήθεια.<sup>32</sup>

## **ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΙ**

Η αιμορραγία από το εσωτερικό του ακουστικού σωλήνα είναι διαφορετική από αυτή που παρατηρείται στα εξωτερικά τραύματα του τύμπανου. Γενικά παρατηρείται σε ρήσεις του τύμπανου και σε κάταγμα του κρανίου. Διάτρηση του τύμπανου μπορεί να προκληθεί από την εισαγωγή αντικειμένων στο αυτί από πτώση στο θαλάσσιο σκι, από κατάδυση ή όταν βρεθεί κανείς πολύ κοντά σε μια ισχυρή έκρηξη. Υποψία κατάγματος του κρανίου, που είναι πιο σοβαρή, πρέπει να δημιουργείται αν από το αυτί βγαίνει αίμα ή ένα διαυγές σαν νερό υγρό εγκεφαλονωτιαίο υγρό.<sup>37</sup>

### **Νοσηλευτικά προβλήματα:**

Αν το υγρό προέρχεται από το αυτί.

- Ø Πόνος μέσα στο αυτί.
- Ø Μικρή αιμορραγία από το αυτί.
- Ø Κώφωση

Αν το υγρό προέρχεται από το κρανίο.

- Ø Πονοκέφαλο.
- Ø Μπορεί να υπάρξει μικρή αιμορραγία.
- Ø Πιθανόν να υπάρχει απώλεια των αισθήσεων.
- Ø Μπορεί από το αυτί να βγαίνει μαζί με το αίμα και εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

### **Σκοπός:**

Το παιδί να μην χάσει αίμα και προπαντός εγκεφαλονωτιαίο υγρό, όπως επίσης να ανακουφιστεί από τον πόνο.

### **Αντιμετώπιση:**

1. Αν το παιδί έχει τις αισθήσεις του ο νοσηλευτής τον βάζει να μισοκαθίσει με το κεφάλι γερμένο προς τη χτυπημένη πλευρά, έτσι ώστε το αίμα ή το υγρό να μπορεί να ρέει από το αυτί.(εικ.3.5.1)
2. Σκεπάζει το αυτί του με αποστειρωμένο επίθεμα χωρίς φάρμακα ή με κάποιο άλλο παρόμοιο καθαρό ρούχο. Στερεώνει πολύ ελαφρά με επίδεσμο ή με λευκοπλάστη. (εικ.5.5.2)

Ο νοσηλευτής δεν βουλώνει το αυτί ούτε να προσπαθεί να σταματήσει την ροή του υγρού από αυτό, γιατί είναι δυνατό να αυξάνετε η πίεση στην κοιλότητα του μέσου αυτιού.

Στην συνέχεια ελέγχει τη συχνότητα της αναπνοής το σφυγμό και το βαθμό ανταπόκρισης του παιδιού κάθε 10 λεπτά Αν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει κανονικά τον τοποθετεί σε θέση ανάνηψης.

Εικ: 5.5.1.



Εικ: 5.5.2.



Εικ: 5.5.1.-5.5.2. Θέση παιδιού σε αιμορραγία από το αυτί

Το κεφάλι πρέπει να γέρνει προς την πλευρά της βλάβης, για να διευκολύνεται η εκροή του υγρού.<sup>34</sup>

Αν σταματήσει η αναπνοή και η λειτουργία της καρδιάς ο νοσηλευτής αρχίζει αμέσως καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Φροντίζει για τη μεταφορά του παιδιού σε νοσοκομείο ξαπλωμένο και διατηρώντας τη θέση της αρχικής θεραπευτικής του αντιμετώπισης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

#### 6.1.1 Ιδιαιτερότητες παιδικών ατυχημάτων

Στην παιδική ηλικία η γοητεία της περιπέτειας και στην εφηβεία η τάση για άρνηση και αμφισβήτηση προσώπων και καταστάσεων αποτελούν παράγοντες που εύκολα οδηγούν σε επιπόλαιες ενέργειες και επικίνδυνη δραστηριότητα.

Τα ιδιαίτερα φυσικά χαρακτηριστικά του παιδικού πληθυσμού απαιτούν και ειδική θεώρηση στην εκτίμηση της έκτασης και της σοβαρότητας του ατυχήματος.<sup>38</sup>

**A) Μέγεθος και σχήμα:** Εξαιτίας της μικρότερης σωματικής μάζας που έχουν τα παιδιά, η ενέργεια που μεταβιβάζεται από τις συγκρούσεις ή τις πτώσεις έχει ως αποτέλεσμα την εφαρμογή μεγαλύτερης δύναμης ανά μονάδα επιφάνειας σε σώμα με λιγότερο λίπος, λιγότερο συνδετικό ιστό και όργανα που βρίσκονται κοντά το ένα στο άλλο με αποτέλεσμα τη μεγάλη συχνότητα κακώσεων πολλαπλών οργάνων. Το αυξημένο εξάλλου μέγεθος της κεφαλής των παιδιών σε σχέση με το σώμα τους, οι ατελείς νευρικές συνάψεις και η ζελατινώδη σύσταση του εγκεφάλου τους τα καθιστούν ιδιαιτέρως ευαίσθητα στις δευτερογενείς εγκεφαλικές βλάβες.<sup>39</sup>

**B) Σκελετός:** Ο παιδικός σκελετός δεν είναι πλήρως ασβεστοποιημένος, περιέχει πολλά ενεργά κέντρα ανάπτυξης και είναι πιο εύπλαστος σε σχέση με τους ενήλικες με αποτέλεσμα πολλές φορές να συμβαίνει τραυματισμός εσωτερικών οργάνων χωρίς εμφανείς κακώσεις του

υπερκείμενου σκελετού (π.χ. τα κατάγματα των πλευρών είναι ασυνήθιστα ενώ η θλάση του πνεύμονα συχνή).

**Γ) Επιφάνεια σώματος:** Η σχέση επιφάνειας προς τον όγκο του σώματος είναι μεγαλύτερη κατά τη γέννηση και μειώνεται καθώς ωριμάζει το παιδί κατά συνέπεια η απώλεια θερμικής ενέργειας είναι μεγαλύτερη και η υποθερμία μπορεί να αναπτυχθεί πρόωγα επιπλέοντας την αντιμετώπιση.

**Δ) Ψυχολογική κατάσταση:** Η ψυχολογική αστάθεια που χαρακτηρίζει την παιδική ηλικία οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο με σειρά από δυσάρεστες καταστάσεις.

Για την αντιμετώπιση του τραυματισμένου παιδιού είναι απαραίτητα όργανα κατάλληλου μεγέθους με τα οποία πρέπει να είναι εφοδιασμένο το κέντρο όπου έχει διακομιστεί για αντιμετώπιση.<sup>40</sup>

## **6.2 Η «ΧΡΥΣΗ ΩΡΑ» ΤΟΥ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Το πολυτραυματισμένο παιδί χρειάζεται άμεση και συστηματική προσέγγιση στον τόπο του ατυχήματος όπου συμβαίνουν και οι περισσότεροι θάνατοι, που οφείλονται κυρίως σε κακώσεις του εγκεφαλικού στελέχους, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις της αορτής της καρδιάς και των ανώτερων θωρακικών σπονδύλων τις πρώτες ώρες μετά το ατύχημα, τη «χρυσή ώρα» όπως συνηθίζεται να λέγεται.<sup>41</sup>

Ο πρώτος αυτός χρόνος έχει ύψιστη ζωτική σημασία τόσο για την επιβίωση όσο και για την πρόγνωση.

Ακολουθεί λεπτομερειακή κλινική εξέταση κατά την οποία γίνεται εκτίμηση των αεραγωγών οδών της αναπνοής, της κυκλοφορίας, των νευρολογικών διαταραχών και επισκόπηση όλου του σώματος (σύστημα

ABCDE) η οποία μπορεί να αποκαλύψει σημεία – κλειδιά για τη συλλογική αντιμετώπιση του πολυτραυματία παιδιού. (πίνακας).

<b>Επείγον κλινική εκτίμηση και αντιμετώπιση πολυτραυματισμένου παιδιού</b>		
<b>Airway</b> (αεραγωγού)	Έλεγχος των αεραγωγών οδών. Έλεγχος κάκωσης της ΑΜΣΣ	Εξασφάλιση βατότητας των αεραγωγών οδών. Αποφυγή βίαιων χειρισμών. Κεφαλή σε ουδέτερη θέση-αυχενικό κολάρο.
<b>Breathing</b> (αναπνοή)	Εκπτύζει θώρακα. Κινητικότητα θωρακικού τοιχώματος. Τύπος και ρυθμός αναπνοής. Χρώμα δέρματος και βλεννογόνων.	Κατάλληλη θέση του ασθενούς, χορήγηση οξυγόνου μάσκα ή μάσκα και ambu ενδοτραχειακή διασωλήνωση, κρικοθυροειδοτομή. Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα.
<b>Circulation</b> (κυκλοφορία)	Καρδιακή συχνότητα. Αναπνευστική συχνότητα. Τριχοειδική κυκλοφορία εμφάνιση δέρματος, Νευρολογική εικόνα	Άμεση χορήγηση οξυγόνου. Άσκηση πίεσης στη θέση αιμορραγίας. Εξασφάλιση φλεβικής οδού. Επιθετική χορήγηση υγρών.
<b>Disability</b> (νευρολογικές διαταραχές)	Αντίδραση κόρης στο φως. Ανισοκορία ή μη επίπεδο συνείδησης. Τύπος αναπνοής	Κατάλληλη θέση σώματος ασθενούς. Εξασφάλιση βατότητας των αεραγωγών οδών. Άμεση χορήγηση οξυγόνου. Χορήγηση υγρών.
<b>Exposure</b> (επισκόπιση– καθολική εξέταση)	Ταχεία αδρή εκτίμηση (σ' ένα λεπτό). Διατήρηση θερμοκρασίας Σώματος 36-37 °C	Έλεγχος θερμοκρασίας.

Το επίπεδο συνείδησης, η αντίδραση της κόρης στο φως και η ύπαρξη ανισοκορίας (υπό – η επισκληρίδιο αιμάτωμα – κίνδυνος εγκολεασμού του στελέχους – ένδειξη άμεσης χειρουργικής επέμβασης) είναι σημαντικοί δείκτες εκτίμησης του νευρικού συστήματος, αποτελούν δε αναπόσπαστο κομμάτι της επείγουσας εξέτασης.

Κλινικά σημεία όπως: α) υπνηλία ή δυσκολία αφύπνισης, β) ναυτία έμετο, γ) σπασμοί, δ) αιμορραγία ή απώλεια αισθητικότητας στα άκρα, ε) σοβαρός πονοκέφαλος, στ) αδυναμία ή απώλεια αισθητικότητας στα άκρα, ζ) σύγχυση ή παράξενη συμπεριφορά και η) ταχυσφυγμία ή παθολογική αναπνοή αποτελούν σημεία η δυνατότητα αντικειμενικής εκτίμησης της βαρύτητας των κακώσεων χρησιμοποιείται η κλίμακα Γλασκώβης (GCS) (πίνακας)<sup>42</sup>.

## **ΕΞΕΤΑΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ (ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΛΑΣΚΩΒΗΣ)**

<b>Άνοιγμα ματιών:</b>	<b>Αυθόρμητα</b>	<b>4</b>
	<b>Σε εντολή</b>	<b>3</b>
	<b>Σε πόνο</b>	<b>2</b>
	<b>Καμιά αντίδραση</b>	<b>1</b>
<b>Ομιλία κατανοητή:</b>	<b>Φιλικό χαμόγελο*</b>	<b>5</b>
	<b>Σύγχυση – κλάμα*</b>	<b>4</b>
	<b>Ακατανόητες λέξεις-ευερεθιστότητα*</b>	<b>3</b>
	<b>Ακατάληπτοι ήχοι-Επιθετικότητα*</b>	
	<b>Καμιά αντίδραση</b>	<b>1</b>
<b>Κινητικότητα:</b>	<b>Υπακούει σε εντολές</b>	<b>6</b>
	<b>Εντοπίζει το επώδυνο ερέθισμα</b>	<b>5</b>
	<b>Αντιδρά στο επώδυνο ερέθισμα</b>	<b>4</b>
	<b>Κινήσεις αποφλοίωσης</b>	<b>3</b>
	<b>Κινήσεις απεγκεφαλισμού</b>	<b>2</b>
	<b>Καμιά αντίδραση</b>	<b>1</b>

\* για παιδιά κάτω των 2 ετών

**Βαθμολογία: <4 πολύ κακή, 4-5 κακή, 5-7 άμεσος κίνδυνος,  
8-9 επιφυλακτική >9 καλή**



### **Εξετάζονται τρεις παράγοντες:**

- α)** το άνοιγμα των οφθαλμών
- β)** η λεκτική απάντηση
- γ)** η κινητική αντίδραση

**Η βαθμολόγηση πρέπει να τροποποιείται σε παιδιά κάτω των 4 ετών.**

## **6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

Πνιγμός, δηλητηριάσεις, ασφυξία και άλλα αίτια αποτελούν ανάγκη εφαρμογής της τεχνικής αναπνοής στόμα με στόμα και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

Βασικός στόχος είναι η άμεση οξυγόνωση του εγκεφάλου και της καρδιάς τα οποία χωρίς την παρουσία οξυγόνου παθαίνουν μη αναστρέψιμες βλάβες και τέλος δεν καταφέρνουν να επιζήσουν. Μόνιμη βλάβη του εγκεφάλου μπορεί να συμβεί αν έχουμε έλλειψη οξυγόνου περίπου για 5-6 πρώτα λεπτά της ώρας στους ενήλικες και περίπου 15 πρώτα λεπτά της ώρας στα βρέφη και στα παιδιά. Η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εφαρμόζεται σε περίπτωση απώλειας σφυγμού. Η τεχνική βρέφη και μικρά παιδιά όπως και για μεγαλύτερα παιδιά είναι ίδια με εκείνη των ενηλίκων μόνο που πρέπει να γίνεται με γρηγορότερο ρυθμό και μικρότερη πίεση.<sup>43</sup>

