

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΙΔΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :



ΕΥΑΓΓΕΛΙΝΕΛΗ ΙΩΑΝΝΑ



ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ ΕΛΕΝΗ



ΦΕΙΔΑΚΗ ΑΡΧΟΝΤΟΥΛΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή πραγματεύεται το πρόβλημα των παιδικών ατυχημάτων και την πρόληψη τους.Κύριος στόχος της είναι η επισήμανση των κυριότερων και πιο συνηθισμένων μορφών παιδικών ατυχημάτων,καθως και η ενημέρωση των γονέων και κάθε ενδιαφερόμενου,σε ότι σχετίζεται με τα αίτια και την πρόληψη αυτών.Ειδικότερα αναφέρεται ,στα εγκαύματα,στις δηλητηριάσεις,στους πνιγμούς,στα κατάγματα και σε άλλα ατυχήματα που συμβαίνουν καθημερινά στα παιδιά...

Θα θέλατε να ευχαριστήσουμε θερμά

1. τον επιβλέπων καθηγητή μας Στεφανόπουλο Νικόλαο, για την πολύτιμη καθοδήγηση του και όλες τις πληροφορίες που μας παρείχε, προκειμένου να έρθει εις πέρας η πτυχιακή μας εργασία,
2. τους διευθυντές των δημοτικών σχολείων:
 - 6^ο δημοτικό
 - 32^ο δημοτικό
 - 19^ο δημοτικό
 - 33^ο δημοτικό
 - 17^ο δημοτικό
 - 46^ο δημοτικό
 - 42^ο δημοτικό
 - 15^ο δημοτικό
 - 65^ο δημοτικό
 - 21^ο δημοτικό
 - 39^ο δημοτικό

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρουσία σχολικού νοσηλευτή στα ιδρύματα Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης στην Ελλάδα, έχει θεσμοθετηθεί στο πρόσφατο παρελθόν. Εντούτοις στα περισσότερα σχολικά συγκροτήματα δεν υπάρχει παρουσία επαγγελματία σχολικού νοσηλευτή, και ο ρόλος του υποκαθίσταται από τους δασκάλους και τους καθηγητές φυσικής Αγωγής.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις γνώσεις των δασκάλων στα σχολεία Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης του Νομού Αχαΐας στην γνώση παροχής Πρώτων Βοηθειών.

Υλικό και μέθοδος: Η εργασία αποτελεί μέρος ευρύτερης απογραφικής έρευνας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος σε όλα τα δημοτικά σχολεία του νομού Αχαΐας. Το δείγμα της εργασίας αποτελούν όλοι οι δάσκαλοι σε 11 από 30 δημοτικά σχολεία του Νομού. Μοιράστηκαν 168 ερωτηματολόγια με 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου και συλλέχθηκαν ορθώς συμπληρωμένα τα 125, ποσοστό 74,5%. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο GraphPad Prism 6

Αποτελέσματα: Το 78% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 22% άνδρες. Το 50% των ερωτηθέντων έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών και το 68% έχουν προσφέρει πρώτες βοήθειες στους μαθητές τους. Στην ερώτηση για τον σωστό αλγόριθμο συμπίεσεων – αναπνοών σε ΚΑΡΠΑ σε παιδί απάντησαν σωστά 4, ποσοστό 3%. Στην ερώτηση για αντιμετώπιση λιποθυμίας απάντησαν σωστά 114, ποσοστό 91%. Στις 11 από τις 15 ερωτήσεις το ποσοστό ορθών απαντήσεων ήταν <50%. Σε καμία από τις ερωτήσεις δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ αυτών που είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια Πρώτων Βοηθειών και όσων δεν είχαν, ως προς την ορθότητα των απαντήσεων ($p > 0.05$) Μόνο οι 21 από τους 125, ποσοστό 17% απάντησαν ότι αρμόδιος για την παροχή Πρώτων Βοηθειών θα πρέπει να είναι ο σχολικός νοσηλευτής.

Συμπεράσματα: Οι γνώσεις των δασκάλων στην παροχή Πρώτων Βοηθειών κρίνεται ανεπαρκής. Τα σεμινάρια που έχουν παρακολουθήσει δεν έχουν συμβάλει θετικά στην επιμόρφωσή τους. Η ευαισθητοποίησή τους για το θεσμό του Σχολικού Νοσηλευτή είναι μικρή.

SUMMARY

Introduction : The presence of a school nurse in primary schools in Greece , has been established in the recent past. However in most school buildings is not present professional school nurse , and the role of substitute teachers and physical education teachers .

The purpose of this paper is to investigate the knowledge of teachers in primary schools in the prefecture of Achaia knowledge of first aid .

Material and Methods: The study is part of a broader Census of TEI of Western Greece in all primary schools in the prefecture of Achaia. The sample of work are all teachers in 11 of 30 primary schools in the county. 168 questionnaires were distributed to 15 closed questions and collected correctly completed 125 percentage 74.5 % . The statistical analysis was performed with the statistical package GraphPad Prism 6

Results: 78 % of the sample were female and 22 % male . 50 % of respondents have attended a First Aid course and 68 % have provided first aid to their students . When asked for the correct compression algorithm - breaths in CPR to a child answered correctly 4 3% . When asked to address faint answered correctly 114 91% . In 11 of the 15 questions the proportion of correct responses was < 50 % . None of the questions no correlation between those who had attended seminars on first aid and what did not, as to the correctness of responses ($p > 0.05$) Only 21 out of 125 , 17% answered that responsible for providing First Aid should be the school nurse .

Conclusions : Knowledge of teachers in first aid deemed insufficient. The seminars have been attended not contribute positively to education. Raising awareness for the institution of the School Nurse is small.

Περιεχόμενα:

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
SUMMARY.....	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ.....	10
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ.....	11
1.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	11
1.3 Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	15
1.4 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ.....	15
1.5 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	18
2.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	19
2.2 ΠΝΙΓΜΟΣ-ΕΓΚΑΥΜΑ-ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ.....	19
2.3 ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ-ΒΙΑ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ :ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ.....	23
3.1 ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ(ΚΑΡΠΑ).....	24
3.1.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	24
3.1.2 Μέθοδος προσέγγισης.....	24
3.2ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ.....	25
3.2.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	25
3.2.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	25
3.3ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ.....	26
3.3.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	26
3.3.2 ΑΙΤΙΑ.....	26
3.3.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	26
3.3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	28
3.4 ΘΛΑΣΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ.....	28
3.4.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	28
3.4.2 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΘΛΑΣΤΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ.....	28
3.5 ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΑ, ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ.....	29
3.5.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	29
3.5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	29

