

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



**ΒΡΕΦΙΚΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ
ΚΑΙ Η
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

**Εισηγήτρια
Σαλάτα Α.**

**Επιμέλεια
Ξυνού Κωνσταντίνα
Πελέκη Διονυσία**

ΠΑΤΡΑ 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	5
1.2 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	6
1.3 ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	7
1.4 ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 ΝΗΠΙΑΚΗ-ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	9
2.2 ΣΧΟΛΙΚΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	14
3.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑ	14
3.3 ΓΙΑΤΙ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝΤΑΙ ΤΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	17
3.4 ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ-ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΕ ΒΡΕΦΗ	21
4.2 ΟΙΚΙΑΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	22
4.2.1 ΠΤΩΣΕΙΣ	24
4.2.2 ΠΑΓΙΔΕΥΣΗ ΔΑΚΤΥΛΩΝ	25
4.2.3 ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΑΙΧΜΗΡΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ-ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	27
5.2 ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΑΠΟ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕΣ	29
5.3 ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΜΠΑΤΑΡΙΕΣ	30
5.4 ΚΑΤΑΠΟΣΗ ΞΕΝΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ	30
5.5 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΥΔΑΤΙΝΟ ΧΩΡΟ	31
5.6 ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΚΑΙ ΑΘΛΗΜΑΤΑ	36
5.7 ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ	39
5.8 ΕΙΣΠΝΟΕΣ	41
5.9 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	42
5.10 ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	43
5.11 ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	48
6.2 ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΠΕΖΟΣ	49
6.3 ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΕΠΙΒΑΤΗΣ	50
6.4 ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΟΔΗΓΟΣ	51
6.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	54
7.2 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ	54
7.3 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	55
7.4 ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ	60
7.5 ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ	64
7.6 ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ	64
7.7 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	66
7.7 ΠΝΙΓΜΟΣ	67
7.8 ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	
8.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ	69
8.2 ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	71
8.3 ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	78
8.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	
9.1 ΠΡΟΛΗΛΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ	79
ΕΠΙΛΟΓΟ	83
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	84
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αναζητώντας το καλύτερο θέμα πτυχιακής που θα μπορούσαμε να φέρουμε εις πέρας αποφασίσαμε με τη βοήθεια της εισηγήτριας μας πως ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα είναι τα βρεφικά και παιδικά ατυχήματα καθώς και οι πρώτες βοήθειες στο χώρο του ατυχήματος και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις από την στιγμή που το παιδί εισέρχεται στο νοσοκομείο. Δυστυχώς τα ατυχήματα σε μικρές ηλικίες είναι πιο συχνά από ότι μπορούμε να φανταστούμε έτσι η εργασία μας δεν είναι μόνο ένα νοσηλευτικό έγγραφο αλλά είναι ένας οδηγός για συνειδητοποιημένους πολίτες και γονείς. Αναφερόμαστε στο ατυχήματα στο σπίτι και έξω από αυτό πτώσεις εγκαύματα ηλεκτροπληξία κατάγματα αιμορραγίες πνιγμοί τροχαία ατυχήματα. Είναι λοιπόν ένας οδηγός για την άμεση αντιμετώπιση αυτών των ατυχημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ένα μωρό δεν υπάρχει μόνο του, είναι μέρος μιας σχέσης, της σχέσης του με τους γονείς του, με τα πρόσωπα που έχουν τη φροντίδα του. Στις σχέσεις αυτές το μωρό, χάρη στις ικανότητες που διαθέτει, συμμετέχει ενεργά και δεν αποτελεί απλά έναν παθητικό δέκτη ερεθισμάτων. Θα ήταν λοιπόν δύσκολο και σχηματικό συνάμα, να περιγράψει κανείς την βρεφική ηλικία, μελετώντας το παιδί αποσπασμένο από τον περίγυρο του, τις σχέσεις αλληλεπίδρασης που δημιουργεί αλλά και από την ιστορία του, η οποία το συνδέει με τις προηγούμενες γενιές.

Η βρεφική ηλικία είναι μια περίοδος κατά την διάρκεια της οποίας πραγματοποιούνται μια σειρά από εντυπωσιακές αλλαγές σε όλα τα επίπεδα ανάπτυξης (σωματικό, γνωστικό, γλωσσικό και ψυχοσυναισθηματικό). Η κυριότερη κατάκτηση της περιόδου αυτής είναι η μετάβαση του μωρού από μια κατάσταση απόλυτης εξάρτησης σε μια κατάσταση μεγαλύτερης αυτονομίας.

Στο διάστημα αυτό, το βρέφος τριπλασιάζει το βάρος του, αυξάνει κατά 50% το ύψος του, αναπτύσσει την ικανότητα να βρίσκεται σε καθιστή θέση, στηρίζοντας το κεφάλι και το σώμα του, και είναι σε θέση να κρατάει τρόφιμα και να τρέφεται από μόνο του, χρησιμοποιώντας τα δάχτυλά του. Ο ρυθμός ανάπτυξης του βρέφους σε αυτό το στάδιο είναι ο μεγαλύτερος από οποιοδήποτε άλλο στάδιο ανάπτυξης και αντανακλά, ως επί το πλείστον, τη διατροφική του κατάσταση. Η επάρκεια ενέργειας και θρεπτικών συστατικών (πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λιπίδια, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία) κατά τον 1ο χρόνο της ζωής είναι απαραίτητη για τη σωστή ανάπτυξη και τη μετέπειτα καλή υγεία (Μίλερ Λίζα).

1.1 Κινητική ανάπτυξη

Το βρέφος μπορεί ήδη από την γέννηση, να εκτελεί μια ποικιλία κινήσεων με διάφορα μέρη του σώματος. Μπορεί και κινεί τα μάτια του, το πρόσωπο, τα χέρια και τα πόδια του. Επιπλέον διαθέτει μια σειρά αντανακλαστικών κινήσεων, αυτόματων δηλαδή απαντήσεων σε συγκεκριμένα ερεθίσματα, πάνω στις οποίες χτίζονται με το πέρασμα των μηνών ολοένα και πιο περίπλοκα σχήματα συμπεριφοράς (σφίγγει τα δάχτυλα γύρω από ένα αντικείμενο, πιπιλίζει την θηλή). Το νεογέννητο μωρό μπορεί και κινεί τα χέρια και τα πόδια του, όχι όμως τον λαιμό και τον κορμό του. Σταδιακά τον πρώτο μήνα μπορεί και ανασηκώνει το πηγούνι του όταν είναι μπρούμυτα (1ος μήνας) και στην συνέχεια το στήθος του (2ο με 3ο μήνα). Τον 4ο μήνα μπορεί και κρατά την ράχη του

σχεδόν ίσια, όταν κάποιος το κρατά. Στους έξι μήνες αρχίζει να μπορεί να κάθεται μόνο του και στους 8 μήνες μπορεί και κάθεται μόνο του. Στους 9 μήνες μπορεί να στέκεται όρθιο όταν κάποιος το υποβαστάζει και στην συνέχεια στηριζόμενο σε έπιπλα. Τον 10ο μήνα αρχίζει να μπουσουλά και γύρω στον 11ο με 12ο μήνα, αρχίζει να κάνει τα πρώτα βήματα μόνο του και να περπατά όταν το κρατούν με δύο χέρια (Brener).

1.2 Γνωστική ανάπτυξη

Μέσα στον πρώτο χρόνο της ζωής το βρέφος διαμορφώνει μια σειρά από γνωστικά σχήματα τα οποία του επιτρέπουν να ενεργεί στο περιβάλλον του αποτελεσματικά και να εκτελεί εμπρόθετες ενέργειες. Κατορθώνει να πειραματίζεται με τα μέσα που διαθέτει για να επιλύσει ένα πρόβλημα. Στην φάση αυτή στηρίζεται κυρίως στις αισθήσεις του και στους υλικούς χειρισμούς των πραγμάτων, μια και δεν διαθέτει ακόμα την ικανότητα του συμβολισμού. Η γνωστική ανάπτυξη στηρίζεται στις διαδικασίες της αφομοίωσης και της προσαρμογής. Αφομοίωση είναι μια διαδικασία μέσω της οποίας ο οργανισμός ενσωματώνει εμπειρίες σε ήδη υπάρχοντα σχήματα, οργανώσεις, γνώσεις που διαθέτει. Προσαρμογή είναι η διαδικασία τροποποίησης των ήδη υπάρχοντων σχημάτων, ώστε το άτομο να μπορεί να ανταποκριθεί σε νέες απαιτήσεις που του θέτει το περιβάλλον του

Η γνωστική ανάπτυξη της περιόδου αυτής μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις:

Πρώτη φάση (0–1 μηνών): στην αρχή της ζωής η συμπεριφορά του βρέφους είναι σε μεγάλο βαθμό τυχαία, χωρίς κάποιο συγκεκριμένο στόχο. Δεν υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στον εαυτό και το περιβάλλον. Χρησιμοποιεί επαναληπτικά τις αντανεκλαστικές συμπεριφορές που διαθέτει (αρπάζει για παράδειγμα οτιδήποτε ακουμπά το χέρι του ξανά και ξανά), επανάληψη η οποία συμβάλλει στην εξάσκηση και την ενίσχυση αυτών των ικανοτήτων.

Δεύτερη φάση (2 – 4 μηνών): το μωρό αρχίζει να μπορεί να χρησιμοποιεί ταυτόχρονα περισσότερες από μια αντανεκλαστικές κινήσεις. Παρακολουθεί με τα μάτια ένα αντικείμενο που κινείται και συγχρόνως προσπαθεί να το πιάσει. Πρόκειται για μια διαδικασία η οποία είναι σε μεγάλο βαθμό τυχαία, μέσα από την οποία όμως αρχίζει να αποκτά μια πρώτη αίσθηση της έννοιας της αιτιότητας. Οι δραστηριότητες στην φάση αυτή περιστρέφονται γύρω από το σώμα του.

Τρίτη φάση (5 – 9 μηνών): το μωρό αρχίζει να ενδιαφέρεται για αντικείμενα και γεγονότα έξω από το σώμα του, τα οποία χρησιμοποιεί ως πηγή πληροφόρησης. Προσπαθεί να συντονίσει και να κατευθύνει τις κινήσεις του, για να πετύχει κάτι. Αν για παράδειγμα χτυπήσει τυχαία ένα παιχνίδι που κρέμεται από την κούνια του και αυτό παράγει έναν ήχο,

τότε θα προσπαθήσει να το χτυπήσει για να ακούσει τον ήχο. Το ενδιαφέρον του δηλαδή μετατοπίζεται από την πράξη καθ' αυτή στα αποτελέσματα της.

Τέταρτη φάση (10 –12 μηνών): το μωρό αντιλαμβάνεται ξεκάθαρα τα πράγματα ως ξεχωριστά από το ίδιο και αρχίζει να χρησιμοποιεί μαθημένες συμπεριφορές για να επιλύσει ένα πρόβλημα. Στην φάση αυτή η πρόθεση προηγείται της πράξης.

Μια ακόμα σημαντική κατάκτηση της περιόδου αυτής είναι η απόκτηση της έννοιας της σταθερότητας, μονιμότητας του αντικειμένου: στην αρχή της ζωής οτιδήποτε βρίσκεται έξω από το οπτικό του πεδίο, είναι για το μωρό ανύπαρκτο. Μετά τους έξι μήνες το μωρό αρχίζει να ψάχνει για ένα αντικείμενο που βγαίνει από το οπτικό του πεδίο και το αναζητά αν δει να το κρύβουν (Brener).

1.3 Γλωσσική ανάπτυξη

Το πρώτο έτος της ζωής του παιδιού αποτελεί ένα είδος προπαρασκευαστικής περιόδου, με προγλωσσικά κυρίως στοιχεία που ετοιμάζουν την εμφάνιση των πρώτων λέξεων με σαφές εννοιολογικό περιεχόμενο, κάπου στο τέλος του πρώτου έτους. Τους πρώτους δύο μήνες της ζωής το βρέφος παράγει κυρίως άναρθρες κραυγές και ήχους που οφείλονται σε καταστάσεις του σώματος (πείνα, νύστα, πόνος). Η κυριότερη μορφή φωνούμενου ήχου, το οποίο όμως δείχνει να μην έχει άμεση σχέση με την απόκτηση της γλώσσας, είναι το κλάμα. Από τον τρίτο μήνα και μετά αρχίζει και παράγει ήχους που φωνολογικά προσεγγίζουν τον ανθρώπινο λόγο, τα ψελλίσματα. Πρόκειται για εκφραστικές εκδηλώσεις, οι οποίες δεν αποσκοπούν στην μεταβίβαση κάποιου μηνύματος, ούτε έχουν εννοιολογικό περιεχόμενο. Είναι ένα είδος λαρρυγγόφωνων δοκιμών, ασκήσεις των φωνητικών οργάνων που παρουσιάζεται ως εγγενής αντίδραση. Στην αρχή ο αριθμός των γλωσσικών φθόγγων είναι περιορισμένος, σταδιακά όμως διευρύνεται και εμπλουτίζεται. Αρχικά υπάρχει μεγαλύτερη αναλογία φωνηέντων και στην συνέχεια βαθμιαία αυξάνει και ο αριθμός των συμφώνων. Η συχνότητα τους αυξάνεται και κορυφώνεται περίπου τον 10ο μήνα, οπότε σταδιακά αρχίζουν να μειώνονται καθώς εμφανίζονται οι πρώτες λέξεις, συνήθως επαναλαμβανόμενες συλλαβές ή μονοσύλλαβες λέξεις (Brener).

1.4 Ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη

Η οργάνωση του ψυχισμού του βρέφους γίνεται σταδιακά μέσω της σχέσης που αναπτύσσει το βρέφος με την μητέρα του και στην συνέχεια με τον πατέρα του και σημαντικά πρόσωπα που συμμετέχουν στην φροντίδα του. Η αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται γίνεται εφικτή χάρη στις ικανότητες αντίληψης, μάθησης και επικοινωνίας που διαθέτει το βρέφος από πολύ νωρίς, οι οποίες εμπλουτίζονται με το πέρασμα των μηνών. Μέσω της αλληλεπίδρασης χτίζεται ένα σύστημα επικοινωνίας το οποίο επιτρέπει στους γονείς να αρχίσουν σιγά σιγά να κατανοούν τις αντιδράσεις, τις επιθυμίες και την συναισθηματική κατάσταση του μωρού τους και συγχρόνως να του μαθαίνουν νέες αντιδράσεις και σχήματα συμπεριφοράς. Ο απογαλακτισμός αποτελεί ένα σημαντικό ορόσημο καθώς βάζει τέλος στην αποκλειστική, συμβιωτική σχέση που μέχρι εκείνη την στιγμή το βρέφος είχε με την μητέρα του και αποτελεί έτσι το πρώτο βήμα στην εξατομίκευσή του. Η εμφάνιση του κοινωνικού χαμόγελου γύρω στον 3ο μήνα, αποτελεί ένα άλλο σημαντικό ορόσημο. Το χαμόγελο το οποίο αρχικά είναι ένα αντανακλαστικό, μια μηχανική κίνηση των μυών, εξελίσσεται μετά τον τρίτο μήνα σε απάντηση σε ένα γνώριμο πρόσωπο. Αποτελεί έτσι μια μορφή επικοινωνίας και συναισθηματικής απάντησης στο περιβάλλον, η οποία συμβάλλει καθοριστικά στην ενίσχυση του δεσμού με τους γονείς του (Brener).

Τέλος γύρω στον 6ο με 8ο μήνα κάνει την εμφάνιση του το "άγχος των ξένων". Το μωρό δεν χαμογελά πια, ούτε προσεγγίζει όποιον ενήλικα το πλησιάζει, (όπως μπορεί να έκανε μέχρι τότε), αλλά παρουσιάζει συμπεριφορές αποφυγής. Η συμπεριφορά αυτή σηματοδοτεί το γεγονός ότι το μωρό μπορεί πια να διαφοροποιήσει τα πρόσωπα του περιβάλλοντος του και συγχρόνως το γεγονός ότι έχει εγκαταστήσει ένα στέρεο δεσμό με τους γονείς του (Brener).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΝΗΠΙΑΚΗ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η νηπιακή ηλικία ενός παιδιού αρχίζει στα 3 και τελειώνει στα 5,5-6 χρόνια.

Στην περίοδο αυτή το παιδί αρχίζει να εξερευνά τον κόσμο γύρω του, τη φύση και το σώμα του. Τότε σιγά σιγά αρχίζει η διαμόρφωση του χαρακτήρα του, η κατανόηση ηθικών και πολιτιστικών ιδεών και η κοινωνικοποίησή του.

Ο ρόλος της μητέρας στην ηλικία αυτή είναι αποφασιστικός κυρίως για την διάπλαση της προσωπικότητας του παιδιού. Ο γιατρός Srock, θεωρεί ότι ως τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού η μητέρα πρέπει να του δείχνει αποκλειστική φροντίδα και αφοσιωμένη αγάπη κι ως τα έξι χρόνια του θα έχει συμπληρωθεί η ηθική αγωγή του, θα έχει πάρει δηλ. τις βασικές ηθικές αρχές που θα εφαρμόσει στη ζωή του.

Η μητέρα λοιπόν, στην διάρκεια των νηπιακών χρόνων του παιδιού της, οφείλει να του μάθει κάποιες βασικές αρχές συμπεριφοράς, τις οποίες θα τις εφαρμόζει σε όλη του τη ζωή. Συγκεκριμένα το παιδί πρέπει να μάθει τις καθημερινές ενέργειες καθαριότητας, να πηγαίνει μόνο του στην τουαλέτα και να τρώει επίσης μόνο του (Καραχάλιος).

Θα προσπαθήσει επίσης να μειώσει την αυθόρμητη επιθετικότητα και το έμμονο πείσμα που κυριαρχεί στα παιδιά της ηλικίας αυτής, με τον διάλογο και όχι με τη βία ή με τιμωρίες.

Στην ηλικία αυτή τα παιδιά αρχίζουν να ανακαλύπτουν το σώμα τους, και την διαφορά των φύλων, βλέποντας τα άλλα παιδιά, αρχίζουν να ρωτούν για σεξουαλικά θέματα, για το πώς έρχονται τα παιδιά στον κόσμο, πώς μπαίνουν στην κοιλιά της μητέρας και θέματα σχετικά με την γέννηση και την εξέλιξη του ανθρώπου. Οι γονείς έχουν όφελος να απαντήσουν στις ερωτήσεις αυτές με ειλικρίνεια, κάνοντας χρήση απλού και κατανοητού λόγου, για να μπορεί το παιδί να καταλαβαίνει, χωρίς ενδοιασμούς και ντροπές και χωρίς ποτέ να μαλώνουν το παιδί, γιατί έτσι θα το κάνει να πιστέψει ότι οτιδήποτε έχει σχέση με σεξουαλικά θέματα είναι κακό, πονηρό, δεν είναι σωστό να συζητιέται. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη χρονική στιγμή για το πότε ένας γονέας πρέπει να αρχίσει η σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, αυτό πρέπει να γίνει από τη στιγμή που το παιδί αρχίζει τις ερωτήσεις γι' αυτό το θέμα κι ανάλογα με την ωριμότητά του πρέπει οι γονείς να τις απαντήσουν με ειλικρίνεια.

Έχει παρατηρηθεί ότι σε παιδιά που ο πατέρας τους ήταν απών (φυσική ή ψυχολογική απουσία), τα αγόρια αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην ανεύρεση του ανδρισμού τους, ενώ τα κορίτσια δεν είχαν αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στο άλλο φύλο.

Έτσι, ένας πατέρας δεν μπορεί να διαπαιδαγωγήσει σωστά τα παιδιά του, αν και ο ίδιος δεν έχει ξεκαθαρίσει τη στάση του προς τις γυναίκες, τους άντρες και κυρίως προς τον εαυτό του (Καραχάλιος).

Την περίοδο αυτή, εμφανίζεται το -αμφιλεγόμενο πια- Οιδιπόδειο σύμπλεγμα και το σύμπλεγμα της Ηλέκτρας. Στο πρώτο, το αγόρι της ηλικίας αυτής έχει ως ίνδαλμα τον πατέρα, ταυτόχρονα όμως τον μισεί και τον ζηλεύει και θέλει να πάρει τη θέση του μιας και θεωρεί ότι παίρνει την μητέρα του από κοντά του. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με το σύμπλεγμα της Ηλέκτρας: το κορίτσι εκδηλώνει μίσος και θαυμασμό προς την μητέρα του.

Κάποια άλλα ειδικά προβλήματα αγωγής της χρονικής αυτής περιόδου καλείται να επιλύσει η μητέρα, όπως ονυχοφαγία, η οποία προκαλείται κυρίως από ψυχολογικά αίτια ή από αντίδραση σε πιέσεις που δέχεται το παιδί από το περιβάλλον κυρίως το οικογενειακό. Η μητέρα πρέπει να του δώσει να καταλάβει ότι δεν είναι σωστό για το ίδιο και κατόπιν με την βοήθεια ειδικού γιατρού να προσπαθήσει να βρει την αιτία του προβλήματος και να σταματήσει τις πιέσεις προς το παιδί. Ένα σημαντικό επίσης πρόβλημα που υπάρχει σε μερικά παιδιά της περιόδου αυτής, είναι η νυχτερινή ενούρηση, η οποία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται με τιμωρίες και ποινές.

Η μητέρα δεν πρέπει να φέρεται αυστηρά και να το μαλώνει και να μην αγχώνει το παιδί με την ανυπομονησία της και το άγχος της για να ξεπεραστεί το παιδί το πρόβλημα. Αν όμως η κατάσταση αυτή διαρκεί πάνω από τα τρία χρόνια του παιδιού, θα πρέπει να ζητήσει βοήθεια από ψυχολόγο. Την ίδια αντίδραση πρέπει να έχει η μητέρα και στο πιπίλισμα του δαχτύλου, αν συνεχίζεται πάνω από τα τρία χρόνια του παιδιού.

Ακόμα στην ηλικία αυτή η μητέρα, ανάλογα με τις δυνατότητες και την ωριμότητά του πρέπει να μάθει στο παιδί βασικά στοιχεία γραφής και ανάγνωσης. Το παιδί που ως τα πέντε χρόνια ξέρει κάπως να διαβάζει και να γράφει έχει καλύτερες σχολικές επιδόσεις στο μέλλον. Η γνώση που του παρέχει η μητέρα πρέπει να αποσκοπεί στην πνευματική καλλιέργεια του παιδιού κι όχι σε άλλους ηθικούς ή

πολιτιστικούς στόχους (σ' αυτή την ηλικία). Ποτέ όμως η μητέρα δεν θα πρέπει να επιμένει στο να μάθει στο παιδί αυτά που θεωρεί αναγκαία, ενώ το ίδιο το παιδί έχει την ανάγκη να παίζει. Το παιχνίδι στην ηλικία αυτή είναι ζωτικής σημασίας, βοηθάει στην ανάπτυξη της φαντασίας και η επαφή με άλλα παιδιά ευνοεί την κοινωνικοποίησή του.

Στη προσχολική ηλικία η επίδραση του πατέρα στην αγωγή του παιδιού γίνεται πιο άμεση. Το παιδί συνειδητοποιεί ότι εκτός από την μητέρα υπάρχει και το πρόσωπο του πατέρα στη ζωή του. Για το παιδί της ηλικίας αυτής, ο πατέρας είναι ο σύνδεσμος με τον έξω κόσμο, ο φορέας δύναμης και εξουσίας (Τσιλιγκιρόγλου).

Έχει παρατηρηθεί ότι ο πατέρας παίζει περισσότερο σωματικό παιχνίδι, ενώ η μητέρα λεκτικό. Ακόμα δίνει περισσότερη σημασία στην αγωγή των αγοριών και τέλος κυρίως ο πατέρας κάνει διάκριση στα παιχνίδια των παιδιών, κάτι που οδηγεί στη διάκριση των φύλων

Γενικά, στην ηλικία αυτή, ο ρόλος του πατέρα γίνεται πιο αισθητός και το νήπιο αντιλαμβάνεται ότι παράλληλα με τη μητέρα του κι αυτό το πρόσωπο παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο στη ζωή του (Τσιλιγκιρόγλου).

2.2 ΣΧΟΛΙΚΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η παιδική ηλικία αρχίζει με την εισαγωγή του παιδιού στο δημοτικό σχολείο και τελειώνει με την έξοδό του από αυτό. Την περίοδο αυτή, το παιδί έχει ξεπεράσει τον εγωκεντρισμό της προηγούμενης περιόδου κι έχει αναπτυχθεί έντονα η συντροφικότητά του και έχει αρχίσει ήδη η κοινωνικοποίησή του.

Σε αυτό το μεγάλο και σημαντικό κεφάλαιο της ζωής του, συμβάλλει θετικά η ομαλή ένταξή του στο σχολικό περιβάλλον και η μετέπειτα σχολική ζωή του. Έτσι η μητέρα οφείλει πριν το παιδί πάει σχολείο να το προετοιμάσει με τα καλύτερα λόγια γι' αυτό το καινούριο του ξεκίνημα. Ποτέ δεν πρέπει να τρομοκρατήσει το παιδί για το σχολείο ή για τον δάσκαλο, αντιθέτως θα πρέπει να του δώσει να καταλάβει ότι είναι ένα μέρος όπου θα μορφωθεί και θα αναπτυχθεί πνευματικά και θα κάνει φιλίες, θα γνωρίσει παιδιά, ώστε να μην μένει το παιδί προσκολλημένο πάνω της. Το παιδί πρέπει να έχει σημαντική βοήθεια στο σπίτι για τα μαθήματα ή τις δυσκολίες που μπορεί να συναντήσει στην ανάγνωση ή την γραφή.

Στην ηλικία αυτή το παιδί έχει διαμορφώσει τις ηθικές αρχές που θα εφαρμόζει στην υπόλοιπη ζωή του. Η μητέρα με τον ουσιαστικό διάλογο βελτιώνει πολλές πτυχές της προσωπικότητάς του που δεν έχουν αναπτυχθεί πλήρως. Μερικές από αυτές είναι :

Η ανάπτυξη και η βελτίωση της γλώσσας και ομιλίας που χρησιμοποιεί το παιδί. Με το να παροτρύνει το παιδί να βγει από το σπίτι και να παίζει με άλλα συνομήλικα του παιδιά, βοηθά στην ανάπτυξη της κοινωνικότητας και στην εξάλειψη του εγωκεντρισμού του. Ανάλογα με το πιστεύω της μητέρας πρέπει να του δώσει θρησκευτική αγωγή και διαπαιδαγώγηση (Παναγιωτόπουλος).

Υπάρχουν όμως και προβλήματα στη συμπεριφορά του παιδιού, τα οποία πρέπει να αντιμετωπίσει η μητέρα. Η χειρότερη αντιμετώπιση στα ελαττώματα των παιδιών, είναι η επίπληξη, οι καυγάδες και οι τιμωρίες. Η μητέρα πρέπει να διατηρεί την ψυχραιμία της, να έχει επιμονή και υπομονή και κυρίως να συζητάει με το παιδί για να καταλάβει για ποιο λόγο συμπεριφέρεται με αυτό τον τρόπο. Ένα σημαντικό λάθος των γονέων είναι ότι απαιτούν από τα παιδιά να φέρονται σαν μεγάλοι, απαιτούν τυφλή υποταγή και τελειότητα από τα παιδιά , ενώ οι ίδιοι δεν προσπαθούν να φέρονται σαν παιδιά.

Η αποφυγή των συγκρούσεων μπορεί να γίνει όταν η μητέρα σκέφτεται και παρατηρεί τις ενέργειες του παιδιού, που την δυσαρεστούν, όταν αντιμετωπίζει την κακή συμπεριφορά με ελαστικότητα και αυτοσυγκράτηση, όταν προσπαθεί με πολλούς τρόπους να κερδίσει την εμπιστοσύνη του παιδιού, κάνοντάς του συστάσεις, παραινέσεις και καθοδηγώντας το προς τη σωστή συμπεριφορά. Γιατί, ας μην ξεχνάμε ότι η εικόνα του παιδιού για τον εαυτό του και η εικόνα που βγάζει προς τα έξω, είναι αυτή που του διοχετεύει ο περίγυρός του.