### 6.3.1 Νοσηλευτικά προβλήματα

Τα νοσηλευτικά προβλήματα παρατηρούνται από τα πολυτραυματισμένα παιδιά που έχουν ανάγκη νοσοκομειακής φροντίδας. Είναι πολλά και σοβαρά και έχουν σχέση με:

- α) τη μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων.
- β) την οξεία εμφάνιση τους και την ανάγκη επείγουσας αντιμετώπισης
- γ) την ανάγκη ύπαρξης διαθέσιμων κλινών και εξειδικευμένου προσωπικού επί καθημερινή βάση

Η μείωση της θνητότητας και η ακεραιότητα του πολυτραυματισμένου παιδιού εξαρτώνται από τη βελτίωση των δυνατοτήτων ανάνηψης στο τόπο του ατυχήματος και την ταχεία και ασφαλή μεταφορά του στο κατάλληλο νοσοκομείο.<sup>39</sup>

### 6.3.2 ΤΕΧΝΙΤΗ ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΤΟΜΑ ΜΕ ΣΤΟΜΑ

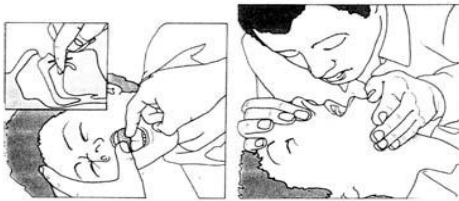
Είναι η προτιμότερη μέθοδος τεχνικής αναπνοής για όλες τις περιπτώσεις που ο πάσχων δεν αναπνέει ο νοσηλευτής δίνει τα πρώτα τέσσερα φυσήματα όσο είναι δυνατό πιο γρήγορα, χωρίς να χάσει χρόνο, ψάχνοντας γρήγορα για κρυμμένα σώματα που απόφρασαν τις αεροφόρους οδούς.<sup>43</sup>

#### **Μέθοδος**

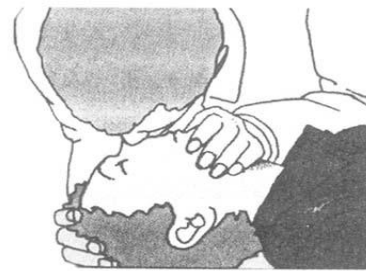
Ο νοσηλευτής τοποθετεί το παιδί σε ύπτια θέση πάνω σε σταθερή επιφάνεια. Αφαιρεί κάθε φανερό εμπόδιο από το πρόσωπο του πάσχοντα και χαλαρώνει κάθε τι που σφίγγει το λαιμό του, αποφεύγοντας βίαιους χειρισμούς.

Αφού έχει γυρίσει το κεφάλι του πάσχοντα στο πλάι για να αποφύγει τυχόν εισρόφιση αν υπάρχουν εμέσματα, ανοίγει τους αεροφόρους οδούς.

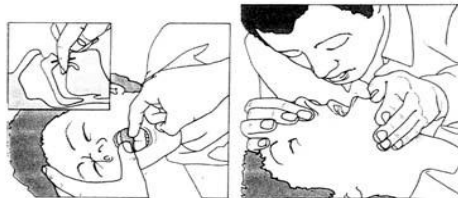
Αφαιρεί όλα τα ξένα σώματα που βλέπουμε μέσα στο στόμα ή στο φάρυγγα του παιδιού. (εικ. 6.1, 6.2)



Εικ: 6.1



Εικ: 6.2



εικ: 6.3 Απελευθέρωση της αεροφόρου οδού με υπερέκταση του κεφαλιού, αφαίρεση ξένων σωμάτων και τοποθέτηση του στομάτος του νοσηλευτή στο στόμα του παιδιού για την έναρξη αναπνευστικής ενίσχυσης.

Στην συνέχεια κάνει υπερέκταση κεφαλής και τραβάει την κάτω γνάθο προς τα κάτω για να ανοίξουν καλύτερα οι αεροφόροι οδοί.

Όταν ανοίξει καλά το στόμα του, παίρνει βαθιά εισπνοή, κλείνει τα ρουθούνια του παιδιού με τα δάχτυλά του και εφαρμόζει τα χείλη του γύρω από το ανοιχτό στόμα του παιδιού. (εικ. 6.3)



Εικ: 6.3

Κοιτάζοντας προς το θώρακα του παιδιού φυσάει τον αέρα της εκπνοής του προς τους πνεύμονες του ώσπου να δει το θώρακα να ανεβαίνει όσο πιο ψηλά γίνεται. (εικ. 6.4)

Εικ: 6.4



Σχηματική παράσταση φάσεων καρδιοαναπνευστικής επαναφοράς

Σηκώνει το κεφάλι του ψηλά και βγάζει από τους πνεύμονες του τον αέρα που μπορεί να υπάρχει ακόμα. Παρακολουθεί η θωρακική κοιλότητα που κατεβαίνει, παίρνει βαθιά εισπνοή και επαναλαμβάνει την εμφύσηση.

Συνεχίζει την τεχνίτη αναπνοή ως την άφιξη βοήθειας. Σύγχρονος ελέγχει τον καρδιακό ή τον κερκιδικό σφυγμό ανά λεπτό και εφόσον χαθεί ξεκινάει καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.

Η αναπνοή που δίνει δεν πρέπει να είναι μεγάλη γιατί τα πνευμόνια ενός παιδιού δεν χωράνε όσο αέρα χωράνε τα πνευμόνια ενός ενήλικα.

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Δίνει τις τέσσερις πρώτες εμφυσέςεις όσο πιο γρήγορα μπορεί χωρίς να περιμένει πλήρη κάθοδο του θώρακα του παιδιού στα μεσοδιαστήματα.<sup>44</sup>

### **6.3.3 ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ**

Αν η τεχνητή αναπνοή Στόμα με Στόμα, μόνη της, δεν έχει αποτέλεσμα και η καρδιά του πάσχοντα σταματήσει, ή έχει ήδη σταματήσει πρέπει να εφαρμοστεί εξωτερική συμπίεση του θώρακα ταυτόχρονα με τεχνητή αναπνοή Στόμα με Στόμα. Κι αυτό γιατί αν η καρδιά δεν λειτουργεί το οξυγονωμένο αίμα δεν μπορεί να φτάσει στον εγκέφαλο του πάσχοντα.<sup>43</sup>

Σε αυτή τη περίπτωση οι ενέργειες που γίνονται είναι:

1. Ο νοσηλευτής ξαπλώνει το παιδί ανάσκελα σε μια σκληρή επιφάνεια. Ο ίδιος γονατίζει δίπλα του με το πρόσωπο του προς το θώρακα του στο ύψος της καρδιάς. Εντοπίζει το κάτω ημιμόριο του στέρνου βρίσκει τη στερνική εντομή επάνω και τη στερνοπλευρική

γωνία κάτω. Τοποθετεί τους αντίχειρες του στο μέσο της απόστασης τους.

2. Στην συνέχεια τοποθετεί την παλάμη του ενός χεριού στο κέντρο του κάτω ημιμορίου του στερνού χωρίς να ακουμπάει τα δάχτυλα στις πλευρές. Πάνω σ' αυτό το χέρι τοποθετεί την παλάμη του άλλου και μπλέξτε τα δάχτυλα των δύο χεριών.
3. Κρατάει τα χέρια του τεντωμένα και κινάει το σώμα του προς τα εμπρός ώσπου αυτά να γίνουν κάθετα προς το σώμα του πάσχοντα. Πιέζει το κάτω ημιμόριο του στέρνου (περίπου 4-5cm για τους ενήλικες). Μετά ξαναγυρίζει στην προηγούμενη θέση σταματώντας την πίεση. Συμπληρώνει 15 συμπίεσεις με ρυθμό 80 στο λεπτό (για να βρει το σωστό ρυθμό μετράει ένα και δύο και τρία κ.ο.κ.).
4. Ξαναγυρνάει στο κεφάλι του παιδιού αφού ξανανοιξεί τις αεροφόρες οδούς δίνει δύο εμφυσήσεις με τη μέθοδο Στόμα με Στόμα.
5. Συνεχίζει με 15 συμπίεσεις του θώρακα και 2 ακόμα πλήρες εμφυσήσεις και ελέγχει ξανά αν η καρδιά λειτουργεί μετά το πρώτο λεπτό. Στη συνέχεια η καρδιακή λειτουργία ελέγχεται κάθε τρία λεπτά ή μετά από δώδεκα κύκλους συμπίεσεων – εμφυσήσεων.

Αμέσως μόλις η καρδιά ξαναρχίσει η λειτουργεί ο νοσηλευτής διακόπτει τις συμπίεσεις και συνεχίζει την τεχνητή αναπνοή Στόμα με Στόμα ώσπου να αποκατασταθεί η φυσιολογική αναπνοή του παιδιού υποβοηθώντας την, αν είναι ανάγκη προσαρμόζοντας το ρυθμό του νοσηλευτή στο δικό του. Τοποθετεί το παιδί στη θέση ανάνηψης.<sup>39</sup>

### **Έλεγχος της ανταπόκρισης του πάσχοντα.**

Όταν η καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση εφαρμοσθεί με επιτυχία, θα παρουσιαστεί ξανά ο καρωτιδικός σφυγμός. Επίσης θα βελτιωθεί το χρώμα του προσώπου και των χειλιών, καθώς θα αρχίσει να κυκλοφορεί αίμα που περιέχει οξυγόνο. Όταν το παιδί δεν αναπνέει το χρώμα του γίνεται κυανό (κυάνωση).

### **6.3.4 ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ**

Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει μια σειρά από χτυπήματα στο επάνω μέρος της κοιλιάς σε μια προσπάθεια να εκδιωχθεί ο αέρας από τους πνεύμονες του παιδιού που έχει αποφραγμένες τις αεροφόρες οδούς. Επειδή όμως υπάρχει πιθανότητα μόνο σαν τελευταία προσπάθεια και αφού αποτύχει το χτύπημα στην πλάτη.<sup>45</sup>

1. Ο Νοσηλευτής βάζει καθιστό το παιδί στα γόνατα του ή όρθιο μπροστά του και περνάει το ένα χέρι του εμπρός από την κοιλιά του. Κλείνει τη γροθιά με τον αντίχειρα προς τα μέσα και βάζει στο κέντρο του άνω μέρους της κοιλιά του όπως παραπάνω. Με το άλλο χέρι στηρίζει τη ράχη του πάσχοντα.
2. Πιέζει τη γροθιά του στην κοιλιά με μια γρήγορη κίνηση προς τα μέσα και επάνω εφαρμόζοντας πολύ μικρότερη πίεση απ' όση στον ενήλικα. Αν χρειαστεί επαναλαμβάνει την ίδια κίνηση μέχρι τέσσερις φορές. Κάθε πίεση πρέπει να είναι αρκετά δυνατή για να προκαλέσει την απόσπαση του αντικειμένου.

Εάν το παιδί δεν έχει τις αισθήσεις του ο νοσηλευτής το τοποθετεί όπως τον αναισθητο ενήλικα και εφαρμόζει την ίδια μέθοδο αλλά με το ένα χέρι και με πολύ λιγότερη δύναμη.<sup>46</sup>

## 6.4 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΒΡΕΦΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΑ

Περιλαμβάνει συνδυασμό κτυπημάτων στη ράχη και εξωτερικών θωρακικών συμπίεσεων. Το βρέφος φέρεται στο αντιβράχιο του ανανήπτη σε πρηνή θέση. Ο ανανήπτης υποστηρίζει το κεφάλι κρατώντας σταθερή την γνάθο. Το αντιβράχιο στηρίζεται στο μηρό και η κεφαλή του ασθενούς βρίσκεται χαμηλότερα από το σώμα. Δίνονται τότε πέντε δυνατά χτυπήματα διακριτά μεταξύ τους στην περιοχή μεταξύ των δύο ωμοπλάτων του βρέφους με το πίσω μέρος της παλάμης του χεριού. Το βρέφος κρατιέται μεταξύ των δύο χεριών του ανανήπτη, αναποδογυρίζεται με την πλάτη πάνω στο μηρό και το κεφάλι σε χαμηλότερο επίπεδο. Στη θέση αυτή εκτελούνται πέντε ταχείες συμπίεσεις.

**Παιδιά:** Σε μεγαλύτερα παιδιά άνω των 4 ετών χρησιμοποιείται ο χειρισμός Heimlich με τον ασθενή σε όρθια θέση αν διατηρεί τις αισθήσεις του και στο έδαφος αν τις έχει χάσει. Μετά τις δύο πρώτες αναπνοές γίνεται εκτίμηση καρδιακής λειτουργίας. Εάν υπάρχει καρδιακή λειτουργία τότε συνεχίζεται ο αερισμός του ασθενούς.<sup>47,19</sup>







## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΕΓΚΑΥΜΑ

#### ΕΓΚΑΥΜΑ

Το έγκαυμα αποτελεί το βαρύτερο τραυματισμό που μπορεί να υποστεί ο ανθρώπινος οργανισμός. Η επίδραση του εγκαυματικού αιτίου δεν προκαλεί μόνο δερματικές αλλοιώσεις, αλλά μια συστηματική νόσο, την εγκαυματική νόσο. Έγκαυμα ονομάζουμε το είδος της κάκωσης που οφείλεται στην δράση της θερμότητας (υψηλής ή χαμηλής) χημικών ουσιών ή ακτινοβολίας πάνω στο σώμα.