3.5.3 ΑΙΤΙΑ.....	29
3.5.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	29
3.5.5 ΠΡΟΛΗΨΗ	30
3.5.6 ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ	30
3.6 ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	30
2.6.1 ΓΕΝΙΚΑ	30
2.6.2 ΑΙΤΙΑ	31
3.6.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	31
3.6.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	32
3.6.5 ΠΡΟΛΗΨΗ	33
3.7 Επιληψία	33
3.7.1 Γενικά	33
3.7.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ.....	33
2.7.3 Διάγνωση Επιληψίας	34
3.8 ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ.....	34
3.9 ΚΡΥΟΠΑΓΗΜΑΤΑ	34
3.9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	34
3.9.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	35
3.10 ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ.....	35
3.10.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	35
3.10.2 ΑΙΤΙΑ.....	35
3.10.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	35
3.11 ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ.....	36
3.12 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	36
3.12.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	36
3.12.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	37
3.12.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	37
3.14 ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ.....	37
3.14.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	37
3.14.2ΑΙΤΙΑ.....	38
3.14.3ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	38
3.14.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ.....	38
3.14.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ.....	39

3.14.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ	39
3.15 ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ	40
3.15.1 ΓΕΝΙΚΑ	40
3.15.2 ΑΙΤΙΑ	40
3.15.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	40
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	42
ΕΙΣΑΓΩΓΗ:	43
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:	44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	45
Δημογραφικά στοιχεία:	45
Ειδικό Μέρος Ερωτηματολογίου:	52
ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	67
ΣΥΖΗΤΗΣΗ:.....	68
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο	74

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σχολικός νοσηλευτής έχει θεσμοθετηθεί από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη. Πιο συγκεκριμένα στην Ευρώπη οι πρώτοι σχολικοί νοσηλευτές εμφανίζονται το 19^ο αιώνα μεταξύ το 1834 και το 1892, στα πλαίσια του κινήματος για την δημόσια υγεία. Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή είναι εδώ και χρόνια σημαντικός, αναγνωρίσιμος και λεπτομερώς προσδιορισμένος.

Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα έχουν τις απαρχές τους στο 1910 με την οργάνωση κεντρικής υπηρεσίας στο υπουργείο παιδείας και στο 1914 με τη δημιουργία του σχολιάτρου και της υγειονομικής υπηρεσίας των σχολείων. Το 1976, η υπηρεσία αυτή μεταφέρθηκε στο υπουργείο κοινωνικών υπηρεσιών.

Η είσοδος των νοσηλευτών στα ελληνικά σχολεία και η έναρξη υποτυπώδους σχολικής νοσηλευτικής έγινε το 1985 (νόμος 1566, άρθρο 35, παράγραφος 2) με την εισαγωγή του κλάδου των επιμελητών ως ειδικό προσωπικό στα σχολεία ειδικής αγωγής. Στην παράγραφο 8 του ίδιου άρθρου ορίζονταν κατά κλάδους τα ειδικά τυπικά προσόντα διορισμού του ειδικού προσωπικού, τα οποία για τον κλάδο των επιμελητών ήταν πτυχίο νοσοκόμων ή βρεφονηπιοκόμων ιδρύματος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής.

Σήμερα ισχύουν οι διατάξεις του νόμου 3172/2003, ενώ ο πρόσφατος νόμος 3370/2005 για την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας δεν προβλέπει κάτι νέο για τις υπηρεσίες σχολικής υγείας.

Σήμερα όσον αφορά στα δημόσια ελληνικά σχολεία, υποτυπώδους σχολική νοσηλευτική λειτουργεί μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής όπου εργάζονται περίπου 45 σχολικοί νοσηλευτές (έως το Μάρτιο 2005) και οι οποίοι υπάγονται στο ΥΠΕΠΘ. Στα σχολεία αυτά εξυπηρετούνται μαθητές ηλικίας 4-22 ετών. Η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στα ιδιωτικά σχολεία έγκειται στην ευχέρεια των ιδρυμάτων καθώς δεν υπάρχει νόμος που να υποχρεώνει για την παρουσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που έχει να αντιμετωπίσει ο σχολικός νοσηλευτής είναι τα ατυχήματα και γενικότερα το τραύμα στο σχολικό περιβάλλον. Περισσότερα από 875.000 παιδιά κάτω από την ηλικία των 18 ετών πεθαίνουν από τραυματισμό κάθε χρόνο. Αναλογιζόμενοι το μεγάλο χρόνο που παίρνουν τα παιδιά στο σχολείο αντιλαμβανόμαστε ποσό σημαντική είναι η πρόληψη και η αντιμετώπιση του τραύματος σε αυτό το περιβάλλον.

Δεδομένου της σχεδόν ανύπαρκτης παρουσίας σχολικού νοσηλευτή στην Ελλάδα μοιραία το ρολό αυτό αντιλαμβάνου οι δάσκαλοι. Είναι σημαντικό λοιπόν να μελετήσουμε κατά πόσον είναι προετοιμασμένοι να ανταπεξέλθουν στον ιδιαίτερα αυτόν ευαίσθητο ρολό τους. Στην παρούσα ερευνητική μελέτη διερευνάτε η γνώση και η ικανότητα των δασκάλων στην παροχή πρώτων βοηθειών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το πρώτο σύστημα σχολικής υγιεινής εμφανίστηκε στη Σουηδία το 1830 και στη Γαλλία το 1837. Ο πρώτος σχολικός τοποθετήθηκε στο Βέλγιο το 1890. Στη Δανία δημιουργήθηκε το 1900 το πρώτο σύστημα σχολικής υγιεινής. Στη Νέα Υόρκη η Νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο άρχισε το 1902, όταν σε κάποιο από αυτά παρουσιάστηκε μια εργατική νόσος που ανάγκαζε τα παιδιά να μάνουν για μμεγάλο χρονικό διάστημα στο σπίτι. Η Lillian Wald προσέφερε νοσηλευτική φροντίδα στα παιδιά αυτά για ένα μήνα με πολύ καλά αποτελέσματα. Μετά από αυτή τη νοσηλευτική επιτυχία, στους δώδεκα μήνες που ακολούθησαν, διορίστηκαν δώδεκα νοσηλευτές στο σχολείο αυτόματα τότε και μέ τη νοσηλευτική υπηρεσία στο σχολείο επεκτάθηκε πάρα πολύ, τόσο σαν τήρα της κοινοτικής νοσηλευτικής με κέντρο την υγειονομική υπηρεσία της κοινότητας, όσο και σαν υπηρεσία εξαρτημένη από το υπουργείο παιδείας. Το 1966, 16562 νοσηλευτές που εργάζονταν στις υγειονομικές υπηρεσίες είχαν μέσα στις άλλες αρμοδιότητες τους και την ευθύνη της υγείας των μαθητών προσφέροντας τις υπηρεσίες τους και στα σχολεία της περιοχής τους, ενώ 15282 νοσηλευτές είχαν διοριστεί ειδικά και μόνο για τα σχολεία από το υπουργείο παιδείας. Μετά από τη Νέα Υόρκη, ο θεσμός του σχολικού νοσηλευτή επεκτάθηκε και στις άλλες πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών και στον Καναδά και σταδιακά μεταφέρθηκε στις Ευρωπαϊκές χώρες με διαφορετικό ρυθμό ανάπτυξης στην κάθε μία. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας, ανοίγονται νέοι ορίζοντες και δίνονται ξεχωριστές ευκαιρίες για την ανάπτυξη της σχολικής υγιεινής και της Νοσηλευτικής στο χώρο του σχολείου. Το τελευταίο αποτελεί το μέσο με το οποίο προσφέρονται υγειονομικές υπηρεσίες σχεδόν σε όλο το νεανικό πληθυσμό της χώρας αφού περιλαμβάνει το σχολικό πληθυσμό και των τριών βαθμών (πρωτοπάθειας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας) εκπαίδευσης, δηλαδή το μαθητικό, σπουδαστικό και φοιτητικό δυναμικό της χώρας. Ακόμη, οι υπηρεσίες επεκτείνονται και σε όλο το προσωπικό του σχολείου (διδακτικό, διοικητικό και βοηθητικό) καθώς και στους γονείς με τους οποίους η νοσηλευτική υπηρεσία βρίσκεται σε συνεχή και στενή επικοινωνία. Το σχολείο με λίγα λόγια μετατρέπεται σε ένα κοινοτικό κέντρο.¹