Βέβαια, η μητέρα στην αγωγή του παιδιού της, οφείλει να συμπεριλάβει και την ποινή προς αποφυγήν της επανάληψης της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. Η ποινή που θα εφαρμόζει η μητέρα πρέπει να επιβάλλεται πάντα, αφού έχει προηγηθεί μια συζήτηση για το λόγο που η μητέρα θα τιμωρήσει το παιδί. Οι λόγοι εφαρμογής της πρέπει να είναι συγκεκριμένοι κι όχι αόριστοι ή κάποιο παράπτωμα που πριν καιρό είχε κάνει το παιδί. Πρέπει να εμπεριέχει δηλαδή το στοιχείο της αμεσότητας και της δικαιοσύνης. Δεν πρέπει να εφαρμόζει πολύ αυστηρές ποινές ή ποινές που προσβάλλουν και ταπεινώνουν το παιδί. Αλλά και από την άλλη όποια ποινή πει η μητέρα ότι θα εφαρμόσει

πρέπει να την πραγματοποιήσει, γιατί το παιδί θα επαναλάβει την άσχημη συμπεριφορά του μιας και δεν θα έχει εμπιστοσύνη και πίστη στα λόγια της μητέρας του. Τέλος οι ποινές πρέπει να εφαρμόζονται με μέτρο και όχι πολύ συχνά, γιατί τότε δεν θα έχουν αποτέλεσμα. Αυτό που δεν πρέπει να ξεχνάει η μητέρα είναι ότι εφαρμόζει την ποινή όχι για προσωπικούς λόγους της, αλλά για ωφέλεια του παιδιού και για την καλύτερη ζωή της.

Τέλος η μητέρα δεν πρέπει να ξεχνάει ότι εκτός από τις ποινές που εφαρμόζει για το σταμάτημα μιας άσχημης συμπεριφοράς του παιδιού, πρέπει να αμείβει -πάντα με μέτρο- υλικά και ηθικά το παιδί για την ενίσχυση της καλής αγωγής που έδειξε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή με σκοπό την επανάληψή της (Παναγιωτόπουλος).

Στην ηλικία αυτή στα σεξουαλικά συμπλέγματα των προηγούμενων χρόνων εξαλείφονται. Το παιδί θέλει να 'χει αρμονικές σχέσεις και με τους δύο γονείς. Ο πατέρας συμβάλλει στην πνευματική και ηθική ανάπτυξη του παιδιού με τη συμπεριφορά του. Το παιδί τον έχει ως πρότυπο και φορέα δύναμης κι εξουσίας.

Σωστό θα ήταν ο πατέρας να μην κάνει κατάχρηση αυτού του γεγονότος, γιατί το παιδί θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από αυτόν, χωρίς να έχει αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Η θετική αντιμετώπιση του πατέρα απέναντι στις ανάγκες, στις απαιτήσεις και στα ερωτήματα του παιδιού συμβάλλουν στην αρμονική ανάπτυξή του (Παναγιωτόπουλος).

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στον τρόπο και στην ειλικρίνεια με την οποία απαντάμε στις ερωτήσεις των παιδιών χωρίς να εκλαμβάνουν την αδιαφορία του πατέρα, την αρνητική του στάση απέναντι στα προβλήματα του παιδιού και με το να θεωρεί τα παιδιά ως κτήμα του.

Το παιδί της ηλικίας αυτής, που θέλει να είναι αρεστό και αγαπητό σε όλους, έχει ως ίνδαλμά του τον πατέρα του, τον μιμείται στις κινήσεις, στα λόγια και τον θεωρεί ως κρίκο με την κοινωνία, δηλ. φορέα κοινωνικοποίησης.

Τέλος, στην ηλικία αυτή, ο πατέρας πρέπει να δίνει μια ειλικρινή και σωστή σεξουαλική, οικονομική, θρησκευτική και ηθική διαπαιδαγώγηση (Παναγιωτόπουλος)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

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

3.2 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Στις λεγόμενες «αναπτυγμένες χώρες» τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου των παιδιών ηλικίας ενός έτους και άνω. Τα ατυχήματα που φτάνουν συνήθως στα νοσοκομεία είναι εγκαύματα (από ζεστά νερά, από σόμπες ή από φωτιά), αυτοκινητικά ατυχήματα, πτώσεις, δηλητηριάσεις, πνιγμοί, ασφυξίες και ηλεκτροπληξίες. Το ήμισυ σχεδόν του συνόλου των θανάτων, που σημειώνονται μεταξύ 10-15 ετών, οφείλεται σε ατυχήματα. Στην Αγγλία και την Ουαλία, 4.500.000 παιδιά περίπου το χρόνο αντιμετωπίζονται από τα αρμόδια τμήματα ατυχημάτων των νοσοκομείων. Στο Sheffield έχει υπολογιστεί ότι ένα κάθε πέντε παιδιά φτάνει στο τμήμα ατυχημάτων του Παιδιατρικού νοσοκομείου κάθε χρόνο. Στις Η.Π.Α τα ατυχήματα προξενούν περισσότερους θανάτους σε ηλικία 1-14 ετών, παρά οι έξι επόμενες αιτίες θανάτου μαζί. Στη Βρετανία τα ατυχήματα είναι η συνηθέστερη αιτία θανάτου των παιδιών ηλικίας 1 έτους και άνω. Σύμφωνα με την

Ένωση Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων, τα ατυχήματα ευθύνονταν για μια στις έξι εισαγωγές σε νοσοκομείο, στην ομάδα ηλικίας 1-15 ετών, για μια στις τρεις εισαγωγές στα Τμήματα Ατυχημάτων και Επείγουσας Ανάγκης, και για μια στις 8 επισκέψεις σε οικογενειακούς γιατρούς. Μεταξύ των χρήσιμων ανασκοπήσεων πάνω στο θέμα αυτό συγκαταλέγονται αυτές των Meyer και Klein και του Mc Intyre.

Τα ατυχήματα αποτελούν το τελικό αποτέλεσμα αναρίθμητων παραγόντων. Μεταξύ των παραγόντων αυτών περιλαμβάνονται το φύλο και η ηλικία του παιδιού, η προσωπικότητα και η νοημοσύνη του, η τάση μίμησης των άλλων και το παράδειγμα των γονέων και των φίλων του. Συνδέονται ακόμη με το στάδιο ανάπτυξής του, την κινητικότητα του, την ικανότητα του να φτάνει τα διάφορα αντικείμενα, να σκαρφαλώνει, την επιθυμία του να μαθαίνει και να εξερευνά και, πάνω απ' όλα, την αδυναμία του να διδαχθεί από την εμπειρία του τις συνέπειες των πράξεων του.

Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν την επιθυμία προσέλευσης της προσοχής, την ανασφάλεια, τον ασυνείδητο αυτό-τραυματισμό εξαιτίας αισθημάτων ενοχής, την επιθυμία ανεξαρτησίας, την αποφυγή κάποιου δυσάρεστου καθήκοντος, την προσπάθεια προσέλευσης της συμπάθειας των άλλων, την εκδίκηση, τις οικογενειακές συγκρούσεις, τα «διαλυμένα» σπιτικά, την έλλειψη πειθαρχίας ή την υπερβολική πειθαρχία, τον πατρικό αλκοολισμό, τους αυστηρούς ή απορριπτικούς γονείς, τις υποχωρητικές ή υπερπροστατευτικές μητέρες και την απουσία ικανοποιητικού χώρου για να παίζει το παιδί. Τα ατυχήματα συμβαίνουν συνήθως, όταν η μητέρα απουσιάζει από το σπίτι, όταν έχει άλλο μωρό ή περιποιείται κάποιο άρρωστο άτομο, ή η προσοχή της είναι στιγμιαία αποσπασμένη εξαιτίας κάποιου τηλεφωνήματος ή χτυπήματος του κουδουνιού ή όταν παίρνει ηρεμιστικά, πράγμα που ελαττώνει το βαθμό επαγρύπνησης της. Παρατηρείται μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της εμμηνορρυσίας της μητέρας και της εισαγωγής ενός παιδιού στο νοσοκομείο, λόγω ασθένειας ή ατυχήματος. Μεταξύ των άλλων παραγόντων που αναφέρονται είναι η πείνα, η κόπωση, η υπερβολική ζωηρότητα, η ύπαρξη κάποιου άρρωστου ατόμου στην οικογένεια. Η μητρική αδυναμία να κατανοήσει τις πραγματικές δυνατότητες του παιδιού στις διάφορες ηλικίες, η αλλαγή περιβάλλοντος (π.χ νέο σπίτι, διακοπές), η μίμηση των γονέων, ο θυμός για τους γονείς, ο αρνητισμός και η συναισθηματική στέρηση. Η ρυπαροφαγία αποτελεί παράγοντα που μπορεί να προκαλέσει δηλητηρίαση.

Η σωστή μεταχείριση του παιδιού αποτελεί ουσιαστικό βήμα προς την κατεύθυνση της πρόληψης των ατυχημάτων. Το παιδί που δεν έχει ποτέ

πειθαναγκαστεί σε πειθαρχία, που του επιτρέπεται από τους γονείς του να σκαρφαλώνει στα παράθυρα, στα τραπέζια και άλλα επικίνδυνα μέρη, και γενικά να κάνει ό,τι θέλει, έχει περισσότερες πιθανότητες από τα άλλα παιδιά να πάθει κάποιο ατύχημα. Το ίδιο ισχύει και για το παιδί που το υπερπροστατεύουν. Αν εμποδίζεται συνεχώς από κάθε είδους φυσιολογική δραστηριότητα, λόγω των υποτιθέμενων κινδύνων, υπάρχει πιθανότητα να επαναστατήσει και να αντιμετωπίσει προβλήματα.

Η πρόληψη των ατυχημάτων απαιτεί φροντίδα, χρόνο και πειθαρχία. Φροντίδα για να προβλέψει κανείς τους πιθανούς κινδύνους για το παιδί, χρόνο για να το παρακολουθεί και πειθαρχία, απαίτηση πειθαρχίας και τιμωρία σε περίπτωση ανυπακοής, ώστε να γνωρίζει μέχρι που μπορεί να φτάσει. Προειδοποιήσεις του τύπου «να προσέχεις» είναι τελείως άχρηστες (Gerald).

Οι γονείς πρέπει να σταθμίσουν σωστά την ανάγκη για προστασία και την ανάγκη να μάθει το παιδί, αρχίζοντας με απόλυτη προστασία κατά τη γέννηση και καταλήγοντας σε σχεδόν απόλυτη ανεξαρτησία γύρω στα 10 χρόνια. Στα χρόνια που παρεμβάλλονται το προστατευόμενο και τελείως εξαρτημένο παιδί πρέπει να περάσει διαδοχικά από διάφορα στάδια, έως ότου γίνει ένα παιδί με αυτοπεποίθηση και λογική συμπεριφορά. Αν η υπερπροστασία διαρκέσει για μεγαλύτερο διάστημα από ό,τι πρέπει, το παιδί εμποδίζεται να μάθει, μπορεί να επαναστατήσει και τελικά να γίνει επιρρεπές στα ατυχήματα. Αν δεν του παρέχεται αρκετή προστασία, αυτό έχει επίσης σαν αποτέλεσμα τη ροπή για ατυχήματα. Το μικρό παιδί πρέπει κάθε στιγμή να προστατεύεται από σοβαρά εγκαύματα, δηλητηριάσεις, επικίνδυνα πεσίματα και άλλους κινδύνους, που δεν μπορεί να τους αντιμετωπίσει, λόγω έλλειψης εμπειρίας.

Η σημασία της λογικής και στοργικής πειθαρχίας στην πρόληψη των ατυχημάτων δεν έχει τονιστεί αρκετά. Η άσκηση πειθαρχίας δεν μπορεί να εμποδίσει το μικρό νήπιο από το να πάθει κάποιο ατύχημα, μπορεί όμως να το επιτύχει σ' ένα μεγαλύτερο παιδί. Η υπερβολική επιείκεια και η έλλειψη πειθαρχίας από τη μια και η υπερβολική αυστηρότητα από την άλλη, αποτελούν παράγοντες που οδηγούν σε ατυχήματα. Το παιδί που έχει ανατραφεί χωρίς πειθαρχία είναι εγωιστικό και απερίσκεπτο και έχει την τάση να παρακούει. Το παιδί που είναι μεγαλωμένο με υπερβολική πειθαρχία και αυστηρότητα μπορεί να επαναστατήσει κατά των απαγορεύσεων των γονέων του και να εκθέσει έτσι τον εαυτό του σε κίνδυνο. Η λογική πειθαρχία συνεπάγεται την άμεση διακοπή όλων των επικίνδυνων πράξεων, όπως είναι το ατύχημα της πόρτας, το ρίξιμο διάφορων αντικειμένων στο πάτωμα και το παιχνίδι σε σκάλες. Με κανέναν τρόπο δε συνεπάγεται, πάντως, υπερπροστασία, η οποία

εμποδίζει μεν τα παιδικά πειράματα, αλλά δημιουργεί στο παιδί μια λανθασμένη και διογκωμένη αντίληψη για τον κίνδυνο (Τσουμάκας).

Είναι πράγματι δύσκολο ν' αποφύγει κανείς την καλλιέργεια φόβων στο παιδί, όταν προσπαθεί να του διδάξει να είναι προσεκτικό. Ένα μέσο παιδί ηλικίας 20 μηνών μπορεί να διδαχθεί κάποιο βαθμό προσοχής. Μπορεί, συνήθως, να διδαχθεί να μένει μακριά από τα μάτια της ηλεκτρικής κουζίνας και τις πρίζες. Πρέπει πάντα να έχει στο νου του κανείς την ευκολία με την οποία επαναλαμβάνονται οι απαγορευμένες πράξεις, σαν μέσα προσέλκυσης της προσοχής. Χρειάζεται να επιστρατεύσει κανείς όλη την εφευρετικότητα, προκειμένου να διακοπούν οι διάφορες επικίνδυνες συνήθειες του παιδιού, όπως το άνοιγμα της φιάλης του γκαζιού και άλλες παρόμοιες, που δεν μπορούν βέβαια να αντιμετωπιστούν αγνοώντας τις.

Οι γονείς μικρών παιδιών πρέπει να «εκπαιδεύσουν» τους εαυτούς τους να αντιμετωπίζουν τους διάφορους κινδύνους και να προβλέπουν τις πράξεις του παιδιού σε μια συγκεκριμένη περίπτωση. Πρέπει να εξαλείψουν τον κίνδυνο και να διδάξουν το παιδί πως θα τον αντιμετωπίζει. Πρέπει να έχουν κατά νου τις ακροβατικές του ικανότητες, την περιέργειά του και την αδυναμία πρόβλεψης των συνεπειών των πράξεών του. Γνωρίζουν την προσωπικότητα του παιδιού και θα πρέπει να την ενισχύουν. Πρέπει να γνωρίζουν τι παιχνίδια είναι επικίνδυνα (τόξα-βέλη κ.λ.π). Πρέπει επίσης να προφυλάσσουν το παιδί από τον κίνδυνο των οικιακών ηλεκτρικών συσκευών (Γιαμμαρέλου).

3.3 Γιατί προκαλούνται τα ατυχήματα

Τα ατυχήματα είναι πάρα πολύ συχνά στα παιδιά κάτω των 15 χρόνων. Το 80% των παιδικών ατυχημάτων αφορά παιδιά ηλικίας κάτω των 5 χρόνων. Με τον όρο "ατυχήματα" αναφερόμαστε σε καταστάσεις που δύσκολα μπορούν να προβλεφθούν και συνήθως είναι αναπότρεπτες και μπορούν να βλάψουν την υγεία του παιδιού μας. Αυτό όμως στα παιδικά ατυχήματα δεν ισχύει πάντα, γιατί εμφανίζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που όταν οι γονείς τα πάρουν υπόψη τους και λάβουν τα απαραίτητα προληπτικά μέτρα, μπορούν να τα αποτρέψουν σε ένα μεγάλο ποσοστό. Οι παράγοντες που συμβάλουν στο να προκληθεί ένα ατύχημα είναι : 1) το παιδί (φύλο, ιδιοσυγκρασία), 2) το αντικείμενο που το προκαλεί και 3) το περιβάλλον που συμβαίνει.

Τα ατυχήματα είναι συχνότερα στα αγόρια (2:1) και σε παιδιά που εμφανίζουν υπερκινητικότητα, είναι πολύ δραστήρια και ασυνήθιστα περίεργα. Σε ηλικία κάτω των 2 χρόνων τα παιδιά θέλουν να ανακαλύψουν τον κόσμο που τα περιβάλλει χωρίς να γνωρίζουν τους πιθανούς κινδύνους και μη κατανοώντας τις απαγορεύσεις των γονιών τους. Τους τραβάνε την προσοχή και το ενδιαφέρον πράγματα που χρησιμοποιούν συνήθως οι γονείς και αυτά που έχουν έντονα χρώματα. Επειδή ο κόσμος που γνωρίζουν μέχρι τον πρώτο χρόνο είναι η τροφή και βασικά το γάλα που το πίνουν από το στήθος ή το μπιμπερό, οτιδήποτε πέφτει στα χέρια τους καταλήγει στο στόμα τους, για να δουν αν τρώγεται ή τι σύσταση έχει, μαλακό, σκληρό, γευστικό, πικρό, γλυκό, ζεστό, κρύο. Επίσης στην ηλικία αυτή πιάνουν οτιδήποτε χωρίς να γνωρίζουν ότι μπορούν να καούν ή να κοπούν και τους αρέσει να ανοίγουν ντουλάπια και συρτάρια για να ανακαλύψουν τι κρύβεται μέσα τους.

Μετά την ηλικία των 2 χρόνων αποκτούν καλύτερες κινητικές δεξιότητες, τρέχουν, σκαρφαλώνουν, πηδάνε, ανεβαίνουν και κατεβαίνουν σκάλες. Πολύ συχνά μιμούνται τους γονείς τους, προσπαθούν να πιουν καφέ, να ανάψουν τον αναπτήρα, να κόψουν με το μαχαίρι ή το ψαλίδι, να καπνίσουν, να πάρουν φάρμακα. Επίσης συχνά τους αρέσει να κρύβονται σε ντουλάπες, παλιά ψυγεία. Προσπαθούν να φουσκώσουν μπαλόνια, να βάζουν σακουλές στο κεφάλι και αντικείμενα σε πρίζες. Η σκέψη των παιδιών πάνω από τα 2 χρόνια χαρακτηρίζεται από τους ειδικούς "μαγική". Συμπεριφέρονται δηλαδή σαν οι σκέψεις τους και οι επιθυμίες τους είναι εκείνες που καθορίζουν και το αποτέλεσμα. Πετάει πέτρες στο φίλο του διασκεδάζοντας ή θεωρώντας το αστείο, χωρίς να μπορεί να καταλάβει ότι αυτό είναι πολύ επικίνδυνο και καθόλου διασκεδαστικό για το άλλο παιδάκι (Υγεία περιοδικό).

Για όλους τους παραπάνω λόγους θα πρέπει να εφαρμόζουμε πρώτα εμείς οι ίδιοι κανόνες ασφαλείας και να συμβουλευόμαστε συνεχώς τα παιδιά μας όταν ενεργούν επικίνδυνα. Σίγουρα χρειάζεται πολύ υπομονή και να επαναλαμβάνουμε πολλές φορές τα ίδια και τα ίδια μέχρι να μπορέσουν να μάθουν και να θυμούνται τους βασικούς κανόνες ασφαλείας. Τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν όταν οι γονείς είναι σε ένταση και δεν μπορούν να είναι σε επαρκή και συνεχή επιτήρηση. Υπάρχουν κάποιες καταστάσεις που σχετίζονται άμεσα με ατυχήματα, όπως είναι η κούραση και η πείνα, η εγκυμοσύνη, η ένταση ανάμεσα

στους γονείς, οι αλλαγές στα πρόσωπα που φροντίζουν τα παιδιά και οι ξαφνικές αλλαγές στο περιβάλλον που ζουν π.χ. μετακόμιση, διακοπές (Υγεία περιοδικό).

ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

- Αυξημένη περιέργεια και τάση για εξερεύνηση
- Μειωμένος συντονισμός των κινήσεων
- Καθυστερημένη ανάπτυξη της αδρής κινητικότητας
- Μη επαρκής συνειδητοποίηση της σχέσης αιτίου -αποτελέσματος
- Κακή αντίληψη του κινδύνου
- Αρνητισμός ή εχθρότητα στις συμβουλές των γονέων
- Δύστροπος χαρακτήρας
- Ανώριμη και εγωκεντρική σκέψη (προσχολική ηλικία)
- Αποδοχή από τους ομηλίκους τους (σχολική)
- Έλξη από τη γοητεία της περιπέτειας (προ - και εφηβική ηλικία) (Grivna).

3.4 Τα παιδικά ατυχήματα-ιδιαιτερότητες

Τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με τον κίνδυνο ατυχήματος 3 φορές περισσότερο από τους ενήλικες. Για τα ελληνόπουλα τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου (50%), με δεύτερη τα κακοήθη νοσήματα (16%) και τρίτη τις συγγενείς διαμαρτυρίες (8%). Κάθε χρόνο στην Ελλάδα 500.000 παιδιά τραυματίζονται από διάφορες αιτίες, 700 απ' αυτά χάνουν τη ζωή τους και 3.000 μένουν ανάπηρα για όλη τους τη ζωή. Για κάθε θάνατο παιδιού από ατύχημα αντιστοιχούν 3-4 αναπηρίες και 5-6 βαρείς τραυματισμοί με όλες τις θλιβερές συνέπειες. Για κάθε θάνατο παιδιού που σημειώνεται από ατύχημα αντιστοιχούν 50 εισαγωγές για αντιμετώπιση σε Νοσοκομεία και 500 επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας. Τα αίτια που καθιστούν τα παιδιά μια από τις κυριότερες ευπαθείς ομάδες στα ατυχήματα είναι η ανωριμότητα της παιδικής ηλικίας, η αυξημένη περιέργεια, η τάση για εξερεύνηση, η άγνοια του κινδύνου, ο αρνητισμός και η εχθρότητα στις συμβουλές των γονέων και το ενδιαφέρον για την αποδοχή τους από τα συνομήλικα παιδιά. 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 (Πετρίδου).

Τα ιδιαίτερα φυσικά χαρακτηριστικά του παιδικού πληθυσμού απαιτούν και ειδική θεώρηση στην εκτίμηση της έκτασης και της σοβαρότητας του ατύχηματος:

Α) 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 πολύ 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 ζελατινώδης σύσταση του εγκεφάλου τους, τα καθιστούν ιδιαίτέρως ευαίσθητα στις δευτερογενείς εγκεφαλικές βλάβες.

Β) 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 ασυνήθη, ενώ η θλάση του πνεύμονα πιο 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 πρόωμα, επιπλέοντας την αντιμετώπιση.

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

Ε) Απώτερα αποτελέσματα: μεγάλη σημασία έχει και η επίπτωση που μπορεί να έχουν οι κακώσεις από το ατύχημα στην εξέλιξη του παιδιού. Αν το τραυματισμένο οστό π.χ. είναι το μηριαίο μια ανισοσκελία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στο περπάτημα σ' ολόκληρη τη ζωή του παιδιού, αν ένα κάταγμα συμβεί στον αυξητικό πυρήνα ενός θωρακικού σπονδύλου το αποτέλεσμα μπορεί να είναι σκολίωση, κύφωση ή ακόμη και ύβος, η ολική ρήξη του σπλήνα από ένα ατύχημα μπορεί να οδηγήσει σε σπληνεκτομή που θέτει το παιδί σε ισόβιο κίνδυνο λοιμώξεων.

ΣΤ) 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 (Πάνου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Ατυχήματα σε βρέφη

Δεσπόζουσα αιτία θανατηφόρων ατυχημάτων στα βρέφη είναι οι πνιγμοί-πνιγμονές από εισρόφησης τροφών ή απόφραξη των αεροφόρων οδών από ξένο σώμα και ακολουθούν τα τροχαία ενώ οι πτώσεις αποτελούν την πρώτη αιτία προσέλευσης βρεφών για ατύχημα στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων. Επειδή στην ηλικία αυτή τα ατυχήματα συμβαίνουν συνήθως σε περιβάλλον που ελέγχεται από γονείς η συχνότητά τους μπορεί να μειωθεί τόσο με τη δημιουργία ασφαλέστερων προϊόντων και συνθηκών περιβάλλοντος όσο και με ειδική εκπαίδευση των γονιών για αποτελεσματική εποπτεία.

Από την προσχολική ηλικία, τα παιδιά περνούν μεγάλο μέρος του χρόνου τους σε χώρους εκπαίδευσης (Παιδικό Σταθμό, Σχολεία), με αποτέλεσμα τα παιδικά ατυχήματα σε ένα μεγάλο ποσοστό τους να συμβαίνουν στα σχολεία ή κατά τη μεταφορά προς και από το σχολείο ή τον παιδικό σταθμό (Grivna).

Η ανάπτυξη της αδρής κινητικότητας είναι προοδευτική και υπάρχει ελλιπής συντονισμός των κινήσεων, η αντίληψη του κινδύνου και η συνειδητοποίηση της σχέσης αιτίου-αποτελέσματος είναι σημαντικά μειωμένα. Στην προσχολική ηλικία, ο δύστροπος χαρακτήρας ορισμένων παιδιών δρα ευνοϊκά στην πρόκληση των ατυχημάτων. Τα μεγαλύτερα παιδιά εκδηλώνουν αρνητισμό ή και εχθρότητα έναντι των συμβουλών των γονέων και ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την αποδοχή τους από τα συνομήλικα παιδιά. Στην προεφηβεία η γοητεία της περιπέτειας είναι ελκυστική, ενώ η εφηβεία χαρακτηρίζεται από την άρνηση και την αμφισβήτηση προσώπων και καταστάσεων, παράγοντες που εύκολα οδηγούν σε απερίσκεπτες αποφάσεις και επικίνδυνη δράση (πίνακας 1). Τα ατυχήματα διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία (πίνακας 2). Στη βρεφική ηλικία κατά σειρά συχνότητας παρατηρούνται ατυχήματα από πτώση, από εισρόφησης ξένου σώματος και ασφυξία, από δηλητηριάσεις και από εγκαύματα. Ομοίως, στην προσχολική ηλικία οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση και ακολουθούν ο πνιγμός, οι δηλητηριάσεις και τα εγκαύματα. Στη σχολική ηλικία αλλά και στις μεγαλύτερες κυριαρχούν τα τροχαία ατυχήματα με το παιδί πεζό, επιβάτη, ή ποδηλάτη και ακολουθούν ο πνιγμός και τα εγκαύματα, ενώ σπάνια παρατηρούνται δηλητηριάσεις. Στην εφηβική ηλικία, μετά τα τροχαία, ανευρίσκονται τα

ατυχήματα από αθλήματα, ο πνιγμός, τα εγκαύματα, τα ατυχήματα από χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών και οι απόπειρες αυτοκτονίας.

Για διδακτικούς κυρίως λόγους, τα ατυχήματα στα παιδιά θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε ορισμένες κατηγορίες, αν και τα όρια κάθε κατηγορίας είναι ασαφή: Οικιακά (στο σπίτι), τροχαία (στους δρόμους), αθλητικά και αναψυχής (στη φύση), επαγγελματικά (στην εργασία) και περιβαλλοντικά (πυρηνικά, πυρκαγιές, σεισμοί, θεομηνίες) (πίνακας 3) (Grivna).

4.2 ΟΙΚΙΑΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Στα μικρότερα των 5 ετών παιδιά, τα ατυχήματα στο σπίτι και τον περιβάλλοντα χώρο υπερβαίνουν το 60% του συνολικού αριθμού των ατυχημάτων. Το είδος τους, βέβαια, έχει άμεση σχέση με την ηλικία του παιδιού.

- Οι πτώσεις 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. Η πτώση του βρέφους μπορεί να γίνει από την κούνια, το κρεβατάκι, το baby relax, τις απροστάτευτες σκάλες, το γυαλισμένο πάτωμα και τη στράτα που χρησιμοποιείται αρκετά ακόμη και σήμερα.

- Η εισρόφηση ξένων σωμάτων (ξηροί καρποί, καρφίτσες, σταυρουδάκια κ.λπ.) μπορεί να συμβεί από την ηλικία των 6 μηνών, κατά την οποία το βρέφος βάζει στο στόμα του οτιδήποτε κρατά στο χέρι του.

- Τα ατυχήματα από πνιγμό στα παιδιά 2-4 ετών είναι 5 φορές περισσότερα σε σχέση με τα βρέφη και 2 φορές συχνότερα σε σχέση με παιδιά 6-12 ετών. Ο πνιγμός οφείλεται στην εισαγωγή και την ενσφύνωση κάποιου μικρού ξένου σώματος, στερεού ή υγρού, στις αεροφόρες οδούς και ακολούθως στο αντανακλαστικό κλείσιμο της γλωττίδας και στο σπασμό των βρόγχων. Η είσοδος του αέρα διακόπτεται και η εικόνα του παιδιού είναι δραματική. Απαιτείται άμεση αντιμετώπιση με τις ακόλουθες κινήσεις: στεκόμαστε πίσω από το παιδί και πιέζουμε δυνατά την κοιλιά του στην περιοχή ανάμεσα στο στήρνο και τον ομφαλό. Το ξένο σώμα πετιέται από το στόμα όπως ο φελλός της σαμπάνιας. Αν πρόκειται για μικρό βρέφος, το τοποθετούμε μπρούμυτα στα γόνατα μας, με το κεφάλι χαμηλότερα από το υπόλοιπο σώμα και χτυπάμε δυνατά τη ράχη του ανάμεσα στις ωμοπλάτες.