Τα εγκαύματα ποικίλουν ανάλογα από το βάθος και την έκταση της βλάβης και προκαλούν ζημιές κατ' αρχάς στο δέρμα και στην συνέχεια στους υποκείμενους ιστούς. Καμιά φορά η βλάβη μπορεί να είναι μόνο σε εσωτερικά όργανα (π.χ. τραχεία – οισοφάγος) μετά από κατάποση καυστικών ουσιών.

Το έγκαυμα είναι μια γενική πάθηση – πάρα πολύ σοβαρή – κατά την οποία πάσχει όλος ο οργανισμός. Στο σημείο που επέδρασε ο θερμικός παράγοντας προκαλείται μια βλάβη, κατ' αρχάς επιφανειακή, που επεκτείνεται όμως σιγά-σιγά και σε βαθύτερους ιστούς.

Η βαρύτητα ενός εγκαύματος καθορίζεται κυρίως από την έκταση του και πολύ λιγότερο από το βάθος του. Είναι δε το ποσοστό της έκτασης του εγκαύματος άμεσα ανάλογο με την επιβίωση του εγκαυματία. Στα παιδιά δεν ισχύει ο κανόνας των 9, αλλά η εγκαυματική επιφάνεια υπολογίζεται από τον πίνακα Lund-Browder.<sup>48</sup>

Το βάθος ενός εγκαύματος έχει σχέση με την ίαση και την αποκατάσταση και καθορίζεται πλέον από τη συμμετοχή ή όχι της βασικής στοιβάδας του δέρματος στην βλάβη. Έτσι, υπάρχουν

εγκαύματα μερικού πάχους και εγκαύματα ολικού πάχους. Η διαφορά μεταξύ τους είναι ότι, τα δεύτερα θα χρειαστούν οπωσδήποτε πλαστική αποκατάσταση.

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

- Ø Εγκαύματα από ξηρή θερμότητα  
(καύτρα τσιγάρου, κουζίνα, σίδερο σιδερώματος κ.λ.π.)
- Ø Εγκαύματα από υγρή θερμότητα  
(ατμό, ζεστό νερό, λάδι κ.λ.π.)
- Ø Εγκαύματα από φλόγα υγρή  
(αναμμένο οινόπνευμα, βενζίνη κ.λ.π.)
- Ø Εγκαύματα από φλόγα ξηρή  
(αναμμένο ξύλο, υγραέριο κ.λ.π.)
- Ø Εγκαύματα από χημικές ουσίες  
(αλκάλια, οξέα σε μεγάλες πυκνότητες κ.λ.π.)
- Ø Εγκαύματα από μύξη  
(υγρό άζωτο κ.λ.π.)
- Ø Εγκαύματα από ηλεκτρισμό  
(το ρεύμα του δικτύου ή ο κεραυνός προκαλεί έγκαυμα)
- Ø Εγκαύματα από ακτινοβολία  
(ήλιος, ακτίνες X, θεραπευτική ακτινοβολία κ.λ.π.)

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 30-40% του συνόλου των εγκαυμάτων συμβαίνει σε ηλικίες μικρότερες των 15 ετών. Από αυτά το 75% έχουν ως αίτια το «ζεμάτισμα», ενώ στο 25% αίτιο είναι η φωτιά.<sup>34</sup>

### **Νοσηλευτικά προβλήματα**

1. Πόνος στο σημείο της επιδράσεως του θερμικού παράγοντα.
2. Απώλεια υγρών από των οργανισμό
3. Οίδημα

## Σκοπός

Ο σκοπός του νοσηλευτή που βρίσκεται στο σχολείο είναι να μειώσει τη επίδραση της θερμότητας και να προλάβει των απώλεια υγρών από τον οργανισμό.

## Αντιμετώπιση – Πρότες βοήθειες μικρών εγκαυμάτων

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να μειώσει την επίδραση της θερμότητας και να προλάβει τη απώλεια υγρών από τον οργανισμό. Αυτό το επιτυγχάνει αν κατορθώσει να ψήξει ή να κρυώσει την περιοχή του εγκαύματος το συντομότερο δυνατόν. Αφού βγάλει τα ρούχα και αποκαλύψει την περιοχή του εγκαύματος, ξεπλένει κάτω από το άφθονο τρεχούμενο νερό και αφού απομακρύνει τυχόν βρωμιές, καλύπτει στη συνέχεια με παγάκια τοποθετημένα σε ένα σακουλάκι ή σε μια παγοκύστη για τουλάχιστον 10 λεπτά, εάν δεν έχει παγάκια προσπαθεί να ψήξει τη περιοχή το συντομότερο δυνατό με κάθε πρόσφορο και ασφαλές μέσο (κρύο νερό, δροσερά επιθέματα).

Στην συνέχεια αφαιρεί πάντα από το παιδί βραχιόλια, ρολόγια κ.λ.π. γιατί μπορεί το καμένο μέλος να διογκωθεί και να δυσκολευτεί η κυκλοφορία του αίματος με απρόβλεπτες συνέπειες.

**Απαγορεύεται** να σπάσει φλύκταινες που τυχόν δημιουργήθηκαν, να καλύπτει το έγκαυμα με αλοιφές, λίπος, λάδι κ.λ.π. και να καλύπτει την επιφάνεια με ακάθαρτα σκεπάσματα.

Επιβάλλεται κάθε έγκαυμα, όσο μικρό και αν είναι, να εξετάζεται από χειρουργό.<sup>49</sup>

## **Αντιμετώπιση – Πρότες βοήθειες μεγάλων εγκαυμάτων**

Αφού απομακρύνει ο νοσηλευτής το παιδί εγκαυματία από την εστία της φωτιάς, το ξαπλώνει άνετα, αφαιρεί προσεκτικά τα ρούχα που καλύπτουν την περιοχή του εγκαύματος και τυχόν πρόσθετα διακοσμητικά όπως, βραχιόλια, ζώνες κ.λ.π. Στη συνέχεια σκεπάζει την εγκαυματική περιοχή με ένα επίθεμα που φτιάχνει από ένα αποστειρωμένο κατά προτίμηση ύφασμα ή καθαρό σεντόνι, αφού πρώτα το βρέξει με φυσιολογικό ορό ή νερό.<sup>50</sup>

### **7.2 ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΛΑΙΜΟ**

Τέτοιου είδους εγκαύματα απαιτούν άμεση επέμβαση καθώς μπορούν να καταστούν ιδιαίτερα επικίνδυνα για τη ζωή. Εγκαύματα σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει πρήξιμο και απόφραξη των αναπνευστικών οδών προκαλώντας ασφυξία.

Δώστε στο παιδί νερό σε μικρές γουλιές και χαλαρώστε τα ενδύματα γύρω από το λαιμό. Εάν παρουσιαστεί αναπνευστική δυσχέρεια ετοιμαστείτε για ΚΑΡΠΑ και καλέστε αμέσως ασθενοφόρο.<sup>48</sup>

### **7.3 ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΡΕΥΜΑ**

Το ηλεκτρικό ρεύμα μπορεί να προκαλέσει παύση της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής, μυϊκούς σπασμούς και μπορούν να εμποδίσουν το παιδί να αφήσει από τα χέρια του το ηλεκτρικό ρεύμα.

Δεν πλησιάζετε το παιδί εκτός αν είστε σίγουροι ότι το ρεύμα έχει κοπεί αλλιώς θα εκτεθείτε και εσείς στον κίνδυνο. Σε περίπτωση τραυματισμού από ρεύμα χαμηλής τάσης το πρώτο σας βήμα είναι να κλείσετε την ασφάλεια. Εάν αυτό δεν καταστεί δυνατό σταθείτε σε

μονωτικό υλικό και χρησιμοποιώντας ένα ξύλινο αντικείμενο προσπαθήστε να απομακρύνετε το παιδί από την πηγή. Στην συνέχεια τυλίγοντας μια στεγνή πετσέτα στα πόδια του τραβάτε μακριά. Αφήστε το παιδί να ηρεμήσει εφόσον δεν έχει χάσει τις αισθήσεις του, και μεταφέρετε το παιδί σε Νοσοκομείο για περαιτέρω έλεγχο.<sup>46</sup>

#### **7.4 ΧΗΜΙΚΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ**

Το χημικό έγκαυμα θα παρουσιαστεί αργότερα από ότι τα εγκαύματα που οφείλονται σε θερμότητα.

Κρατείστε την περιοχή του εγκαύματος κάτω από τη βρύση και ρίξτε άφθονο νερό για να απομακρύνετε τα ίχνη της χημικής ουσίας.

Τοποθετήστε στην περιοχή καθαρό ύφασμα το οποίο έχετε εμβαπτίσει σε νερό για να δροσιστεί το έγκαυμα. Σε περίπτωση που η χημική ουσία έρθει σε επαφή με ενδύματα κόψτε τα περιφερειακά από την περιοχή του εγκαύματος.

Σημειώστε την ονομασία της χημικής ουσίας που προκάλεσε το έγκαυμα και μεταφέρετε το παιδί στο Νοσοκομείο.<sup>50</sup>

#### **7.5 ΗΛΙΑΚΟ ΕΓΚΑΥΜΑ**

Η πολύωρη παραμονή στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες στο δέρμα των παιδιών. Μεταφέρετε το παιδί σε δροσερό μέρος και αλείψτε το δέρμα του με ειδική ενυδατική κρέμα..

Δώστε στο παιδί λίγο κρύο νερό για να δροσιστεί.

Αν το παιδί παρουσιάσει πυρετό, πονοκέφαλο ή ανησυχία είναι πιθανόν να εμφανιστεί θερμοπληξία. Σε αυτή την περίπτωση αφαιρέστε τα ενδύματα, δροσίστε το παιδί με βρεγμένη πετσέτα την οποία τοποθετείτε σταδιακά σε διαφορετικά σημεία του σώματος του και

χρησιμοποιώντας ένα περιοδικό κάντε αέρα. Εάν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του αφού ελέγξετε την αναπνοή και το σφυγμό ετοιμαστείτε για ΚΑΡΠΑ.

Εάν αναπνέει το τοποθετείτε σε θέση ανάκτησης αισθήσεων και καλέστε ασθενοφόρο.

Για να μην οδηγηθείτε σε τέτοια κατάσταση προστατέψτε το παιδί από τις ηλιακές ακτίνες χρησιμοποιώντας καπέλο και αλείφοντάς το με αντηλιακή ενυδατική κρέμα συχνά.<sup>35</sup>

## **7.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΠΑΘΕΙ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ**

### **7.6.1 ΒΑΡΙΕΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ**

Οι οξείες δηλητηριάσεις αποτελούν μια από τις συχνότερες αιτίες επείγουσας εισαγωγής στο νοσοκομείο. Στα παιδιά κάτω των 5 ετών είναι τυχαίες και αποτελούν το 90% των περιπτώσεων, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες είτε είναι ηθελημένες είτε από λήψη ουσιών ή αλκοόλης κυρίως στους εφήβους.

#### **Τι είναι δηλητήριο**

Δηλητήριο ονομάζουμε κάθε ουσία που έχει βλαπτική δράση στον οργανισμό μας.

#### **Τι είναι αντίδοτο**

Αντίδοτο ονομάζουμε κάθε ουσία που μπορεί να εξουδετερώσει το δηλητήριο.<sup>51</sup>

## **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:**

- Ø Κνησμός (φαγούρα), εξανθήματα, οιδήματα, αιμορραγίες ή αλλαγή χρώματος από το δέρμα.
- Ø Τρόμος, παρέσεις, κατάργηση των αντανακλαστικών, κράμπες, μύση (σύσπαση), μυδρίαση (διαστολή) της κόρης του ματιού ή άλλες διαταραχές της όρασης.
- Ø Οξείες ψυχικές διαταραχές (παραλήρημα, σύγχυση)
- Ø Αιφνίδια αύξηση ή μεγάλη πτώση της θερμοκρασίας του σώματος
- Ø Εμετοί ή σπασμός των κοιλιακών τοιχωμάτων, κωλικοί κοιλιάς
- Ø Διαταραχές αναπνοής (συνηθισμένη η αναπνοή τύπου kussmaul)
- Ø Κώμα και θάνατος

### **Σκοπός**

Απομάκρυνση του δηλητηρίου, να εξουδετερωθεί όσο απέμεινε στον οργανισμό και να αποκαταστηθούν οι βασικές και οξείες βλάβες που προκάλεσε η δηλητηρίαση.

### **Αντιμετώπιση – Πρώτες βοήθειες**

#### **Απομάκρυνση δηλητηρίου**

Πολλές φορές αντί να απομακρυνθεί το δηλητήριο από τον οργανισμό καταλήγει στο να απομακρυνθεί το παιδί από αυτό, όπως συμβαίνει σε μολυσμένες ή δηλητηριασμένες ατμόσφαιρες. Στις περιπτώσεις αυτές, μεταφέρεται άμεσα το παιδί έξω από το συγκεκριμένο χώρο και του δίνεται ανάλογα με την περίπτωση οξυγόνο, ειδική θεραπεία ή γίνεται τεχνητή αναπνοή, ενώ παράλληλα ο νοσηλευτής χαλαρώνει τα ρούχα του παιδιού και προσπαθεί να τον διατηρήσει ζεστό αν υπάρχει κρύο περιβάλλον.