1.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΧΟΛΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας υπάρχει αμφίδρομη σχέση, καθώς από τη μια πλευρά η κατάσταση της υγείας επηρεάζει τις μαθησιακές ικανότητες και από την άλλη η εκπαίδευση επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την υιοθέτηση διαφόρων συνηθειών στο πεδίο της υγείας. Ο σχολικός νοσηλευτής βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση, διότι διαχειρίζεται προβλήματα υγείας και εκπαιδεύει παιδιά σε θέματα υγείας, τα οποία μαθαίνουν ευκολότερα και καλύτερα καθώς εκμεταλλεύονται τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες που τους παρέχονται. Έτσι, μπορούν να διατηρήσουν θετικές συνήθειες υγείας σε όλη τους τη ζωή και είναι αυτά που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας της κοινότητας στο χρόνο. Τα προβλήματα υγείας αποτελούν παράγοντα κινδύνου ακόμα και για ακαδημαϊκή αποτυχία. Αυτά που διαχειρίζεται ο σχολικός νοσηλευτής ποικίλλουν ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο κάθε παιδιού, όπως επίσης είναι ανάλογα των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών που επικρατούν σε κάθε κοινότητα και σε κάθε χρονική

περίοδο. Έρευνες σε σχολεία των ΗΠΑ αποκάλυψαν ότι τα παιδιά και οι νέοι ενδιαφέρονται να μάθουν για θέματα υγείας και ότι ο σχολικός νοσηλευτής αποτελεί το πρόσωπο «κλειδί» για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των μαθητών. Ο νοσηλευτής που εργάζεται στο χώρο του σχολείου έχει πολλές ευθύνες, οι οποίες είναι ανάλογες με την κατηγορία ατόμων στην οποία προσφέρεται φροντίδα. Τα άτομα αυτά είναι οι μαθητές και οι οικογένειές τους, το προσωπικό του σχολείου και ολόκληρη η κοινότητα. Τα τρία συστατικά στοιχεία της σχολικής Νοσηλευτικής είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας, η αγωγή και η προαγωγή της υγείας και η περιβαλλοντική υγεία. Ο σχολικός νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει το επίπεδο υγείας με βάση επιδημιολογικά δεδομένα (θνητότητα, θνησιμότητα), να διερευνήσει την επάρκεια των κοινοτικών πηγών και να αξιολογήσει τις περιβαλλοντικές συνθήκες. Με βάση αυτή την εκτίμηση, σχεδιάζεται πρόγραμμα υγείας βασισμένο στις ανάγκες της κοινότητας. Για παράδειγμα, στην περίπτωση προβλήματος ναρκωτικών ουσιών στην περιοχή συνιστώνται ανάλογα μαθήματα στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος. Ο ρόλος και το αντικείμενο εργασίας των σχολικών νοσηλευτών με βάση τα στατιστικά στοιχεία της σχολικής Νοσηλευτικής και της διεθνής βιβλιογραφίας περιλαμβάνουν.

α. Την παροχή πρώτων βοηθειών και την αντιμετώπιση της ασθένειας και του ατυχήματος, που συμβαίνουν είτε στο σχολικό περιβάλλον ή κατά τη διάρκεια σχολικών δραστηριοτήτων. Προϋπόθεση αποτελεί η ύπαρξη οργανωμένου χώρου στο σχολείο ή κατάλληλων μέτρων αντιμετώπισης. Ο σχολικός νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το χώρο οργάνωσης παροχής πρώτων βοηθειών και συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για τον εξοπλισμό και την καλή λειτουργία του. Επίσης, είναι υπεύθυνος σε περίπτωση ατυχήματος για τη διακομιδή του μαθητή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, για την ενημέρωση της οικογένειας και την αντιπροσώπευση του μαθητή έως την έλευση γονέα ή κηδεμόνα. Δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιείται για την επαλήθευση της δικαιολογημένης ή μη, λόγω νόσου, απουσίας του μαθητή, ενώ παράλληλα είναι υποχρεωμένος να διασφαλίζει το ιατρικό απόρρητο κάθε μαθητή.

β. Την προαγωγή της υγείας του σχολικού πληθυσμού. Αυτό επιτυγχάνεται με:

I. Παρακολούθηση της υγείας των μαθητών

1. Με σχεδιασμό ατομικού πλάνου φροντίδας υγείας κάθε μαθητή, όπου αναγράφονται τα προβλήματα υγείας με βάση το ατομικό ιατρικό ιστορικό, ώστε να επιτυγχάνεται άμεση και κατάλληλη αντιμετώπιση. Για το σκοπό αυτό, συνεργάζεται με την οικογένεια για την αρτιότερη καταγραφή των προβλημάτων, αλλά και για την εδραίωση καλής επικοινωνιακής βάσης για τη συνέχεια της αγωγής υγείας και στο σπίτι.

2. Με έλεγχο του βιβλιαρίου υγείας.

3. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς πρόληψης (εμβολιασμοί σε παιδιά ή σε έκτακτες καταστάσεις).

4. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης (περιοδικές εξετάσεις του σχολικού πληθυσμού για έλεγχο σκολίωσης, μέτρηση οπτικής οξύτητας, σωματομετρικοί δείκτες).