- Τα εγκαύματα είναι τα συχνότερα και σοβαρότερα ατυχήματα στο σπίτι σε παιδιά 2-5 ετών και σε αυτή την ηλικία είναι 3 φορές περισσότερα από ό,τι στις μεγαλύτερες.

Το 80% των εγκαυμάτων συμβαίνουν στην κουζίνα του σπιτιού και λιγότερα στο υπνοδωμάτιο (Πάνου).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΣΕΙΡΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Βρέφη	Προσχολική ηλικία	Σχολική ηλικία	Εφηβική ηλικία
Πτώσεις	πτώσεις	τροχαία	τροχαία
Ασφυξία	πνιγμός	πνιγμός	πνιγμός
Δηλητηριάσεις	δηλητηριάσεις	εγκαύματα	αθλήματα
Εγκαύματα	εγκαύματα τροχαία	δηλητηριάσεις	εγκαύματα αυτοκτονίες ποτά-ναρκωτικά

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Οικιακά

Τροχαία

Αθλητικά - Αναψυχής

Επαγγελματικά

Περιβαλλοντικά

στο λουτρό. Το 90% προκαλούνται από υγρή και το 10% από ξηρή θερμότητα. Εγκαύματα μπορούν να προκληθούν από ζεστά ή βιομηχανικά υγρά, από ηλεκτροφόρα καλώδια, από μέταλλα, από σπέρτα, φλόγα κ.λπ. Είναι συχνότερα στα αγόρια, στα πρωτότοκα παιδιά, σε διαμερίσματα, εξαρτώμενα πάντα από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Ευτυχώς οι ηλεκτροπληξίες έχουν περιοριστεί, γιατί σε πολλά σπίτια τοποθετούνται πια αυτόματοι διακόπτες.

- Οι δηλητηριάσεις αποτελούν συχνή μορφή ατυχημάτων στα παιδιά, ευτυχώς όμως σπάνια είναι θανατηφόρες. Οι συχνότεροι τρόποι δηλητηρίασης είναι η κατάποση και σπάνια η εισπνοή ή η απορρόφηση από το δέρμα. Το είδος και ο τρόπος με τον οποίο δηλητηριάζονται τα παιδιά έχει σχέση:

1. Με το εθνικό και βιοτικό επίπεδο. Στις υπό ανάπτυξη χώρες, το 40% των δηλητηριάσεων οφείλονται στο φωτιστικό και θερμαντικό πετρέλαιο.

2. Τις καθημερινές συνήθειες του λαού. Στις χώρες που χρησιμοποιείται το γκάζι, οι δηλητηριάσεις με CO κατέχουν σημαντική θέση.

3. Τη σύνθεση του πληθυσμού: παιδιά αγροτικών περιοχών δηλητηριάζονται ευκολότερα με φυτοφάρμακα και εντομοκτόνα.

4. Το ρεύμα της σύγχρονης συνταγογραφίας.

5. Τα ατυχήματα από χρήση εργαλείων (μαχαίρια, ψαλίδια), μηχανημάτων (τρυπάνια) και όπλων είναι συχνότερα στα μεγαλύτερα παιδιά. Ο τραυματισμός παιδιών από εκπυρσοκρότηση γεμάτου πυροβόλου όπλου είναι το χειρότερο παράδειγμα γονεϊκής αμέλειας.

Η πρόληψη των ατυχημάτων στο σπίτι αποτελεί κύριο μέλημα τόσο της Πολιτείας όσο και της ίδιας της οικογένειας. Η Πολιτεία θα πρέπει να επικεντρωθεί σε τρεις τομείς:

α) Ενημέρωση, με ειδικά σεμινάρια και εκπομπές στα ΜΜΕ, των παιδιών, των γονέων και των δασκάλων για τους τρόπους αποφυγής και προστασίας από τα ατυχήματα.

β) Ενίσχυση των Κέντρων Δηλητηριάσεως ή άλλων Ειδικών Κέντρων που έχουν ως έργο τους την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ατυχημάτων.

γ) Έλεγχος των φαρμακοβιομηχανιών, των βιομηχανιών παιχνιδιών κ.λπ., ώστε να εφαρμόζουν ειδικούς κανόνες ασφαλείας.

Η οικογένεια έχει χρέος να:

α) Επεμβαίνει στα σχέδια κατασκευής του σπιτιού, στη διαμόρφωση των χώρων, στην επίπλωση και στα αντικείμενα διακόσμησης και χρήσης.

β) Επιτηρεί αυστηρά την κάθε κίνηση του παιδιού, ώστε έγκαιρα να αναγνωρίζει και να φροντίζει για την αποφυγή των κινδύνων (πίνακας 4) (Ελληνική Στατιστική Εταιρία).

4.2.1 ΠΤΩΣΕΙΣ

Η Ένωση Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων ανέφερε ότι οι πτώσεις ή οι συγκρούσεις πάνω σε τζάμια ευθύνονταν για 5 θανάτους το χρόνο και για τουλάχιστον 7500 επισκέψεις στα τμήματα Ατυχημάτων και Πρώτων Βοηθειών. Ειδικότερα, οι συγκρούσεις αφορούσαν συνήθως τζαμόπορτες, παράθυρα και τζαμαρίες. Η Ένωση αυτή συνέστησε τη χρησιμοποίηση τζαμιών ασφαλείας, σε όλα τα σημεία που είναι επικίνδυνα για τα παιδιά, κυρίως στα χαμηλά σημεία και στα παράθυρα. Συνέστησε ακόμη την τοποθέτηση ταινιών ασφαλείας πάνω στα ήδη υπάρχοντα τζάμια ή το κλείσιμο των επικίνδυνων σημείων για τα παιδιά. Όλες οι μεγάλες επιφάνειες από γυαλί θα πρέπει να «σημαδεύονται», ώστε να αποφεύγονται οι συγκρούσεις των παιδιών πάνω τους, επειδή δεν είδαν το γυαλί.

Μια καλή εργασία πάνω στο θέμα των μέτρων ασφαλείας για τα παιδιά μέσα στο σπίτι ήταν αυτή του Dershewitz. Οι ειδικές συμβουλές (προς τους γονείς, αλλά και τρίτους) πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- 4.3 Να δίνετε εσείς οι ίδιοι το καλό παράδειγμα: Μην ανεβαίνετε πάνω σε μια ασταθή καρέκλα για να κρεμάσετε τις κουρτίνες.
- 4.4 Να έχετε για το παιδί ένα ασφαλές κάθισμα. Αποφύγετε τις πτώσεις δένοντας το καλά. Η τοποθέτηση ενός στηρίγματος για τα πόδια του παιδιού το εμποδίζει να γλιστρήσει.
- 4.5 Όταν μεγαλώσει αρκετά, οπότε διατρέχει κίνδυνο να πέσει από τη κούνια, θα πρέπει να μεταφέρεται σε κρεβάτι.
- 4.6 Το παράθυρο του δωματίου θα πρέπει να κλείνει καλά, ώστε να μην μπορεί να το ανοίξει και να πέσει. Πάντως, είναι λάθος να ασφαλίζει κανείς πολύ καλά τα παράθυρα των πάνω ορόφων, γιατί –σε περίπτωση πυρκαγιάς- ο κίνδυνος είναι μεγάλος.
- 4.7 Το χαλί ή η μοκέτα του πατώματος δεν πρέπει να είναι σκονισμένα ή ξεφτισμένα.
- 4.8 Αν το πάτωμα είναι γυαλισμένο, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα ώστε να μη γλιστράει το χαλί.
- 4.9 Οι λιπαρές ουσίες πρέπει να αφαιρούνται αμέσως από το πάτωμα.
- 4.10 Δεν πρέπει να επιτρέπουμε στα παιδιά να παίζουν στις σκάλες. Όταν το παιδί μπορεί πια να ανεβοκατεβαίνει τη σκάλα μόνο του, δεν πρέπει να μεταφέρει αντικείμενα, καθώς ανεβαίνει ή κατεβαίνει.
- 4.11 Το παιδικό αμαξάκι δεν πρέπει να φορτώνεται πάρα πολύ και είναι απαραίτητο να έχει καλά φρένα.
- 4.12 Μην του επιτρέπεται να τραβάει τη καρέκλα στην οποία κάποιος ετοιμάζεται να κάτσει.
- 4.13 Βεβαιωθείτε ότι δε μπορεί να συρθεί κάτω από τα κάγκελα της σκάλας, να βάλει το κεφάλι του ανάμεσα στα κάγκελα ή να σκαρφαλώσει στα οριζόντια κάγκελα.
- 4.14 Το μωρό δεν πρέπει ποτέ να τοποθετείται με τη βρεφική πολυθρόνα πάνω στο τραπέζι ή σε άλλα ψηλά έπιπλα (Τσουμάκας).

4.2.2 ΠΑΓΙΔΕΥΣΗ ΔΑΚΤΥΛΩΝ

Πρέπει να απαγορευτεί το παιχνίδι του βίαιου χτυπήματος της πόρτας. Οι γονείς πρέπει να ανοίγουν και να κλείνουν τις πόρτες με προσοχή και ποτέ ορμητικά και, προτού κλείσουν μια πόρτα, πρέπει να βεβαιωθούν ότι τα δάκτυλα των παιδιών είναι μακριά της.

Η κουνιστή πολυθρόνα προκαλεί πολλές φορές τραυματισμούς των δακτύλων των παιδιών.

4.2.3 ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΑΠΟ ΚΟΦΤΕΡΑ Ή ΑΙΧΜΗΡΑ ΟΡΓΑΝΑ

- Ø Αιχμηρά ή κοφτερά αντικείμενα, όπως π.χ ανοιχτές κονσέρβες ή ψαλίδια, δεν πρέπει να είναι προσιτά στα παιδιά.
- Ø Δεν επιτρέπεται να τρέχουν τα παιδιά με πλαστική σφυρίχτρα ή γλειφιτζούρια στο στόμα τους, γιατί αν πέσουν μπορεί αυτά να σπάσουν και να τραυματίσουν ή να τρυπήσουν την υπερώα.
- Ø Δε θα τους επιτρέψουμε να κατεβαίνουν από τα καθίσματά τους, ενώ π.χ κρατούν το πιρούνι στο χέρι τους, για να πάρουν κάποιο αντικείμενο που έπεσε. Τα σκουριασμένα καρφιά, όπως και τα σπασμένα μπουκάλια, αποτελούν κινδύνους για τα παιδιά.
- Ø Δεν πρέπει να επιτρέψουμε στα παιδιά να πετούν πέτρες.
- Ø Πρέπει να απαγορέψουμε στο παιδί να περιφέρεται με το ποτήρι ή κάποιο γυάλινο αντικείμενο στο χέρι.
- Ø Πρέπει να μάθουμε στο παιδί ποιος είναι ο σωστός τρόπος χειρισμού των διάφορων εργαλείων (Τσουμάκας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Παιδικά ατυχήματα στη προσχολική και σχολική ηλικία στο σχολείο:

Ø Σχολικά ατυχήματα: Στο δρόμο με το αυτοκίνητο ή το σχολικό λεωφορείο

Για να αποφύγουμε τα παιδικά ατυχήματα, εφόσον πηγαίνουμε τα παιδιά στο σχολείο με το αυτοκίνητο, πρέπει να τους μάθουμε να κάθονται πάντα στο πίσω κάθισμα, δεμένα με τον σωστό τρόπο. Οι αντιπροσωπείες αυτοκινήτων και τα μαγαζιά με αξεσουάρ αυτοκινήτων ή παιδικά είδη, μπορούν να προτείνουν ποιο είναι το σωστό κάθισμα ή ζώνη ασφαλείας για κάθε παιδί, ανάλογα με το ύψος και το βάρος του. Πρέπει επίσης να μάθουμε στα παιδιά, να μπαίνουν και να βγαίνουν από το αυτοκίνητο, πάντοτε από την πλευρά του πεζοδρομίου. Επιπλέον, είναι σημαντικό να εξηγήσουμε στα παιδιά ότι δεν θα πρέπει να βγάζουν το κεφάλι τους έξω από το παράθυρο του αυτοκινήτου γιατί εάν κάνουν κάτι τέτοιο ο κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος είναι μεγάλος.

Στην περίπτωση που τα παιδιά πηγαίνουν με σχολικό λεωφορείο, πρέπει το ίδιο το σχολείο, αλλά και εμείς οι γονείς, να τους εξηγήσουμε γιατί πρέπει και εκεί να φοράνε τη ζώνη ασφαλείας και να προσέχουν πολύ την ώρα που μπαίνουν και βγαίνουν από το λεωφορείο (Σώκου).

Ø Σχολικά ατυχήματα: Στο δρόμο με ποδήλατο, μοτοποδήλατο ή με τα πόδια

Αν τα παιδιά πηγαίνουν στο σχολείο με ποδήλατο ή μοτοποδήλατο, πρέπει να γνωρίζουν ότι, εφόσον βγαίνουν στο δρόμο με το δίκυκλό τους, έχουν τις ίδιες υποχρεώσεις με τα άλλα οχήματα. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να φορούν πάντα κράνος και τον απαραίτητο εξοπλισμό, κατάλληλα προσαρμοσμένο στο σωματότυπό τους, καθώς και να γνωρίζουν καλά και να ακολουθούν τους κανόνες οδικής κυκλοφορίας.

Τα δίκυκλά τους να είναι σε καλή κατάσταση και σωστά εξοπλισμένα με καθρέφτες και φώτα, ώστε να φαίνονται τις βραδινές ώρες. Για να κυκλοφορήσουν στο δρόμο με μοτοποδήλατο, πρέπει να έχουν συμπληρώσει το 16^ο έτος της ηλικίας τους και να έχουν προμηθευτεί την νόμιμη άδεια. Τα παιδιά που πηγαίνουν με τα πόδια στο σχολείο πρέπει να φορούν ανοιχτόχρωμα ρούχα ή ρούχα με ένθετο ανακλαστικό υλικό,

για να διακρίνονται από τους διερχόμενους οδηγούς, ειδικότερα το βράδυ.

Ø Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο σχολείο: Ο σχολικός τροχονόμος

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων διαδραματίζει ο σχολικός τροχονόμος. Αρμοδιότητά του είναι η ρύθμιση της κυκλοφορίας στην γύρω από το σχολείο περιοχή κατά τις ώρες προσέλευσης και αποχώρησης των μαθητών, με στόχο της ασφαλή διέλευση τους. Προκειμένου, όμως, οι οδηγίες του σχολικού τροχονόμου να επιτελούν τον σκοπό τους και να εμποδίζουν τα παιδικά ατυχήματα, θα πρέπει αφενός οι γονείς να εξηγήσουμε στα παιδιά πόσο σημαντικό είναι να συμμορφώνονται με τις υποδείξεις του και αφετέρου οι οδηγοί να σέβονται την παρουσία του και να ακολουθούν τις οδηγίες του (Σώκου).

Ø Ατυχήματα στο σχολείο: Οι εγκαταστάσεις

Για να αποφευχθούν τα σχολικά ατυχήματα, όλα τα σχολεία πρέπει συνεχώς να ελέγχουν τις κτιριακές τους εγκαταστάσεις ώστε να είναι ασφαλείς για τα παιδιά που στεγάζουν. Σε αυτό μπορούν να βοηθήσουν και οι γονείς των μαθητών με σωστές παρατηρήσεις και εποικοδομητικές προτάσεις. Θα πρέπει επίσης να μην υπάρχουν στους χώρους του σχολείου σκουριασμένα ή αιχμηρά αντικείμενα στα οποία τα παιδιά θα μπορούσαν να χτυπήσουν (π.χ. σκουριασμένα κάγκελα). Εφόσον το σχολείο διαθέτει χημείο, θα πρέπει αυτό να παραμένει κλειδωμένο εκτός από τις ώρες του μαθήματος που υπάρχει υπεύθυνος εκπαιδευτικός.

Τα ατυχήματα στο σχολείο γίνονται συνήθως την ώρα του διαλείμματος. Εάν το σχολείο διαθέτει παιδική χαρά ή γυμναστήριο, πρέπει να γίνεται συνεχής έλεγχος, ώστε το υλικό (κούνιες, τσουλήθρες, μονόζυγα, μπασκέτες) και ο γύρω χώρος, να πληρούν τους κανόνες ασφαλείας. Πρέπει επίσης, τα παιδιά να ενημερώνονται από τους γυμναστές του σχολείου ποιος είναι ο σωστός τρόπος χρήσης του υπάρχοντος εξοπλισμού.

Πολύ σημαντική για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων στο σχολείο είναι να υπάρχει στην έξοδο όλων των σχολείων προστατευτικό κιγκλίδωμα, ώστε τα παιδιά να μη μπορούν να βγουν απευθείας στο

δρόμο. Στην αρχή κάθε σχολικού έτους πρέπει να γίνεται μία ανοικτή συζήτηση μεταξύ δασκάλων και μαθητών, για θέματα πρόληψης παιδικών ατυχημάτων, κυρίως στους σχολικούς χώρους. Οι ιδέες των ίδιων των παιδιών μπορούν κάποιες φορές να είναι ιδιαίτερα χρήσιμες και να προάγουν την δημιουργία ενός ασφαλέστερου σχολικού περιβάλλοντος (Πάνου- Σώκου).

Ø Ατυχήματα στο σχολείο: Καταστάσεις έκτακτου κινδύνου

Η ύπαρξη συστήματος πυρασφάλειας είναι απαραίτητο να υπάρχει σε κάθε σχολείο. Επιπλέον, θα πρέπει κάθε χρόνο να γίνεται άσκηση ασφαλούς εγκατάλειψης του κτιρίου σε περίπτωση φωτιάς. Σε περίπτωση σεισμού υπάρχει μεγάλος κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος όχι μόνον εξαιτίας της σεισμικής δόνησης αλλά και λόγω του πανικού που δημιουργείται. Μόνος τρόπος για την προσπάθεια ελέγχου μίας τέτοιας κατάστασης είναι η πραγματοποίηση σε τακτά χρονικά διαστήματα ασκήσεων σεισμού (Fukunishi).

5.2 Οι τραυματισμοί παιδιών από ηλεκτρονικούς υπολογιστές

Τα τελευταία 13 χρόνια έχουν 7πλασιαστεί οι τραυματισμοί που οφείλονται στους οικιακούς ηλεκτρονικούς υπολογιστές, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύθηκε στο *American Journal of Preventive Medicine*. Τα περισσότερα ατυχήματα έχουν σημειωθεί σε παιδιά κάτω των πέντε ετών.

Έως τώρα, οι μελέτες για τις επιπτώσεις των ηλεκτρονικών υπολογιστών είχαν επικεντρωθεί σε ορισμένα χρόνια προβλήματα που προκαλεί η πολύωρη και καθημερινή χρήση τους, όπως η πόνος στην πλάτη, η θολή όραση και το έκζεμα στα δάχτυλα από τη χρήση του ποντικιού. Ωστόσο, η νέα μελέτη δείχνει επίσης σημαντική αύξηση των παιδικών ατυχημάτων, που οδηγούν σε μώλωπες και εκχυμώσεις.

Ανεξάρτητα από την ηλικία του θύματος, στο 93% των περιπτώσεων οι τραυματισμοί λαμβάνουν χώρα στο σπίτι, γεγονός αξιοπρόσεκτο δεδομένου του υψηλού αριθμού των Η/Υ στα σχολεία και τους χώρους εργασίας. Τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των ΗΠΑ αντιμετώπισαν πάνω από 78.000 περιστατικά τραυματισμού από το 1994 έως το 2006. Ο αριθμός των οξέων τραυματισμών από Η/Υ αυξήθηκε κατά 732% σε αυτό το διάστημα, ποσοστό διπλάσιο από την αύξηση των Η/Υ στα σπίτια (309%).

Τα περισσότερα ατυχήματα (43,5%) συμβαίνουν σε παιδιά κάτω των πέντε ετών, τα οποία μπλέκονται στα καλώδια των υπολογιστών ή προκαλούν την πτώση των υπολογιστών πάνω τους. Οι περισσότεροι τραυματισμοί γίνονται στο κεφάλι - 75,8% των τραυματισμών στα παιδιά κάτω των 5 ετών και 61,8% στα παιδιά ηλικίας 5-10 ετών (Fukunishi).

5.3 Τραυματισμοί παιδιών από μικροσκοπικές μπαταρίες

Καναδός ερευνητής προειδοποιεί ότι οι μικροσκοπικές μπαταρίες που περιέχονται σε αρκετά προϊόντα είναι ιδιαίτερα επικίνδυνες για τα παιδιά, επισημαίνοντας ότι κατά τις περιόδους των εορτών τα περιστατικά παιδιών που εισάγονται στο νοσοκομείο επειδή έχουν καταπιεί τέτοιες μπαταρίες αυξάνονται σημαντικά.

Οι μπαταρίες αυτές, που έχουν μέγεθος κουμπιού και περιλαμβάνονται σε ευχετήριες κάρτες, βιβλία για μωρά, ρολόγια, παιχνίδια, φωτογραφικές μηχανές και πολλά άλλα προϊόντα, μπορούν να προκαλέσουν μακροχρόνιες βλάβες στα παιδιά εάν αυτά τις καταπιούν, ακόμη και να αποβούν θανατηφόρες, αναφέρει ο Dr. Sam Daniel από το Νοσοκομείο Παίδων του Μόντρεαλ.

Οι μπαταρίες αυτές είναι μικροσκοπικές, στρογγυλές και γυαλιστερές, χαρακτηριστικά που τις καθιστούν πολύ ελκυστικές στα παιδιά, τα οποία συχνά παίζοντας με αυτές τις εισάγουν κατά λάθος στα αυτιά ή στη μύτη τους ή τις καταπίνουν, εξηγεί ο Dr. Daniel.

«Στο Νοσοκομείο Παίδων του Μόντρεαλ αντιμετωπίζουμε περίπου 12 παιδιά ηλικίας 1-2 ετών που έχουν καταπιεί τέτοιες μπαταρίες ετησίως και τα περισσότερα από αυτά τα περιστατικά συμβαίνουν τις περιόδους των εορτών», προσθέτει ο ερευνητής.

Από τη στιγμή που ένα παιδί καταπιεί μια τέτοια μπαταρία, αυτή αρχίζει να διαβρώνεται και μέσα σε τρεις ώρες μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στην ανάπτυξη μακροχρόνιων επιπλοκών, όπως ανάγκη τραχειοστομίας ή γαστροστομίας, παράλυση των φωνητικών χορδών, απώλεια ακοής ή παραμόρφωση της μύτης (Σώκου).

5.4 Κατάποση ξένων σωμάτων

Η κατάποση επικίνδυνων αντικειμένων αποτελεί την αιτία πολλών επισκέψεων στα Τμήματα Ατυχημάτων και Αμέσου Ανάγκης. Ο Pyman έκανε ανασκόπηση 230 περιστατικών που είχαν καταπιεί ξένα σώματα

και εξετάστηκαν σε νοσοκομείο της Αυστραλίας. Τα μισά σχεδόν από τα αντικείμενα που είχαν καταποθεί ήταν καρύδια. Ένα πρόβλημα που εμφανίστηκε σχετικά πρόσφατα και το αναφέρουμε παραπάνω είναι η κατάποση ή εισπνοή πολύ μικρών μπαταριών - που πολλές φορές αφαιρούνται από το παιδί από το ακουστικό του. Κάποια μελέτη περιέγραψε 125 περιστατικά κατάποσης μπαταριών σε μια περίοδο 11 μηνών. Οι περισσότερες μπαταρίες πέρασαν διά μέσου της πεπτικής οδού, αλλά δεν έλειψαν και οι περιπτώσεις τραυματισμού του οισοφάγου ή γαστρικής βλάβης. Πολλές φορές, οι μπαταρίες χώνονταν στα ρουθούνια. Ένα άλλο σοβαρό ατύχημα είναι η εισπνοή ενός μπαλονιού, που δεν είναι φουσκωμένο (Τσιλιγκιρόγλου).

5.5 Παιδικά ατυχήματα στον υδάτινο χώρο

Τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου και αναπηριών σε παιδιά και εφήβους. Η σταδιακή συνειδητοποίηση του γεγονότος αυτού από την ιατρική κοινότητα έχει μετατοπίσει το θέμα της πρόληψης των παιδικών ατυχημάτων σε υψηλότερη προτεραιότητα σε σχέση με άλλες νοσολογικές οντότητες που χρειάζεται να αντιμετωπιστούν από πλευράς δημόσιας υγείας. Επίσης, με καθυστέρηση συνειδητοποιήθηκε ότι ανάμεσα στους διάφορους τύπους ατυχημάτων στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό της Ευρώπης, οι πνιγμοί αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου και ότι σε παγκόσμια κλίμακα οι αναπτυσσόμενες χώρες παρουσιάζουν υψηλούς δείκτες θνησιμότητας από πνιγμό.

Αξίζει, όμως, να αναφερθεί ότι μελέτες από την Αυστραλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) σημειώνουν ότι τα ατυχήματα στον υδάτινο χώρο παρατηρούνται ιδιαίτερα συχνά σε άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, εξαιτίας κυρίως των πνιγμών σε κολυμβητικές δεξαμενές (πισίνες). Στις ΗΠΑ, το 2000, περισσότερα από 1.400 παιδιά και έφηβοι έχασαν τη ζωή τους λόγω ατυχήματος σε υδάτινο χώρο. Σε κάθε θύμα πνιγμού εκτιμάται ότι αντιστοιχούν τουλάχιστον τέσσερα περιστατικά παρ' ολίγον πνιγμού, πολλά από τα οποία φέρουν μόνιμες νευρολογικές βλάβες. Επιπρόσθετα, εκθέσεις του οργανισμού ROSPA αναφέρουν ότι περισσότερα παιδιά Βρετανών πολιτών χάνουν τη ζωή τους από πνιγμό κατά τη διάρκεια των θερινών διακοπών στις μεσογειακές χώρες, σε σχέση με εκείνα που πνίγονται στην ίδια τη Μεγάλη Βρετανία, λόγω της μη τήρησης των διεθνών προδιαγραφών στις κολυμβητικές δεξαμενές.

Αν και έχουν επιχειρηθεί μελέτες εκτίμησης της οικονομικής

επιβάρυνσης του υγειονομικού συστήματος από τα θύματα πνιγμού, αποτελεί κοινή παραδοχή ότι κάθε ανθρώπινη ύπαρξη είναι μοναδική, και η απώλεια έστω και ενός παιδιού λόγω πνιγμού δεν είναι δυνατόν να αποτιμηθεί με οικονομικούς όρους. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η χώρα μας κατέχει τη θλιβερή πρωτοπορία, όσον αφορά στους θανάτους από πνιγμό. Κατά την εικοσαετία 1980-1999 η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ) κατέγραψε 5.704 ακούσιους πνιγμούς, που αντιστοιχούν ετησίως περίπου σε 300 πνιγμούς, εκ των οποίων οι 35 αφορούν σε παιδιά και εφήβους. Οι πνιγμοί συμβαίνουν κυρίως στη θάλασσα (67% των θανατηφόρων ατυχημάτων στο σύνολο του πληθυσμού) (Brener).



Στη βάση δεδομένων του Κέντρου Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ), το οποίο συγκεντρώνει ατυχήματα από τα εξωτερικά ιατρεία τεσσάρων νοσοκομείων της χώρας, καταγράφηκαν σε όλες τις ηλικίες 51 πνιγμοί και 53 παρ' ολίγον πνιγμοί κατά την εξαετία 1996-2001 (θνητότητα 49%). Δεν σημειώθηκαν ατυχήματα σε βρέφη. Η θνητότητα στα παιδιά και στους εφήβους αυξάνει παράλληλα με την ηλικία. Έτσι, στα νήπια 1-4 ετών καταγράφηκαν 10 ατυχήματα, εκ των οποίων το ένα είχε μοιραίο αποτέλεσμα (θνητότητα 10%), ενώ στα παιδιά ηλικίας 5-14 ετών από τα 22 ατυχήματα τα 4 ήταν θανατηφόρα (θνητότητα 18%). Στους εφήβους, 15-19 ετών, η θνητότητα αγγίζει το 50% (ένας παρ' ολίγον πνιγμός και ένας θάνατος), ενώ στους νεαρούς ενήλικους, 20-24 ετών, τα 4 από τα 5 ατυχήματα που σημειώθηκαν είχαν δυστυχώς μοιραία κατάληξη (θνητότητα 80%). Με την πάροδο της ηλικίας αυξάνει η αναλογία των αρρένων θυμάτων πνιγμού, που αγγίζει το 90% σε ενήλικες ηλικίας 20-39 ετών. Επίσης, όπως αναμενόταν, οι πνιγμοί στη χώρα μας συμβαίνουν στην πλειοψηφία τους (81%) κατά το θερινό τρίμηνο. Όσον αφορά στις κολυμβητικές δεξαμενές, τα στοιχεία

από τη βάση δεδομένων του ΚΕΠΠΑ δείχνουν ότι μεγάλο μέρος των ατυχημάτων (περισσότερα από 1 στα 4), τα οποία μάλιστα αφορούν σε παιδιά, λαμβάνουν χώρα σε αυτές (Brener).