Αν το δηλητήριο λήφθηκε από το στόμα, τότε η απομάκρυνση του επιτυγχάνεται με την πρόκληση εμετού. Για την πρόκληση εμετού χορηγείτε σιρόπι Ιπεκακουάνας, ένα (1) κουταλάκι της σούπας. Το 90% των παιδιών εμφανίζουν τρεις (3) εμετούς μέσα σε 30-60min. Η χορήγηση νερού μετά το σιρόπι δεν ωφελεί.<sup>52</sup>

\* Με τον εμετό απομακρύνεται μόνο το 30-40% της ουσίας.

### **7.6.2 Εξουδετέρωση του δηλητηρίου**

Αν το δηλητήριο χορηγήθηκε σε εισπνοή όπως το CO<sub>2</sub>, πέρα από τη μεταφορά του παιδιού σε καθαρό αέρα, ο νοσηλευτής χορηγεί οξυγόνο ή εφαρμόζει τεχνητή αναπνοή, ανάλογα με την περίπτωση.

Αν το δηλητήριο ήρθε σε επαφή με το δέρμα το ξεπλένει με άφθονο νερό, εάν το δηλητήριο είναι υδατοδιαλυτό και αν δεν είναι το ξεπλένει με βενζίνη ή οινόπνευμα ή ακόμα και με σαπουνόνερο.

Αν το δηλητήριο ήρθε σε επαφή με τα μάτια τότε τα ξεπλένει με άφθονο τρεχούμενο νερό ή με φυσιολογικό ορό, για πάνω από 15 λεπτά, ενώ τα μάτια μένουν ανοικτά.

Η αραιώση με νερό ή γάλα γίνεται μόνο όταν έχει πιει αλκαλικά και οξέα.<sup>53</sup>

## **7.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΣΙΜΠΗΜΑ**

Το μεσογειακό κλίμα της Ελλάδας με το μεγάλο διάστημα καλών ειδικών κλιματολογικών συνθηκών, ευνοεί την ύπαρξη μεγάλης ποικιλίας εντόμων. Το κουνούπι, η μέλισσα, η σφήκα, το τσιμπούρι και τα μυρμήγκια είναι από τα πιο συχνά.

## Νοσηλευτικά προβλήματα

Δυνατό πόνο

Οξύ πόνο

Ακολουθεί πρήξιμο και δυσφορία

## Σκοπός

Ανακούφιση του παιδιού από τον πόνο και παρακολούθηση για τυχόν αλλεργική αντίδραση.

Τα τσιμπήματα δεν έχουν άλλες επιπτώσεις στον οργανισμό μας εκτός από τον πόνο και την ανησυχία. Μερικά όμως παιδιά, που τυχαίνει να είναι αλλεργικά σε κάποιο δηλητήριο π.χ. σφήκας, μπορεί να παρουσιάσουν αναφυλακτική αντίδραση, σοκ και θάνατο. Επικίνδυνα μπορεί να αποδειχτούν τσιμπήματα στο πρόσωπο ή μέσα στο στόμα γιατί οι ιστοί είναι σχετικά χαλαροί και το οίδημα που αναπτύσσεται μπορεί να φράξει τις αεροφόρους οδούς με αποτέλεσμα την ασφυξία.<sup>54</sup>

## Αντιμετώπιση – Πρώτες βοήθειες

1. Εάν το κεντρί είναι ακόμη μέσα στο δέρμα ο νοσηλευτής το βγάζει με ένα τσιμπιδάκι. Μαγκώνει το κεντρί όσο πιο κοντά στο δέρμα είναι δυνατόν και το τραβάει προσεκτικά προς τα έξω. Δεν πιάνει το κεντρί από το άκρο του γιατί μπορεί να το πιάσουμε και να επιτρέψουμε στο δηλητήριο να μπει μέσα στην πληγή.
2. Δροσίζει την περιοχή με κρύα κομπρέσα για να ελαχιστοποιήσει τον πόνο ή το πρήξιμο. Παρακολουθεί το πάσχων παιδί για τις επόμενες 6-8 ώρες μήπως παρουσιάσει αλλεργική αντίδραση. Σε περίπτωση αλλεργικής αντίδρασης, τότε μπορεί να χρησιμοποιήσει κορτιζόνη

(solu-cortef, solu-medrol) ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια και κάνει καρδιοαναπνευστική επαναφορά. Ζητά την συνδρομή γιατρού και φροντίζει για την άμεση διακομιδή του πάσχοντα παιδιού.<sup>53</sup>

# ΜΕΡΟΣ Γ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 8.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

#### ΓΕΝΙΚΑ

Το εθνικό συμβούλιο Ερευνάς της Αμερικής θεωρεί τις ανικανότητες και τους θανάτους από ατυχήματα σαν «νόσους εξ' αμελείας», συνεπώς ο μονός τρόπος για την αντιμετώπιση αυτών είναι η πρόληψη. Επειδή τα παιδιά δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν τους κινδύνους των πράξεών τους η ευθύνη αυτή ανήκει στους ενήλικες. Για να μειωθεί στο ελάχιστο ο αριθμός των παιδικών ατυχημάτων πρέπει να ενταθεί η ενημέρωση και η διασφάλιση γονέων και παιδιών από όλους τους φορείς που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά.

Ιδιαίτερα εμείς οι νοσηλευτές όπως έχουμε συνηθίσει να κάνουμε π.χ. με τα εμβόλια τις αρρώστιες, τη διατροφή, με τον ίδιο τρόπο πρέπει να δώσουμε προσοχή και στα παιδικά ατυχήματα. Ο δάσκαλος στα σχολεία με διαλέξεις, η τηλεόραση και τα υπόλοιπα Μ.Μ.Ε. με εκπαιδευτικά προγράμματα οφείλουν να συμβουλεύουν πως πρέπει το παιδί να ζήσει σήμερα στην κοινωνία των ενήλικων χωρίς να κινδυνεύει.<sup>46</sup>

Η πρόληψη είναι ταυτόσημη με την αντιμετώπιση των ατυχημάτων, δηλαδή με την εξουδετέρωση των κινδύνων. Για να είναι επιτυχής πρέπει να επικεντρωθεί στο συγκεκριμένο είδος ατυχήματος και όχι στο σύνολό τους. Δεν ωφελούν σχέδια και προγράμματα εάν δεν εφαρμόζονται με υψηλή ποιότητα και διαρκώς. Η πρόληψη ατυχημάτων προϋποθέτει παρέμβαση με σκοπό επίτευξη συνεργασίας. Απαραίτητη είναι από

άτομα, κοινωνία και πολιτεία η συνειδητοποίηση της αξίας της πρόληψης γιατί μόνο έτσι θα οδηγηθούμε σε αλλαγή συμπεριφορών.<sup>9</sup>

Για την πρόληψη των ατυχημάτων στην σχολική ηλικία χρησιμοποιούνται προγράμματα δεξιοτήτων που θα εξασφαλίσουν ασφαλέστερη συμπεριφορά του παιδιού. Στα προγράμματα παρέμβασης δίνεται ειδική έμφαση στην δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος στο σχολείο ή στην γειτονιά και μεγάλη προσοχή στην τήρηση των προδιαγραφών ασφαλείας των αθλητικών εγκαταστάσεων και του αθλητικού εξοπλισμού. Η προσπέλαση μέσω αυτών των προγραμμάτων πρέπει να είναι πολύπλευρη και πολυπαραγοντική, γιατί στόχος όλων μας είναι η αλλαγή του τρόπου συμπεριφοράς από το επικίνδυνο στο ακίνδυνο.

Σημαντικότερη όμως από την εκπαίδευση είναι η δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος. Εντοπίζοντας τα αίτια/παράγοντες που ευθύνονται για τα ατυχήματα θα μπορέσουμε να συμβάλλουμε αποτελεσματικά στην πρόληψη τους.

Για τα επόμενα χρόνια χρειάζεται να επιμείνουμε στην λήψη μέτρων ασφαλείας αφήνοντας συγχρόνως το παιδί να αποκαλύπτει την ανεξαρτησία του μέσα στα όρια που καθορίζουν τα μέτρα αυτά. Το δικό μας ζωντανό παράδειγμα είναι εκείνο που μετρά περισσότερο από κάθε συμβουλή.<sup>55</sup>

Τα ατυχήματα δεν αντιμετωπίζονται με γνώσεις και θεωρίες προλαμβάνονται με την υλοποίηση των γνώσεων, την εφαρμογή των θεωριών και τη μετατροπή των διαπιστώσεων από στατιστικές και μελέτες σε προγράμματα εξάλειψης των αυτών των ατυχημάτων.

Σαν νοσηλευτές πρέπει να συμβάλλουμε στην εξάλειψή τους. Οφείλουμε με τον τρόπο μας να προστατεύουμε τους μικρούς μας φίλους για να έχουν ένα καλύτερο μέλλον, γιατί ακόμα και ένα ποσοστό της τάξης του 1% αντιστοιχεί σε μια ανθρώπινη ζωή.

## **8.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ**

Υπάρχει μια ιδιαίτερη κατανομή του είδους των ατυχημάτων η οποία σχετίζεται άμεσα με την ηλικία του παιδιού. Έτσι όσον αφορά στα παιδιά κάτω των πέντε ετών τα ατυχήματα στο σπίτι και στο περιβάλλοντα χώρο ξεπερνούν το 60% του συνολικού αριθμού των ατυχημάτων ενώ τα τροχαία αντιπροσωπεύουν παγκοσμίως την πρώτη αιτία θανάτου στην εφηβεία. Το γεγονός αυτό γίνεται χειρότερο αν υπολογισθεί και το μεγάλο ποσοστό των νέων που μένουν ανάπηροι. Επειδή ακριβώς τα νούμερα είναι όχι μόνο τρομακτικά αλλά και αποθαρρυντικά αυξανόμενα πρέπει να δώσουμε μεγάλο βάρος στην προσπάθεια λήψης μέτρων για την πρόληψη αυτής της μάστιγας.

Οι γονείς ανησυχούν αδιάκοπα πως θα προστατέψουν καλύτερα τα παιδιά τους από τους ξένους και τη βία και ωστόσο παραμένει άξιον απορίας πως καταφέρνουν να παραβλέπουν μια από τις μεγαλύτερες απειλές: τους κινδύνους που τα απειλούν μέσα στο ίδιο τους το σπίτι και στο οικείο περιβάλλον.

Για παράδειγμα ίσως δεν μπορούν να προβλέψουν την πτώση από την κούνια όμως μπορούν να έχουν τοποθετήσει ένα μαλακό χαλί κοντά σ' αυτήν. Έτσι το χτύπημα μάλλον θα είναι σχετικά ακίνδυνο.<sup>56</sup>

### **8.2.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΒΡΕΦΗ**

Στην ηλικία αυτή τα ατυχήματα συμβαίνουν συνήθως σε περιβάλλον που ελέγχεται από τους γονείς. Η συχνότητά τους μπορεί να μειωθεί τόσο με την δημιουργία ασφαλέστερων προϊόντων και συνθηκών περιβάλλοντος όσο και με ειδική εκπαίδευση των γονιών για αποτελεσματική εποπτεία.

Τους **τρεις πρώτους μήνες** της ζωής του παιδιού φροντίζουμε:

- ∅ να μην υπάρχουν στο κρεβάτι του μωρού αντικείμενα που μπορεί να προκαλέσουν ασφυξία ή πνιγμό
- ∅ να κρατάμε πάντα στην αγκαλιά μας το μωρό όταν το ταΐζουμε για να αποφεύγεται ο κίνδυνος της εισρόφησης
- ∅ να μην το αφήνουμε ποτέ μόνο του σε υψηλές επιφάνειες όπως οι αλλαξιέρες και το κρεβάτι γιατί υπάρχει κίνδυνος να συρθεί από μόνο του στη άκρη και να πέσει
- ∅ να προμηθευτούμε και να τοποθετήσουμε σωστά στο αυτοκίνητο την ειδική συσκευή ασφαλούς μεταφοράς του μωρού. Λέγεται ότι η πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων στα παιδιά αρχίζει από το μαιευτήριο. Στην ηλικία των πέντε μηνών το μωρό αρπάζει και βάζει στο στόμα του διάφορα μικροαντικείμενα, τραβάει τραπεζομάντιλα ή αναποδογυρίζει φλιτζάνια με καυτό ρόφημα Γι' αυτό φροντίζουμε:
- ∅ να φυλάμε μικροσκοπικά παιχνίδια και αντικείμενα μακριά του αφού μπορεί να πνιγεί με παιχνίδια που είναι ασφαλή για μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά
- ∅ να μην πίνουμε καυτά ροφήματα με το μωρό στην αγκαλιά. Στην ηλικία των 9 μηνών το μωρό μπορεί να καθίσει αλλά και να γλιστρήσει στο μπάνιο. Είναι ικανό να μπουσουλήσει και να φτάσει μέχρι το πιατάκι με το φαγητό της γάτας ή τη φωτιά στο τζάκι ή το πλατύσκαλο μιας εσωτερικής σκάλας.<sup>57</sup>
- ∅ Καθώς κρατιέται και στέκεται όρθιο από το ελαφρύ τραπέζι μπορεί να αναποδογυρίσει και να πέσει μαζί του. Τα καταφέρνει να σκαρφαλώνει πάνω σε έπιπλα με κίνδυνο να πέσει από τις καρέκλες ή το καρότσι του. Γι' αυτό φροντίζουμε:
- ∅ να μην αφήνουμε ποτέ το μωρό μόνο του όταν είναι ξύπνιο