5. Με σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης (τριτογενής πρόληψη) σε περιπτώσεις μαθητών που, εξαιτίας συμβάντων υγείας, έχουν απουσιάσει και επανέρχονται στο σχολικό περιβάλλον.

ii. Πρόληψη της ασθένειας και του ατυχήματος στο χώρο του σχολείου με βάση την παρακολούθηση της υγείας των μαθητών, αλλά και με βάση την παρακολούθηση των σχολικών εγκαταστάσεων και της ασφάλειάς τους. Ο σχολικός νοσηλευτής συμβουλεύει σε θέματα λήψης μέτρων ασφάλειας του σχολικού περιβάλλοντος, σε θέματα υγιεινής κατάστασης κοινόχρηστων χώρων και του κυλικείου. Επίσης, ελέγχει, επιτηρεί και εισηγείται για θέματα εργονομίας του σχολικού περιβάλλοντος προς τους αρμόδιους φορείς (π.χ. θόρυβος, αερισμός, φωτισμός), που επηρεάζουν την υγεία του σχολικού πληθυσμού.

iii. Αγωγή υγείας και συμβουλευτική υγείας στο χώρο του σχολείου, που στοχεύει στη διατήρηση και στη βελτίωση της υγείας του σχολικού πληθυσμού, στην απόκτηση υγιεινών συνηθειών και στάσεων, στην τροποποίηση της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, στην εκπαίδευση υγείας και στην αποκατάσταση της υγείας. Ο σχολικός νοσηλευτής σχεδιάζει, εφαρμόζει και αξιολογεί προγράμματα αγωγής υγείας, είτε ατομικά, είτε ομαδικά, είτε για ολόκληρη τη σχολική κοινότητα. Για την οργάνωση τέτοιων προγραμμάτων δρα αυτόνομα ή σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς.

iv. Προστασία της υγείας. Ο σχολικός νοσηλευτής συμμετέχει στη σύνταξη και στην εφαρμογή σχολικών κανονισμών που αναφέρονται στην ασφάλεια του σχολικού περιβάλλοντος, στην αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων, στη λήψη μέτρων βελτίωσης του σχολικού περιβάλλοντος κ.λπ.

γ. Τη συμμετοχή του σχολικού νοσηλευτή στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας του λοιπού σχολικού προσωπικού. Ο σχολικός νοσηλευτής διδάσκει πρώτες βοήθειες και ενημερώνει σε θέματα σχετικά με την υγεία, ώστε το σχολικό προσωπικό να αντεπεξέλθει σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και να κατανοήσει καλύτερα το θεσμό της σχολικής Νοσηλευτικής και της σπουδαιότητάς της, με στόχο την καλύτερη εφαρμογή της και τη βελτίωση της υγείας του σχολικού πληθυσμού.

δ. Τον έλεγχο της κατάστασης υγείας του σχολικού προσωπικού σχετικά με μεταδιδόμενες ασθένειες (φυματίωση, ερυθρά στις γυναίκες) και τη διενέργεια προγραμμάτων προαγωγής της υγείας γι' αυτό.

ε. Τη διεξαγωγή ερευνητικών προγραμμάτων με βάση τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας της σχολικής κοινότητας.

στ. Την επιμόρφωση του σχολικού νοσηλευτή στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για να παραμένει ενήμερος, με σκοπό τη βελτίωση των υπηρεσιών του απέναντι στο σχολικό πληθυσμό.

ζ. Τη συμμετοχή του σχολικού νοσηλευτή σε όλες τις επιτροπές και τα όργανα που είναι υπεύθυνα στην εκπαίδευση. Ο σχολικός νοσηλευτής μελετά, παρακολουθεί και συμβουλεύει για οτιδήποτε σχετίζεται με την υγεία ολόκληρου του σχολικού πληθυσμού, προτείνει μέτρα για την προστασία της και συμβάλλει στην εφαρμογή τους. Για να επιτύχει όλα τα παραπάνω ο σχολικός

νοσηλευτής χρειάζεται δεξιότητες επικοινωνίας, διαχείρισης χρόνου και stress, διαχείρισης προσωπικών αποφάσεων, αναγνώρισης, προσδιορισμού και επίλυσης προβλημάτων, κινητοποίησης και επιρροής άλλων, διαχείρισης κρίσεων. Ακόμα, χρειάζεται να λειτουργεί ως συνήγορος, να καθορίζει στόχους και να οργανώνει σχέδια δράσης, να έχει αυτογνωσία και να διαθέτει ομαδικό πνεύμα, που να το μεταδίδει στους υπόλοιπους.³ Οι σχολικές υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνουν το στόχο τους όταν η σχολική ομάδα υγείας λειτουργεί ομαδικά και συντονισμένα. Αυτή απαρτίζεται από το σχολικό νοσηλευτή (συντονιστή), τους γονείς και τους μαθητές, τους εκπαιδευτικούς, το σύλλογο, το διευθυντή, τον ψυχολόγο, που ασκεί συμβουλευτική και διενεργεί ελέγχους για συναισθηματικά προβλήματα και μαθησιακές δυσκολίες, τον κοινωνικό λειτουργό, που είναι υπεύθυνος για κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, τον ιατρό, τον οδοντίατρο και το υπόλοιπο προσωπικό που είναι υπεύθυνο για την καθαριότητα και το περιβάλλον.²

Η κατάσταση υγείας του μαθητή σχετίζεται άμεσα με την επίδοση του στο σχολείο. Παιδιά με ανικανοποίητες ανάγκες υγείας έχουν μια δύσκολη περίοδο που επηρεάζει τη συμμετοχή τους στην εκπαιδευτική διαδικασία. Ο σχολικός νοσηλευτής υποστηρίζει την επιτυχία του μαθητή με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μέσω της αξιολόγησης, της παρέμβασης, και follow-up για όλα τα παιδιά στο σχολικό περιβάλλον. Ο σχολικός νοσηλευτής αντιμετωπίζει τη σωματική, πνευματική, συναισθηματική, και κοινωνική υγεία των μαθητών σχολικός νοσηλευτής όχι μόνο παρέχει την ασφάλεια και τη φροντίδα στους μαθητές και στο προσωπικό, αλλά αντιμετωπίζει και την ανάγκη για την αντιμετώπιση διαφόρων θεμάτων υγείας που μπορεί να προκύψουν στο χώρο του σχολείου.

Ο αριθμός των παιδιών που έχουν μια χρόνια πάθηση έχει αυξηθεί δραματικά τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες (Perrin, άνθιση, & Gortmaker, 2007). Χρόνιες παθήσεις όπως το άσθμα, αναφυλαξία, τύπου 1 διαβήτη, επιληψία, παχυσαρκία και ανησυχίες για την ψυχική υγεία μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα του μαθητή σε τέτοιο βαθμό έτσι ώστε να μην είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του εκπαιδευτικού συστήματος.