Η Ελλάδα είναι μια χώρα με ήπιο κλίμα και μεγάλο μήκος ακτογραμμών, συνθήκες που επιτρέπουν την ενασχόληση με το υδάτινο περιβάλλον και τις δραστηριότητες αναψυχής για μεγάλες περιόδους κατά τη διάρκεια του έτους. Η παρατεταμένη έκθεση παιδιών και εφήβων στο υδάτινο περιβάλλον αυξάνει από μόνη της τον κίνδυνο πνιγμού. Επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου, όσον αφορά στον παιδικό πληθυσμό, είναι η σχετική αδυναμία εκτίμησης του κινδύνου που ελλοχεύει στο νερό, οι ελλιπείς δεξιότητες κολύμβησης και η ανεπαρκής γονεϊκή επιτήρηση. Επιπλέον, η υπερεκτίμηση των ικανοτήτων και η χρήση οινοπνευματωδών ποτών αυξάνουν τον κίνδυνο πνιγμού τόσο στο γηγενή πληθυσμό όσο και στους νεαρούς τουρίστες που επισκέπτονται τη χώρα μας (Κωσταρίδου).

Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στον υδάτινο χώρο

Στο πλαίσιο διετούς πανευρωπαϊκού προγράμματος (2002-2003), υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Συμμαχίας για την Ασφάλεια των Παιδιών (European Child Safety Alliance), το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης Παιδικών Ατυχημάτων που λειτουργεί στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και η Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Παιδιατρικής και Προαγωγής της Υγείας ανέλαβαν εκστρατεία ενημέρωσης, με στόχο την ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού και της επιστημονικής κοινότητας σε θέματα πρόληψης των παιδικών πνιγμών.

Η εκστρατεία πραγματοποιήθηκε σε δύο φάσεις. Στην πρώτη έγινε εκτίμηση του μεγέθους των πνιγμών στη Ελλάδα, με βάση δεδομένα από το Ελληνικό Σύστημα Καταγραφής Ατυχημάτων Εξωτερικών Ιατρείων (ΣΚΑΕΙ) και την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ), και προορισμός των κύριων παραγόντων κινδύνου. Τα ελληνικά δεδομένα συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έγινε ανταλλαγή απόψεων με τους άλλους εταίρους του Ευρωπαϊκού δικτύου για την παιδική ασφάλεια. Επίσης, εκτιμήθηκε το επίπεδο γνώσης των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας όσον αφορά στην ασφάλεια όταν έρχονται σε επαφή με τον υδάτινο χώρο. Κατά την ολοκλήρωση της πρώτης φάσης διανεμήθηκε εκπαιδευτικό υλικό σε νοσοκομεία, σε κέντρα υγείας, στον Ελληνικό Οργανισμό Τουρισμού, σε φορείς τοπικής

αυτοδιοίκησης, στο Λιμενικό Σώμα, σε ξενοδοχεία και σε ταξιδιωτικούς πράκτορες. Σε συνεργασία με τοπικούς φορείς οργανώθηκαν εκδηλώσεις στις οποίες τα παιδιά ενημερώθηκαν για την πρόληψη των πνιγμών και την ασφαλή συμπεριφορά στον υδάτινο χώρο (Καραχάλιος).

Στη δεύτερη φάση της εκστρατείας έγινε προσπάθεια ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού, με την παραγωγή και την προβολή τηλεοπτικών και ραδιοφωνικών μηνυμάτων αγωγής υγείας. Παράλληλα, δημιουργήθηκε μία εκπαιδευτική βιντεοταινία για την πρόληψη των πνιγμών, η οποία διανεμήθηκε σε εκπροσώπους της αγωγής υγείας μέσω του εκπαιδευτικού συστήματος, καθώς και σε τοπικούς τηλεοπτικούς σταθμούς και σε επιβατηκά πλοία μέσω του Λιμενικού Σώματος. Το εκπαιδευτικό υλικό παρουσιάστηκε σε νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία, στα οποία διοργανώθηκαν διαγωνισμοί ζωγραφικής και δημιουργίας μηνυμάτων σε θέμα το υδάτινο περιβάλλον και την πρόληψη των ατυχημάτων σε αυτό. Για την ενίσχυση της διείσδυσης των μηνυμάτων της εκστρατείας και για την ενημέρωση του ελληνικού πληθυσμού δημιουργήθηκε μία ιστοσελίδα (www.watersafety.gr), που περιέχει αναλυτικά τους σκοπούς και τα μηνύματα του εγχειρήματος. Οι γενικές οδηγίες για την προστασία των παιδιών και των εφήβων από ατυχήματα στον υδάτινο χώρο είναι κοινές στην ευρωπαϊκή εκστρατεία, αλλά εξειδικεύονται ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας. Στην Ελλάδα, επί παραδείγματι, είναι πολύ λίγα τα ατυχήματα που συμβαίνουν στις μπανιέρες του σπιτιού, σε λίμνες ή σε ποτάμια, καθώς η πλειοψηφία τους, κυρίως στα παιδιά, λαμβάνει χώρα στις πισίνες και στη θάλασσα. Στη συνέχεια παρατίθενται τα δέκα μηνύματα της ελληνικής εκστρατείας που αφορούν τόσο σε μέτρα ενεργητικής, όσο και παθητικής ασφάλειας, προκειμένου να μειωθούν οι πνιγμοί στη νεαρή ηλικία:

- 5.6** Το παιδί πρέπει να εξοικειωθεί από μικρή ηλικία με το νερό (συνήθως μετά τα 4 έτη της ζωής του) και να εκπαιδευτεί στην κολύμβηση από ειδικούς. Θα γνωρίσει έτσι τους πιθανούς κινδύνους του νερού και θα αποκτήσει τη σωστή τεχνική κολύμβησης, που θα του επιτρέπει να κολυμπά με ασφάλεια και ευχέρεια.
- 5.7** Κατά την ενασχόληση με σπορ στο υδάτινο περιβάλλον το παιδί θα πρέπει να φορά οπωσδήποτε σωσίβιο (αναλόγου μεγέθους με το σωματότυπό του).
- 5.8** Είναι επιθυμητό να κολυμπούν άτομα κάθε ηλικίας με παρέα, αλλά επιβάλλεται να μη κολυμπά ποτέ μόνο του ένα παιδί. Κρίνεται απαραίτητο ο συνοδός του παιδιού στο κολύμπι να είναι μαζί του μέσα στο νερό και το επιβλέπει συνεχώς. Σε αρκετές περιγραφές παιδικών πνιγμών αναφέρεται ότι το θύμα

διέφυγε της προσοχής των συνοδών για κλάσματα δευτερολέπτου. Άλλωστε για τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας το κολύμπι γίνεται διασκεδαστικότερο, αλλά και ασφαλέστερο, όταν κολυμπούν με παρέα.

- 5.9** Τα παιδιά που δεν ξέρουν κολύμβηση, πρέπει πάντα να φορούν σωσίβιο, κατάλληλο για την ηλικία και τη σωματική τους διάπλαση, όταν βρίσκονται κοντά ή μέσα στο νερό. Η χρήση όμως συσκευών επίπλευσης, όπως τα μπρατσάκια, τα σωσίβια και τα πέδιλα, δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να υποκαταστήσει τη γονική επίβλεψη, η οποία είναι θεμελιώδους σημασίας για την πρόληψη των πνιγμών σε όλα τα μικρά παιδιά, ακόμη και σε αυτά που γνωρίζουν κολύμπι.
- 5.10** Ειδικά για τους εφήβους, στους οποίους παρατηρούνται συχνά ατυχήματα στη θάλασσα, πρέπει να επισημαίνεται ο κίνδυνος από την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ή μεγάλων γευμάτων πριν την κολύμβηση.
- 5.11** Το ίδιο επικίνδυνες μπορούν να αποβούν οι βουτιές με το κεφάλι ή το κολύμπι σε άγνωστα θολά νερά με την παρουσία βράχων, θαλάσσιων ρευμάτων ή μεγάλων κυμάτων, καθώς και η ενασχόληση με υποβρύχια σπορ (π.χ ψαροντούφεκο), χωρίς τον απαραίτητο εξοπλισμό και την συνοδεία έμπειρου ενήλικα.
- 5.12** Η κατασκευή κολυμβητικών δεξαμενών στα σπίτια ή στις ξενοδοχειακές μονάδες πρέπει να ακολουθεί τις διεθνείς προδιαγραφές, ώστε να εμποδίζεται η πρόσβαση του παιδιού χωρίς τη παρουσία ενήλικου συνοδού. Η κολυμβητική δεξαμενή θα πρέπει να είναι πλήρως περιφραγμένη και η πόρτα της να κλείνει και να ασφαλίσει αυτόματα. Δίπλα ή μέσα στη κολυμβητική δεξαμενή δε θα πρέπει να υπάρχουν παιχνίδια. Το παιδί παίζοντας ή προσπαθώντας να τα πιάσει, κινδυνεύει να πέσει μέσα στο νερό. Καλό είναι να υπάρχει διαθέσιμο ασύρματο τηλέφωνο, για έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας, στην περίπτωση που χρειαστεί.
- 5.13** Μέσα στο σπίτι ο κυριότερος κίνδυνος πνιγμού είναι η μπανιέρα. Το μικρό παιδί δε πρέπει ποτέ να είναι μόνο του στο μπάνιο και η πόρτα του μπάνιου πρέπει να είναι πάντα κλειδωμένη, για να μην έχει πρόσβαση ένα παιδί μικρής ηλικίας. Επίσης, καλό είναι να αποφεύγονται οι μικρές διακοσμητικές δεξαμενές σε σπίτια με κήπους.
- 5.14** Οι οργανωμένες παραλίες θα πρέπει να επιτηρούνται από ναυαγοσώστες, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.
- 5.15** Επειδή, όμως, δε μπορούν όλα να προβλεφθούν, και επεισόδια παρ' ολίγον πνιγμού ενδέχεται να σημειωθούν, οι γονείς πρέπει να παρακολουθήσουν μαθήματα

καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης. Η έγκαιρη και σωστή παροχή πρώτων βοηθειών σε ένα θύμα παρ' ολίγον πνιγμού μειώνει κατά 5 φορές την πιθανότητα μόνιμης νευρολογικής βλάβης.

Συμπερασματικά, το κεντρικό μήνυμα της εκστρατείας είναι ότι ο πνιγμός στα παιδιά είναι πάντα σιωπηλός και συμβαίνει σε ελάχιστο χρόνο. Ο Έλληνας παιδίατρος διαθέτει μοναδικές επικοινωνιακές ικανότητες για να συμβάλλει στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των επεισοδίων παρ' ολίγο πνιγμού. Επειδή λειτουργεί συχνά και ως οικογενειακός ιατρός, βρίσκεται σε θέση υπεροχής όσον αφορά, τη συμβουλευτική της οικογένειας και την ενημέρωσή της σε θέματα υιοθέτησης ασφαλούς συμπεριφοράς και προτύπων, που αποτελούν εγγυήσεις για τη μείωση της σύγχρονης παιδιατρικής νοσηρότητας (Πετρίδου).

5.6 ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΚΑΙ ΑΘΛΗΜΑΤΑ

Παιχνίδι

Όσο προσεκτικά κι αν έχει επιλεγεί κι όσο καλά και αν συντηρείται ο εξοπλισμός του τόπου που παίζει το παιδί, τα ατυχήματα στον τόπο αυτό είναι σε κάποιο βαθμό αναπόφευκτα, ανεξάρτητα από την επίβλεψη που ασκούν οι γονείς. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στα ατυχήματα στους τόπους παιχνιδιού («Παιδικές Χαρές») είναι σημαντικοί και έχουν αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας. Ακόμα πιο σημαντικές, όμως είναι οι επικίνδυνες δραστηριότητες των παιδιών, η τάση τους για πειραματισμούς, η μιμητικότητα τους και η τάση για συναγωνισμό που έχουν. Σε μια μελέτη πάνω σε 200 παιδιά που τραυματίστηκαν στα όργανα κάποιας «Παιδικής Χαράς», βρέθηκε ότι τα 26,5% είχαν πάθει κάταγμα. Οι τραυματισμοί στα όργανα αναρρίχησης ήταν συνήθως σοβαρότεροι από τους τραυματισμούς σε άλλα όργανα. Τα μικρότερα παιδιά διέτρεχαν σοβαρούς κινδύνους στις κούνιες, στα «κουνιστά αλογάκια» και στο μύλο, όταν την κίνηση των οργάνων αυτών κανόνιζαν μεγαλύτερα παιδιά. Πολλοί από τους τραυματισμούς οφείλονταν σε χτύπημα από κούνια, όταν το παιδί πλησίαζε κοντά της.

Οι τραυματισμοί στην τραμπάλα μπορεί να είναι σοβαροί. Από 195 περιστατικά τραυματισμών σε τραμπάλα, που περιγράφονταν σε μια δανική μελέτη, τα 145 αφορούσαν παιδιά. Τα 49 περιστατικά είχαν σαν αποτέλεσμα μόνιμη βλάβη, που περιλάμβανε ανωμαλία στην ανάπτυξη, πόνο στη πλάτη και αστάθεια των συνδέσμων (joint instability). Οι Δανοί

επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, εφ' όσον τα παιδιά διέτρεχαν τόσο σοβαρό κίνδυνο από την τραμπάλα, το όργανο αυτό δε θα έπρεπε να υπάρχει στα σχολεία. Σε μια εκτεταμένη ανασκόπηση συζητήθηκε η σημασία των σοβαρών τραυματισμών στη σπονδυλική στήλη. Η ανασκόπηση αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η τραμπάλα είναι επικίνδυνο παιχνίδι, όσο προσεκτικά κι αν χρησιμοποιείται, και συνεπώς δεν έχει καμία θέση στη ψυχαγωγία των παιδιών.

Κολύμπι

Κάθε χρόνο πάνω από 1000 παιδιά πνίγονται στις βρετανικές ακτές. Ένα σημαντικό προληπτικό μέτρο είναι η διδασκαλία της κολύμβησης. Θα πρέπει να μαθαίνουμε τα παιδιά κολύμπι μόλις μεγαλώνουν αρκετά και είναι σε θέση να μάθουν. Τα παιδιά μπορεί στη διάρκεια ενός μπάνιου στη θάλασσα να καταπιούν τόσο νερό ώστε να πάθουν δηλητηρίαση από νερό και υπονατριαιμία και άλλες σοβαρές επιπλοκές από το γεγονός αυτό. Τα πτερύγια (βατραχοπέδιλα) μπορεί να αποδειχτούν επικίνδυνα για το παιδί, γιατί μπορούν να αναποδογυρίσουν το παιδί και να το κρατήσουν κάτω από το νερό χωρίς να μπορεί να αντιδράσει.

Τα παιδιά πρέπει να μάθουν να κολυμπούν μόνο σε ασφαλή νερά, να προσέχουν πάντα τις προειδοποιητικές πινακίδες και να μην κολυμπούν ποτέ όταν είναι μόνα. Πρέπει να μάθουν σχετικά με το κίνδυνο κράμπας και κόπωσης, όταν είναι ήδη κουρασμένα ή όταν έχουν ζεσταθεί πολύ. Δε θα πρέπει να μπαίνουν στο νερό μετά από ένα πλούσιο γεύμα. Πρέπει να γνωρίζουν το κίνδυνο από τα θαλάσσια ρεύματα. Όταν τα παιδιά επιβαίνουν σε κανό, βάρκα ή φουσκωτό στρώμα, πρέπει να φορούν σωσίβιο. Όταν βρίσκονται μέσα σε βάρκα με κουπιά δε πρέπει να σηκώνονται όρθια ή να αλλάζουν θέσεις. Οι γονείς θα πρέπει να γνωρίζουν πόσο επικίνδυνα είναι τα φουσκωτά στρώματα και οι φουσκωτές βάρκες για τα παιδιά, επειδή μπορεί να ξεφουσκώσουν εύκολα αν τρυπήσουν ή να παρασυρθούν στα ανοιχτά από τον αέρα ή τα ρεύματα.

Ο υπεραερισμός πριν από μια βουτιά έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών εργασιών: μπορεί να προκαλέσει αιφνίδιο θάνατο. Ο Craig περιέγραψε 52 περιπτώσεις. Όταν οι κολυμβητές παίρνουν βαθιά αναπνοή πριν κάνουν βουτιά αυξάνουν το οξυγόνο στο αίμα και ελαττώνουν το CO₂. Το CO₂ θέτει σε ενέργεια την ανάγκη αναπνοής, η μείωση του όμως «εξαλείφει» την προειδοποίηση για άνοδο του κολυμβητή στην επιφάνεια και έτσι αυτός λιποθυμάει ή πεθαίνει κάτω από την επιφάνεια του νερού από υποξία (Γιαμμαρέλου).

Το παιχνίδι με έλκρηθο

Το παιχνίδι αυτό μπορεί να προκαλέσει σοβαρούς τραυματισμούς. Σε διάστημα 8 ημερών το 1997, αντιμετωπίστηκαν 101 τέτοια ατυχήματα στο τμήμα Ατυχημάτων και Αμέσου Βοήθειας ενός νοσοκομείου του Nottigham. Από τους τραυματισμούς αυτούς οι 38 αφορούσαν κατάγματα, οι 10 τραυματισμούς στο κεφάλι, αρκετοί μωλωπισμούς και ρήξεις, οι δυο ρήξεις σπληνός και οι δυο τραυματισμούς στα νεφρά.

Η ανάβαση σε λόφους

Τα παιδιά πρέπει να διδάσκονται πώς να είναι ασφαλή, όταν ανεβαίνουν σε λόφους και βουνά, τις προφυλάξεις που πρέπει να λαμβάνουν, πώς να είναι ντυμένα και τι να έχουν μαζί τους και τι πρέπει να κάνουν σε περίπτωση ανάγκης. Θα πρέπει να τους τονιστεί πόσο μεγάλη ανοησία είναι να συμμετάσχουν σε μια ορειβατική επιχείρηση, αν νιώθουν φόβο. Όπως έγραψε κι ο Frank Smythe, πριν από πολλά χρόνια, περιγράφοντας μια ορειβατική επιχείρηση στα Ιμαλία, χρειάζεται περισσότερο θάρρος να αρνηθεί κάποιος να επιχειρήσει κάποια ανάβαση παρά να προσπαθήσει, όταν τη θεωρεί πολύ επικίνδυνη για τον εαυτό του, διακινδυνεύοντας έτσι να εμπλέξει και άλλα άτομα σε μια επιχείρηση διάσωσης (Πετρίδου).

Τραυματισμοί στα μάτια

Η πιο συνηθισμένη αιτία των τραυματισμών στα μάτια και της απώλειας τους είναι το παιχνίδι με τόξα και βέλη, σφεντόνες και αεροβόλα όπλα. Δεν πρέπει ποτέ να δίνονται τέτοια παιχνίδια σε μικρά παιδιά. Άλλα αίτια τραυματισμών στα μάτια είναι τα πυροτεχνήματα, οι σχίζες από κομμένα ξύλα και μέταλλα, οι σαίτες και οι διαπληκτικοί μεταξύ παιδιών. Οι μαρκαδόροι και τα μολύβια προκαλούν σοβαρούς τραυματισμούς στα μάτια. Οι γονείς πρέπει συνήθως να παρακολουθούν τι κρατούν τα παιδιά στα χέρια τους.

Ο γονέας που επιτρέπει στο παιδί να παίζει με αεροβόλα είναι ένοχος για έγκλημα εξ αμελείας (Πετρίδου).

Ατυχήματα κατά την ιπασία

Σε μια μελέτη της Οξφόρδης, τα 45% των ατυχημάτων κατά την ιπασία, σε ηλικία μικρότερη των 21 ετών, οφείλονταν σε πτώσεις, τα 33% σε λακτίσματα, τα 7% σε σύγκρουση, τα 10% σε τραυματισμούς εξαιτίας του αλόγου - χτυπήματα ή δαγκώματα - και άλλα σε παγιδεύσεις δακτύλων. Ο Allen έδειξε ότι δεν μπορεί κανείς ποτέ να προβλέψει τι θα κάνει ένα άλογο. Μπορεί να κλωστήσει κάποιον ή να γλιστρήσει το ίδιο και να πέσει. Συμβουλεύει να μην κάνει κανείς ιπασία όταν είναι κουρασμένος ή παίρνει φάρμακα. Το μέγεθος του αλόγου πρέπει να είναι ανάλογο με την ηλικία του αναβάτη. Μεγάλη σημασία έχει το κατάλληλο ντύσιμο για ιπασία. Οι μπότες για ιπασία είναι απαραίτητες. Στο σκοτάδι πρέπει να χρησιμοποιούνται φωτεινοί αναβολείς. Το προστατευτικό κράνος είναι απαραίτητο, γιατί προστατεύει τον αναβάτη σε περίπτωση πεσίματος, αποτρέποντας τον τραυματισμό του κρανίου. Το κράνος θα πρέπει να έχει ένα μαλακό άκρο, ώστε να αποτρέπονται τα κατάγματα της μύτης ή του αυχένα (Γιαμμαρέλου).

5.7 Δηλητηριάσεις

Οι δηλητηριάσεις είναι πολύ συχνές και πάρα πολύ επικίνδυνες, γιατί συχνά προκαλούν μόνιμες βλάβες ή θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή του παιδιού. Συνήθως δηλητηριάσεις έχουμε από φάρμακα (αντιβιοτικά, ηρεμιστικά, αναλγητικά), από είδη οικιακής χρήσης (απορρυπαντικά, απολυμαντικά, καθαριστικά, πετρέλαιο, οινόπνευμα, σαπούνια) και από καλλυντικά (κολόνιες, κρέμες). Σπανιότερα από γεωργικά φάρμακα, φυτά, δήγματα εντόμων ή τρωκτικών. Αν ένα παιδί μικρότερο των 4 χρόνων φάει τον καπνό ενός τσιγάρου, χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση σε νοσοκομείο, γιατί κινδυνεύει η ζωή του.

Δηλητήριο είναι κάθε ουσία που αν εισέλθει στον οργανισμό σε αρκετή ποσότητα μπορεί να προκαλέσει παροδικές οι μόνιμες βλάβες. Κάθε χρόνο αναφέρονται πολλά περιστατικά δηλητηρίασης παιδιών μερικά από τα οποία είναι θανατηφόρα. Μερικά λαμβάνονται τυχαία και οφείλονται σε ουσίες καθημερινής χρήσης. Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτία της δηλητηρίασης θα πρέπει πάντα να ζητείται ιατρική βοήθεια το συντομότερο δυνατό. Δεν πρέπει ποτέ να επιχειρείτε να προκαλέσετε εμετό στο παιδί γιατί δεν έχει κανένα αποτέλεσμα ενώ επιπλέον είναι δυνατό να χειροτερέψει την κατάσταση του. Πρέπει να έχουμε πάντα τον αριθμό τηλεφώνου του κέντρου δηλητηριάσεων. (779377) (Johnston).



Πως τα δηλητήρια εισέρχονται στον οργανισμό

Τα δηλητήρια είναι δυνατό να εισέλθουν στον οργανισμό

- Από το στόμα, τρώγοντας ή πίνοντας δηλητηριώδεις ουσίες
- Από τους πνεύμονες, εισπνέοντας δηλητηριώδη οικιακά ή βιομηχανικά αέρια, ατμούς χημικών ουσιών ή καπνούς από φωτιές και θερμάστρες και εξατμίσεις βενζινομηχανών
- Ενδοδερμικά, όπως το δάγκωμα ζώων ή το τσίμπημα εντόμων
- Από το δέρμα με αναρρόφηση σε περίπτωση επαφής με δηλητηριώδη σταγονίδια όπως φυτοφάρμακα (Παναγιωτόπουλος).

ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

Η τροφική δηλητηρίαση προκαλείται από τροφές που έχουν μολυνθεί με μικρόβια και δεν συντηρήθηκαν ή μαγειρεύτηκαν καλά. Τα πιο συνηθισμένα μικρόβια είναι:

- Σταφυλόκοκκοι οι οποίοι πολλαπλασιάζονται στη τροφή και παράγουν την τοξίνη η οποία είναι δηλητηριώδης.
- Σαλμονέλες που πολλαπλασιάζονται στο έντερο και προκαλούν ένα είδος δυσεντερίας, η σαλμονέλα είναι μολυσματική και μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο όταν η ατομική υγιεινή και οι κανόνες υγιεινής στην κουζίνα δεν εφαρμόζονται (Johnston).

Ειδικές συμβουλές:

1. Μη λησμονείτε ότι είναι δυνατόν το μεγαλύτερο παιδί να μαζέψει δηλητηριώδεις ουσίες και να τις δώσει στο μικρότερο αδερφάκι του.

2. Όσο είναι δυνατόν τα υλικά καθαρισμού, τα φάρμακα και βέβαια τα εντομοκτόνα πρέπει να είναι κλειδωμένα σε ένα ασφαλές μέρος. Η δυσκολία είναι ότι τα υλικά καθαρισμού, όπως π.χ τα απορρυπαντικά, χρησιμοποιούνται καθημερινά, ώστε να είναι κάπως υπερβολικό να ζητάμε από τη μητέρα να τα διατηρεί πάντα κλειδωμένα.
3. Ποτέ μην αφήνετε φάρμακα στο δωμάτιο του παιδιού.
4. Πετάξτε όλα τα άχρηστα ή αλλοιωμένα φάρμακα.
5. Ποτέ μην παίρνετε ή δίνετε φιαλίδια φαρμάκων, αν δεν βεβαιωθείτε προηγουμένως για το περιεχόμενο τους.
6. Μην παίρνετε φάρμακα μπροστά στο παιδί γιατί θα σας μιμηθεί αργότερα.
7. Τα φάρμακα να τα ονομάζεται πάντα φάρμακα και όχι «γλυκά» ή «ζαχαρωτά».
8. Ποτέ μη τοποθετείτε τα φάρμακα στα ντουλάπια με τα τρόφιμα.
9. Διατηρείτε τα δηλητήρια πάντα στα αρχικά φιαλίδιά τους. Μην τα τοποθετείτε σε δοχεία χυμών φρούτων κ.λ.π.
10. Φροντίστε να μη δει το παιδί που τοποθετήσατε το δηλητήριο. Είναι μια πρόκληση για αυτό να το βρεί.
11. Μην αφήνετε επικίνδυνες ουσίες μέσα στα δωμάτια.
12. Οι κηρομπογιές είναι επικίνδυνες, μη τις δίνετε σε ένα μικρό παιδί, γιατί θα τις βάλει αμέσως στο στόμα του.
13. Μην καλλιεργείτε δηλητηριώδη φυτά μέσα στο κήπο σας.
14. Τα χρώματα πρέπει να είναι ανεξίτηλα. Πρέπει να αποφεύγεται ο χρωματισμός των τοίχων με χρώματα που περιέχουν μόλυβδο, γιατί αυτά πιθανόν να προκαλέσουν ατυχήματα (Κωσταρίδου).

5.8 ΕΙΣΠΝΟΕΣ

Μικρά αντικείμενα, που μπορούν να αποσπασθούν, είναι ενδεχόμενο να εισπνευθούν από το νήπιο.

1. Μην επιτρέπετε στα παιδιά να ρίχνουν ξηρούς καρπούς στον αέρα και να τους πιάνουν μετά με το στόμα τους. Το βρέφος είναι δυνατόν να εισπνεύσει το περιεχόμενο μιας σπασμένης «κουδουνίστρας».
2. Μην αφήνετε ποτέ το παιδί να περιφέρεται με γεμάτο στόμα.
3. Μην παίζεται με το παιδί την ώρα που τρώει και να μην το αφήνετε μόνο του στην διάρκεια των γευμάτων του (Κωσταρίδου).