- Ø να κρατάμε καθαρό και να απομακρύνουμε από το πάτωμα επικίνδυνα αντικείμενα
- Ø να χρησιμοποιούμε προστατευτικό κάλυμμα στο τζάκι και πόρτα ασφαλείας στην αρχή της εσωτερικής σκάλας
- Ø να είμαστε πάντα μαζί με το μωρό στο μπάνιο και να μην εμπιστευόμαστε να το προσέχουν μεγαλύτερα παιδιά
- Ø να ελέγχουμε αν το κάθισμα μεταφοράς του παιδιού στο αυτοκίνητο είναι το κατάλληλο για την ηλικία και το βάρος του
- Ø Στα πρώτα του γενέθλια το μωρό απολαμβάνει να σκαρφαλώνει εδώ και εκεί με κίνδυνο να πέσει ακόμη και έξω από το παράθυρο. Χαίρεται να ανοίγει κουτιά και να δοκιμάζει το περιεχόμενό τους. Γι' αυτό φροντίζουμε:
  - Ø να είμαστε πάντα μαζί του, όταν το μωρό είναι ξύπνιο
  - Ø να ασφαλίζουμε τα ντουλάπια και τις πόρτες με ειδικά καλύπτρα ασφαλείας ώστε να μην είναι επισκέψιμα από το παιδί αποθηκευτικοί χώροι όπου φυλάσσονται απορρυπαντικά, φάρμακα, καλλυντικά και άλλες επικίνδυνες χημικές ουσίες. Στις πρίζες του ηλεκτρικού τοποθετούμε προστατευτικά καλύμματα.
  - Ø να μαγειρεύουμε στα πίσω μάτια της κουζίνας με τις λαβές των μαγειρικών σκευών στραμμένες προς τον τοίχο για να αποφεύγονται τα εγκαύματα
  - Ø να βεβαιωθούμε ότι τα παράθυρα έχουν κλειδαριές ασφαλείας που δεν μπορούν να ανοιχτούν από τα παιδιά. Ενισχύουμε τα κάγκελα της βεράντας με ειδικό προστατευτικό δίχτυ που φτάνει σε ύψος τα 1.80 μέτρα.<sup>54</sup>

## 8.2.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ 1 – 4 ΧΡΟΝΩΝ

Το μεγαλύτερο αριθμό θανατηφόρων ατυχημάτων στα ελληνόπουλα της προσχολικής ηλικίας προκαλεί η εμπλοκή σε τροχαία με την ιδιότητα κυρίως του επιβάτη ή του πεζού ενώ οι πνιγμοί –πνιγμονές από ξένα σώματα εξακολουθούν να είναι σημαντική αιτία θανάτου του. Όπως στα βρέφη έτσι και στα παιδιά της προσχολικής ηλικίας οι τυχαίες πτώσεις τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις αποτελούν τις συχνότερες κατά σειρά αιτίες επίσκεψης για ατυχήματα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στην ηλικία αυτή το παιδί σας τα καταφέρνει να ανοίγει δοχεία και μπουκάλια, καθώς και συρτάρια, όπου έχετε αποθηκεύσει αιχμηρά αντικείμενα, «παίζει» με τους διακόπτες με πιθανότητα να ανάψει το μάτι της κουζίνας ή το ηλεκτρικό σίδερο. Μπορεί να ανάψει σπίρτα και να προξενήσει πυρκαγιά ή να ανοίξει βρύση και να καεί με το ζεστό νερό. Διασκεδάζει να σκαρφαλώνει στα κάγκελα της βεράντας και να κάνει τσουλήθρα στη κουπαστή της σκάλας. Γι' αυτό φροντίζουμε:

- Ø Να τηρεί το σπίτι μας τις ειδικές προδιαγραφές ασφαλείας για παιδιά.
- Ø Να επιτηρούμε το παιδί σωστά και διακριτικά.
- Ø Να το διδάσκουμε σιγά-σιγά και υπομονετικά σε θέματα ασφαλούς συμπεριφοράς. Το παιδί καταλαβαίνει τις οδηγίες, αλλά τις ξεχνά όταν ενθουσιάζεται ή το απορροφά κάτι άλλο.<sup>58</sup>

## 8.2.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ 5 – 9 ΧΡΟΝΩΝ

Το μεγαλύτερο αριθμό θανατηφόρων ατυχημάτων στα ελληνόπουλα της πρώτης σχολικής ηλικίας προκαλεί η εμπλοκή σε τροχαίο ατύχημα με αυξημένο το ποσοστό των παιδιών που παρασύρονται από τροχοφόρα. Το γεγονός αντικατοπτρίζει την αυξημένη κινητικότητα και

διάθεση των παιδιών για ανεξαρτησία και υπογραμμίζει την ανάγκη συνεχούς επιτήρησης και σωστής εκπαίδευσης στην κυκλοφοριακή αγωγή. Οι πνιγμοί-πνιγμονές περνούν σε δεύτερη θέση και ακολουθούν τα εγκαύματα ενώ τα ατυχήματα από πτώσεις αποτελούν και στην ηλικιακή αυτή ομάδα τη συχνότερη αιτία προσέλευσης για ατύχημα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Για την πρόληψη των ατυχημάτων στην ηλικία αυτή χρησιμοποιούνται επίσης προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων που θα εξασφαλίσουν την ασφαλέστερη συμπεριφορά του παιδιού.<sup>59</sup>

Τα πεντάχρονα παιδιά μπορούν με τη δική μας επίβλεψη να χρησιμοποιούν το μαχαίρι και να ανάβουν τα σπέρτα. Μπορούν να παίζουν στα διαφορετικά όργανα της παιδικής χαράς με κίνδυνο κυρίως να πέσουν από ύψος. Ακόμη έχουν μάθει να οδηγούν ποδήλατο σε περιορισμένο χώρο αλλά όχι στο δρόμο και να κολυμπούν υπό την επίβλεψη ενήλικα. Στην ηλικία αυτή τα παιδιά είναι σε θέση να αντιληφθούν την επικινδυνότητα ορισμένων καταστάσεων. Ωστόσο χρειάζονται την καθοδήγηση – επίβλεψη των ενηλίκων έως ότου η ασφαλής συμπεριφορά γίνει βίωμα τους. Επίσης οι γονείς θα πρέπει να φροντίσουν:

- Ø μαζί με το πρώτο του ποδήλατο να αγοράσουν στο παιδί τους και το αντίστοιχο κράνος και να βεβαιωθούν ότι χρησιμοποιείται για τις μετακινήσεις του παιδιού στο αυτοκίνητο το ειδικό υποστηρικτικό κάθισμα
- Ø να μάθουν το παιδί τους κολύμπι, οι χαρές της θάλασσας μπορεί να εγκυμονούν κινδύνους
- Ø να ενημερωθούν αν γίνεται περιοδικός έλεγχος των οργάνων και υπάρχει σωστή επιτήρηση στην παιδική χαρά που συχνάζει το παιδί σας.<sup>60</sup>

## 8.2.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ 10 – 14 ΧΡΟΝΩΝ

Στα προγράμματα παρέμβασης δίνεται ειδική έμφαση στη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος στο σχολείο ή στην γειτονιά και μεγάλη προσοχή στην τήρηση των προδιαγραφών ασφάλειας των αθλητικών εγκαταστάσεων και του αθλητικού εξοπλισμού.

Τα δεκάχρονα παιδιά έχουν μάθει την ασφαλή συμπεριφορά και μπορούν για παράδειγμα να διασχίζουν μόνα τους τους σχετικά ήσυχους δρόμους. Παρόλα αυτά υπάρχει πιθανότητα να παραβλέψουν ορισμένους κινδύνους και να παρασυρθούν από φίλους ή να οδηγηθούν σε ακρότητες για να δοκιμάσουν τις δυνατότητές τους. Για τα επόμενα χρόνια χρειάζεται να επιμένετε στη λήψη μέτρων ασφαλείας αφήνοντας συγχρόνως το παιδί να ανακαλύπτει την ανεξαρτησία του μέσα στα όρια που καθορίζουν τα μέτρα αυτά. Το δικό μας όμως ζωντανό παράδειγμα είναι εκείνο που μετράει περισσότερο από κάθε συμβουλή.<sup>61</sup>

## 8.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ

Το παιδί ως επιβάτης:

- Ø Μη βάζετε ποτέ το παιδί στο μπροστινό κάθισμα, πάντα στο πίσω.
- Ø Ποτέ στο πορτ-μπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου.
- Ø Σε ενδεχόμενη – ακόμη και ελαφριά – σύγκρουση στο ταμπλό του αυτοκινήτου. Έχει βρεθεί ότι το 90% των ατόμων που ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα κρατώντας στην αγκαλιά τους ένα παιδί και σώθηκαν, επιβίωσαν γιατί το παιδί λειτούργησε ως ασπίδα.
- Ø Μην αφήνετε το παιδί να κρατά παιχνίδια που θα μπορούσαν να το τραυματίσουν.
- Ø Βάζετε πάντα το παιδί στο ειδικό κάθισμα ασφαλείας με την ειδική ζώνη.

- ∅ Ασφαλίστε τις πόρτες του αυτοκινήτου από έξω. Πολλά παιδιά τραυματίζονται ή σκοτώνονται πέφτοντας έξω από την πόρτα του αυτοκινήτου που ανοίγει απότομα σε στροφή ή όταν παίζουν με την πόρτα χωρίς να φορούν ζώνη.<sup>54,62</sup>

### **Το παιδί ως οδηγός**

Ένας έφηβος ενδέχεται να οδηγεί ποδήλατο, μοτοσικλέτα ή ακόμη και αυτοκίνητο. Φροντίστε να μάθετε στο παιδί σας τους κινδύνους που υπάρχουν όταν οδηγεί κανείς έχοντας καταναλώσει αλκοόλ. Πολλά παιδιά πεθαίνουν εξ' αιτίας αυτού του θανάσιμου συνδυασμού. Τονίστε τη σημασία του προστατευτικού κράνους ακόμη και για τους μικρούς ποδηλάτες.

### **Το παιδί ως πεζός**

- ∅ Μην αφήνετε παιδιά μικρότερα των έξι ετών να περνούν το δρόμο μόνα τους. Τα παιδιά δεν είναι σε θέση να υπολογίσουν σωστά τις αποστάσεις και την ταχύτητα με την οποία κινούνται τα αυτοκίνητα, επίσης τα μικρά παιδιά έχουν κατά 1/3 ελαττωμένη περιφερική όραση σε σχέση με τους ενήλικες.
- ∅ Μην επιτρέπετε στα παιδιά σας να παίζουν κοντά στο δρόμο ούτε να χρησιμοποιούν πατίνια και να βγαίνουν με το ποδήλατο στους δρόμους ταχείας ή μεγάλης κυκλοφορίας.<sup>57</sup>

## 8.4 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο καλύτερος και πιο αποτελεσματικός τρόπος να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν τα παιδιά σε όλη την Ελλάδα, είναι μέσω του Εκπαιδευτικού Συστήματος. Μετά τους γονείς, οι εκπαιδευτικοί είναι αυτοί που περνούν τον περισσότερο χρόνο με τα παιδιά και ως εκ τούτου τα γνωρίζουν καλά καθώς επίσης και τις ιδιαιτερότητες της περιοχής στην οποία μεγαλώνουν. Στην εφηβική ηλικία, συχνά τα παιδιά δέχονται πιο εύκολα συμβουλές από τους καθηγητές τους όταν βρίσκονται με τους συμμαθητές τους, παρά από τους γονείς τους σε προσωπική συζήτηση. Τα θέματα της Πρόληψης των Ατυχημάτων είναι κατά βάση γνωστά σε όλους, ακόμα και στα μικρά παιδιά. Το πρόβλημα όμως είναι η νοοτροπία όλων, μικρών και μεγάλων, απέναντι στα ατυχήματα.<sup>62</sup>

Τα περισσότερα παιδιά αν όχι όλα, έχουν κάποια εμπειρία από ατύχημα. Είναι σημαντικό να τους δοθεί η ευκαιρία να μοιραστούν αυτή την εμπειρία με άλλα παιδιά, έτσι ώστε να καταλήξουν μόνα τους σε κάποιο συμπέρασμα. Είναι επίσης γνωστό ότι τα παιδιά δέχονται υποδείξεις και επηρεάζονται πολύ πιο εύκολα από τους συνομηλίκους τους, παρά από τους ενήλικες. Συχνά δεν αντιδρούν θετικά σε κανόνες και απαγορεύσεις. Τα «πρέπει» και τα «μη» έχουν συνήθως αρνητικό ή αντίθετο αποτέλεσμα.

**Κατά συνέπεια η Παρουσίαση της Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων στο Σχολείο για να είναι αποτελεσματική, πρέπει:**

- Ø Να γίνεται κάθε χρόνο, για να είναι συνεχής και συστηματική.
- Ø Να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικία των παιδιών στα οποία απευθύνεται, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες των παιδιών και της περιοχής που κατοικούν.