Ο αριθμός των μαθητών με ειδικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης επίσης έχει αυξηθεί δραματικά κατά την τελευταία δεκαετία. Οι μαθητές έρχονται στο σχολείο με όλο και πιο σύνθετα ιατρικά προβλήματα, τεχνικά περίπλοκο ιατρικό εξοπλισμό, και πολύπλοκες θεραπείες (Robert Wood Johnson Foundation, 2010).

Ο σχολικός νοσηλευτής θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένος επαγγελματίας νοσοκόμος που έχει δεσμευθεί για τη δια βίου μάθηση, έχει δεχτεί ειδική εκπαίδευση, και θα συνεχίσει να εξελίσει την επαγγελματική ανάπτυξη και συνέχιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.³

Το επίκεντρο της Σχολής νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η πρόληψη της ασθένειας και αναπηρίας, και η έγκαιρη διάγνωση αλλά και η διόρθωση των προβλημάτων υγείας. Η σχολική νοσοκόμα ανήκει στο άριστο εργατικό ειδικευμένο δυναμικό, έτσι ώστε να είναι σε θέση να παρέχει στους μαθητές τις πρώτες βοήθειες ακόμα και την πρόληψη τυχόν ασθενειών η ακόμα και σχολικών ατυχημάτων. Προσόντα:

1. κατοχή άδειας άσκησης επαγγέλματος Νοσηλευτική .

2. Τρία χρόνια εμπειρία ως επαγγελματικά εγγεγραμμένος νοσηλευτής.
3. Πιστοποίηση από το Υπουργείο Παιδείας.
4. Ένας βαθμός επίσης απολυτηρίου είναι απαραίτητος.⁴

1.3 Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι Νοσηλευτές υπηρετούν σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Οίκους Ευγηρίας, Ιατροπαιδαγωγικούς Σταθμούς, Σχολεία, Βιοτεχνίες, Ψυχιατρεία και σε άλλα Προληπτικά Υγειονομικά Ιδρύματα, καθώς και σε Ιδρύματα πρόνοιας.⁵

Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Επιστήμης αντικατοπτρίζεται στην παρουσία των Νοσηλευτών στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Η πλειοψηφία του εργατικού δυναμικού της Νοσηλευτικής στελεχώνει Νομικά Πρόσωπα δημοσίου δικαίου του Υπουργείου Υγείας, που βασικός τους σκοπός είναι η Παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε Πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο ή Τριτοβάθμιο Επίπεδο.

Έτσι, η Κλινική Νοσηλευτική αποτελεί την κορωνίδα της Νοσηλευτικής Επιστήμης και το Υπουργείο Υγείας συνιστά τον βασικό επόπτη και εργοδότη του έργου των Νοσηλευτών στην Ελλάδα. Την τελευταία εικοσαετία παρουσιάζεται μια ιδιαίτερη ανάπτυξη και άλλων Κλάδων της Νοσηλευτικής Επιστήμης. Ένας από αυτούς είναι και ο Θεσμός των Σχολικών Νοσηλευτών.

Κλινική Νοσηλευτική είναι πως οι Σχολικοί Νοσηλευτές στην Ελλάδα εποπτεύονται αλλά και χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Το γεγονός αυτό λειτουργεί ευεργετικά για τη Νοσηλευτική, καθώς οι Σχολικοί Νοσηλευτές συγκριτικά με τη διάρκεια της επίσης επαγγελματικής παρουσίας τους ως Επιστημονικής Ειδικότητας έχουν καταφέρει να κερδίσουν την εύνοια της Πολιτείας αλλά και να κατοχυρώσουν το έργο τους.⁶

1.4 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ

Αυτή η εθνική μελέτη ολοκληρώθηκε το φθινόπωρο του 2006 και προσδιορίζει το ποσοστό των σχολείων στις ΗΠΑ που έχουν νοσηλευτικές υπηρεσίες. Σχολεία έχοντας μια νοσηλεύτρια είναι εκείνα με νοσηλευτές που επισκέπτονται το σχολείο για τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον εντοπισμό του ποσοστού των σχολείων-σε εθνικό επίπεδο και από το κράτος - που έχουν πλήρη απασχόληση νοσηλευτών. Κάθε παιδί σχολικής ηλικίας αξίζει μια σχολική νοσοκόμα η οποία είναι απόφοιτος ενός κολεγίου ή Πανεπιστημίου και έχει άδεια από το κράτος ως εγγεγραμμένη νοσηλεύτρια.

1,055 πέρασαν για αυτήν την μελέτη. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι έχει προσδιοριστεί ότι το 41,3% των σχολείων έχουν μια πλήρους απασχόλησης νοσηλευτές. Ο μέσος αριθμός των σχολείων που εξυπηρετούνται από νοσηλευτές είναι 2.168%. Πολλοί νοσηλευτές εξυπηρετούν πολλαπλά σχολεία. Πρωταρχική προτεραιότητα NASN σχετικά με τα επίπεδα σχολικών νοσηλευτών είναι να έχουμε μια πλήρη απασχόληση νοσηλευτών σε κάθε σχολείο.

Επί του παρόντος, το 41,3% των σχολείων έχουν πλήρες ωράριο νοσηλευτών. Ένα σύνολο 74,6% των σχολείων έχουν επισκεφθεί από νοσηλευτές τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Το φάσμα των νοσηλευτικών υπηρεσιών στα σχολεία ποικίλλει από πολλαπλούς αριθμούς REN πλήρους απασχόλησης με ή χωρίς υποστήριξη (LPN, βοηθός υγείας κ.λπ.) σε σχολεία χωρίς νοσηλευτικές υπηρεσίες. Ο μέσος αριθμός των σχολείων που εξυπηρετούνται από αριθμούς REN είναι 2.168%. Ο μέσος αριθμός του συνόλου των μαθητών ανά νοσηλευτή (όλα τα σχολεία σε συνδυασμό) είναι 1.151. Πρωταρχική προτεραιότητα NASN σχετικά με τα επίπεδα σχολικών νοσηλευτών είναι να έχουμε μια πλήρη απασχόληση νοσηλευτή σε κάθε σχολείο.