5.9 Κατάγματα

ΟΡΙΣΜΟΣ: Είναι η λύση της συνέχειας του οστού. Μπορεί να συμβεί είτε στα μακρά οστά είτε στα πλατιά οστά, όπως οι σπόνδυλοι, το κρανίο ή η πύελος.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ: Τα κατάγματα ταξινομούνται σε ανοιχτά (σύνθετα) ή κλειστά (απλά) ανάλογα με το αν υπάρχει ρήξη του δέρματος. Στα ανοιχτά κατάγματα, το δέρμα και οι μαλακοί ιστοί καταστρέφονται και τα κατάγματα είναι εκτεθειμένο στο περιβάλλον. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος μόλυνσης στη τραυματική περιοχή του ανοιχτού κατάγματος σε σύγκριση με το κλειστό όπου δεν υπάρχει αυτός ο κίνδυνος (Ντόλατζας).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Τα κατάγματα στη βρεφική ηλικία συνήθως οφείλονται σε κάκωση κατά τον τοκετό, τραυματισμό ή κακοποίηση του παιδιού. Εκτός από τα τροχαία ατυχήματα άλλου είδους ατυχήματα που να προκαλέσουν κατάγματα οστών σπάνια συμβαίνουν στη βρεφική ηλικία γι' αυτό το λόγο κάκωση στα παιδιά αυτής της ηλικίας απαιτεί περαιτέρω έρευνα. Σε κάθε μικρό παιδί η ακτινολογική ένδειξη καταγμάτων σε διάφορα στάδια επούλωσης είναι αποτέλεσμα φυσικής κακοποίησης. Πολύ συχνά η αρχική οστική κάκωση στα βρέφη συνίσταται σε περιοριστική αιμορραγία των μακρών οστών η οποία έχει προκληθεί από βίαιο χειρισμό συστροφή και έλξη η οποία δεν είναι εμφανής στην ακτινογραφία παρά μόνο 3-6 εβδομάδες από την ημέρα που έγινε η κάκωση.

Στη παιδική ηλικία είναι συχνά τα κατάγματα του πήχη και συχνά προκαλούνται όταν το παιδί στηρίζει κατά την πτώση το σωματικό του βάρος στην παλάμη. Η δύναμη της πτώσης στο τεντωμένο χέρι προχωρεί προς τα πάνω κατά μήκος του άκρου με πιθανότητα κάκωσης δακτύλου, καρπού, αγκώνα, ώμου και κλείδας. Υπολογίζεται πως η κλείδα είναι το οστό που σπάζει συχνότερα στα παιδιά ιδιαίτερα κάτω των 10 χρόνων. Τα κατάγματα του ισχίου είναι σπάνια στα παιδιά και για να προκληθούν αυτά χρειάζεται άσκηση υπερβολικής βίας. Κατάγματα του μηριαίου οστού μπορεί να συμβεί σε παιδιά ηλικίας 6-7 ετών ως αποτέλεσμα τροχαίου ατυχήματος και αυτό γιατί το ύψος του ισχίου τους είναι ίδιο με το ύψος του προφυλακτήρα του αυτοκινήτου. Στα μεγαλύτερα παιδιά τα κατάγματα του μηριαίου οστού είναι πιο συχνά και στους εφήβους οι κακώσεις στο γόνατο (Ντόλατζας).

ΣΤΑΔΙΑ: Η επούλωση του κατάγματος γίνεται σε στάδια. Στο πρώτο στάδιο σχηματίζεται αιμάτωμα. Στο δεύτερο στάδιο αρχίζει η ανάπτυξη νέου οστού. Στο τρίτο σχηματίζεται πόρος του οστού και στο τέταρτο γίνεται οστεοποίηση



ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ: Τα παιδιά εκδηλώνουν τα συνήθη σημεία κάκωσης δηλαδή:

- Οίδημα
- Πόνο ή ευαισθησία
- Μείωση λειτουργικότητας του τραυματισμένου μέλους
- Μώλωπες
- Μυϊκό σπασμό

Το κάταγμα συνήθως είναι αρκετά σταθερό λόγω του άθικτου περιστέου. Το παιδί μπορεί ακόμα να χρησιμοποιήσει το τραυματισμένο άκρο (χέρι ή πόδι). Ωστόσο εάν ένα μικρό παιδί αρνείται να περπατήσει πρέπει αμέσως να υποψιαστούμε ότι πρόκειται για κάταγμα (Ντολάτζας).

5.10 Εγκαύματα

ΓΕΝΙΚΑ

Συχνότητα : Αποτελούν περίπου τα 10-15% των ατυχημάτων. Τα ατυχήματα από υγρά είναι πιο συχνά πριν από την ηλικία των 5 ετών ενώ οι άλλοι τύποι των εγκαυμάτων όπως φωτιά εκρήξεις είναι πιο συχνόι στη σχολική ηλικία. Τα παιδιά με βαριά εγκαύματα πρέπει να εισάγονται σε μονάδες αντιμετώπισης εγκαυμάτων όπου η εμπειρία του προσωπικού εξασφαλίζει την κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών τους.

Αίτια : Πιο συχνά ζεματιστά υγρά (περίπου 90%), πιο σπάνια φωτιά (8%), ηλεκτρισμός (1%) και χημικά (1%). Τα ηλεκτρικά εγκαύματα είναι ιδιαίτερος απατηλά γιατί χαρακτηρίζονται από πιο εκτεταμένες θρομβώσεις οι οποίες δεν είναι εμφανής παπά μόνον 24-36 ώρες μετά τη βλάβη. Ο ηλεκτρισμός μετατρέπεται σε θερμική ενέργεια καθώς συναντά αντίσταση. Εφόσον οι διάφοροι ιστοί του σώματος προβάλλουν διαφορετική αντίσταση, ο τύπος του ιστού, διαμέσου του οποίου διέρχεται το ηλεκτρικό ρεύμα, παίζει ρόλο στην έκταση της εγκαυματικής βλάβης. Τα οστά προβάλλουν μεγαλύτερη αντίσταση ακολουθούν το λίπος, οι τένοντες, το δέρμα, οι μύες, το αίμα και τα νεφρά. Αν και το αίμα προβάλλει μικρότερη αντίσταση από τους περισσότερους ιστούς είναι υπερβολικά καλός αγωγός του ηλεκτρισμού. Οι χημικοί παράγοντες που προκαλούν εγκαύματα εξακολουθούν να καυτηριάζουν τους ιστούς μέχρι τη στιγμή που ο βλαπτικός παράγοντας ενωθεί χημικώς με ιστικά στοιχεία, εξουδετερωθεί ή απομακρυνθεί με τρεχούμενο νερό (Καραχάλιος).

Τύπος ατυχήματος

- Κατσαρόλα, φλιτζάνι, κλπ αναποδογυρισμένα
- Πτώση σε λεκάνη με ζεματιστό νερό
- Παιχνίδια με φωτιά
- Παιχνίδια με ηλεκτρικά καλώδια
- Θερμοφόρες

Επίδραση της θερμότητας : Το ύψος της θερμοκρασίας έχει μικρότερη σημασία από τη διάρκεια της επαφής (Καραχάλιος).

Ειδικές συμβουλές:

1. Ποτέ μην αφήνετε ένα μικρό παιδί μόνο στο σπίτι, ακόμη και για λίγα λεπτά. Αν υπάρχει αναμμένη φωτιά, ηλεκτρική ή υγραερίου, βεβαιωθείτε ότι δεν μπορεί να μετακινηθεί με κανέναν τρόπο και ότι είναι ασφαλώς προφυλαγμένη.
2. Μην επιτρέπετε στα παιδιά να παίζουν με φωτιά ή σπίρτα.
3. Ντύνετε τα παιδιά με πιζάμες και όχι με νυχτικιές.
4. Να θυμάστε ότι πολλά ρούχα είναι εύφλεκτα. Προσπαθείτε να τα ντύνετε μόνο με ρούχα που δεν είναι εύφλεκτα.
5. Μην επιτρέπετε στα παιδιά να πλησιάζουν τη φωτιά για να αναζητήσουν ένα παιχνίδι που έχασαν.
6. Μην τοποθετείτε καθρέφτες πάνω από το μέρος που υπάρχει φωτιά, γιατί είναι δυνατόν να προσελκύσουν τα παιδιά κοντά σ' αυτή.

7. Μην τοποθετείτε υγρά ρούχα κοντά στη φωτιά για να στεγνώσουν, γιατί μπορεί να πέσουν μέσα στη φωτιά.
8. Μην λησμονείτε το κίνδυνο από τις φορητές θερμάστρες, οι οποίες μπορούν εύκολα να ανατραπούν.
9. Το «Χριστουγεννιάτικο δέντρο» είναι πολύ εύφλεκτο. Βεβαιωθείτε ότι τα ηλεκτρικά φώτα του έχουν ελεγχθεί από ειδικό.
10. Έχετε πάντα έτοιμο ένα πυροσβεστήρα.
11. Μην λησμονείται τους κινδύνους από τα πυροτεχνήματα.
12. Μην επιτρέπετε στο παιδί να κρατάει, να ρίχνει ή να τοποθετεί στις τσέπες του πυροτεχνήματα.
13. Μην επιτρέπετε στο παιδί να σκύβει πάνω από τα πυροτεχνήματα, για να τα ανάψει, ή να τα τοποθετεί μέσα σε φιάλες.
14. Μην το αφήνετε ποτέ να βάλει μέσα στις τσέπες του πυροτεχνήματα.
15. Μην αφήνετε ποτέ μικρά παιδιά να παίζουν με πυροτεχνήματα.
16. Μην επιτρέπετε ποτέ στα παιδιά ν' ανάβουν πυροτεχνήματα, εκτός αν είστε κοντά και να επιβλέπεται.
17. Μην αφήνετε ποτέ το ηλεκτρικό σίδερο σε μέρος προσιτό για τα παιδιά (Γιαμμαρέλου).

5.11 Ηλεκτροπληξία

Ως **ηλεκτροπληξία** χαρακτηρίζεται το σύνολο των βλαβών που προκαλούνται από την επίδραση του ηλεκτρικού ρεύματος. Για να συμβεί ηλεκτροπληξία προαπαιτείται να διοχετευτεί, με οποιονδήποτε τρόπο, στον ανθρώπινο οργανισμό ηλεκτρισμός, υψηλής ή χαμηλής έντασης.

Μπορεί να μοιάζει με απλό γαργάλημα στις άκρες των δακτύλων του χεριού ή μπορεί να προκαλέσει μυϊκή σύσπαση, να παραλύσει την καρδιά, να ανακόψει τη λειτουργία της αναπνοής ή να προσβάλλει καίρια το νευρικό σύστημα.

Η ηλεκτροπληξία μπορεί να είναι μοιραία όταν το ηλεκτρικό ρεύμα περάσει από την καρδιακή χώρα. Το ρεύμα υπολογιζόμενο σε κλάσματα, αμπερ, μπορεί να προκαλέσει ηλεκτροπληξία και να σκοτώσει. Η τάση των 220 βολτ είναι αρκετή για να μεταδώσει στο σώμα μας μία θανατηφόρα εκκένωση. Το ηλεκτρικό ρεύμα, όταν υπερβεί το ένα διακοσιοστό του αμπερ μπορεί να είναι επικίνδυνο (Υγεία περιοδικό).

Ρεύματα ενός εικοστού του αμπέρ είναι δυνατό να σκοτώσουν. Επειδή η ένταση στα κυκλώματα των περισσότερων ηλεκτροκίνητων συσκευών φθάνει τα 15 αμπέρ, το ρεύμα που μπορεί να σκοτώνει είναι συνεχώς παρόν. Οι ασφάλειες και οι αυτόματοι διακόπτες σκοπό έχουν μονάχα να προστατεύουν κατά της πυρκαγιάς από υπερθέρμανση των ηλεκτροφόρων αγωγών λόγω υπερφορτίσεως και ΔΕΝ προστατεύουν τον άνθρωπο (Υγεία περιοδικό).

Ο ηλεκτρισμός ακολουθεί το συντομότερο και το ευκολότερο μονοπάτι μέσω καλών αγωγών (μεταδόσεώς του), όπως είναι το μέταλλο. Όταν η μόνωση μιας συσκευής υποστεί φθορά ή βλάβη, το ρεύμα φθάνει μέσω των καλωδίων των χειριστηρίων ή των κινητήρων, στα μεταλλικά μέρη της συσκευής. Το ρεύμα που διαρρέει μπορεί μ' ευκολία να περάσει μέσα από το ανθρώπινο σώμα, όταν επικρατούν ορισμένες συνθήκες. Ένα ελαφρό τσίμπημα ή ένα δυσάρεστο σοκ μας προειδοποιούν ότι κάπου υπάρχει διαρροή ρεύματος και η συσκευή με την ανωμαλία αυτή θα πρέπει να ελεγχθεί προτού γίνει κι άλλη χρήση της.

Το ανθρώπινο σώμα είναι καλός αγωγός του ηλεκτρισμού. Όταν υπάρχει υγρασία, όπως με τα βρεγμένα χέρια ή πόδια, τα υγρά δάπεδα ή το γρασίδι, το σώμα μας γίνεται ακόμη καλύτερος αγωγός του ηλεκτρισμού.

Όταν το σώμα μας γίνεται δίοδος του ρεύματος προς τη γη και έρθουμε σε επαφή με διαρροή ρεύματος, το αποτέλεσμα θα είναι η ηλεκτροπληξία (Υγεία περιοδικό).

Ειδικές συμβουλές:

1. Όλα τα σημεία λήψεως ηλεκτρικού ρεύματος πρέπει να είναι ασφαλισμένα, ώστε να μη συμβεί κάποιο ατύχημα, αν το παιδί βάλει στη πρίζα κανένα μολύβι ή άλλο αντικείμενο.
2. Δεν επιτρέπεται να έχουμε ηλεκτρική θερμάστρα στο λουτρό.
3. Διατηρείται πάντοτε τα καλώδια σε καλή κατάσταση.
4. Αποσυνδέεται πάντα τις ηλεκτρικές συσκευές, όταν δε τις χρησιμοποιείτε.
5. Μη διπλώνετε τα ηλεκτρικά κλινοσκεπάσματα. Φροντίστε πάντα για τη σωστή συντήρησή τους.
6. Μην αφήνετε τα παιδιά να κοιμούνται σε ηλεκτρικά κλινοσκεπάσματα. Μπορεί να πάθουν ηλεκτροπληξία αν τα βρέξουν (λόγω ενούρησης κ.λ.π)
7. Τα ηλεκτρικά καλώδια θα πρέπει να είναι απρόσιτα για τα παιδιά.

8. Χρησιμοποιείται «σπιδάλ» καλώδια για τις ηλεκτρικές συσκευές (Πάνου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν σε όλο τον κόσμο την πρώτη αιτία θανάτου στην εφηβεία. Στα ατυχήματα αυτά περιλαμβάνονται και τα σιδηροδρομικά και τα αεροπορικά, τα οποία αν και σπανιότερα, είναι πολύ σοβαρότερα. Από τις Ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ισπανία παρουσιάζουν τους μεγαλύτερους δείκτες οδικής θνησιμότητας (Τσουμάκας).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΟΔΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

- A. Η μικρή ηλικία των παιδιών με τις αδυναμίες της
- το χαμηλό ανάστημα και το μικρότερο οπτικό πεδίο
 - η αισθητηριακή και ψυχοκινητική ανωριμότητα
 - η αδυναμία γνώσης των σημάτων
 - η ορμητικότητα και παρορμητικότητα
 - η γοητεία που προκαλεί ο κίνδυνος
 - η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη, ο τόπος διαμονής, ο χρόνος συμβάντος.
- B. Το ανθρώπινο περιβάλλον (γονείς, κηδεμόνες κ.λπ.)
- αγνοούν τους σταθμούς εξέλιξης και ωρίμανσης των παιδιών
 - υπερεκτιμούν τις δυνατότητες των παιδιών
 - γίνονται οι ίδιοι κακά παραδείγματα
 - δεν δίνουν μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση και επιτήρηση των παιδιών
 - δεν ενδιαφέρονται ιδιαίτερα για την κυκλοφοριακή αγωγή των παιδιών
- Γ. Ο χωροταξικός και κυκλοφοριακός περίγυρος
- ο σχεδιασμός των δρόμων (μονόδρομοι, διαβάσεις, σηματοδότηση)
 - τα χαρακτηριστικά της κυκλοφορίας (τροχοφόρα, ταχύτητες κ.λπ.)
 - άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες (δόμηση γειτονιάς, παιδότοποι, σχολεία, καταστήματα κ.λπ.).
- Δ. Οι αδυναμίες των οδηγών
- κακή συντήρηση οχημάτων
 - επιπολαιότητα, έλλειψη εκπαίδευσης
 - μη τήρηση κανόνων κ.ο.κ (Κωσταρίδου).

Τη θέση στην επί τοις % αναλογία διάθεσης του ΑΕΠ (2,5% περίπου) για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των τροχαίων ατυχημάτων, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά στις ΗΠΑ είναι 1,5% και στη Σουηδία 0,85%. Παρ' όλα αυτά σε σχέση με τον πληθυσμό της, οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα είναι σχεδόν διπλάσιοι απ' ό,τι παγκοσμίως. Στην Ελλάδα έχουμε 2.000 θανάτους, 4.000 βαριά και 30.000 ελαφρά τραυματίες το χρόνο. Από τους νεκρούς και τους τραυματίες, το 1/3 είναι παιδιά. Στην Ευρώπη οι αριθμοί είναι 70.000 θάνατοι και 2.000.000 τραυματίες, ενώ στον κόσμο ολόκληρο 300.000 θάνατοι και 8.000.000 τραυματίες. Με τους ρυθμούς αυτούς φαίνεται ότι 1 στους 3 Ευρωπαίους θα υποστεί τροχαίο ατύχημα και 1 στους 100 θα χάσει τη ζωή του. Το χειρίστο της τραγική αυτής κατάστασης είναι το γεγονός ότι τα ατυχήματα αυτά αφορούν κυρίως σε υγιή και νεανικό πληθυσμό της χώρας και ότι πολλοί από τους τραυματίες μένουν τελικά ανάπηροι. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόκληση των οδικών ατυχημάτων στα παιδιά φαίνεται πως έχουν σχέση: α) με το ίδιο το παιδί, την ηλικία του και τις φυσικές αδυναμίες της, β) το περιβάλλον του, τους γονείς και τους δασκάλους του, την εκπαίδευση και την ενημέρωση που του παρέχουν, γ) την κατάσταση του οδικού δικτύου, και δ) τη συμπεριφορά των οδηγών (πίνακας 1) (Τσαουμάκας).

Οι σοβαρότερες παραβάσεις από τους οδηγούς, που κατά κανόνα οδηγούν σε θανατηφόρα ή σοβαρά τροχαία ατυχήματα, αναγράφονται στον πίνακα 2. Τα στοιχεία της τροχαίας δείχνουν ότι τα περισσότερα ατυχήματα γίνονται το Σαββατοκύριακο και τις νυχτερινές ώρες. Παρόλο που το βράδυ κυκλοφορεί μόνο το 1/10 των οχημάτων, συμβαίνει το 1/3 των τροχαίων ατυχημάτων. Στην Αθήνα φαίνεται πως τα τελευταία χρόνια ο συνολικός αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων έχει μειωθεί, έχουν όμως αυξηθεί τα θανατηφόρα ατυχήματα. Το αυτοκίνητο έχει βρεθεί πως είναι 45 φορές επισφαλέστερο σε σχέση με το αεροπλάνο και το σιδηρόδρομο. Το παιδί, βέβαια, μπορεί να βρεθεί θύμα τροχαίου είτε ως πεζός, είτε ως επιβάτης ή ως ποδηλάτης ή και ως οδηγός αργότερα σε μεγαλύτερη ηλικία.

6.2 Το παιδί πεζός

Το 30% των νεκρών από τροχαία ατυχήματα στην Ελλάδα είναι πεζοί, και κυρίως παιδιά και έφηβοι, ενώ στην Ευρώπη το ποσοστό κατέρχεται στο 20% και στις ΗΠΑ στο 16%. Το παιδί ως πεζός μειονεκτεί σημαντικά και χρειάζεται ιδιαίτερη επιτήρηση και εκπαίδευση:

- Παιδιά <5 ετών έχουν ανάγκη από συνεχή και αυστηρή επιτήρηση, όταν είναι στο δρόμο.
- Παιδιά <7 ετών είναι ανώριμα και παρορμητικά (Κωσταρίδου).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. ΟΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Παραβιάσεις σηματοδότη.
 Παραβιάσεις προτεραιότητας.
 Μη τήρηση απόστασης ασφαλείας.
 Υπερβολική ταχύτητα.
 Κίνηση στο αντίθετο ρεύμα.
 Οδήγηση υπό την επήρεια ψυχοτρόπων ουσιών.
 Άγνοια σωστής οδήγησης.
 Κούραση του οδηγού, απόσπαση προσοχής.
 Χρήση εκτυφλωτικών φώτων.
 Κακή κατάσταση τροχοφόρου.

- Παιδιά >9 ετών μπορούν να διασχίσουν το δρόμο χωρίς μεγάλο κίνδυνο, αφού εκπαιδευτούν.
- Παιδιά >12 χρόνων μπορούν να συμπεριφέρονται σωστά ως πεζοί στους δρόμους. Στην κυκλοφοριακή αγωγή, πέραν των γνωστών βασικών εννοιών (σηματοδότηση), πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η κατανόηση των όρων ήχος απόσταση, ταχύτητα.



6.3 Το παιδί επιβάτης

Για την ασφαλή μεταφορά των παιδιών υπάρχουν ορισμένοι βασικοί κανόνες που ποικίλουν από χώρα σε χώρα (πίνακας 3). Τα παιδιά

πάντοτε κάθονται στο πίσω κάθισμα, ποτέ στο μπροστινό ή στο πορτ-μπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου, γιατί ακόμα και σε ελαφριά σύγκρουση ή σε απότομο φρενάρισμα το παιδί κινδυνεύει να κτυπήσει στο ταμπλό του αυτοκινήτου. Έχει βρεθεί πως το 90% των ατόμων που ενεπλάκησαν σε τροχαίο ατύχημα και κρατούσαν παιδιά στην αγκαλιά τους και σώθηκαν, σώθηκαν διότι το παιδί τους χρησιμοποιήθηκε σαν ασπίδα. Το παιδί πρέπει πάντοτε να κάθεται στο ειδικό κάθισμα ασφαλείας, με την ειδική ζώνη ασφαλείας και ποτέ 2 παιδιά μαζί σε μία ζώνη ασφαλείας. Με τη χρησιμοποίηση των παιδικών καθισμάτων, οι θάνατοι από τροχαία θα μπορούσαν να μειωθούν κατά 70% και οι τραυματισμοί κατά 67%. Από τους γονείς που μένουν στην Αθήνα και έχουν αυτοκίνητο, μόνο το 58% αγοράζουν παιδικά καθίσματα αυτοκινήτου, ενώ στην επαρχία το 32%. Η ηλικία της μητέρας, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και ο αριθμός των παιδιών είναι παράγοντες που σχετίζονται με την αγορά. Πάντως, μόνο το 0,5-1% αγοράζουν το τελευταίων προδιαγραφών κάθισμα ασφαλείας, που είναι ειδικό για το βάρος, την ηλικία (Κωσταρίδου).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. ΑΣΦΑΛΗΣ ΤΡΟΠΟΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

- α) Ποτέ στο μπροστινό αλλά πάντα στο πίσω κάθισμα
- β) Ποτέ στο πορτ-μπεμπέ, στα γόνατα ή στην αγκαλιά κάποιου
- γ) Να μην κρατούν επικίνδυνα παιχνίδια
- ε) Ποτέ δύο παιδιά σε μία ζώνη ασφαλείας
- στ) Οι πόρτες του αυτοκινήτου να ασφαλιζονται απέξω

Η ζώνη ασφαλείας και στα πίσω καθίσματα έχει βρεθεί ότι μειώνει τους θανάτους κατά 22% και τους τραυματισμούς κατά 50%. Και βέβαια τονίζεται πως η ζώνη ασφαλείας θεωρείται κατάλληλη, όταν το διαγώνιο τμήμα της περνά από το μέσο περίπου της απόστασης μεταξύ του άκρου του ώμου και του λαιμού. Επιπλέον, τα παιδιά στο αυτοκίνητο δεν πρέπει να παίζουν με επικίνδυνα παιχνίδια. Οι πόρτες του αυτοκινήτου πρέπει να ασφαλιζονται απέξω. Πολλά παιδιά χωρίς ζώνη τραυματίζονται ή και σκοτώνονται πέφτοντας έξω από την πόρτα του αυτοκινήτου, όταν αυτή ανοίγει από τα ίδια τα παιδιά που παίζουν μαζί της ή απότομα σε στροφή του αυτοκινήτου (Σώκου).

6.4 Το παιδί οδηγός

Το παιδί μπορεί να είναι οδηγός ποδηλάτου, μοτοσικλέτας ή, ως έφηβος, αυτοκινήτου. Και σε αυτή την περίπτωση οι παράγοντες που συμβάλλουν

στην πρόκληση των ατυχημάτων έχουν σχέση με το παιδί-οδηγό, την ωριμότητα, την εκπαίδευση, την κατάσταση του οχήματος, και την αυστηρή τήρηση του κώδικα οδικής κυκλοφορίας σε σχέση πάντα με το χωροταξικό περίγυρο. Οι Έλληνες συγκοινωνιολόγοι πιστεύουν πως η κατάσταση του οδικού δικτύου της χώρας ευθύνεται περισσότερο από όλους τους άλλους παράγοντες για την πρόκληση των ατυχημάτων (Σώκου).

6.5 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Επαγγελματικά είναι τα ατυχήματα που συμβαίνουν στη διάρκεια της εργασίας. Δυστυχώς και σήμερα, στην ανατολή του 21 ου αιώνα, συμβαίνουν τέτοια ατυχήματα στους εφήβους αλλά και σε μικρότερα παιδιά, αφού η εργασία για πολλά παιδιά είναι το μοναδικό μέσο επιβίωσης. Διεθνώς η θνησιμότητα από τα επαγγελματικά ατυχήματα είναι μεγαλύτερη στους εργαζόμενους σε ορυχεία, σε λατομεία, σε οικοδομές, σε γεωργικούς χώρους, καθώς και στο συγκοινωνιακό τομέα, στις μεταφορές, στη βιομηχανία και στα ναυτικά επαγγέλματα. Ως συχνότεροι τρόποι τραυματισμού αναφέρονται οι χειρισμοί χειρωνακτικών εργαλείων ή μηχανημάτων και η πτώση του ατόμου ή αντικειμένων. Ο τραυματισμός της σπονδυλικής στήλης είναι ο χειρότερος τραυματισμός και ακολουθούν το κεφάλι, οι οφθαλμοί και τα δάκτυλα των χεριών.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συχνότητα των επαγγελματικών ατυχημάτων έχουν σχέση με το είδος της εργασίας, καθώς και με την εμπειρία, την ένταση, την εξάντληση, την προσωπικότητα του εργαζομένου και την ασφάλεια στο χώρο εργασίας. Το 95% των ατυχημάτων στο χώρο εργασίας θα μπορούσαν να προληφθούν, εάν εφαρμόζονταν τα ενδεικνυόμενα μέτρα πρόληψης (Τριχοπούλου).

Τα μικρά παιδιά είναι από τη φύση τους γεμάτα περιέργεια και δεν έχουν ανεπτυγμένη την αίσθηση του κινδύνου, για αυτό και είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στα ατυχήματα. Μεγαλώνοντας, αναπτύσσουν μεν την αίσθηση του κινδύνου, επηρεάζονται όμως και από άλλους παράγοντες, όπως η ανάγκη επίδειξης, η αντίδραση στους νόμους και στις συμβουλές των ενηλίκων και η γοητεία της περιπέτειας, με αποτέλεσμα να εξακολουθούν να κινδυνεύουν από ατυχήματα. Για τους λόγους αυτούς, είναι σημαντικό να μάθουν από μικρή ηλικία να προστατεύουν τον εαυτό

τους και να μην τον θέτουν σε κίνδυνο, κανόνας βασικός και για την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο σχολείο (Τριχοπούλου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Αρχικά:

Αν το παιδί τραυματιστεί και χάσει τις αισθήσεις του, πρέπει να κάνουμε τα εξής:

1. Εξετάζουμε αν αναπνέει και αν δεν αναπνέει, εφαρμόζουμε τεχνική αναπνοή πριν φροντίσουμε οποιαδήποτε άλλη βλάβη.
2. Θα πρέπει να σταματήσουμε οποιαδήποτε σοβαρή αιμορραγία.
3. Μόνο όταν έχουμε κάνει τις ενέργειες 1 και 2 θα πρέπει να καταπιαστούμε με άλλα τραύματα (Brazelton).

1.ΜΙΚΡΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Πολλά μικρά κοψίματα και γρατσουνιές μπορούν εύκολα να αντιμετωπισθούν στο σπίτι. Κρατάμε τη τραυματισμένη περιοχή κάτω από καθαρό νερό που τρέχει, την πλένουμε με το συνηθισμένο σαπούνι και έπειτα προστατεύουμε τη πληγή με γάζα ή λευκοπλάστη (World Health Organization).