- Ø Να μην είναι απλώς θεωρητική αλλά να συμπεριλαμβάνει εικόνες και παραδείγματα. Όσο πιο άμεσα είναι τα παραδείγματα, όπως προσωπικές εμπειρίες του εκπαιδευτικού και των παιδιών, τόσο πιο αποτελεσματικά είναι. Το ίδιο συμβαίνει και με τις εικόνες που μπορεί να είναι απλές φωτογραφίες παρμένες από τα ίδια τα παιδιά, με πρωταγωνιστές τους εαυτούς τους.
- Ø Να ενθαρρύνει την συμμετοχή όλων των παιδιών. Πολύ συχνά τα παιδιά που δεν είναι ομιλητικά, έχουν σημαντικά πράγματα να πουν.
- Ø Με την καθοδήγηση του υπεύθυνου εκπαιδευτικού να βοηθηθούν τα παιδιά να καταλήξουν σε δικά τους συμπεράσματα.
- Ø Να είναι ο εκπαιδευτικός πάντα έτοιμος να απαντήσει ειλικρινά και ρεαλιστικά σε όλες τις ερωτήσεις των παιδιών. Εφόσον δεν υπάρχει έτοιμη απάντηση, ο εκπαιδευτικός μπορεί να προτείνει στην τάξη να συζητηθεί το θέμα ώστε να βρεθεί η πιο ρεαλιστική λύση.
- Ø Κατά την διάρκεια της παρουσίασης να τονίζεται ότι σκοπός της Πρόληψης Ατυχημάτων δεν είναι να μας κάνει να φοβόμαστε και να αποφεύγουμε τα πάντα για να μην τραυματιστούμε. Αντίθετα, πρέπει να χαιρόμαστε τη ζωή και να χρησιμοποιούμε τη λογική μας για να αποφεύγουμε τα ατυχήματα. Στα μεγαλύτερα παιδιά όμως, για να είμαστε αποτελεσματικοί, πρέπει να περνάμε το μήνυμα ότι ένα ατύχημα μπορεί να τους καταστρέψει τη ζωή.
- Ø Είναι σημαντικό να πεισθούν τα παιδιά ότι δεν είναι ντροπή να αρνηθούν να κάνουν κάτι που θεωρούν επικίνδυνο. Πολλά ατυχήματα συμβαίνουν όταν παιδιά αισθάνονται υποχρεωμένα να ακολουθήσουν τους άλλους.
- Ø Είναι καλή ιδέα η παρουσίαση να καταλήγει παροτρύνοντας τα παιδιά να προσέχουν τα μικρότερα και να υπενθυμίζουν στους γονείς τους να είναι και αυτοί προσεκτικοί. Όταν καθιστάς τα παιδιά

υπεύθυνα για τρίτους, έχουν την τάση να είναι και αυτά πιο προσεκτικά.

- Ø Να μην γίνεται υπό πίεση χρόνου, αλλά να δίνεται η ευκαιρία στον εκπαιδευτικό και στα παιδιά, να αναπτύξουν τα επί μέρους θέματα χωριστά. Με έναυσμα ένα ατύχημα που συνέβη σε μαθητή του σχολείου, μπορεί να γίνει πολύ σοβαρή συζήτηση. Συζητήσεις όπως η Πρόληψη Ατυχημάτων από πυροτεχνήματα, για να είναι αποτελεσματικές, πρέπει να γίνονται από την περίοδο που συνήθως συμβαίνουν αυτά τα ατυχήματα.
- Ø Να είναι το έναυσμα μίας σειράς ενεργειών και εκδηλώσεων οργανωμένων από τα ίδια τα παιδιά, με την υποστήριξη του Σχολείου και του Συλλόγου Γονέων, κατά την διάρκεια της σχολικής χρονιάς, με στόχο να βοηθήσουν τα παιδιά να εμπεδώσουν όσα συζήτησαν.
- Ø Τα παιδιά συχνά δεν αντιδρούν θετικά σε κανόνες και απαγορεύσεις. Τα «πρέπει» και τα «μη» έχουν συνήθως αρνητικό ή αντίθετο αποτέλεσμα. Τα θέματα της Πρόληψης των Ατυχημάτων είναι κατά βάση γνωστά, ακόμα και στα παιδιά του Νηπιαγωγείου. Τα περισσότερα παιδιά αν όχι όλα, έχουν κάποια εμπειρία από ατύχημα. Είναι σημαντικό να τους δοθεί η ευκαιρία να μοιραστούν αυτή την εμπειρία με άλλα παιδιά, έτσι ώστε να καταλήξουν μόνα τους σε κάποιο συμπέρασμα. Είναι επίσης γνωστό ότι τα παιδιά δέχονται υποδείξεις και επηρεάζονται πολύ πιο εύκολα από τους συνομηλίκους τους, παρά από τους ενήλικες.<sup>63</sup>



## 8.5 ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Ο σχολικός νοσηλευτής, σε συνεργασία με το διδακτικό προσωπικό και την υπόλοιπη ομάδα υγείας, συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού και την πρόληψη των σχολικών παιδικών ατυχημάτων με τους παρακάτω τρόπους:

- ∅ Λεπτομερής εξέταση και αξιολόγηση της υγείας του κάθε παιδιού.
- ∅ Ο νοσηλευτής ελέγχει τις αισθήσεις και τα διάφορα συστήματα όπως: Μέτρηση ακοής και όρασης, έλεγχος της αντίληψης καθώς και προσεκτική αξιολόγηση της ψυχικής και συναισθηματικής κατάστασης του παιδιού. Η προσεκτική παρακολούθηση και παρατήρηση δίδει πληροφορίες σχετικά με την συμπεριφορά του κάθε παιδιού, την συνεργασία του με άλλα παιδιά, τη δυνατότητα του να συνεργασθεί, τη συμμετοχή του στο παιχνίδι.
- ∅ Αντιμετώπιση και παροχή φροντίδας σε παιδιά σε περίπτωση τραυματισμού. Είναι απαραίτητο να υπάρχει στο σχολείο πλήρως οργανωμένο ιατρείο, εξοπλισμένο και έτοιμο να δώσει βοήθεια σε κάθε ατύχημα.
- ∅ Ενθάρρυνση των γονέων και του άλλου προσωπικού του σχολείου να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που έχουν σχέση με την υγεία.

Το περιβάλλον του σχολείου, παράλληλα με το οικογενειακό περιβάλλον, επιδρά πολύ αποφασιστικά στην υγεία και την φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού και του εφήβου. Ένα υγιεινό σχολικό περιβάλλον πρέπει να είναι απαλλαγμένο από παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού και να συμβάλλει ουσιαστικά στην ψυχοσωματική του υγεία και πρόοδο.<sup>61</sup>

Ο σχολικός νοσηλευτής σε συνεργασία με τους δασκάλους και ιδιαίτερα όσους ασχολούνται με την φυσική αγωγή, αναλαμβάνει την προστασία των παιδιών από τους κινδύνους του περιβάλλοντος, παρακολουθώντας τα σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες καθώς επίσης και κατά την άσκηση στον ελεύθερο χώρο και χρόνο του σχολείου. Είναι υπεύθυνος για τη βελτίωση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και εργάζεται ο σχολικός πληθυσμός (το περιβάλλον του σχολείου πρέπει να συμβάλλει στην εμπέδωση υγιεινών έξεων).

Μέσω της πρωτογενούς πρόληψης, η οποία περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην προαγωγή της υγείας και την προστασία των μαθητών από κάποιο ατύχημα, κατευθύνει και διδάσκει τους μαθητές και το προσωπικό πως πρέπει να ενεργήσουν όταν εμφανιστεί μια τέτοια κατάσταση. Γενικά σε όλες τις ευκαιρίες επικοινωνίας με τα παιδιά, ατομικά και συνολικά, διδάσκει και κατευθύνει σε θέματα υγείας και τονίζει πάντοτε τη σημασία της πρόληψης.

Ορισμένες φορές χρειάζονται ιδιαίτερες συναντήσεις του νοσηλευτή με κάποιον από τους δασκάλους για να συζητηθεί το πρόβλημα που αφορά συγκεκριμένο μαθητή. Ο δάσκαλος που βρίσκεται πολλές ώρες κάθε μέρα κοντά στο παιδί σε θέση να δώσει πολλές χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την συμπεριφορά και την κατάσταση υγείας του κάθε παιδιού.

Ακόμη σημαντικότερος είναι ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή στην δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις και δραστηριότητες που σχετίζονται με έκτακτα περιστατικά και παροχή άμεσης βοήθειας, ενώ η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αποκατάσταση της υγείας των μαθητών μετά από κάποιο ατύχημα.

Χαρακτηριζόμενος από δύο σπουδαίες νοσηλευτικές δραστηριότητες, την ανίχνευση περιστατικών και το συμβουλευτικό του ρόλο, ο σχολικός νοσηλευτής συμβάλλει σημαντικά στην πρόληψη και την προστασία των μικρών μας φίλων από τους περιβαλλοντικούς κινδύνους.<sup>62</sup>

### 8.5.1 Ο ΧΩΡΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΟΣ

Επειδή, τα περισσότερα σχολικά ατυχήματα συμβαίνουν στον ελεύθερο χρόνο του σχολείου, στον χώρο του διαλείμματος, σημαντικά για την πρόληψη ατυχημάτων είναι τα εξής σημεία:

- Ø Κατάλληλο, όχι σκληρό έδαφος.
- Ø Μεγάλα αντικείμενα (π.χ. κάδοι σκουπιδιών) σε κατάλληλη θέση και προπαντός χωρίς αιχμές και σκουριασμένα μέταλλα.
- Ø Δεν πρέπει να υπάρχουν μικροεμπόδια (π.χ. υπόλοιπα στύλων), χαλασμένες σχάρες οβρίων υδάτων, φθαρμένα σκαλοπάτια, ανοικτές οπές (π.χ. των δοκών βόλει).
- Ø Τουλάχιστον για μικρά παιδιά πρέπει η πόρτα να είναι κλειδωμένη και η περίφραξη χωρίς δυνατότητα διαφυγής. Όσο είναι δυνατόν θα πρέπει να διαχωρίζονται οι αθλητικές δραστηριότητες κατά την διάρκεια του διαλείμματος.
- Ø Τα παιδιά πρέπει να κινηθούν και να εκτονωθούν (λογικά). Επομένως πρέπει να υπάρχει αρκετός χώρος.
- Ø Δεν είναι επιθυμητό να κάνουν διάλειμμα πολλά παιδιά μαζί, έστω και αν υπάρχει χώρος. Ο υπερ-πληθυσμός οδηγεί σε στρες και επιθετικότητα.
- Ø Το κυλικείο να είναι σε χώρο όπου η συσσώρευση μαθητών να μην δημιουργεί κινδύνους.

- Ø Στο χώρο του σχολείου δεν θα πρέπει να υπάρχουν «κρύπτες», χώροι όπου ένα μικρό παιδί (αλλά και μεγάλο) παιδί να παγιδευτεί (ίσως τραυματισμένο από πτώση στην «κρύπτη») και να μην ανευρίσκεται.
- Ø Δεν θα πρέπει να υπάρχει δυνατότητα πτώσης από ύψος (τα κάγκελα, συνήθως, είναι αδικαιολόγητα χαμηλά).
- Ø Αιχμηρά κάγκελα πρέπει οπωσδήποτε να ομαλοποιούνται. Δεν αποτρέπουν τα παιδιά και γίνονται αιτία σοβαρών τραυματισμών.<sup>64</sup>

### 8.5.2 ΠΥΡΑΣΦΑΛΕΙΑ

Ο κίνδυνος πυρκαγιάς στο σχολείο δεν είναι αμελητέος, όπως ίσως θεωρείται. Μπορεί τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να μην αναφέρονται συχνά σε σχετικά γεγονότα, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το πρόβλημα είναι σπάνιο.

Οι δραστηριότητες που θα μπορούσαν να προκαλέσουν πυρκαγιά σε ένα σχολείο είναι πολλές:

- Ø Πειράματα που γίνονται στο πλαίσιο εργαστηριακών μαθημάτων.
- Ø Το κάπνισμα όταν δεν σβήνεται προσεκτικά το τσιγάρο.
- Ø Η χρήση ηλεκτρικών μέσων (π.χ. θερμικών σωμάτων) που δεν έχουν συντηρηθεί καλά και έχουν φθορές).
- Ø Βραχυκυκλώματα.
- Ø Εκρήξεις φιαλών αερίων.
- Ø Κακή επιτήρηση επί ανάγκης επισκευών (π.χ. οξυγονοκόλληση).

Βασικοί τομείς της πυρασφάλειας στο σχολικό κτίριο είναι:

- Ø Η πρόληψη δημιουργίας πυρκαγιάς.
- Ø Η λήψη μέτρων για την έγκυρη και ασφαλή απομάκρυνση μαθητών και δασκάλων.

Ø Η άμεση έναρξη της κατάσβεσης από τα άτομα που είναι παρόντα στον χώρο που εκδηλώθηκε η φωτιά.

Ø Η έγκαιρη ειδοποίηση της πυροσβεστικής υπηρεσίας.

Για την αποφυγή εμφάνισης πυρκαγιάς θα πρέπει να αποφεύγονται τα εύφλεκτα υλικά στους χώρους εκείνους του σχολείου, όπου υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος.

Πολλά καινούρια σχολεία χτίζονται αρχικά με πολύ καλές προδιαγραφές πυρασφάλειας:

Ø Ανιχνευτές καπνού.

Ø Συναγερμούς φωτιάς.

Ø Αυτόματο σύστημα κατάσβεσης σε επικίνδυνα σημεία.

Ø Ενδιάμεσες πόρτες από υλικό που καθυστερεί την επέκταση της φωτιάς.

Τόσο όμως στα νέα σχολεία, όσο και στα παλιά που δεν έχουν χτιστεί με τέτοιες προδιαγραφές είναι σημαντικό να τηρούνται με ακρίβεια ορισμένα βασικά μέτρα πυρασφάλειας όπως:

Ø Ύπαρξη ικανού αριθμού πυροσβεστήρων που συντηρούνται και οι χρήστες τους γνωρίζουν τη χρήση.

Ø Καθορισμός και σήμανση ασφαλούς οδού διαφυγής.

Ø Το τηλέφωνο της πυροσβεστικής υπηρεσίας να υπάρχει, μαζί με άλλα τηλέφωνα ανάγκης, σε εμφανές σημείο σε κάθε τηλεφωνική συσκευή του σχολείου.

Ø Αποφυγή, όσο γίνεται, εύφλεκτων υλικών και αντικατάσταση τους με πιο ασφαλή.