Τα σχολεία που έχουν σήμερα νοσηλευτικές υπηρεσίες κυμαίνονται σε ένα πλήθος των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Τα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνουν:

- Είδος σχολείου (δημοτικό σχολείο, γυμνάσιο, λύκειο)
- Μέγεθος του σχολείου (250 ή λιγότερους φοιτητές, 251 με 500 μαθητές, 501 με 750 φοιτητές, 750 σπουδαστές +)
- Αστική / αγροτική κατάσταση
- "Χαμηλό εισόδημα" σχολεία⁷

ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΣΧΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΟΙΚΟΔΟΜΗΣΗΣ					
75.5% από τα σχολεία έχουν έναν σχολικό νοσηλευτή στο οίκημα τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. 38.01% από τα σχολεία έχουν μία πλήρους απασχόλησης νοσηλεύτρια, ενώ άλλα 6.82% έχουν περισσότερες από μία					
		Σχολεία με 250 ή λιγότερους	Σχολεία με 251-500 σπουδαστές	Σχολεία με 501-750 σπουδαστές	Σχολεία με 750+ Σπουδαστές
	Κανέναν Σ.Ν. στο κτίριο	43,09%	30,25%	19,72%	17,03%
	Έναν Σ.Ν. μερικής απασχόλησης	32,52%	34,06%	33,91%	18,48%
	Έναν Σ.Ν.πλήρους απασχόλησης	21,14%	32,70%	42,91%	47,46%
	Έναν ή περισσότερους Σ.Ν.	3,25%	3,00%	3,46%	17,03%
		Σχολεία με 250 ή λιγότερους	Σχολεία με 251-500 σπουδαστές	Σχολεία με 501-750 σπουδαστές	Σχολεία με 750+ Σπουδαστές
ΔΗΜΟΤΙ ΚΟ	Κανέναν Σ.Ν. στο Κτίριο	43,68%	29,86%	21,31%	18,67%
	Έναν Σ.Ν. μερικής απασχόλησης	28,74%	34,72%	35,23%	21,33%
	Έναν Σ.Ν.πλήρους απασχόλησης	22,99%	32,29%	40,63%	46,67%
	Έναν ή περισσότερους Σ.Ν.	4,60%	3,13%	3,13%	13,33%
		Σχολεία με 250 ή λιγότερους	Σχολεία με 251-500 σπουδαστές	Σχολεία με 501-750 σπουδαστές	Σχολεία με 750+ σπουδαστές
ΓΥΜΝΑ ΣΙΟ	Κανέναν Σ.Ν. στο κτίριο	35,71%	19,57%	15,15%	7,14%
	Έναν Σ.Ν. μερικής απασχόλησης	50,00%	34,78%	31,81%	23,94%
	Έναν Σ.Ν. πλήρους απασχόλησης	14,29%	43,48%	51,51%	53,52%
	Έναν ή περισσότερους Σ.Ν.	0%	2,17%	1,52%	53,52%

		Σχολεία με 250 ή λιγότερους	Σχολεία με 251-500 σπουδαστές	Σχολεία με 501-750 σπουδαστές	Σχολεία με 750+ σπουδαστές
ΛΥΚΕΙΟ	Χωρίς Σ.Ν. στο κτίριο	45,00%	47,06%	25,81%	19,85%
	Έναν Σ.Ν. μερικής απασχόλησης	36,00%	26,47%	25,81%	13,74%
	Έναν Σ.Ν. πλήρους απασχόλησης	18,00%	20,59%	58,71%	44,27%
	Έναν ή περισσότερους Σ.Ν.	0%	29,00%	3,81%	22,12%

1.5 ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Οι πρώτοι σχολικοί ιατροί και νοσηλευτές εμφανίζονται στην Ευρώπη το 19^ο αιώνα (1834-1892). Συγκεκριμένα, στην Αγγλία η σχολική υγειονομική υπηρεσία έχει τις ρίζες της στην ανάπτυξη της κρατικής εκπαίδευσης και στην εμφάνιση του κινήματος για τη δημόσια υγεία.

Οι σχολικοί νοσηλευτές έχουν αναγνωριστεί ως οι κύριοι επαγγελματίες υγείας στο χώρο του σχολείου και ο ρόλος τους είναι προσδιορισμένος.

Οι περιορισμένες εκπαιδευτικές απαιτήσεις και ευκαιρίες για τους σχολικούς νοσηλευτές και ο μικρός τους αριθμός ως εργατικό δυναμικό (2.350 νοσηλευτές ως το 1994) τους έχουν κατατάξει σε χαμηλότερη επαγγελματική κατηγορία από άλλες ομάδες κοινοτικών νοσηλευτών. Σε αυτό παίζει ρόλο και το ότι η εργασία τους αφορά ένα χώρο έξω από τις τυπικές υπηρεσίες του συστήματος υγείας γεγονός που οδηγεί σε απομόνωση και περιθωριοποίηση από τους συναδέλφους.

Η Σουηδία χωρίζεται σε διαμερίσματα, τα οποία χωρίζονται σε διαφορετικές κοινότητες. Η/Ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής διορίζεται από την κοινότητα, λόγω όμως οικονομικών δυσκολιών δεν έχουν όλες οι κοινότητες σχολική/κό νοσηλεύτρια/τή.

Η/Ο νοσηλεύτρια/τής που θέλει να εργαστεί σε σχολείο, αφού τελειώσει 3 χρόνια τη γενική νοσηλευτική εκπαίδευση, θα εξειδικευτεί στους εφήβους και τα παιδιά για ενάμιση χρόνο.

Η/Ο σχολική/κός νοσηλεύτρια/τής έχει τον δικό της/του χώρο στο σχολείο. Είναι μια αίθουσα/δωμάτιο στο οποίο υπάρχει υγειονομικό υλικό, εξοπλισμός, έντυπο υλικό με το οποίο ενημερώνει τους μαθητές και τα αρχεία με τους ατομικούς φακέλους υγείας των μαθητών. Σε κάθε μαθητή ηλικίας 7 ετών, με την εισαγωγή του στο σχολείο δημιουργείται ο ατομικός φάκελος που περιέχει όλα τα στοιχεία αναφορικά με την υγεία του, τους ελέγχους υγείας που γίνονται κάθε χρόνο από την/τον σχολική/κό νοσηλεύτρια/τη, ότι έκτακτο πρόβλημα ή θέμα προκύψει στο διάστημα της μαθητικής του ζωής, τα ερωτηματολόγια με τις απαντήσεις που κατά τακτά χρονικά διαστήματα δίνονται στους γονείς των παιδιών και τα ερωτηματολόγια με τις απαντήσεις που κατά τακτά χρονικά διαστήματα δίνονται στα ίδια τα παιδιά.⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

2.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Το 2001, εκτιμάται ότι περίπου 685.000 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών, σκοτώθηκαν από ακούσιους τραυματισμούς, ως επί το πλείστον από τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα, πνιγμοί, εγκαύματα, πτώσεις και δηλητηριάσεις. Εκατοντάδες των χιλιάδων παιδιών που υπέστησαν τραυματισμούς που δεν οδήγησαν σε θάνατο, αφήνοντας τους με μόνιμες αναπηρίες. Σε παγκόσμιο επίπεδο, περίπου 20% των θανάτων που οφείλονται σε ακούσιους τραυματισμούς συμβαίνουν σε παιδιά κάτω των 15 ετών. Πράγματι, οι τραυματισμοί αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας για παιδιά ηλικίας άνω του ενός σε πολλές βιομηχανικές χώρες.