7.2 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

1. Εφαρμόζουμε άμεση πίεση επάνω στη πληγή για να συμπιεστούν τα άκρα των τραυματισμένων αιμοφόρων αγγείων. Αнуψώνουμε τη τραυματισμένη περιοχή ψηλότερα από τη περιοχή του στήθους (καρδιά). Αυτό επιβραδύνει τη ροή του αίματος προς τη πληγωμένη περιοχή.
2. Αν το παιδί δεν έχει πέσει ήδη κάτω το βοηθάμε να ξαπλώσει κρατώντας την τραυματισμένη περιοχή ανυψωμένη και πιέζοντας το τραύμα.
3. Τοποθετούμε έναν επίδεσμο μαζί με μια διπλωμένη γάζα πάνω στο τραύμα.
4. Καλούμε τον ιατρό άμεσα γιατί μπορεί το τραύμα να θέλει ράμματα (Μάνου).

7.3 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Ακτινολογικός έλεγχος: Η ακτινολογική εκτίμηση είναι το πιο χρήσιμο διαγνωστικό όργανο για την εκτίμηση του σκελετικού τραύματος. Οι εναποθέσεις ασβεστίου στο οστό το καθιστούν ακτινοσκοπεύσιμο. Ωστόσο κατά τη φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη οι οστέινες δομές οστεοποιούνται από πρόδρομες ουσίες, για να σχηματίσουν αληθινό οστό. Η διέγερση της οστεοποίησης αρχίζει στο έμβρυο και συνεχίζεται μέχρι να συμπληρωθεί ο σχηματισμός ο οστού δηλαδή μέχρι των 18-21 ετών. Το μεγαλύτερο μέρος του σκελετού των βρεφών και των μικρών παιδιών αποτελείται από ακτινοδιαπερατή χόνδρινη ανάπτυξη η οποία όμως δεν φαίνεται στις ακτινογραφίες. Ακτινογραφίες παίρνονται μετά την ανάταξη του κατάγματος και σε μερικές περιπτώσεις μπορούν να ληφθούν και κατά τη διάρκεια της επούλωσης για να διαπιστωθεί η εξέλιξη.

Αιματολογικός έλεγχος: Η βαριά κάκωση μαλακών μορίων, μυών και οστών συχνά έχει ως αποτέλεσμα την καταστροφή ερυθρών αιμοσφαιρίων, με αύξηση της χολερυθρίνης και μείωση των τιμών της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη. Οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί του παιδιού ενεργοποιούνται για να διορθώσουν το πρόβλημα και γενικά χρειάζεται μόνο υποστηρικτική θεραπεία με πλούσια σε λεύκωμα τροφή και χορήγηση σιδήρου. Μια φυσιολογική απόκριση προς την ιστική βλάβη είναι η φλεγμονώδης διεργασία με μικρή αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων ειδικά των ουδετερόφιλων. Όταν λοιπόν συμβεί λοίμωξη αναμένεται αύξηση των λευκοκυττάρων και της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (Καραχάλιος).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η θεραπεία των καταγμάτων συνίσταται στην ανάταξη ή επαναφορά των τμημάτων του σπασμένου οστού στην ανατομική θέση τους όσο πιο κοντά είναι δυνατόν και στην ακινητοποίηση για να επιτευχθεί επούλωση. Για ακινητοποίηση συχνά χρησιμοποιούνται γύψινοι επίδεσμοι και σε κατάγματα του μηριαίου οστού και σε ορισμένα γύρω από τον αγκώνα χρησιμοποιείται η έλξη για τη θεραπεία. Σε περιπτώσεις όπου η κλειστή ανάταξη δεν κατορθωθεί μπορεί να γίνει ανοιχτή ή χειρουργική ανάταξη κατόπιν αναισθησίας. Ακόμα η χειρουργική ανάταξη ενδείκνυται και όταν ένα μικρό τεμάχιο παρεκτοπισμένου οστού δεν μπορεί να συγκρατηθεί αρκετά καλά με γύψινο επίδεσμο. Ορισμένα μη παρεκτοπισμένα κατάγματα όπως του κορμού ή του κρανίου αντιμετωπίζονται με ανάπαυση στο κρεβάτι μέχρι να υποχωρήσουν τα

συμπτώματα. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα παιδικά κατάγματα μπορούν να αντιμετωπισθούν με κλειστή ανάταξη και ακινητοποίηση με γύψο η οποία τις περισσότερες φορές γίνεται στα εξωτερικά ιατρεία και ο ασθενής επανέρχεται ύστερα από 7-10 ημέρες για επανεξέταση.

Τα παιδιά συχνά εισάγονται στο νοσοκομείο για κατάγματα του μηριαίου οστού και της υπερκονδύλιας περιοχής του βραχιονίου. Σε περιπτώσεις από δεν μπορεί να επιτευχθεί απλή ανάταξη ή διαπιστωθεί κάποιο αγγειακό και νευρολογικό πρόβλημα ενδείκνυται παρακολούθηση σε ορθοπεδικό τμήμα (Καραχάλιος).

Η μέθοδος ανάταξης του κατάγματος καθορίζεται από:

1. την ηλικία του παιδιού
2. το βαθμό παρεκτόπισης
3. το βαθμό του οιδήματος
4. την κατάσταση του δέρματος και των μαλακών μορίων
5. την αίσθηση και την αιμάτωση της περιοχής γύρω από το κάταγμα.

ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΤΟ ΓΥΨΟ

Συνήθως οι νοσηλευτές είναι αναγκασμένοι να κάνουν την αρχική εκτίμηση του παιδιού με υποψία κατάγματος. Το παιδί πονάει αλλά τόσο αυτό όσο και οι γονείς είναι φοβισμένοι και αναστατωμένοι και από τη στιγμή που τα περισσότερα κατάγματα είναι εμφανή γνωρίζουν ήδη τη διάγνωση. Έτσι σε περιπτώσεις από δεν υπάρχει αιμορραγία ο ρόλος του νοσηλευτή ανέρχεται στη καθησύχαση και στη διαβεβαίωση του παιδιού και των γονέων έτσι ώστε να μπορεί να επιτευχθεί ευκολότερα μια πιο εκτενής εκτίμηση (Richard).

Διατηρώντας ήρεμη στάση και ομιλία ο νοσηλευτής μπορεί να ζητήσει από τους γονείς να περιγράψουν τι συνέβη. Συνήθως το παιδί φτάνει στο νοσοκομείο με υποστηριζόμενο το άκρο με οποιοδήποτε τρόπο έτσι η ολιγόλεπτη καθυστέρηση αυτή δεν θέτει σε κίνδυνο τη θεραπεία. Προτιμάται για αρχή ο νοσηλευτής να μην αγγίζει το παιδί αλλά να ζητήσει από το ίδιο να υποδείξει το σημείο στο οποίο πονάει και να κουνήσει τα δάχτυλα των χεριών ή των ποδιών αντίστοιχα. Σ' αυτό το διάστημα το παιδί αρχίζει να αποκτά κάποια ασφάλεια και μπορεί να επιτρέψει σε κάποιον να το αγγίξει απαλά για να πάρει το σφυγμό του και να ελέγξει την αισθητικότητα του μέλους. Το άγχος του παιδιού επηρεάζεται αρκετά από τις προηγούμενες εμπειρίες του με τραυματισμούς. Ωστόσο το παιδί χρειάζεται να γνωρίζει για το τι πρόκειται να συμβεί και για το πώς θα μπορέσει το ίδιο να βοηθήσει.

Ο τύπος του κατάγματος, το είδος του οστού που έπαθε κάταγμα και το βάρος που υποβαστάζει το μέλος επηρεάζουν την έκταση του γύψου και την πλήρη ακινητοποίηση της περιοχής του κατάγματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι αρθρώσεις πάνω και κάτω από το κάταγμα ακινητοποιούνται για να εξαλειφθεί η πιθανότητα μετακίνησης που ενδέχεται να προκαλέσει μετατόπιση των σπασμένων άκρων του οστού. Τέσσερις μεγάλες κατηγορίες γύψου χρησιμοποιούνται για ακινητοποίηση των καταγμάτων: άνω άκρου για ακινητοποίηση καρπού ή/και αγκώνα, κάτω άκρου για ακινητοποίηση γόνατος ή/και ποδοκνημικής άρθρωσης, σπονδυλικής και αυχενικής για ακινητοποίηση της σπονδυλικής στήλης και σταυρωτός γύψος για ακινητοποίηση του ισχίου και του γόνατος (Richard- Καραχάλιος).

Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την εφαρμογή και τη φροντίδα του γύψου είναι σχεδόν ίδιες με τους ενήλικες. Η φροντίδα όμως του παιδιού με γύψο είναι πολυπλοκότερη. Τα παρακάτω σημεία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη:

1. Το παιδί συνήθως ασχολείται περισσότερο με την ακινητοποίηση από ότι ένας ενήλικος. Θα πρέπει επομένως να καταβληθεί ιδιαίτερη προσπάθεια να βεβαιωθεί το παιδί ότι οι δραστηριότητες του θα είναι όσο γίνεται περισσότερο φυσιολογικές και ότι θα χρησιμοποιεί τις μη προσβεβλημένες αρθρώσεις και τους μυς κατά τον καλύτερο τρόπο.
2. Το παιδί μπορεί να μην είναι σε θέση να καταλάβει γιατί ο γύψος είναι απαραίτητος. Ίσως προσπαθήσει να τον απομακρύνει ή να τοποθετήσει μικρά κομμάτια παιχνιδιών ή τροφές κάτω από αυτόν. Πρέπει να παρέχεται στο παιδί η δυνατότητα να απαντήσει στα ερωτήματα και να διαπραγματευτεί με τα αισθήματα του μέσω του παιχνιδιού. Η στενή παρακολούθηση του είναι επίσης απαραίτητα, για να προληφθεί καταστροφή του γύψου από το ίδιο το παιδί ή η πρόκληση βλάβης στον εαυτό του.
3. Υπάρχει κίνδυνος να λερωθεί ο γύψος του ισχίου ή του κάτω άκρου με κόπρανα και ούρα (Richard).

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΓΥΨΟ ΣΩΜΑΤΟΣ

- Ø Προετοιμασία του παιδιού εάν είναι δυνατόν για την εφαρμογή του γύψου. Μπορεί να επιτευχθεί με το να επιτραπεί στο παιδί να βάλει γύψο σε μια κούκλα. Τα μεγαλύτερα παιδιά μπορούν να δουν εικόνες εφαρμογής γύψου και να τους εξηγηθεί η μέθοδος εφαρμογής του γύψου.
- Ø Διατήρηση του γύψου ακάλυπτου, ώσπου να στεγνώσει. Το κάλυμμα εμποδίζει την εξάτμιση του νερού και καθυστερεί το στέγνωμα. Χρειάζονται 24-48 ώρες, για να στεγνώσει ο γύψος. Το

στέγνωμα γίνεται από έξω προς τα μέσα. Εξωτερικά, μπορεί με την αφή να θεωρηθεί ότι στέγνωσε, εξακολουθεί όμως να είναι υγρός εσωτερικά. Η θέση του παιδιού αλλάζει κάθε 1-2 ώρες, για να διευκολύνεται η εξάτμιση της υγρασίας από την επιφάνεια.

- Ø Αποφυγή χειρισμού του γύψου με τα δάχτυλα, για να μη δημιουργηθούν εμπιέσματα. Ο χειρισμός γίνεται με τις παλάμες των χεριών.
- Ø Τοποθέτηση σανίδων κάτω από το στρώμα. Εμποδίζουν τη δημιουργία κοιλωμάτων του στρώματος εξαιτίας του βάρους του γύψου.
- Ø Υποστήριξη των καμπύλων του γύψου με τοποθέτηση μικρών μαλακών μαξιλαριών καλυμμένων με πλαστική θήκη.
- Ø Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριού κάτω από το κεφάλι και τους ώμους. Προκαλείται πίεση στο θώρακα.
- Ø Κάλυψη των μερών του σώματος που βρίσκονται έξω από το γύψο με κουβέρτα νοσηλείας.
- Ø Αποφυγή τοποθέτησης θερμοφόρας πάνω στο γύψο. Υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης εγκαύματος και δημιουργίας ρωγμών αφού ο γύψος θα στεγνώσει κατά τμήματα.
- Ø Παρακολούθηση για σημεία πίεσης και κακής κυκλοφορίας. Έλεγχος θερμοκρασίας και χρώματος δακτύλων. Άμεση αναφορά αν τα άκρα είναι ψυχρά, ωχρά ή κυανωτικά, υπάρχει απώλεια αίσθησης, αδυναμία κίνησης των δακτύλων, απουσία ποδικού σφυγμού, οίδημα. Για την αποφυγή της δυνητικής αυτής επιπλοκής, το μέρος του σώματος που φέρει το γύψο ανυψώνεται ώστε να αυξηθεί η φλεβική επιστροφή και να αποφευχθεί το οίδημα.
- Ø Προσοχή στα παράπονα πόνου ή πίεσης, ώστε να είναι δυνατή η έγκαιρη διαπίστωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών του γύψου.
- Ø Εξασφάλιση καλής φροντίδας δέρματος. 1. Καλό πλύσιμο και μαλάξεις στα προσιτά σημεία του δέρματος 2. Έλεγχος του δέρματος για σημεία ερεθισμού. 3. Άμεση αναφορά κάθε παραπόνου για πόνο ή καύσο ή ανάδυση κακοσμίας από το εσωτερικό του γύψου. 4. Ανακούφιση από κνησμό. 5. Αποθάρρυνση του μικρού παιδιού να τοποθετεί διάφορα αντικείμενα κάτω από το γύψο.
- Ø Πρόληψη εξέλκωσης του δέρματος γύρω από τα χείλη του γύψου.
- Ø Προστασία του γύψου από ρύπανση με κόπρανα και ούρα.
- Ø Παρότρυνση του παιδιού να αναπνέει βαθιά κατά διαστήματα για πρόληψη υποστατικής πνευμονίας εξαιτίας της μακράς ακινησίας.
- Ø Αλλαγή θέσης του παιδιού τουλάχιστον κάθε 4 ώρες.
- Ø Εκτίμηση της λειτουργίας του εντέρου και της κύστης.

- Ø Διδασκαλία των γονέων για το πώς να παρέχουν σωστή φροντίδα στο παιδί και υποστήριξη αυτών (Τσουμάκας).

ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΓΥΨΟΥ

Προκειμένου να αφαιρεθεί ο γύψος το παιδί πρέπει να προσαρμοστεί κατάλληλα για τη διαδικασία αυτή. Τα είναι τρομαγμένα από το δυνατό θόρυβο του πριονιού και πιστεύουν πως το πριόνι θα τους κόψει κάποιο μέλος του σώματος του. Εξηγείται στο παιδί η διαδικασία που θα ακολουθηθεί καθώς και τι θα αισθανθεί. Έτσι μειώνεται το άγχος του παιδιού και δημιουργείται σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο παιδί και στο νοσηλεύτη. Στη συνέχεια το παιδί ακινητοποιείται ώστε η διαδικασία κοπής του γύψου να τελειώσει γρήγορα και με ασφάλεια ενώ συνεχίζεται η διαβεβαίωση του ότι όλα πάνε καλά και η συμπεριφορά του είναι αποδεκτή (Marchel).

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΓΥΨΟΥ

- Υποστήριξη με μαξιλάρια για να διατηρηθεί η ίδια θέση που υπήρχε όταν ήταν σε γύψο.
- Καθαρισμός του δέρματος
- Ενθάρρυνση του παιδιού να κάνει τις ασκήσεις που του έχουν υποδείξει. Οι οποίες είναι απαραίτητες για την επανάκτηση της δύναμης και λειτουργίας των μυών.
- Ανύψωση του μέλους όταν το παιδί κάθεται για να μειωθεί ο κίνδυνος δημιουργίας οιδήματος (Marshel).

ΠΑΙΔΙ ΣΕ ΕΛΞΗ

1. Δερματική έλξη. Χρησιμοποιείται στα μικρά παιδιά όταν η κατάσταση του δέρματος είναι καλή και απαιτείται ήπια ελκτική δύναμη.
2. Σκελετική έλξη. Χρησιμοποιείται σε παιδιά που απαιτείται μεγαλύτερη ελκτική δύναμη ή που η κατάσταση του δέρματος δεν είναι καλή. Η έλξη μπορεί να είναι συνεχής ή διακεκομμένη ανάλογα με τον σκοπό για τον οποίο εφαρμόζεται (Marshel).

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΕ ΕΛΞΗ

1. Εξήγηση της διαδικασίας στο παιδί και στους γονείς.
1. Διατήρηση της έλξης σταθερής για να επιτευχθεί το ποθητό αποτέλεσμα. Οποιαδήποτε μεταβολή στο βάρος ή στην αντιέλξη επηρεάζει ολόκληρο το σύστημα έλξης. Αποφυγή αύξησης ή

ελάττωσης των βαρών. Τα βάρη να κρέμονται ελεύθερα συνεχώς και να μην ακουμπούν σε καρέκλα ή στο πάτωμα. Τα σκoiνιά να είναι σε ευθεία γραμμή με τις τροχαλίες, χωρίς κόμπους, ελεύθερα μέσα στο αυλάκι της τροχαλίας. Διατήρηση του παιδιού στη σωστή θέση, για να είναι η έλξη αποτελεσματική.

2. Συχνός έλεγχος του ποδιού και των δαχτύλων για σημεία κυκλοφορικής και νευρολογικής διαταραχής κυρίως τις πρώτες 24 ώρες. Παράπονα πόνου και οποιαδήποτε διαπίστωση οποιαδήποτε κυκλοφορικής ή νευρολογικής διαταραχής πρέπει να αναφέρονται αμέσως.
3. Παροχή φροντίδας δέρματος.
4. Σχεδιασμός προγράμματος καθημερινής άσκησης για σύντομα χρονικά διαστήματα, για να αποφευχθεί η μυϊκή ατροφία και οι παραμορφώσεις εξαιτίας της ακινησίας.
5. Παρότρυνση του παιδιού να αναπνέει βαθιά και να βήχει κατά διαστήματα, για πρόληψη υποστατικής πνευμονίας λόγω μακράς ακινησίας.
6. Εξασφάλιση δίαιτας πλούσιας σε κυτταρίνη και υγρά.
7. Ενημέρωση του φύλλου νοσηλείας (θερμοκρασία, κατάσταση δέρματος, ανταπόκριση του παιδιού στη θεραπεία)
8. Συχνός έλεγχος της μηχανής έλξης για εξασφάλιση καλής μηχανικής απόδοσης.
9. Εξασφάλιση ακίνδυνου περιβάλλοντος για το παιδί (Marshall).

7.4 ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

ΤΟΠΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Βάθος του εγκαύματος

Έχει σημασία για την πρόγνωση

1^ο βαθμού: ερύθημα

2^ο βαθμού: δημιουργία φλυκταινών. α) επιφανειακή βλάβη β) εν τω βάθει βλάβη (καταστροφή της βασικής στιβάδας αλλά διατήρηση των εξαρτημάτων του δέρματος)

3^ο βαθμού: ολική νέκρωση του δέρματος

Εκτίμηση της έκτασης του εγκαύματος: Η έκταση έχει μεγάλη σημασία για την πρόγνωση. Το οίδημα και η εξίδρωση είναι ανάλογα της έκτασης του εγκαύματος και όχι του βάθους του. Η εκτίμηση αυτή είναι πολύ σημαντική για τα παιδιά στα οποία η σχέση όγκου/ επιφάνειας είναι δυσμενής (Καραχάλιος).

Shock και «ασθένεια των εγκαυμάτων»

Στην εξέλιξη του εγκαύματος διακρίνουμε:

1. φάση ερεθισμού
2. πρωτογενές shock
3. οίδημα και εξίδρωση
4. δηλητηρίαση (δευτερογενές shock)
5. λοίμωξη
6. ίαση και αποκατάσταση

Φάση ερεθισμού: Ο ερεθισμός διαρκεί λίγο αλλά οι πόνοι είναι ανυπόφοροι. Χορήγηση μορφίνης.

Πρωτογενές shock, δημιουργία οιδήματος, εξίδρωση: Αγγειοδιαστολή, δημιουργία οιδημάτων και εξίδρωσης → υποογκαιμία → shock → ανουρία. Διαρκεί περίπου 48 ώρες. Το μισό από τις απώλειες δημιουργείται τις 6 πρώτες ώρες. (Μίλερ)

Δηλητηρίαση: Η απορρόφηση των οιδημάτων μετά από την 3^η ή 4^η ημέρα οδηγεί σε πολυουρία. Στη συνέχεια η απορρόφηση των τοξικών προϊόντων που προέρχονται από τις λιποπρωτεΐνες που καταστράφηκαν προκαλούν: πυρετό, ναυτία, διάρροιες, έλξη στον πεπτικό σωλήνα, σπασμούς, απώλεια της συνείδησης, οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ανουρία), ηπατική ανεπάρκεια, βλάβες του μυελού των οστών, καρδιακή ανεπάρκεια.

Λοίμωξη: Εμφανίζεται 7-10 μέρες μετά το ατύχημα με μορφή σηψαιμίας ή προσβολή της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων. Η συμπτωματολογία είναι όμοια με τη φάση της δηλητηρίασης.

Ίαση και αποκατάσταση: Σε εγκαύματα 1^{ου} βαθμού και επιπολής εγκαύματα 2^{ου} βαθμού αποκαθίστανται πλήρως σε 14-18 ημέρες όπου ενδέχεται να αφήνουν μελαχρωματικές διαταραχές. Σε βαθιά εγκαύματα 2^{ου} βαθμού και σε εγκαύματα 3^{ου} βαθμού καταλείπουν δύσμορφες ούλες.

Πρόγνωση:

Είναι δυνατόν να επέλθει ο θάνατος κατά τη διάρκεια του πρωτογενούς shock στη φάση της δηλητηρίασης και στη φάση της λοίμωξης. Ο κίνδυνος αυξάνει όσο αυξάνει η έκταση του εγκαύματος. Όταν το έγκαυμα καταλαμβάνει κάτω από 10% της επιφάνειας του δέρματος δεν υπάρχει κίνδυνος θανάτου, μεταξύ 10-30% υπάρχει κίνδυνος θανάτου για τα νεογνά και μικρά παιδιά και πάνω από 30% ο κίνδυνος είναι μεγάλος για όλες τις ηλικίες. Εγκαύματα με έκταση πάνω από 50% της συνολικής επιφάνειας του σώματος είναι πάντα θανατηφόρα αν δεν εφαρμοστεί ειδική θεραπεία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Επείγουσα θεραπεία στον τόπο του ατυχήματος:

Πρόχειρη εκτίμηση της εγκαυματικής περιοχής. Εάν είναι μεγαλύτερη από 10% γίνεται εισαγωγή στο νοσοκομείο. Κρυώνουμε με κρύο νερό τον ιματισμό του ασθενή ο οποίος έχει βραχεί με ζεστό νερό ή αφαιρούμε τα βρεγμένα ρούχα για να μειωθεί η διάρκεια δράσης του θερμικού παράγοντα. Σ' άλλες περιπτώσεις τα ρούχα δεν αφαιρούνται γιατί υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Δεν εφαρμόζουμε τοπική θεραπεία στο χώρο του ατυχήματος. Ανακουφίζουμε τους πόνους με Πεθιδίνη 1 mg/ kg ή μορφίνη 1mg/ χρόνο ηλικίας.

Μεταφορά:

Γίνεται προσεκτικά με τον άρρωστο σε κατακεκλιμένη θέση και όσο το δυνατόν γρηγορότερα αποφεύγοντας την απώλεια θερμότητας. Αν η μεταφορά προς το νοσοκομείο πρόκειται να διαρκέσει πολύ η αγωγή για το shock (πλάσμα, αίμα) πρέπει να αρχίσει πριν τη μεταφορά.

Επείγουσα θεραπεία:

Γίνεται εκτίμηση εισπνοής καπνού:έκθεση, «κάπνια» γύρω από το στόμα και τη μύτη, σκουρόχρωμη απόχρεμψη. Γίνεται εκτίμηση για οίδημα στους αεραγωγούς:εγκαύματα προσώπου, ενδεχόμενο διασωλήνωσης. Έλεγχος άλλων βλαβών. Εκτίμηση αναπνοής:αριθμός αναπνοών, άπνοια, χρώμα (η κυάνωση είναι απώτερο σημείο), θωρακικά εγκαύματα που περιορίζουν την αναπνοή, έναρξη χορήγησης οξυγόνου με υψηλή ροή. Εκτίμηση επιπέδου συνείδησης. Γίνεται εκτίμηση του κυκλοφορικού: καταπληξία από σοβαρά εγκαύματα συμβαίνει μετά από αρκετές ώρες. Τοποθέτηση δυο φλεβικών γραμμών. Πρόληψη απώλειας θερμότητας: τοποθέτηση ασθενή σε θερμό περιβάλλον, αποστειρωμένες πετσέτες, θερμομονωτικά σκεπάσματα.

Προφύλαξη και θεραπεία του shock:

• Γλυκόζη 5%, NaCL 0,9%,

• Αίμα

Χορήγηση ικανοποιητικής ποσότητας υγρών για τη διατήρηση καλής διούρησης.

Τοπική θεραπεία: μπορούν να χρησιμοποιηθούν με επιτυχία οι παρακάτω μέθοδοι:

• Ανοιχτή θεραπεία: έκθεση στον αέρα χωρίς γάζες

• Πήξη: αφαίρεση φλυκταινών και διαδοχική τοποθέτηση υδατικού διαλύματος και νιτρικού αργύρου

• Νιτρικός άργυρος 5% σε κομπρέσες για απολύμανση της περιοχής και όχι για πήξη.

• Αλοιφή betatine

Û Πρόωρη αφαίρεση νεκρωμένων ιστών και άμεση μεταμόσχευση δέρματος.

Συμπληρωματική θεραπεία:

Σε περίπτωση κυκλικών εγκαυμάτων (θώρακος και άκρα) γίνονται ανακουφιστικές δερματικές διατομές για να αποφύγουμε κυκλοφορικές διαταραχές και ακολουθεί μεταμόσχευση δέρματος αργότερα. Εξασφαλίζουμε την αναλγησία του ασθενή κάνοντας χρήση ισχυρών οπιούχων.

Αντιφλεγμονώδης θεραπεία:

Αντιβιοτικά γ-σφαιρίνη, αντιτετανική προφύλαξη.

Θεραπεία της τοξικής φάσης:

Σε εγκαύματα που ξεπερνούν το 50% της επιφάνειας του σώματος. Μπορεί να είναι χρήσιμες μια ή περισσότερες αφαιμαξομεταγγίσεις και ενδεχόμενα η χορήγηση κορτικοστεροειδών.

Πρόληψη:

Υπάρχουν πολλές σημαντικές πτυχές της πρόληψης των εγκαυμάτων όπως:

1. Ασφάλεια στο χώρο εργασίας
2. Ασφάλεια στο σπίτι. Απομάκρυνση των παιδιών κατά το μαγείρεμα. Επισταμένος έλεγχος θερμοκρασίας νερού κατά το μπάνιου του παιδιού. Κάλυψη εξόδων ηλεκτρισμού. Καλή φύλαξη σε σημεία όπου τα παιδιά δεν έχουν πρόσβαση των χημικών και τοξικών ουσιών.
3. Χρήση αντηλιακών με υψηλό δείκτη προστασίας κατά την έκθεση των παιδιών στον ήλιο.

Επιπλοκές:

Τα παιδιά με θερμικές βλάβες είναι εκτεθειμένα σε βαριές επιπλοκές τόσο από το τραύμα όσο και από τις γενικές μεταβολές που προκαλούνται εξαιτίας του εγκαύματος. Η άμεση απειλή της ζωής του παιδιού είναι η ασφυξία λόγω ερεθισμού και οιδήματος των πνευμόνων και των αναπνευστικών οδών. Τις πρώτες 48-72 ώρες ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι το μη ανατασσόμενο shock το οποίο συνοδεύεται από μείωση της νεφρικής λειτουργίας, και η υπερκαλιαιμία κατά τη πρώτη εβδομάδα. Κατά τη περίοδο της επούλωσης, η λοίμωξη (τοπική και γενική σηψαιμία) είναι η κυριότερη επιπλοκή. Η θνητότητα που συνοδεύεται με τα εγκαύματα στα παιδιά μειώνεται με την ηλικία του παιδιού και αυξάνεται με την έκταση του εγκαύματος. Στα παιδιά ηλικίας μεγαλύτερης των 3 ετών η θνησιμότητα είναι όμοια με εκείνη των ενηλίκων αλλά και κάτω από την ηλικία αυτή η αντίσταση στο έγκαυμα ή τις επιπλοκές του είναι αξιοσημείωτα μειωμένη (Πάνου).