Ø Δεν θα πρέπει να υπάρχουν έκθετες φιάλες αερίου (ιδιαίτερη προσοχή στο κυλικείο).

- Ø Ιδιαίτερη προσοχή στην τήρηση των κανόνων πυρασφάλειας χρειάζεται στα λυόμενα σχολεία, γιατί εκεί ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος.
- Ø Σε κάθε σχολείο θα πρέπει να εξασφαλιστεί η δυνατότητα εισόδου αυτοκινήτου της πυροσβεστικής. Ορισμένα σχολεία έχουν μία μεγάλη είσοδο για αυτοκίνητο η οποία επειδή δεν χρησιμοποιείται από τους μαθητές παραμένει κλειδωμένη. Αυτό δεν είναι ασφαλές. Ακόμα και αν η πόρτα είναι κλειστή δεν θα πρέπει να είναι κλειδωμένη, ώστε να μπορεί σε περίπτωση ανάγκης να ανοίξει αμέσως.<sup>65</sup>

### 8.5.3 ΤΟ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Συχνά συναντάμε στα σχολεία φθαρμένα καλώδια, σπασμένες λάμπες οροφής με πλαστικά καλύμματα που έχουν χαλαρώσει και είναι έτοιμα να πέσουν, πρίζες κατεστραμμένες, με σπασμένα καλύμματα έτσι ώστε να στάζει νερό στις πρίζες. Όλα αυτά θα πρέπει να επισημαίνονται και να διορθώνονται έγκαιρα.

Βασικές αρχές ασφάλειας για ότι σχετίζεται με τις ηλεκτρολογικές εγκαταστάσεις του σχολείου είναι:

- Ø Καλύμματα ασφαλείας στις πρίζες, ειδικά σε σχολεία που έχουν μικρούς σε ηλικία μαθητές.
- Ø Διακόπτες ηλεκτροπληξίας στους πίνακες ελέγχου. Προσοχή όμως, ο διακόπτης διαφυγής δεν είναι πανάκεια. Η τοποθέτησή του δεν δικαιολογεί την παράβλεψη των κανόνων συντήρησης και ασφαλούς χρήσης του ηλεκτρικού συστήματος.
- Ø Ο ηλεκτρικός πίνακας καλό θα είναι να παραμένει κλειδωμένος.
- Ø Δεν επιτρέπεται η συγκράτηση των ασφαλειών με κολλητική ταινία «για να μην πέφτουν» (κάτι που έχει παρατηρηθεί σε αρκετά

κτίρια). Οι ασφάλειες υπάρχουν για να «πέφτουν», όταν υπάρχει κάποιο πρόβλημα και αν μία ασφάλεια πέφτει συχνά, το πρόβλημα θα το λύσει ο ηλεκτρολόγος.

- Ø Δεν θα πρέπει να υπάρχουν εκτεθειμένα καλώδια που κρέμονται ή αιωρούνται. Τα καλώδια θα πρέπει να είναι καλά στερεωμένα και να υπάρχει μονωτικό υλικό. Φθαρμένα καλώδια και φιοις αντικαθίστανται αμέσως.<sup>64</sup>

## 8.6 ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΘΛΗΣΗ

Για να αποφευχθούν τα διάφορα αθλητικά ατυχήματα, θα πρέπει να τηρηθούν ορισμένες προδιαγραφές ασφαλείας στα όργανα γυμναστικής όπως: μπασκέτες, δίχτυ Volley, στρώματα, μονόζυγο, πολύζυγο, έδαφος, τοίχοι-στέγη).<sup>9</sup>

### Βασικά σημεία για αθλητικές κατασκευές

#### Μπασκέτες

- Ø Στέρηση στήριξη (όχι αυτονόητο).
- Ø Η απόσταση μπασκέτας-τοίχου (ή κάθετης δοκού στήριξης) πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 1,65 μ. για να έχουν περιθώριο οι παίχτες που έρχονται με ταχύτητα
- Ø Τα άγκριστρα του δικτύου να μην είναι κατεστραμμένα (κίνδυνος τραυματισμού σε «καρφώματα»).
- Ø Κόγχες καλυμμένες με λαστιχένιο περίβλημα.
- Ø Αφρολέξ (πάχους μεγαλύτερου 5cm) γύρω από τη, συνήθως μεταλλική κάθετη δοκό στήριξης.

- Ø Να μην υπάρχουν σκαλιά και αντικείμενα κοντά στην μπασκέτα (π.χ. κάδοι απορριμάτων).

### **Δίχτυ Volley**

- Ø Οι δοκοί να είναι κάθετοι, ακόμα και με δίχτυ υπό τάση (εάν γέρνουν, αυτό σημαίνει ότι έχουν λασκάρει στην στερέωσή τους).
- Ø Το σύρμα συγκράτησης (σύρμα D) να είναι διαφορετικό από το οποίο γίνεται το τέντωμα του δικτύου (σύρμα A).
- Ø Η απότομη απελευθέρωση της τάσης να εμποδίζεται με ειδικό αυτοαναχαιτούμενο μηχανισμό.
- Ø Κάλυψη τρυπών για τους δοκούς, όταν αυτοί αφαιρούνται.

### **Στρώματα**

- Ø Υπάρχουν διαφορετικά στρώματα για διαφορετικές χρήσεις.
- Ø Να μη χρησιμοποιούνται στρώματα των οποίων το πάχος έχει μειωθεί από την χρήση.
- Ø Όταν χρησιμοποιούνται πολλά στρώματα για αύξηση της επιφάνειας, δεν πρέπει να δημιουργούνται επικίνδυνα κενά μεταξύ τους (σύνδεση με κουμπώματα).

### **Μονόζυγο**

- Ø Στέρεα στήριξη στο έδαφος.
- Ø Απομάκρυνση τυχόν σκουριάς στη λαβή.
- Ø Εάν οι δοκοί στηρίζονται με σύρματα τάσης, αντικατάστασής τους όταν διαπιστωθούν σημεία φθοράς (τσακίσεις, ξέφτια, ξεδιπλωμένο συρματόσχοινο κ.τ.λ.).
- Ø Κατάλληλο έδαφος πτώσης (σημείο μεγάλων αμαρτημάτων στην Ελλάδα).



## **Πολύζυγο**

- Ø Στέρηση στήριξη στον τοίχο.
- Ø Τα ξύλινα τμήματα δεν θα πρέπει να έχουν ραγίσματα και ακίδες.
- Ø Κατάλληλο έδαφος πτώσης.

## **Έδαφος (και σε κλειστό γυμναστήριο)**

- Ø Έλεγχος σημείων επικίνδυνων για σκόνταμμα-πτώση.
- Ø Εάν υπάρχει παρκέ, μπορεί με κατάλληλα υλικά γυαλίσματος να αποκτήσει τον επιθυμητό βαθμό αντολισθηρότητας.
- Ø Όλες οι οπές στο έδαφος να είναι καλυμμένες (π.χ. για δοκούς στήριξης δικτύου Volley). Τακτικός έλεγχος για τυχόν αντικείμενα μέσα σε αυτές, ή λιμνασμένα νερά.
- Ø Εάν το έδαφος είναι από ξύλο, να μην υπάρχουν ακίδες.
- Ø Να υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση σε πυροσβεστικό όχημα.<sup>66</sup>

## **Τοίχοι – Στέγη κλειστού γυμναστηρίου**

- Ø Να μην υπάρχουν αιχμηρές προεξοχές κάτω από ύψος 2 μ.
- Ø Να ελέγχεται η σταθερότητα των αντικειμένων στερεωμένων στους τοίχους ή τη στέγη (π.χ. μεγάφωνα, προβολείς).
- Ø Οι γυάλινες επιφάνειες των γυμναστηρίων και οι καθρέφτες να είναι από τζάμι ασφαλείας.
- Ø Κατάλληλη προστασία φωτισμού (π.χ. από μπάλα).
- Ø Να υπάρχει προστατευτικό αφορλέξ σε πιθανά σημεία πρόσκρουσης σε τοίχο.<sup>23</sup>

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια τα ατυχήματα αποτελούν σοβαρότατο πρόβλημα της δημόσιας υγείας όλων των χωρών γιατί αφορούν υγιείς πληθυσμούς και γιατί μπορούν σε μεγάλο βαθμό να προληφθούν. Τα ατυχήματα δεν τα δημιουργεί η κακιά η ώρα ή η κακοτυχία αλλά είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων τους οποίους έχουμε υποχρέωση να προλάβουμε.

Όλα τα ατυχήματα που έχουν προαναφερθεί απειλούν άμεσα την ασφάλεια, την αρτιμέλεια και τη ζωή των μικρών μας φίλων. Ας βάλουμε όλοι το πρώτο λιθαράκι στον αγώνα πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων.

- Ø Απομακρύνοντας ή διαφυλάσσοντας επικίνδυνα αντικείμενα και βελτιώνοντας επικίνδυνες συνθήκες, δημιουργώντας ασφαλή υποδομή κτιριακών χώρων και ασφαλείς συνθήκες.
- Ø Επιτηρώντας σωστά τα παιδιά μας και καθοδηγώντας τα για ανάπτυξη σωστής συμπεριφοράς, τόσο οι γονείς όσο και οι εκπαιδευτικοί, ώστε να μπορούν να υποψιάζονται τον κίνδυνο και να τον αποφεύγουν.
- Ø Τηρώντας ισορροπημένη και αντιατυχηματική συμπεριφορά, προστατεύοντας, επιβλέποντας, διαφωτίζοντας, εκπαιδεύοντας τα παιδιά και καθιστώντας τα έτσι ικανά να αποφεύγουν ένα πιθανό ατύχημα.
- Ø Μαθαίνοντας γονείς και εκπαιδευτικοί να προσφέρουν στα παιδιά προστασία, επίβλεψη, διαφώτιση και εκπαίδευση μαθαίνοντάς τους ταυτόχρονα να γνωρίζουν την αντιατυχηματική συμπεριφορά και να ισορροπούν μεταξύ της υπερπροστασίας και της ανεμελιάς-αδιαφορίας.

- Ø Δίνοντας έμφαση στην ασφάλεια και την υγιεινή των αθλητικών χώρων και κατάλληλη διαπαιδαγώγηση για την πρόληψη βίας κυρίως στα αγόρια.
- Ø Εντοπίζοντας εγκαίρως παθολογικά αίτια που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σοβαρά παθολογικά ατυχήματα.

Παρά τις μεγάλες προσπάθειες που έχουν γίνει με την ελαχιστοποίηση των παιδικών ατυχημάτων δεν είναι δυνατή η πλήρη εξάλειψή τους γεγονός που αυξάνει τη σημασία της πρόληψης. Η συμβολή του νοσηλευτή στην πρόληψη, φροντίδα και εκπαίδευση είναι ουσιαστικής σημασίας.

Σήμερα τα ατυχήματα και ο αγώνας για την πρόληψη τους αποτελούν πρώτη στη φροντίδα των υπηρεσιών υγείας. Ο τομέας της πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων πρέπει να γίνει συνείδηση όλων μας φροντίζοντας για μια ποιοτική ζωή.

Οι νοσηλευτές μέσα από την εκπαίδευση τους σε μαθήματα αγωγής υγείας, προαγωγής υγείας, συμβουλευτικής και κοινοτικής Νοσηλευτικής είναι άριστα εκπαιδευμένοι για να σχεδιάσουν προγράμματα αγωγής υγείας.

Όλες αυτές οι ενέργειες όταν είναι μελετημένες και απευθύνονται σε σωστές ομάδες στον πληθυσμό τότε το αποτέλεσμα μπορεί να είναι άριστο γιατί ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των παιδικών ατυχημάτων είναι η πρόληψη.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάθε ημέρα που περνά κάποια παιδιά θα σκοτωθούν λόγω τραυματισμού οφειλόμενου σε ατύχημα. Θυμηθείτε: δεν υπάρχει τρόπος να παρηγορηθεί ένας γονιός που έχασε το παιδί του ή που υποβάλλεται καθημερινά στο μαρτύριο να το παρακολουθεί να μεγαλώνει υποφέροντας από κάποια αναπηρία που θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί.

Ως γονείς μπορείτε να μειώσετε σε μεγάλο βαθμό τη συχνότητα των ατυχημάτων και τη σοβαρότητα των τραυματισμών που αυτά προκαλούν όχι μόνο τροποποιώντας το περιβάλλον του παιδιού σας αλλά και διεκδικώντας την εφαρμογή νόμων και μέτρων που θα κάνουν την ζωή του ασφαλέστερη. Η ασφάλεια των παιδιών μας αποτελεί καθήκον και της πολιτείας.