Το περιβάλλον ενός παιδιού διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο, τόσο στην εμφάνιση και την σοβαρότητα ενός τραυματισμού. Οι περισσότεροι τραυματισμοί συμβαίνουν μέσα ή κοντά στο σπίτι του παιδιού, όπου οι περιοχές παιχνιδιού και τα πράγματα που μπορεί να παίξει να είναι επικίνδυνα. Συχνά ένα παιδί μπορεί να βρεθεί να παίζει, με χημικά, φάρμακα, δηλητήρια και άλλους κινδύνους. Η ηλικία, το φύλο και οι οικονομικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί για την συχνότητα και τη σοβαρότητα της ζημίας. Όχι μόνο τα παιδιά είναι ιδιαίτερα επιρρεπή σε τραυματισμούς, αλλά και τα είδη των τραυματισμών εξαρτώνται από την ηλικία: τα πολύ μικρά παιδιά τείνουν να είναι περισσότερο σε κίνδυνο για δηλητηρίαση, πνιγμό και εγκαύματα, ενώ τα μεγαλύτερα τα παιδιά και οι έφηβοι είναι περισσότερο σε κίνδυνο για τροχαία ατυχήματα. Τα αγόρια έχουν σχεδόν δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο από ό, τι τα κορίτσια, όσον αφορά τους θανάτους από τραυματισμό.⁸

2.2 ΠΝΙΓΜΟΣ-ΕΓΚΑΥΜΑ-ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ

Αν ο τραυματισμός είναι πολύ μεγάλος και δεν μπορεί να θεραπευτεί μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο. Κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο περισσότερες από 900.000 παιδιά και έφηβοι πεθαίνουν από τραυματισμούς. Αυτό είναι σχεδόν δύο θανάτους κάθε λεπτό της κάθε μέρας.

Τα ανθρώπινα όντα χρειάζονται νερό για να ζήσουν περίπου 70%... αλλά το νερό μπορεί να είναι πάρα πολύ επικίνδυνο. Περίπου κάθε τρία λεπτά ένα παιδί κάπου στον κόσμο πεθαίνει από πνιγμό. Περισσότερα από 175.000 παιδιά και εφήβους κάθε χρόνο.

Τα περισσότερα παιδιά πνίγονται στα σπίτια τους, κάνοντας τις καθημερινές τους δραστηριότητες: παιχνίδι, πλύσιμο και άλλα.

Ένα έγκαυμα είναι μια ζημία στο δέρμα ή στους πνεύμονες που προκαλείται από τη θερμότητα. Πολλοί από εμάς έχουν καεί τα δάχτυλά μας ή το στόμα μας από ζεστό φαγητό. Αλλά τα εγκαύματα μπορούν να είναι πολύ πιο σοβαρά. Σε όλο τον κόσμο, περίπου 11 παιδιά και έφηβοι πεθαίνουν από εγκαύματα κάθε ώρα. Πάνω από 95.000 θανάτους το χρόνο. Μπορεί να καεί από καυτά αντικείμενα, υγρά, φωτιά, χημικές ουσίες, ηλεκτρικό ρεύμα και τον ήλιο

Προσέξτε για τα δηλητήρια! Πολλά πράγματα που βλέπουμε και χρησιμοποιούμε κάθε μέρα μπορεί να είναι δηλητηριώδη, ακόμα και αν δεν φαίνονται επικίνδυνα. Σε όλο τον κόσμο, 125 παιδιά και έφηβοι πεθαίνουν από δηλητηρίαση κάθε μέρα. Περισσότερο από το 10% των ανθρώπων που πεθαίνουν από δηλητηριάσεις είναι τα παιδιά και οι έφηβοι. Τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα σε κίνδυνο επειδή βάζουν τα πράγματα στο στόμα τους χωρίς να γνωρίζουν τι είναι. Οι έφηβοι είναι επίσης, σε κίνδυνο, όταν πειραματίζονται με το αλκοόλ, τα ναρκωτικά και τα δηλητήρια.⁹

2.3 ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ-ΒΙΑ

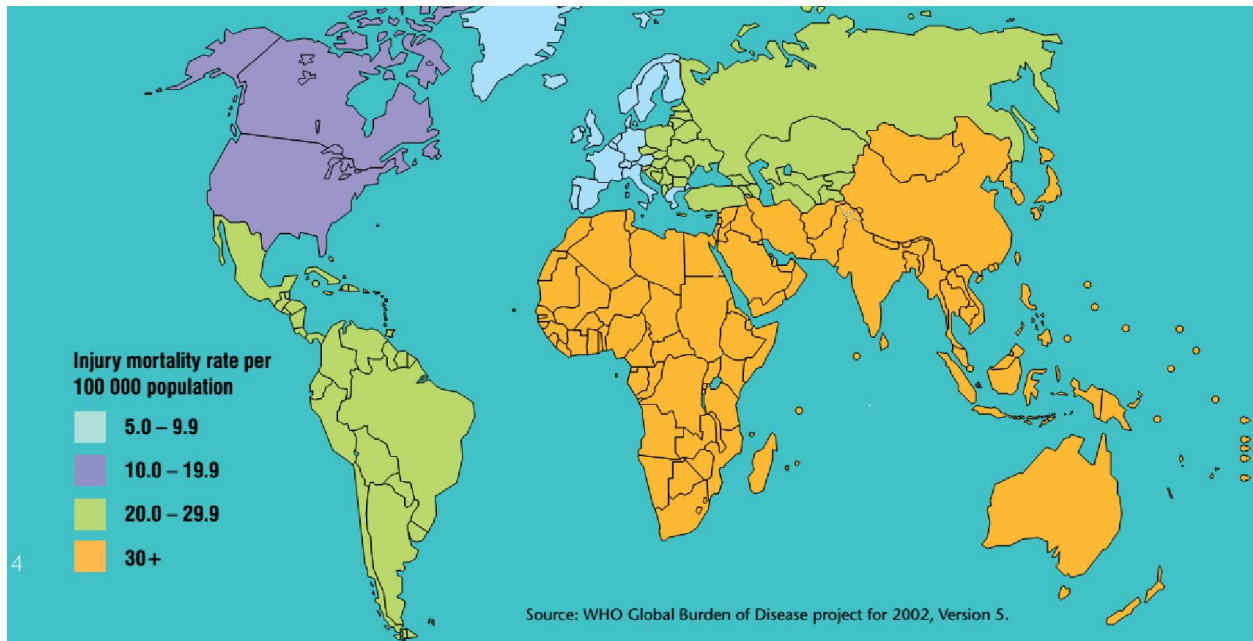
Κάθε χρόνο, εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο πεθαίνουν από τραυματισμούς και τη βία. Ο Κόσμος Οργάνωση Υγείας εκτιμά ότι, το 2002, περίπου 875 000 παιδιά ηλικίας κάτω των 18 ετών έχασαν τη ζωή τους από ένα τραυματισμό, αν και πρόσφατες μελέτες με βάση την μελέτη που διεξήχθη από τη UNICEF υποδηλώνει ότι αυτός ο αριθμός θα μπορούσε να είναι πολύ μεγαλύτερος. Αυτό τοποθετεί τους τραυματισμούς, να συγκαταλέγονται στις κυριότερες αιτίες θανάτου των παιδιών που επιβιώνουν πέρα τα πρώτα τους γενέθλια.