7.5 ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ

1. Απομόνωση του ρεύματος. Κλείνουμε την παροχή. Αν δε μπορούμε , πατούμε σε ένα στεγνό μονωτικό υλικό (π.χ κατάλογος του ΟΤΕ , πάκος εφημερίδων) και προσπαθούμε με ένα μακρύ ξύλο να απομακρύνουμε τα μέλη του θύματος από την πηγή (π.χ ένα φθαρμένο καλώδιο).
2. Καλούμε για βοήθεια.
3. Ακολουθούμε διαδικασία ΚΑΡΠΑ **αφού είμαστε σίγουροι ότι το θύμα δεν είναι σε επαφή με την πηγή.**
4. Αν το θύμα δεν δείχνει σημεία ανακοπής αλλά είναι αναίσθητο το βάζουμε σε θέση ανάνησης. Ελέγχουμε συνέχεια αν έχει αλλάξει τίποτε στην κατάστασή του.
5. Αν υπάρχουν μεγάλα εγκαύματα του βγάζουμε τα ρούχα. Τα περιποιούμαστε με κρύο νερό .
6. Μένουμε με το θύμα μέχρι να έρθει το ΕΚΑΒ (Σώκου).

7.6 ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Τα συμπτώματα των δηλητηριάσεων ποικίλουν ανάλογα με τη φύση του δηλητηρίου και με τον τρόπο που αυτό εισέρχεται στον οργανισμό. Η ανεύρεση κοντά στο παιδί κάποιου δοχείου που είναι γνωστό ότι περιείχε δηλητήριο ή φάρμακο και η προσπάθεια λήψης πληροφοριών σχετικά με τη λήψη της ουσίας θα μπορούσε να βοηθήσει στη διάγνωση του είδους της δηλητηρίασης. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι:

- Εμετός και διάρροια αν η ουσία έχει ληφθεί από το στόμα.
- Εγκαύματα γύρω από το στόμα σε περίπτωση λήψεως καυστικών ουσιών.
- Σπασμοί χωρίς προηγούμενο ιστορικό τέτοιας κατάστασης
- Υπνηλία
- Απώλεια αισθήσεων.

Άμεση αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση του παιδιού με δηλητηρίαση κατά κανόνα απαιτεί την εισαγωγή του στο νοσοκομείο. Οι πρώτες ενέργειες πριν την μεταφορά του περιλαμβάνουν τα εξής:

- Αν το παιδί διατηρεί τις αισθήσεις του το ρωτάμε τι συνέβη έχοντας πάντα υπόψη ότι μπορεί να χάσει τις αισθήσεις του από στιγμή σε στιγμή.
- Δεν προσπαθούμε ποτέ να προκαλέσουμε εμετό στο παιδί γιατί αν έχει πάρει καυστικές ουσίες, μπορεί να του προκαλέσουμε μεγαλύτερο κακό. Μόνο στη περίπτωση που γνωρίζουμε με βεβαιότητα ότι το παιδί δεν έχει πάρει διαβρωτική ουσία τότε προκαλούμε τον εμετό με οποιοδήποτε μέσο.
- Αν τα χείλη ή το στόμα έχουν σημάδια από κάψιμο τα δροσίζουμε δίνοντας στο παιδί να πει νερό ή γάλα.
- Αν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει το τοποθετούμε σε θέση ανάνηψης.
- Αν σταματήσει η αναπνοή αρχίζουμε αμέσως τεχνική αναπνοή και αν δεν έχει σφυγμό, αρχίζουμε καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση.
- Φροντίζουμε για την άμεση μεταφορά του παιδιού στο κοντινότερο νοσοκομείο. Το κουτί με οποιοδήποτε φάρμακο ή άλλη συσκευασία που έχει βρεθεί κοντά στο παιδί πρέπει να προσκομίζεται στο νοσοκομείο για αναγνώριση της ουσίας που έχει ληφθεί και ανάλογη αντιμετώπιση της δηλητηρίασεως (Τριχοπούλου).

ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

ΑΜΕΣΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Το παιδί κρατείται ξαπλωμένο
- Δίνονται άφθονα υγρά
- Συχνή θερμομέτρηση για διαπίστωση πυρετού
- Ελέγχονται οι κενώσεις για αίμα ή βλέννες
- Δεν χορηγείται τίποτα από το στόμα
- Μεταφορά του παιδιού στο νοσοκομείο και ενημέρωση του γιατρού για τα σημεία και συμπτώματα που παρατηρήθηκαν πριν τη μεταφορά του παιδιού.

Το βασικό στην αντιμετώπιση μιας τροφικής δηλητηρίασης είναι η ατομική υγιεινή, γιατί ακόμα και αν τα συμπτώματα της παρέλθουν μπορεί πού εύκολα να επανεμφανιστεί. Για αυτό το λόγο:

- Κάθε τροφή πρέπει να πλένεται πολύ καλά πριν μαγειρευτεί.
- Οι κονσέρβες και τα γάλατα πρέπει να ελέγχονται για την ημερομηνία λήξης τους.
- Τέλος. Τα μαγειρεμένα φαγητά που φυλάσσονται στο ψυγείο καλό είναι να μη ζεσταίνονται περισσότερο από μια φορά (Μίλερ).

7.7 ΤΡΟΧΑΙΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

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

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

- Την άμεση υποστήριξη της ζωής του θύματος
- Τη πρόληψη επιδείνωσης της κατάστασης του
- Προαγωγή της ανάρρωσης του

Η νοσηλευτική φροντίδα κατά σειρά προτεραιότητας περιλαμβάνει:

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

Ο έλεγχος των αεραγωγών του παιδιού – θύματος γίνεται με:

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

Αντιμετώπιση κακώσεων

Σε περίπτωση που υπάρχουν κακώσεις επιχειρούμε:

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

7.7 ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟΝ ΥΔΑΤΙΝΟ ΧΩΡΟ-ΠΝΙΓΜΟΣ

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

Εάν η αναπνοή έχει σταματήσει ή έχει εξασθενήσει σημαντικά, εφαρμόζεται αμέσως μέσα στο νερό η αναπνοή στόμα με στόμα (Δρ Τσόχας και Δρ Πετρίδης , 1994 Σερ Μόφφατ, Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός, 1996). Προσπαθούμε να φέρουμε τον πνιγμένο στην ακτή. Υπάρχει κίνδυνος αν έχει τις αισθήσεις του να συμπαρασύρει τον σωτήρα του λόγω πανικού. Σ' αυτήν τη περίπτωση καλό θα ήταν να πιάνεται ο πνιγμένος με το χέρι μας από τη περιοχή μεταξύ λαιμού και δεξιάς μασχάλης και να τραβηχτεί στην ακτή.

Δεν χάνουμε καιρό στην προσπάθεια μας να προκαλέσουμε την έξοδο του νερού που πιθανόν μπήκε στους πνεύμονες αλλά εστιάζουμε τη προσοχή μας στην τεχνική αναπνοή (Κ.Α.Ρ.Π.Α) που πρέπει να συνεχιστεί και κατά τη διάρκεια της μεταφοράς του στο νοσοκομείο (Κουγιουμτζάκης).

ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ:

1. Αν το παιδί διατηρεί τις αισθήσεις του βγάλτε το από το νερό όσο γίνεται γρηγορότερα τυλίξτε το με ένα ζεστό ρούχο και μεταφέρετε το στο σπίτι ή στο πλησιέστερο υπόστεγο αλλάξτε του τα βρεγμένα ρούχα για να προλάβετε την υποθερμία.
2. Αν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του ελέγξτε το αν αναπνέει. Αν δεν αναπνέει αρχίστε του τεχνητή αναπνοή με το «φιλί της ζωής» ενώ θα είναι ακόμα μέσα στο νερό. Βγάλτε το από το νερό και συνεχίστε το «φιλί τη ζωής» ώσπου να έρθει βοήθεια.
3. Αν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του αλλά αναπνέει βγάλτε το από το νερό βάλτε το σε θέση ανάνηψης και σκεπάστε το με ότι βρίσκεται πρόχειρο για να το κρατήσετε ζεστό, αλλά μη του βγάλετε τα βρεγμένα ρούχα. Ελέγξτε συνεχώς την αναπνοή του και ετοιμαστείτε να του δώσετε το «φιλί της ζωής» σε περίπτωση που χρειαστεί.
4. Περιμένετε να έρθει ασθενοφόρο. Αν όμως μπορεί κάποιος να σας μεταφέρει στο πλησιέστερο νοσοκομείο ή κέντρο άμεσης βοήθειας

καθίστε στο πίσω κάθισμα του αυτοκινήτου με το παιδί και συνεχίστε να του δίνετε το «φιλί της ζωής» (Κουγιουμτζάκης).

7.8 ΕΡΓΑΤΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ:

- Πολύ καλή γνώση της εργασίας του καθώς και των κινδύνων που υπάρχουν εκτελώντας την τόσο για τους ίδιους όσο και για τους άλλους και αποφυγή τους.
- Ενημέρωση για τα μέτρα προστασίας τους και απαίτηση αυτών αν δε τους παρέχονται.
- Χρησιμοποίηση του εξοπλισμού ατομικής προστασίας.

Ως εξοπλισμός ατομικής προστασίας νοείται κάθε εξοπλισμός τον οποίο πρέπει να φορά ή να κρατά ο εργαζόμενος πόσο μάλλον όταν αυτό είναι ένα μικρό παιδί. Αυτό θα τον προστατέψει από έναν οι περισσότερους κινδύνους, για την ασφάλεια ή και την υγεία του κατά την εργασία, καθώς και κάθε συμπλήρωμα ή εξάρτημα που εξυπηρετεί αυτό το σκοπό. Τέτοιο εξοπλισμοί είναι: φόρμα εργασίας, γάντια, κράνη, μάσκες, ματογυάλια κ.λ.π.

- Απόκτηση καλών συνηθειών εργασίας
- Υποβολή τους σε ιατρικές εξετάσεις πριν την ανάληψη εργασίας
- Συγκέντρωση στην εργασία που εκτελούν.
- Ρύθμιση τυχόν προβλημάτων υγείας τους.
- Φροντίδα για τάξη και καθαριότητα στο χώρο εργασίας.
- Παρακολούθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την εκμάθηση παροχής πρώτων βοηθειών.
- Διδασκαλία από τα τυχόν λάθη τους και φροντίδα να μην επαναληφθούν γιατί την επόμενη φορά μπορεί να αποβούν μοιραία.

Γενικά οι εργαζόμενοι μπορούν και πρέπει να προστατεύουν τη ζωή και την αρτιμέλεια τους με τις δικές τους ικανότητες και συμπεριφορές (Brazelton).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

Πίνακας 1. Σύστημα βαθμολόγησης των κακώσεων στα παιδιά

Κατηγορία	+2	+1	-1
Βάρος σώματος	>20 kg	10-20 kg	<10kg
Αεροφόροι οδοί	ελεύθεροι	μπορεί να εξασφαλιστεί η βατότητά τους	δεν μπορεί να εξασφαλιστεί η βατότητά τους
Συστολική ΑΠ	> 90 mmHg	50-90 mmHg	<50mmHg
ΚΝΣ	διατήρηση επιπέδου συνείδησης	ελάττωση επιπέδου συνείδησης	κόμα-σημεία απεγκεφαλισμού
Οστά	χωρίς κακώσεις	κλειστό κατάγμα	ανοικτά ή πολλαπλά κατάγματα
Δέρμα-τραύματα	χωρίς κακώσεις	ήπιες κακώσεις	Βαριές ή διατιτραίνουσες κακώσεις

8.1 Η αντιμετώπιση του πολυτραυματισμένου παιδιού – Βασικές αρχές

Οι επιπτώσεις από τα ατυχήματα στα παιδιά είναι τρομακτικές σε θανάτους, μόνιμες αναπηρίες και βαρείς τραυματισμούς με τεράστιες επιπτώσεις στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα. Σημειώνεται πως το 75% των παιδιών με πολλαπλά κατάγματα έχουν κρanioεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) και το 80% των θανάτων των πολυτραυματισμένων παιδιών έχει σχέση με βαριά ΚΕΚ (κατάγματα κρανίου κλειστά ή ανοικτά, απλά ή εμπιεστικά, κατάγματα βάσης του κρανίου, υποσκληρίδια ή επισκληρίδια αιματώματα και εγκεφαλικές θλάσεις). Οι συνέπειες αφορούν κυρίως στο ίδιο το παιδί και στους οικείους του (ψυχικό τραύμα, σωματική βλάβη, αναπηρία, θάνατος), αλλά και στο θύτη (ψυχικό τραύμα, δίκες κ.λ.π)

Το παιδί μετά το οποιοδήποτε ατύχημα, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τις καλύτερες παροχές που διατίθενται, ώστε η βοήθεια να είναι όσο το

δυνατόν περισσότερο αποτελεσματική και με τις λιγότερες δυσάρεστες συνέπειες.

Σε περίπτωση ελαφρού τραυματισμού η περίθαλψη και η αντιμετώπιση γίνεται συνήθως επί τόπου. Ένα μεγάλο ποσοστό φτάνει στα Αγροτικά Ιατρεία, στα Κέντρα Υγείας και στα Εξωτερικά Ιατρεία των παιδιατρικών Νοσοκομείων. Η μείωση της θνητότητας και η ακεραιότητα του πολυτραυματισμένου παιδιού εξαρτάται από τη βελτίωση των δυνατοτήτων ανάνηψης στον τόπο του ατύχηματος και την ταχεία και ασφαλή μεταφορά του στο κατάλληλο Νοσοκομείο. Περισσότεροι από τους μισούς θανάτους συμβαίνουν στον τόπο που έγινε το ατύχημα (Παναγιωτόπουλος).

Η «χρυσή ώρα» του πολυτραυματισμένου παιδιού

Το πολυτραυματισμένο παιδί χρειάζεται άμεση και συστηματική προσέγγιση στον τόπο του ατύχηματος, 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. Ο πρώτος αυτός χρόνος έχει ύψιστη ζωτική σημασία τόσο για την επιβίωση, όσο και για την πρόγνωση.

Η αδρή κλινική εκτίμηση και η ανάνηψη των ζωτικών λειτουργιών είναι πρωταρχικό μέλημα. Είναι αναγκαίο να καταγραφεί η παρουσία διαταραχών της αναπνοής, η ύπαρξη κλινικών σημείων καταπληξίας και η μείωση του επιπέδου συνείδησης, παράμετροι που συνηγορούν ότι η κατάσταση είναι σοβαρή και χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση. Το πιο κατάλληλο αντικειμενικό σύστημα βαθμολόγησης για την εκτίμηση της βαρύτητας και πρόγνωσης των τραυματισμών στα παιδιά είναι το αναφερόμενο στον Πίνακα 1.

Σε περίπτωση καρδιοαναπνευστικής ανακοπής εφαρμόζεται η βασική ανάνηψη.

Πίνακας 2. Επείγουσα κλινική εκτίμηση και αντιμετώπιση πολυτραυματία- παιδιού

Αεραγωγοί	Έλεγχος των αεραγωγών οδών Έλεγχος κάκωσης της ΑΜΣΣ	Εξασφάλιση βατότητας των αεραγωγών οδών Αποφυγή βίαιων χειρισμών Κεφαλή σε ουδέτερη θέση- αυχενικό κολλάρο
Αναπνοή	Έκπτυξη θώρακα Κινητικότητα θωρακικού τοιχώματος Τύπος και ρυθμός αναπνοής Χρώμα δέρματος και βλεωνωογόνων	Κατάλληλη θέση ασθενούς Χορήγηση οξυγόνου Ενδοτραχειακή διασωλήνωση Κρικοθυρεοειδοτομή Τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα
Κυκλοφορία	Καρδιακή συχνότητα Αναπνευστική συχνότητα Τριχοειδική συχνότητα Εμφάνιση δέρματος Νευρολογική εικόνα	Άμεση χορήγηση οξυγόνου Άσκηση πίεσης στη θέση αιμορραγίας Εξασφάλιση φλεβικής οδού Επιθετική χορήγηση υγρών
Νευρολογικές διαταραχές	Αντίδραση κόρης στο φώς Ανισοκορία ή μη Επίπεδο συνείδησης Τύπος αναπνοής	Κατάλληλη θέση σώματος ασθενούς Εξασφάλιση βατότητας των αεραγωγών οδών Άμεση χορήγηση οξυγόνου Χορήγηση υγρών
Επισκόπηση- καθολική εξέταση	Ταχεία αδρή εκτίμηση (σ' ένα λεπτό) Έλεγχος θερμοκρασίας	Διατήρηση θερμοκρασίας σώματος 36-37 οC

8.2 Επείγουσα κλινική εξέταση

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 συνολική αντιμετώπιση του πολυτραυματία-παιδιού (πίνακας 2).

Εξασφάλιση βατότητας της αεροφόρου οδού- σταθερότητα ΑΜΣΣ

Η εξασφάλιση της βατότητας της αεροφόρου οδού θα πρέπει να γίνεται ταυτόχρονα με τη προστασία της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (ΑΜΣΣ), αποφεύγοντας τους βίαιους χειρισμούς και με τοποθέτηση της κεφαλής σε ουδέτερη θέση με χρήση αυχενικού κολάρου, εφόσον υπάρχει η δυνατότητα. Η αποτυχία εξασφάλισης της βατότητας της αεροφόρου οδού με αποτέλεσμα την αδυναμία οξυγόνωσης, είναι η συνηθέστερη αιτία καρδιακής ανακοπής στο παιδί.

Σε περίπτωση απόφραξης πρέπει ταχύτατα να γίνει καθαρισμός της στοματικής κοιλότητας από ξένα σώματα (αίματα, εμέσματα, οδοντοστοιχίες), ανύψωση της κάτω γνάθου χωρίς έκταση της κεφαλής (ο τραυματίας ξαπλώνεται ανάσκελα, ώστε το κεφάλι του να είναι χαμηλότερα από το υπόλοιπο σώμα και γυρισμένο στο πλάϊ) και χορήγηση συμπληρωματικού οξυγόνου. Αν το τραυματισμένο παιδί έχει απώλεια συνείδησης, απαιτούνται μηχανικές μέθοδοι: α) στοματικός αεραγωγός που τοποθετείται κατευθείαν στο στοματοφάρυγγα, β) ενδοτραχειακή διασωλήνωση που αποτελεί την πιο αξιόπιστη μέθοδο για τη διατήρηση ανοικτής της αεροφόρου οδού και ενδείκνυται σε άπνοια, σε αδυναμία εξασφάλισης ανοικτής της αεροφόρου οδού με άλλο τρόπο, σε κλειστή κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) με ανάγκη υπεραερισμού και σε δυνητικό κίνδυνο απόφραξης (σπασμοί, κώμα, εισπνοή ουσιών), γ) κρικοθυρεοδοτομή με βελόνη (σπάνια ενδείκνυται στα παιδιά) σε περίπτωση ανικανότητας διασωλήνωσης όπως οίδημα επιγλωττίδας, κάταγμα λάρυγγα και σοβαρή αιμορραγία του στοματοφάρυγγα.

Κάθε παιδί- πολυτραυματίας θα πρέπει να θεωρείται ότι έχει κάκωση της ΑΜΣΣ μέχρι αποδείξεως του εναντίου. Τα σημεία που θα προβληματίσουν για πιθανή κάκωση είναι σημεία τραυματισμού πάνω στη κλείδα, διαταραχές επιπέδου συνείδησης, αδυναμία τουλάχιστον σε ένα άκρο, άλγος ή δυσκαμψία αυχένα και άλγος ή υπαισθησία άνω και κάτω άκρων (Τριχοπούλου).

Πίνακας 3. Εξέταση επιπέδου συνείδησης (σύστημα Γλασκώβης)

Άνοιγμα ματιών	Αυθόρμητα	4
	Σε εντολή	3
	Σε πόνο	2
	Καμία αντίδραση	1
Ομιλία	Κατανοητή-φιλικό χαμόγελο*	5
	Σύγχυση-κλάμα*	4
	Ακατανόητες λέξεις-ευερεθιστότητα*	3
	Ακατάλληλοι ήχοι-επιθετικότητα*	2
	Καμία αντίδραση	1
Κινητικότητα	Υπακούει σε εντολές	6
	Εντοπίζει το επώδυνο ερέθισμα	5
	Αντιδρά στο επώδυνο ερέθισμα	4
	Κινήσεις αποφλοίωση	3
	Κινήσεις απεγκεφαλισμού	2
	Καμία αντίδραση	1

*για παιδιά κάτω των 2 ετών

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

Αναπνοή και αερισμός

Η εκτίμηση της έκπτυξης του θωρακικού τοιχώματος, της αναπνευστικής συχνότητας και του τύπου της αναπνοής, του χρώματος του δέρματος και των βλεννογόνων είναι πρώτης προτεραιότητας. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί αναπνευστική ανεπάρκεια, η αντιμετώπιση πρέπει να είναι άμεση (χορήγηση οξυγόνου με μάσκα ή ambu, ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή ακόμη και κρικοθυροειδοτομή και τοποθέτηση ρινογαστρικού καθετήρα). Η επισκόπηση, η ψηλάφηση και η ακρόαση βοηθούν στην εκτίμηση της λειτουργίας των πνευμόνων, του θωρακικού τοιχώματος και του διαφράγματος και στην αναγνώριση θωρακικών κακώσεων.

Κακώσεις που προκαλούν οξεία διαταραχή του αερισμού είναι ο πνευμονοθώρακας υπό τάση, ο ασταθής θώρακας με πνευμονική θλάση, ο ανοιχτός πνευμονοθώρακας, ο μαζικός αιμοθώρακας και ο καρδιακός επιπωματισμός. Οι παθολογικές αυτές καταστάσεις θα πρέπει να διαγνωσθούν έγκαιρα, ώστε να αντιμετωπισθούν με απλούς

θεραπευτικούς χειρισμούς (τοποθέτηση παροχέτευσης, παρακέντηση περικαρδίου κ.λ.π) (Κουγιουμτζάκης).

Εκτίμηση κυκλοφορίας και έλεγχος αιμορραγίας

Εφόσον αποκατασταθεί καθαρή και ανοικτή η αεροφόρος οδός και επαρκής αερισμός και οξυγόνωση, επόμενη προτεραιότητα είναι η εκτίμηση του κυκλοφορικού συστήματος και η αιμοδυναμική σταθεροποίηση του πολυτραυματισμένου παιδιού.

Τα σπουδαιότερα κλινικά σημεία εκτίμησης του κυκλοφορικού συστήματος είναι:

A) Η καρδιακή συχνότητα, που αποτελεί για τα παιδιά τον πιο ευαίσθητο δείκτη και το κλειδί για τη διάγνωση του υποογκαιμικού shock. Τα παιδιά στην ελάττωση του ενδαγγειακού όγκου αντιροπούν με αγγειοσύσπαση, λόγω αυξημένων φυσιολογικών παρακαταθηκών και διατηρούν την αρτηριακή πίεση εντός των φυσιολογικών ορίων με απώλεια αίματος μέχρι και 25% του φυσιολογικού όγκου. Δε θα πρέπει όμως να αγνοηθεί πως η ταχυκαρδία μπορεί να οφείλεται και στον πόνο, στο άγχος και γενικά στην ψυχολογική αστάθεια του παιδιού. Η αιφνίδια μεταβολή της ταχυκαρδίας σε βραδυκαρδία με συνοδό υπόταση υποδηλώνει σοβαρή απώλεια αίματος (μεγαλύτερης του 40% του ολικού όγκου).

B) Η αναπνευστική συχνότητα, καθότι η ταχύπνοια είναι αποτέλεσμα της ιστικής υποξίας.

Γ) Η νευρολογική εικόνα. Το συγχυτικό λαο ευερέθιστο παιδί και η κωματώδης κατάσταση ενισχύουν την υποξία υποογκαιμικού shock και υποδηλώνουν κακή αιμάτωση του ΚΝΣ.

Δ) Η εμφάνιση του δέρματος και ο έλεγχος της τριχοειδούς κυκλοφορίας στην περιοχή των νυχιών. Τα ψυχρά άκρα σε σύγκριση με το δέρμα του κορμού και τριχοειδική επαναφορά μεγαλύτερη των 2 sec δηλώνουν κυκλοφοριακή ανεπάρκεια.

Ε) Η Νεφρική ανεπάρκεια. Η αποβολή των ούρων είναι σημαντικός δείκτης για τον έλεγχο της κυκλοφοριακής κατάστασης του παιδιού, αλλά και για τον καθορισμό της επάρκειας σε υγρά. Πρέπει να τοποθετείται ουροκαθετήρας για την ακριβή μέτρηση της αποβολής ούρων του παιδιού (Σώκου).

Οι κατώσεις στα παιδιά συχνά καταλήγουν σε σημαντική απώλεια αίματος. Η άμεση αντιμετώπιση της κυκλοφορικής ανεπάρκειας περιλαμβάνει: α) την έγκαιρη αναγνώριση της υποογκαιμίας, β) τη χορήγηση οξυγόνου, γ) τον έλεγχο της αιμορραγίας (στην εξωτερική εμφανή αιμορραγία πρώτη θεραπευτική προσπάθεια είναι η τοπική

πίεση στην περιοχή της κάκωσης, σε μη εμφανή εσωτερική αιμορραγία απαιτείται έγκαιρη διάγνωση και άμεση παρακολούθηση και παρέμβαση), δ) την εξασφάλιση φλεβικής οδού, ε) την αναζωογόνηση με χορήγηση υγρών (αρχικά 20 ml/kg ΒΣ θερμού Ringers Lactate και επί μη ανατάξεως του shock χορηγούνται εκ νέου άλλες δύο δόσεις 20 ml/kg ΒΣ θερμικού Ringers Lactate) και αν υπάρχει διαθέσιμο αίμα γίνεται οπωσδήποτε άμεση μετάγγιση (10 ml/kg ΒΣ). Αν το παιδί δεν επανέρχεται αιμοδυναμικά στο φυσιολογικό και αν οι διαγνωστικές μέθοδοι είναι θετικές για σοβαρή αιμοδυναμική αστάθεια, τότε επιβάλλεται ανοιχτή επέμβαση για τον έλεγχο της αιμορραγίας. Το αποτέλεσμα κρίνεται ικανοποιητικό όταν παρατηρείται: μείωση της συχνότητας των σφυγμών (<130/min), αύξηση της συστολικής πίεσης (>80mmHg), αποκατάσταση της θερμοότητας του σώματος, αποκατάσταση του επιπέδου συνείδησης και αποκατάσταση της διούρησης σε ρυθμό >1 ml/kg/h. Μία από τις κυριότερες αιτίες υποογκαιμικού shock είναι το κοιλιακό τραύμα. Στα παιδιά τα κοιλιακά τραύματα συμβαίνουν συνήθως μετά από τυφλό τραύμα που έχει σχέση με όχημα ή πτώσεις. Περίπου 20% των παιδιών με ενδοκοιλιακή αιμορραγία δεν δίνουν κλινικά σημεία κατά την πρώτη και δεύτερη εκτίμηση στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου. Αυτό δηλώνει ότι απαιτείται αυξημένη εγρήγορση και υποψία για τον εντοπισμό των κοιλιακών κακώσεων (Brenner).

Πίνακας 4. Κακώσεις για αντιμετώπιση πολυτραυματία-παιδιού σε παιδιατρικό τραυματιολογικό κέντρο

Σοβαρές κακώσεις περισσότερων του ενός συστημάτων
Κακώσεις ενός συστήματος που απαιτούν νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας
Καταπληξία που απαιτεί περισσότερες της μιας μετάγγισης
Κάταγμα που συνοδεύεται από την υποψία νευρομυϊκών κακώσεων
Κάταγμα του σκελετού του κορμού
Δύο ή περισσότερα κατάγματα μακρών οστών
Ενδεχόμενο συγκόλλησης άκρου
Ύποπτες ή εμφανείς κακώσεις του νωτιαίου μυελού ή της σπονδυλικής στήλης
Κακώσεις της κεφαλής που συνοδεύονται από:
- κάταγμα οφθαλμικού κόγχου ή οστού του προσώπου
- εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού
- ελάττωση του επιπέδου συνείδησης
- μεταβαλλόμενα νευρολογικά σημεία

- ανοικτές κακώσεις της κεφαλής
- συμπιεστικό κάταγμα του κρανίου
- ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης της ενδοκρανιακής πίεσης
Ενδεχόμενο μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής

Νευρολογική αξιολόγηση

Το επίπεδο συνείδησης, η αντίδραση της κόρης στο φως και η ύπαρξη ανισοκορίας (υπό ή επισκληρήδιο 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 ή εμετός, γ)σπασμοί, δ)αιμορραγία ή εκροή από μύτη ή αυτιά ,ε) σοβαρό πονοκέφαλος, στ) αδυναμία ή απώλεια αισθητικότητας στα άκρα, ζ) σύγχυση ή παράξενη συμπεριφορά και η) ταχυσγυγκία ή παθολογική αναπνοή αποτελούν σημεία σοβαρής επιβάρυνσης της εγκεφαλικής λειτουργίας.