Να θυμάστε ότι όσο και αν κατευνάζουμε τις ενοχές μας υποστηρίζοντας ότι για όλα έφταιγε η «κακιά στιγμή», η αλήθεια είναι ότι πρέπει να συνειδητοποιήσουμε όλοι μας πως η πρόληψη των «ατυχηματικών» τραυματισμών χρειάζεται προγραμματισμό και δεν πρόκειται να συμβεί κατά τύχη.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. **ΒΕΣΚΟΥΚΗΣ Γ.** *Πρώτες βοήθειες και αγωγή Υγείας. Νοσηλευτική 2001, 40 : 26 – 27.*
2. **ΤΣΟΥΜΑΚΗΣ Κ.** *Εφιάλτης τα παιδικά ατυχήματα. Ιατρική 2003, 83 : 11 – 12, 17.*
3. **ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ Σ.** *Παιδιατρική. Έκδοση 3<sup>η</sup>, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2002.*
4. **ΤΣΟΥΜΑΚΑΣ Κ.** *Ατυχήματα στην παιδική ηλικία και εφηβεία. Παιδιατρική 2001, 64 : 261 – 267.*
5. **ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν.** *Τροχαία ατυχήματα. Πρόληψη. Αντιμετώπιση. Ιατρική Επιθεώρηση 1995, 6 : 81 – 84.*
6. **ΑΔΑΜ Γ.** *Ατυχήματα στην παιδική ηλικία. Τροχαία ατυχήματα. Το παιδί επιβάτης. Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 2000, 29 : 82 – 85.*
7. **ΓΚΛΑΒΟΠΟΥΛΟΣ Κ, ΤΣΕΡΜΕΝΙΔΗΣ Τ, ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ν.** *Μαθητές δημοτικού σχολείου και αθλητισμός. 4<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο : Υγεία και ποιότητα ζωής και όραμα και επιδιώξεις για το παιδί του δημοτικού σχολείου, Αθήνα 2000.*
8. **ΜΟΣΧΟΒΟΥ Ν.** *Παιδικά ατυχήματα*  
<http://www.gothess.gr/kids/articles.asp?cat=6>  
& article=36 (20/10/07)
9. **ΚΟΥΡΗ Ν, ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε, ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ Γ, ΡΕΒΙΝΘΗ Κ, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.** *Σχολικά ατυχήματα σε σχέση με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. Παιδιατρική 1995, 68 : 603 – 608.*
10. **ΚΟΝΤΕ Β, ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε.** *Παιδικό παιχνίδι πόσο ασφαλή είναι. 13<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο εταιρίας Κοινωνικής Παιδιατρικής και προαγωγή της υγείας, Πάτρα 2001.*

11. **ΚΑΡΑΜΟΛΕΓΚΟΥ Ε.** *Ατυχήματα στα παιδιά. 38<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδιατρικό συνέδριο : 504, Αθήνα 2000.*
12. **ΤΑΜΠΑΚΗΣ Θ.** *Οι κακώσεις κατά το παιχνίδι. Παιδιατρικά χρονικά 1993, 20 : 1 – 6.*
13. **ΠΑΛΑΙΟΚΩΣΤΑ Ε, TOWER L, ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε.** *Μελέτη έκθεση σε κίνδυνο για παιδικά ατυχήματα σε Ελλάδα και Μ. Βρετανία. 12<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο : 080, Αθήνα 2000.*
14. **ΜΠΕΚΡΗ Δ.** *Παιδικά ατυχήματα οδηγίες για να τα αντιμετωπίσετε με ψυχραιμία.*  
<http://health.in.gr/news/article.asp?ingArticle/D=32033> (20/10/07).
15. **ΖΙΑΚΑ Ζ, ΜΠΑΛΤΑΤΖΗ Μ, ΗΛΙΑΔΗ Φ.** *Κλινική μελέτη για το παιδικό ατύχημα στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος, 15 : 147 – 153.*
16. **ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ι, ΔΕΤΟΡΑΚΗΣ Ε, ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Ο, ΚΡΟΚΙΔΑΣ Γ.** *Ατυχήματα σε παιδιά σχολικής ηλικίας στην πόλη της Πάτρας κατά τα έτη 2000 και 2003. Παιδιατρική 2006, 69 : 278 – 285.*
17. **ΤΣΟΥΜΑΚΑΣ Κ.** *Πρακτικές οδηγίες στους γονείς, οικιακά ατυχήματα οδηγίες πρόληψης. Παιδιατρική 2000, 63 : 444 – 445.*
18. **ΜΕΣΣΑΡΙΤΑΚΗΣ Ι, ΒΛΑΧΟΣ Π.** *Ατυχήματα και δηλητηριάσεις στα παιδιά. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών 1996.*
19. **POWELL EC, TANZ R.** *Adjusting our view of injury risk: the burden of nonfatal injuries in infancy. Pediatric 2002, 110 : 792 – 796.*
20. **ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι.** *Υπαρκτή Ιατρική. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών 2004.*

21. **DE DOUKOU X, SPYRIDOPOULOS T, KEDIKOGLU S.** *Incidence and Risk factors of fall injuries among infants a Study in Greece. Arch Pediatr Adolesc Med 2004, 158 : 1002 – 1006.*
22. **NELSON.** *Βασική Παιδιατρική. Τόμος Α΄. Μετάφραση Παναγοπούλου Μ. Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1996.*
23. **ΤΣΟΥΜΑΚΑΣ Κ.** *Ατυχήματα στην παιδική ηλικία. Παιδιατρική 2001, 64 : 261 – 276.*
24. **ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ Β, ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε.** *Προληπτική Ιατρική και δημόσια υγεία. Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 2000.*
25. **JOHNSON CF, ORAL R, GULLBERG L.** *Diaper burn accident abuse or neglect. Pediatr Emerg Care 2000, 16 : 173 – 175.*
26. **ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι.** *Περισσότερη ασφάλεια στα σχολεία. Ιατρική σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Τομέας πρόληψης ατυχημάτων ΕΚΑΒ 2004.*
27. **ΖΙΑΚΑ Σ, ΜΠΑΛΤΑΤΖΗ Μ, ΗΛΙΑΔΗΣ Φ.** *Παιδικά ατυχήματα και τραυματισμοί. <http://www.latronet.gr> (29/10/07).*
28. **ΤΟΛΜΑ Λ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι.** *Ολοκληρωμένη παρέμβαση για πρόληψη ατυχημάτων στα σχολεία. 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο : 27, Αθήνα 2002.*
29. **ΜΠΟΥΛΟΥΤΖΑ Π.** *Από αβλεψία μεγάλων τραγωδίες με θύματα παιδιά. <http://newskathimerini.gr> (20/10/07).*
30. **ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Α.** *Σοβαρά παιδικά ατυχήματα. Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος 1998, 10 : 13 – 19.*
31. **ΓΕΡΜΕΝΗΣ Τ.** *Μαθήματα πρώτων βοηθειών. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1989 : 13 – 19.*
32. **ΣΚΑΛΚΙΔΟΥ Α, ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε, ΣΚΕΝΤΕΡΗΣ Ν, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.** *Τροχαία ατυχήματα και ασφαλής μεταφορά του παιδιού. Παιδιατρική 1999, 3 : 315 – 317.*

33. **ΘΕΟΔΩΡΟΥ Γ.** *Κακώσεις οστών και αρθρώσεων των παιδιών. 2<sup>η</sup> έκδοση. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 2002.*
34. **ΠΑΝΟΥ Μ.** *Παιδιατρική Νοσηλευτική. Έκδοση Β'. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000.*
35. **ΛΑΡΙΟΥ Μ, ΜΟΥΣΤΑΚΗ Μ, ΚΙΟΣΣΕ Σ, ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε.** *Κατάγματα στον ελληνικό πληθυσμό προοπτικές πρόληψης. 12<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο : 078, Αθήνα 2000.*
36. **ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Μ.** *Χειρουργική και Παθολογική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες. Γ' Τόμος, Έκδοση Β'. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.*
37. **ΓΕΡΜΕΝΗΣ Τ.** *Πρώτες βοήθειες οδηγός αντιμετώπισης ατυχημάτων στο σπίτι, στην εργασία και στις διακοπές. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1989 : 13 – 29.*
38. **ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.** *Επιδημιολογία και πρόληψη ατυχημάτων και κακώσεων. Προληπτική Ιατρική και δημόσια υγεία. Αθήνα 2000 : 165 – 216.*
39. **ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Μ.** *Χειρουργική και Παθολογική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες. Β' Τόμος. Έκδοση Β'. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000.*
40. **ΓΕΡΜΕΝΗΣ Τ.** *Πρώτες βοήθειες για επαγγέλματα Υγείας Γ' Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004.*
41. **ANTHONY J.** *Helping Students at Risk. Εκδόσεις Παρισιάνος. Αθήνα 1992 64 : 23 – 24.*
42. **ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Κ.** *Αντιμετώπιση του πολυτραυματισμένου παιδιού. Παιδιατρική 2001 64 : 268 – 271.*
43. **ΓΙΑΜΑΡΕΛΟΥ Α, ΣΓΟΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Σ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Γ.** *Μηχανικός αερισμός επείγουσα προνοσοκομειακή Ιατρική. Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2001.*



44. **ADVANCED TRAUMA LIFE.** *Support for Doctors (ATLS). Το παιδιατρικό τραύμα. Ελληνική έκδοση 1997.*
45. **ΓΕΡΑΖΟΥΝΗΣ Μ, ΚΑΤΣΙΑΝΗΣ Α, ΜΕΣΣΑΡΗΣ Γ.** *Διάγνωση Αντιμετώπιση κακώσεων θώρακος. Εκδόσεις εκπαίδευσης Ελληνικής Χειρουργικής εταιρίας. Αθήνα 2000.*
46. **ΚΑΛΑΜΠΟΚΗΣ Α, ΤΣΟΥΜΑΚΑΣ Κ.** *Παιδιατρικό τραύμα βασικές αρχές αντιμετώπισης και πρόληψης. Ιατρική 2004, 85 : 199 – 206.*
47. **ΚΡΟΚΙΔΑΣ Γ, ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ Β, ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ, ΦΙΛΙΑΣ Σ.** *Δηλητηρίαση – Κατάπτωση ξένου σώματος στα παιδιά Ν.Δ. Ελλάδος. 31<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδιατρικό συνέδριο 76ΒΑ Πάτρα 1993.*
48. **ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Μ.** *Χειρουργική και Παθολογική Νοσηλευτικές διαδικασίες Α' Τόμος. Έκδοση Β'. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 2000.*
49. **ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε, ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Κ, ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Ι, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Σ, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ.** *Παράγοντες κινδύνου για παιδικά εγκαύματα. 36<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδιατρικό συνέδριο : 90ΕΑ. Αθήνα 1998.*
50. **ΛΑΣΚΑΡΗΣ Χ, ΚΩΤΣΩΝΗΣ Κ, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΣΙΤΟΥΡΑΣ Σ.** *Δηλητηριάσεις στην παιδική ηλικία. 36<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδιατρικό συνέδριο : 504, Αθήνα 2000.*
51. **ΛΙΑΚΟΥ Π, ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Μ.** *Δηλητηριάσεις στην παιδική ηλικία. 38<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Παιδιατρικό συνέδριο : 504, Αθήνα 2000.*
52. **VERLAG SGE//SCHAFT N. mbh kolm.** *Πρώτες βοήθειες σε περίπτωση ασθένειας, ατυχήματος και δηλητηρίασης. Μετάφραση Σενεγαλιά Μ. Εκδόσεις ISBN. Αθήνα 1994.*

53. **DESSYPRIS N, PETRIDON E, SKALKIDIS Y.** *Estimation of the burden of injuries in Greece a limited resources a Poach Cancer Cprideniol. Pediatric 2002, 7 : 123 – 129.*
54. **ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.** <http://www.nednet.g/agogi/accid.htm> (20/10/07)
55. **SIBERTJAND KEMP A.** *Πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων στην Ευρώπη. Παιδιατρική 1994, 57 : 23 – 25.*
56. **ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Ι.** *Ατυχήματα η πρόληψή τους είναι κατορθωτή. Εκδόσεις Λίτσα. Αθήνα 1996.*
57. **ΜΠΑΚΟΥΛΑ Χ.** *Από τη γέννηση στα 7 χρόνια, διαχρονική πληθυσμιακή μελέτη της υγείας των παιδιών της Ελλάδας. 31<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο : 28ΒΑ, Αθήνα 2001.*
58. **ΧΑΤΖΗ ΣΥΜΕΩΝ Ν.** *Ατυχήματα στην παιδική ηλικία Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 1992, 39 : 254 – 262.*
59. **ΦΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Ε, ΚΑΠΕΤΑΝΑΚΗΣ Γ, ΔΑΜΙΑΝΑΚΗΣ Δ, ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ Κ.** *Παιδικά ατυχήματα και ημερήσιος τύπος. 19<sup>ο</sup> ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό συνέδριο : 458Ρ Ρόδος 1993.*
60. **ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.** *Κοινοτική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Ταβιθά. Αθήνα 2004.*
61. **ΣΟΥΛΤΖΗ Π.** *Σημειώσεις Κοινοτικής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών 2005, : 13 – 16, 103 – 104.*
62. **ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ Α, ΣΟΥΛΤΖΗ Π.** *Η θέση του σχολικού Νοσηλευτή – Νοσηλευτική 2006, 45 : 308 – 314.*
63. **ΤΣΑΜΠΡΑ Π, ΠΑΡΤΣΟΥΝΙΔΟΥ Χ, ΣΤΟΙΚΙΔΟΥ Μ, ΠΕΤΡΙΔΟΥ Ε.** *Έλεγχος προδιαγραφών ασφαλείας σε δημόσια σχολικά κτίρια πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης στην Αθήνα. 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο συνέδριο, μετά το ατύχημα, περιορίζοντας τις συνέπειες της κακής τύχης : 28, Αθήνα 2000.*

64. **ΤΣΟΥΜΑΚΑΣ Κ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.** *Οι Παιδίατροι στον αγώνα για την πρόληψη των ατυχημάτων. Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών 2002, 49 : 183 – 192.*
65. **ΤΟΥΝΤΟΣ Κ.** *Πρώτες βοήθειες για αθλούμενους. American Medical Association. Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 1995.*
66. **ΠΗΛΩΝΙΑ – ΜΑΤΙΚΑ Ι, ΦΑΧΑΝΤΙΚΟΥ Π, ΓΑΛΛΟΣ Κ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Σ.** *Ατυχήματα και αντιμετώπιση στην γυμναστική και αθλοπαιδιά στη μέση Εκπαίδευση. Παιδιατρική 1999, 41 : 214. 220.*