Για να υπάρχει δυνατότητα αντικειμενικής εκτίμησης της βαρύτητας των κακώσεων χρησιμοποιείται η κλίμακα Γλασκώβης (GCS) Πίνακας 3. Εξετάζονται 3 παράγοντες: α)το άνοιγμα των οφθαλμών, β)η λεκτική απάντηση και γ) η κινητική αντίδραση. Η βαθμολόγηση της λεκτικής απάντησης πρέπει να τροποποιείται σε παιδιά κάτω των 4 ετών (Τσουμάκας).

Υποθερμία- θερμορύθμιση

Η γρήγορη επισκόπηση όλου του σώματος και η κλινική με τα χέρια εξέταση μπορεί να αποκαλύψει σημεία - κλειδιά για τη συνολική κατάσταση του τραυματισμένου παιδιού. Έμφαση δίνεται στον έλεγχο της θερμοκρασίας του σώματος και τη διατήρηση της σε φυσιολογικά επίπεδα, δεδομένου ότι οι πολύ χαμηλές θερμοκρασίες επιπλέκουν την κατάσταση. Το κρύο δέρμα στην αφή, το έντονο ροδαλό χρώμα ιδιαίτερα στο πρόσωπο και οι επιπόλαιες αναπνοές χαρακτηρίζουν την υποθερμία.

Η απώλεια της θερμικής ενέργειας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα stress στα παιδιά και η υποθερμία που αναπτύσσεται και επιπλέκει την αντιμετώπιση του υποτασικού παιδιατρικού πάσχοντα. Πτώση της θερμοκρασίας κάτω από 36 οC υποδηλώνει σοβαρή βλάβη του θερμορυθμιστικού μηχανισμού, που προκαλεί μια ποικιλία διαταραχών της κυκλοφορίας, όπως μείωση της καρδιακής παροχής, αύξηση των περιφερειακών αντιστάσεων και διαταραχές του ρυθμού, ενώ παράλληλα μετατοπίζεται η καμπύλη κορεσμού της αιμοσφαιρίνης προς τα αριστερά,

με αποτέλεσμα τη μείωση της αποδέσμευσης του οξυγόνου προς τους ιστούς. Επιπλέον η υποξαιμία και η υποξία οδηγούν σε γαλακτική οξέωση.

Η εξέταση των συστημάτων κατά τακτά χρονικά διαστήματα μέσα στο ασθενοφόρο και στο νοσοκομείο είναι απαραίτητη, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασης του τραυματία (Τσουμάκας).

Πίνακας 5. Αρχική εργαστηριακή εκτίμηση πολυτραυματισμένου παιδιού

A) Αιματολογικές εξετάσεις
- γενική αίματος
- ρύθμιση αιμοπεταλίων
- χρόνος προθρομβίνης
- χρόνος μερικής θρομβοπλαστίνης
- ινωδογόνο
B) Εξετάσεις ούρων
- μακροσκοπική
- μικροσκοπική
Γ) Βιοχημικές εξετάσεις
- ηλεκτρολύτες
- ουρία
- κρεατινίνη
- γλυκόζη
- ασβέστιο
- τρανσαμινάσες
- αμυλάση
Δ) Ακτινολογικές εξετάσεις
- ακτινογραφία θώρακα
- ακτινογραφίες αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης
- ακτινογραφίες όλων των εμφανών καταγμάτων
- υπερηχογράφημα κοιλίας
- αξονική τομογραφία για τραυματισμούς κεφαλής, θώρακα και κοιλίας

8.3 Το πολυτραυματισμένο παιδί μετά την αρχική αντιμετώπιση

Η σωστή αξιολόγηση του παιδιού- τραυματία είναι απαραίτητη και την απόφαση της μεταφοράς του σε ειδικό παιδιατρικό τραυματολογικό κέντρο (πίνακας 4.)

Κατά την άφιξη του παιδιού- τραυματία στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών η επιβίωση του εξαρτάται από τη βαρύτητα και τη διάρκεια της καταπληξίας που παρουσιάζει. Αν το τραυματισμένο παιδί έχει διακομιστεί σε κατάλληλα οργανωμένο κέντρο και η κατάστασή του σταθεροποιηθεί στη πρώτη ώρα από τη κάκωση, είναι πιθανόν η εκβασή του να είναι καλή. Ένας αδρός εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητος σε κάθε τραυματισμένο παιδί (πίνακας 5.).

Η λεπτομερής πια κλινική εξέταση των συστημάτων του πολυτραυματία- παιδιού σε συνδυασμό με τις εργαστηριακές εξετάσεις θα καθορίσουν τη παραπέρα πορεία, μαζί με τη παροχή των υπηρεσιών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, στο κατάλληλο οργανωμένο Εξωτερικό Ιατρείο, τη νοσηλεία στη Κλινική ή και τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας.

Σε μια ομάδα πολυτραυματιών- παιδιών αυξημένη θνητότητα παρατηρείται μερικές ημέρες μέχρι και εβδομάδες μετά το τραυματισμό, που οφείλεται σε βαριές και επικίνδυνες για τη ζωή επιπλοκές, λόγω μη ανταπόκρισης των κακώσεων στη συντηρητική και χειρουργική θεραπεία. Άμεσες ενδείξεις χειρουργικής επέμβασης αποτελούν η ανισοκορία με ετερόπλευρη ημιπάρεση και η μη ανατασσόμενη κυκλοφορική καταπληξία (Γιαμμαρέλου).

8.4 Νοσηλευτικά προβλήματα

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

- A) Τη μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων σε καθημερινή βάση,
- B) Την οξεία εμφάνιση τους και την ανάγκη επείγουσας αντιμετώπισης,
- Γ) Την ανάγκη ειδικής αντιμετώπισης και
- Δ) Την ανάγκη ύπαρξης διαθέσιμων κλινών και εξειδικευμένου προσωπικού επί καθημερινής βάσης (Γιαμμαρέλου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

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 εννέα μηνών το μωρό μπορεί να καθίσει... αλλά και να γλιστρήσει στο μπάνιο. Είναι ικανό να μπουσουλίσει και να φθάσει μέχρι το πιατάκι με το φαγητό της γάτας ή τη φωτιά στο τζάκι ή το πλατύσκαλο μιας εσωτερικής σκάλας. Καθώς κρατιέται και στέκεται όρθιο από το ελαφρύ τραπέζι μπορεί να το αναποδογυρίσει και να πέσει μαζί του. Τα καταφέρνει να σκαρφαλώνει πάνω σε έπιπλα με κίνδυνο να πέσει από τις καρέκλες ή το καρότσι του (Υγεία περιοδικό).

Φροντίζουμε: να μην αφήνουμε ποτέ το μωρό μόνο του όταν είναι ξύπνιο να κρατάμε καθαρό και να απομακρύνουμε από το πάτωμα επικίνδυνα αντικείμενα.

Να χρησιμοποιούμε προστατευτικό κάλυμμα στο τζάκι και πόρτα ασφαλείας στην αρχή της εσωτερικής σκάλας να είμαστε πάντα μαζί με το μωρό στο μπάνιο και να μην εμπιστευόμαστε να το προσέχουν μεγαλύτερα παιδιά να ελέγξουμε αν το κάθισμα μεταφοράς του παιδιού στο αυτοκίνητο είναι το κατάλληλο για την ηλικία και το βάρος του. 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 (Υγεία περιοδικό).

Φροντίζουμε: να είμαστε πάντα μαζί του, όταν το μωρό είναι ξύπνιο να ασφαλίζουμε τα ντουλάπια και τις πόρτες με ειδικά κάλυπτρα ασφαλείας ώστε να μην είναι επισκέψιμοι από το παιδί αποθηκευτικοί χώροι όπου φυλάσσονται απορρυπαντικά, φάρμακα, καλλυντικά και άλλες επικίνδυνες χημικές ουσίες. Στις πρίζες του ηλεκτρικού τοποθετούμε προστατευτικά καλύμματα. Να μαγειρεύουμε στα πίσω μάτια της κουζίνας με τις λαβές των μαγειρικών σκευών στραμμένες προς τον τοίχο για να αποφεύγονται τα εγκαύματα να βεβαιωθούμε ότι τα παράθυρα έχουν κλειδαριές ασφαλείας που δεν μπορούν να ανοιχτούν από τα παιδιά. Ενισχύσουμε τα κάγκελα της βεράντας με ειδικό προστατευτικό δίχτυ που φτάνει σε ύψος τα 1.80 μέτρα (Υγεία περιοδικό).

Ατυχήματα σε παιδιά 1-4 χρονών

Το μεγαλύτερο αριθμό θανατηφόρων ατυχημάτων στα ελληνόπουλα της προσχολικής ηλικίας προκαλεί η εμπλοκή σε τροχαίο με την ιδιότητα κυρίως του επιβάτη ή του πεζού ενώ οι πνιγμοί- πνιγμονές από ξένα σώματα εξακολουθούν να είναι σημαντική αιτία θανάτου. 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 ατύχημα 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 τη βρύση και να καεί με το ζεστό νερό. Διασκεδάζει να σκαρφαλώνει στα κάγκελα της βεράντας και να κάνει τσουλήθρα στην κουπαστή της σκάλας.

Φροντίζουμε: να τηρεί το σπίτι μας τις ειδικές προδιαγραφές ασφάλειας για παιδιά να επιτηρούμε το παιδί σωστά και διακριτικά να το διδάσκουμε σιγά-σιγά και υπομονετικά θέματα ασφαλούς συμπεριφοράς. Το παιδί καταλαβαίνει τις οδηγίες, αλλά τις ξεχνά όταν ενθουσιάζεται ή το απορροφά κάτι άλλο (Γιαμμαρέλου).

Ατυχήματα σε παιδιά 5-9 χρόνων

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.

Τα πεντάχρονα παιδιά μπορούν με τη δική μας επίβλεψη να χρησιμοποιούν το μαχαίρι και να ανάβουν τα σπίρτα. 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 βίωμά τους

Επίσης οι γονείς θα πρέπει να φροντίσουν:

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.

Να μάθουν το παιδί τους κολύμπι... οι χαρές της θάλασσας μπορεί να εγκυμονούν κινδύνους.

Να ενημερωθούν αν γίνεται περιοδικός έλεγχος των οργάνων και υπάρχει σωστή επιτήρηση στην παιδική χαρά που συχνάζει το παιδί σας. (Γιαμμαρέλου).

Ατυχήματα σε παιδιά 10-14 χρόνων

Με την είσοδο του παιδιού στην εφηβεία, τα τροχαία ατυχήματα στα οποία τα παιδιά συμμετέχουν είτε ως επιβάτες αυτοκινήτων και δικύκλων είτε ως πεζοί αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου. Ακολουθούν οι πνιγμοί που στην ηλικία αυτή αντιπροσωπεύουν κυρίως ατυχήματα στη θάλασσα. Οι πτώσεις αποτελούν και πάλι την πρώτη αιτία προσέλευσης στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, αλλά στις ηλικίες αυτές προκαλούνται σε χώρους εκτός σπιτιού, όπως το σχολείο και οι αθλητικές δραστηριότητες. Στα προγράμματα παρέμβασης δίνεται ειδική έμφαση στη δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος στο σχολείο ή στη 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 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 ασφάλειας αφήνοντας

συγχρόνως το παιδί να ανακαλύπτει την ανεξαρτησία του μέσα στα όρια που καθορίζουν τα μέτρα αυτά. Το δικό σας όμως ζωντανό παράδειγμα είναι εκείνο που μετράει περισσότερο από κάθε συμβουλή (Γιαμμαρέλου).

Επίλογος

Τα ατυχήματα αποτελούν σοβαρότατο πρόβλημα της δημόσιας υγείας όλων των χωρών διότι αφορούν στο νεανικό και υγιή πληθυσμό. Τα ατυχήματα δεν τα «δημιουργεί η κακιά ώρα ή κακοτυχία» αλλά είναι αποτέλεσμα πολλών άλλων παραγόντων (ανθρώπινο λάθος, αφέλεια, απεισκευσία, περιφρόνηση ή άγνοια του κινδύνου) που καθιστούν τη πρόληψη τον κυριότερο παράγοντα για τη μείωση τους.

Η αντιμετώπιση του τραυματισμένου- παιδιού απαιτεί άμεση κλινική εκτίμηση και αξιολόγηση της αναπνευστικής λειτουργίας, της κυκλοφορίας και της νευρολογικής κατάστασης του. Ακολουθεί εφαρμογή των θεραπευτικών ενεργειών που απαιτούνται για την ανάνηψη και σταθεροποίηση των ζωτικών λειτουργιών, και με βάση το 'χρυσό πρωτόκολλο' ABCDE. Ο Ιατρός είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει τα ανατομικά και φυσιολογικά χαρακτηριστικά του παιδιού, ώστε να μη γίνονται σφάλματα στην εκτίμηση των κακώσεων.

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

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα σχολεία

1. Η ύπαρξη συστήματος πυρασφάλειας είναι απαραίτητη σε κάθε σχολείο. Επιπλέον, θα πρέπει κάθε χρόνο να γίνεται άσκηση ασφαλούς εγκατάλειψης του κτιρίου σε περίπτωση φωτιάς.
2. Σε περίπτωση σεισμού υπάρχει μεγάλος κίνδυνος πρόκλησης ατυχήματος όχι μόνον εξαιτίας της σεισμικής δόνησης αλλά και λόγω του πανικού που δημιουργείται. Μόνος τρόπος για την προσπάθεια ελέγχου μιας τέτοιας κατάστασης είναι η πραγματοποίηση σε τακτά χρονικά διαστήματα ασκήσεων σεισμού.
3. Όλα τα σχολεία πρέπει να διαθέτουν πλήρες φαρμακείο για την παροχή Α' Βοηθειών, με κάποιον υπεύθυνο γι' αυτό και, αν είναι δυνατόν, έναν νοσηλευτή ή μια νοσηλεύτρια. Σημαντικό είναι ακόμη οι γονείς να ενημερώσουν έγκαιρα το ιατρείο του σχολείου εάν το παιδί τους τυχαίνει να έχει κάποια αλλεργία. Πρέπει επίσης να υπάρχουν εμφανώς αναρτημένα τα τηλέφωνα του πλησιέστερου Κέντρου Υγείας ή Νοσοκομείου. Νηπιαγωγοί, δάσκαλοι, καθηγητές και γυμναστές πρέπει ιδανικά να εκπαιδεύονται στις βασικές Α' Βοήθειες. Στις μεγάλες τάξεις αυτό μπορεί να γίνεται και για τους μαθητές.

Τροχαίων ατυχημάτων

1. Η διδασκαλία της Κυκλοφοριακής Αγωγής και της Αγωγής Υγείας, πρέπει να εισαχθεί σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, αρχής γενομένης από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.
2. Ένταση της αστυνόμευσης για την αυστηρή εφαρμογή των διατάξεων του Κ.Ο.Κ.
3. Δημιουργία Κέντρου Παιδικού Τραύματος (ελλείπει παντελώς) στελεχωμένο με εξειδικευμένους ιατρούς.
4. Για την εκδίκαση αστικής ευθύνης, στα θύματα των τροχαίων ατυχημάτων, να μη λαμβάνεται υπόψη μόνο το νοσηλευτικό κόστος, αλλά το επίσημο κοινωνικο-οικονομικό κόστος του τροχαίου ατυχήματος, που περιλαμβάνει την αξία του ανθρωπίνου κεφαλαίου και της μείωσης της ποιότητας ζωής του θύματος.
5. Απαιτείται η παρουσία ειδικού ψυχολόγου για τα στελέχη των μονάδων που εμπλέκονται στον τόπο του ατυχήματος και στη διακομιδή τους (Αστυνομία, Πυροσβεστική, ΕΚΑΒ) καθώς και στα Τ.Ε.Π. για την ψυχολογική στήριξη των παθόντων, του οικογενειακού περιβάλλοντος τους, μη εξαιρουμένου του προκαλέσαντος το ατύχημα.

6. Κινητοποίηση των Μ.Μ.Ε. για την αναγκαιότητα μείωσης των τροχαίων ατυχημάτων.

Πηγμών

1. Ποτέ να μη ξεφεύγει το παιδί από την επίβλεψη του γονέα.
2. Να γίνονται κατανοητοί στο παιδί οι κίνδυνοι που μπορεί να βρεθεί αντιμέτωπο σε περίπτωση που προσπαθήσει να μας ξεγελάσει, να φύγει από κοντά μας και μπει μόνο του μέσα στη θάλασσα ή στη πισίνα.
3. Χρήση είτε σανίδας είτε τοποθέτηση σε αυτό μπρατσάκια αν και τίποτα δεν είναι πιο ασφαλές από το να φορέσει σωσίβιο.
4. Οι γονείς να εκπαιδεύονται σε ότι αφορά τη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση έτσι ώστε να είναι έτοιμοι να παρέχουν τη βοήθεια τους σε περίπτωση κινδύνου.

Εγκαύματα

1. Αφήστε να τρέξει μπόλικο νερό στην περιοχή για τουλάχιστον 5 λεπτά.
2. Μην αφαιρέσετε τα ρούχα του παιδιού προτού πλύνετε καλά την περιοχή με μπόλικο νερό.
3. Μεταφέρετε το παιδί στο κοντινό νοσοκομείο, αν η βλάβη είναι μεγάλη.
4. Εγκαύματα στο στόμα ή τα μάτια χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση από γιατρό.

Τηλεφωνήστε αμέσως στο γιατρό αν...

1. Το έγκαυμα είναι δευτέρου ή τρίτου βαθμού.
2. Το έγκαυμα καλύπτει μεγάλη επιφάνεια του δέρματος.
3. Το έγκαυμα περιλαμβάνει τα μάτια, το στόμα ή τα γεννητικά όργανα ανεξάρτητα με το βαθμό.

Χρήσιμες οδηγίες για τους γονείς:

1. Μην αφήνετε ποτέ το παιδί σας να παίζει με σπέρτα, αναπτήρες ή την φωτιά.
2. Φοράτε στα παιδιά, όσο το δυνατόν, ρούχα μη αναφλέξιμα .
3. Παιδιά μικρότερα των οκτώ χρόνων χρειάζονται συνεχή επιτήρηση.
4. Μην αφήνετε τα παιδιά ποτέ μόνα στο σπίτι.
5. Δοχεία που περιέχουν ζεστό νερό ή οποιοδήποτε άλλο υγρό πρέπει να είναι σε σημεία που τα παιδιά να μην μπορούν να τα πάρουν .

Πτώσεις

1. Μην τα αφήνετε μόνα τους ούτε για μερικά δευτερόλεπτα. Τόσα χρειάζονται για να πέσουν.
2. Τοποθετείστε προστατευτικό κάγκελο στο πάνω μέρος της σκάλας. (Υπάρχουν και έτοιμα στη αγορά). Τα οριζόντια κάγκελα στα μπαλκόνια είναι πολύ επικίνδυνα γιατί το παιδί μπορεί εύκολα να σκαρφαλώσει και να πέσει στο κενό. Αντικαταστήστε τα με κάθετα ή προσθέστε προστατευτικό πλέγμα.
3. Μην τοποθετείτε καρέκλες ή τραπεζάκια κοντά σε παράθυρα. Υπάρχει ο κίνδυνος το παιδί να ανέβει, να ανοίξει το παράθυρο και να πέσει. Εφαρμόστε κάγκελα για πλήρη ασφάλεια.

Ηλεκτροπληξία

1. Προσέξτε τα παιδιά σας να μην αγγίζουν πρίζες, φίσιες ή ηλεκτρικές συσκευές με βρεγμένα χέρια.
2. Καλύψτε τις πρίζες με ειδικά καλύμματα που υπάρχουν στη αγορά.
3. Μην αφήνετε εκτεθειμένα καλώδια και μη τα περνάτε κάτω από ανοίγματα πορτών ή κάτω από χαλιά.
4. Αντικαταστήστε αμέσως όλα τα φθαρμένα καλώδια των οικιακών συσκευών ή ακόμα καλύτερα καλέστε τον ηλεκτρολόγο σας.
5. Ποτέ μη βαρυφορτώνετε τα πολύπριζα και μη τροφοδοτείτε συσκευές μεγάλης ισχύως συγχρόνως.
6. Μη χρησιμοποιείτε ηλεκτρικές συσκευές μέσα στο μπάνιο.

Δηλητηριάσεις

1. Φυλάγετε όλα τα φάρμακα σε κλειδωμένο ντουλαπάκι ψηλά για να μη μπορεί το παιδί να τα φθάσει.
2. Μητέρες-γιαγιάδες. Μη φυλάγετε φάρμακα στη τσάντα σας. Σίγουρα το παιδί σας θα την εξερευνήσει και πιθανότατα να τα βάλει στο στόμα του με κίνδυνο να δηλητηριαστεί. Μη ξεχνάτε ότι πολλά χάπια μοιάζουν με καραμέλες.
- 3 Φυλάγετε τα υγρά απορρυπαντικά, λευκαντικές ουσίες (χλωρίνη) και άλλα είδη καθαρισμού σε μη προσιτό μέρος. · Μην βάζετε πετρέλαιο, οινόπνευμα, γεωργικά φάρμακα ή άλλες καυστικές ουσίες σε μπουκάλια αναψυκτικών και άλλα δοχεία που μπορεί να τραβήξουν τη προσοχή του παιδιού σας. Μπορεί το παιδί να τα ανοίξει και να τα πιει.

Ασφυξία

1. Μη χρησιμοποιείτε κορδέλες ή κορδόνια για να κρεμάσετε τη πιπίλα του παιδιού σας στο λαιμό του. Υπάρχει κίνδυνος να πιαστεί κάπου και να πάθει ασφυξία. Στερεώστε τα με παραμάνια ή ειδικά clips.
2. Τα βρέφη δεν χρειάζονται μαξιλάρι. Εάν χρησιμοποιηθεί πρέπει να μη είναι μαλακό και ψηλό γιατί μπορεί να βάλει το πρόσωπο του και να μη μπορεί να αναπνέει.
3. Βεβαιωθείτε ότι έχετε κλείσει το γκάζι πριν κοιμηθείτε.
4. Μην αφήνετε τα παιδιά σας να παίζουν με πλαστικές σακούλες. Υπάρχει κίνδυνος να τα φορέσουν στο κεφάλι και να πάθουν ασφυξία.

Άλλα ατυχήματα

1. Συμβουλευστε τα παιδιά σας να προσέχουν όταν ανοιγοκλείνουν τις πόρτες. Υπάρχει κίνδυνος να εγκλωβιστούν τα χέρια τους και να τραυματιστούν.
2. Τοποθετείστε χρωματιστά αυτοκόλλητα στα τζάμια των πόρτων ιδίως αυτών που οδηγούν σε βεράντες. Πολλές φορές νομίζουμε ότι η πόρτα είναι ανοιχτή με αποτέλεσμα να κτυπήσουμε στο τζάμι και να τραυματιστούμε σοβαρά.
3. Όταν υπάρχουν μικρά παιδιά στο σπίτι τοποθετείστε τα έπιπλα με τέτοιο τρόπο ούτως ώστε να αποφεύγονται τα κτυπήματα στις γωνιές τους.
4. Ποτέ μην αφήνετε μικρά παιδιά μόνα τους στη μπανιέρα ιδίως όταν έχει πολύ νερό. Μπορεί να γλιστρήσουν και να πνιγούν.
5. Μην αφήνετε τα παιδιά σας να τρέχουν όταν έχουν κάποιο αντικείμενο στο στόμα π.χ. (μολύβι). Μπορεί να πέσουν και να τραυματιστούν σοβαρά στο στόμα.
6. Τα ατυχήματα από πυροβόλα όπλα στον τόπο μας είναι σπάνια. Καλύτερα όμως να τα έχετε λυμένα και κλειδωμένα σε κάποιο μέρος και τα φυσίγγια σε άλλο μέρος.
7. Μην αφήνετε τα παιδιά σας να χρησιμοποιούν φαναράκια Laser. Μπορεί να προκαλέσουν προσωρινή τύφλωση και μόνιμη βλάβη στα μάτια.
8. Κάθε χρόνο, την περίοδο του Πάσχα, πολλά παιδιά και έφηβοι ακρωτηριάζονται ή τραυματίζονται σοβαρά από κροτίδες. Το σχολείο, τα μέσα επικοινωνίας, η Αστυνομία και προ πάντων οι γονείς έχουν υποχρέωση να λάβουν όλα τα απαραίτητα μέτρα για να προλάβουν την «κακιά στιγμή».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας. 1980-1999.

Γιαμμαρέλου Α, Σγουροπούλου Σ, Παπαδόπουλος Γ, (2001) *Επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική*. Αθήνα : Ιατρικές.

Καραχάλιος Γεώργιος Ν , Νίκος Μαραθευτής, (1999) *Παιδιατρική νοσηλευτική*. Αθήνα : Έλλην.

Κουγιουμτζάκης Γ, (2001) *Πρόοδοι στην αναπτυξιακή ψυχολογία των πρώτων χρόνων*. Κρήτη : Πανεπιστημιακές εκδόσεις.

Κωσταρίδου Σ, Αναστασέα-Βλάχου Π, Σωτηροπούλου Φ, Παναγοπούλου Μ, Παναγοπούλου Γ, Ζαχαριάδη Α, και συν. (2001) *Πρόληψη τροχαίων* Αθήνα : Ζήτα.

Μερίδης Θεόφιλος. (2001) *Παιδικά ατυχήματα και πώς να τα προλάβετε*. Υγεία τεύχος Απριλίου.

Μίλερ Λίζα. (1995) *Κατανοώντας το βρέφος σας*. Αθήνα:Καστανιώτη

Ντολάντζας Θεόδωρος. (2005) *Ο γιατρός συμβουλεύει Πρώτες βοήθειες*. Αθήνα: Λίγκας.

Ντόλατζας Θεόδωρος. (2000) *Επείγοντα προβλήματα στα παιδιά*, Αθήνα: Λίγκας

Πάνου Μαρία (2005) *Παιδιατρική νοσηλευτική εννοιολογική προσέγγιση*. Αθήνα: Βήτα.

Παναγιωτόπουλος Τάκης. (1991) *Υγεία στην προσχολική ηλικία εικόνες νοσηρότητας και ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ίδρυμα ερευνών για το παιδί*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

- Πετρίδου Ε. Τριχόπουλος Δ. (2000) *Επιδημιολογία και πρόληψη ατυχημάτων και κακώσεων, Προληπτική ιατρική και δημόσια υγεία*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Σώκου Κ. (1994) *Η αγωγή και η προαγωγή της υγείας στα σχολεία*. Αθήνα: Σ.Ε.Λ.Κ.Ε.
- Τριχοπούλου Αντωνία και Δημήτρης Τριχόπουλος. (1990) *προληπτική ιατρική*. Αθήνα: Παρισιάνου.
- Τσιλιγκιρόγλου Άννα – Φαχαντίδου (1993) *Παιδική ανάπτυξη και υγεία*. Θεσσαλονίκη: University studio press.
- Τσουμάκας Κ. (2001) *Ατυχήματα στην παιδική και εφηβική ηλικία*. Αθήνα: Παιδιατρική.
- Brazelton T. B., Τα αναπτυξιακά προβλήματα του βρέφους και του νηπίου. Η ιατρο – ψυχολογική αντιμετώπιση τους. Ελληνικά γράμματα 1992
- Brenner RA. Prevention of drowning in infants, children, and adolescents. Pediatrics 2003
- Fukunishi K, Takahashi H, Kitagishi H, Matsushima T, Kanai T, Ohsawa H, et al. Epidemiology of childhood burns in the critical care medical center of Kinki University Hospital in Osaka, Japan. Burns 2000
- Gerald B. Merenstein, David W. Kaplan, Adam A. Rosenberg, Συνοπτική παιδιατρική, Επιστημονικές εκδόσεις Γρηγόριος Παρισιάνος, μαρία Παρισιάνου, Αθήνα 2003
- Grivna M. Injuries among children, some cost considerations in USA. Cent Eur J Public Health 2001
- Johnston C, Hivara F, Soderberg R. Children in car crashes. Analysis of data for injury and use of restraints. Pediatrics 1994
- Marchel Battex, Francois Kuffer, Alois Scharli, Επίτομη χειρουργική παιδών, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1985
- Richard E. Behrman, Robert Kliegman, Βασική παιδιατρική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2000

World Health Organization: The Injury Chartbook. A graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: 2002