Εκτός από το υψηλό αριθμό των νεκρών, οι τραυματισμοί κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας συνδέονται από υψηλή νοσηρότητα: για κάθε τραυματισμένο παιδί που πεθαίνει, αρκετές χιλιάδες περισσότερα να επιβιώσουν με διάφορους βαθμούς αναπηρίας. Ο αντίκτυπος αυτών των τραυματισμών στην κοινωνία είναι τεράστιος: κάθε μέρα, χιλιάδες οικογένειες έχουν στερηθεί τα παιδιά τους και χιλιάδες παιδιά πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν τις συνέπειες του τραυματισμού τους, οι οποίες, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι μακράς διάρκειας.

Σε όλο τον κόσμο, τροχαία και πνιγμός είναι οι πιο κοινές αιτίες της ζημίας θανάτων μεταξύ των παιδιών, που ακολουθείται από τα εγκαύματα και τις πτώσεις. Δυστυχώς, η βία και η κακοποίηση είναι πολύ συχνή. Τα παιδιά που προέρχονται από φτωχές οικογένειες πλήττονται δυσανάλογα από τραυματισμούς. Περισσότερο από το 95 % όλων των μη σκόπιμων θανάτων στη παιδική ηλικία από τραυματισμό εμφανίζονται σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Παιδιά από φτωχές οικογένειες είναι πολύ πιο πιθανό να διατηρήσουν έναν τραυματισμό από ό, τι περισσότερο στις εύπορες οικογένειες.

Περισσότερα από 875 000 παιδιά κάτω από την ηλικία των 18 ετών πεθαίνουν από τραυματισμό κάθε χρόνο. Οι τραυματισμοί αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 1 και 18 ετών.

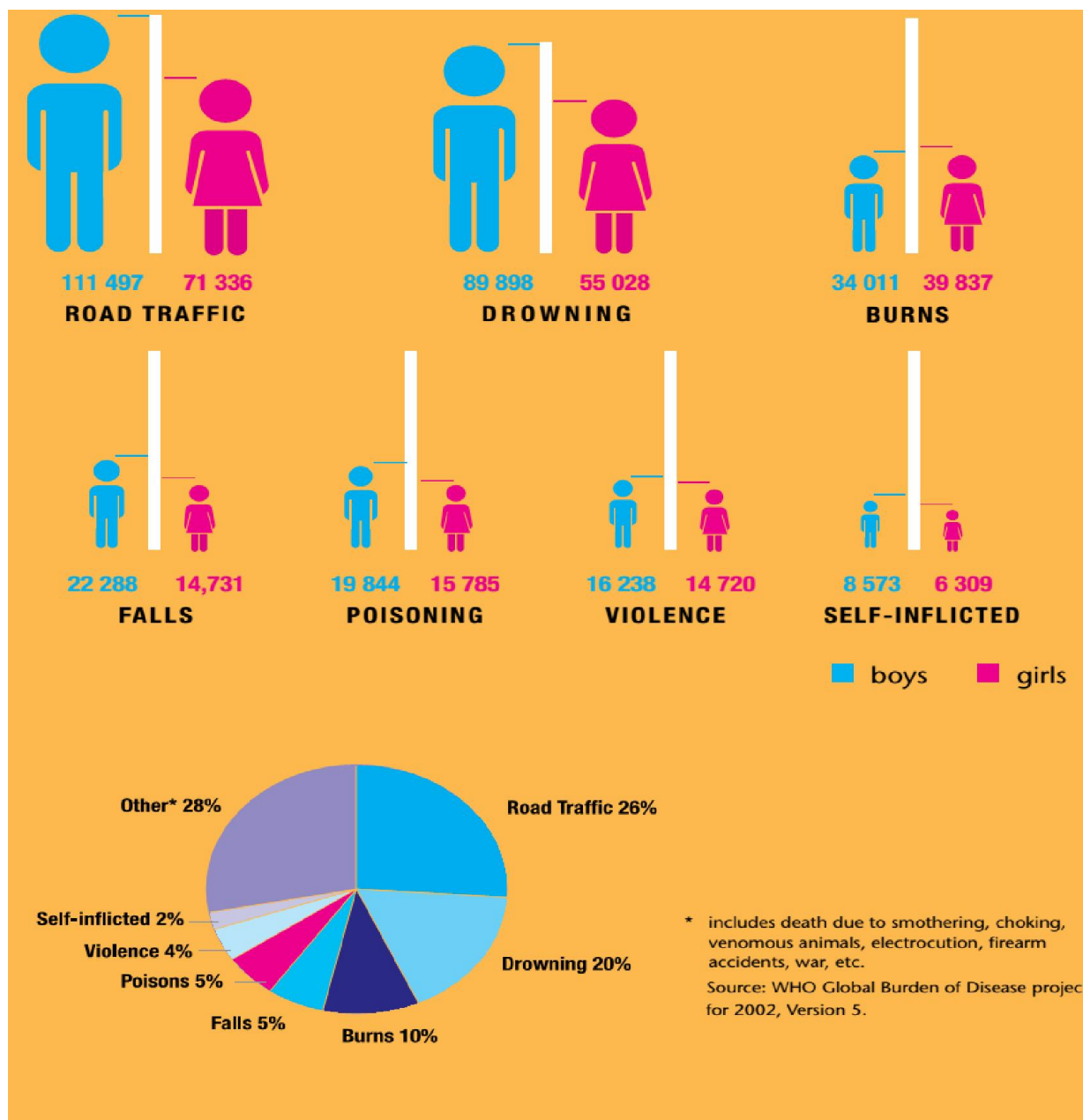
Οι δύο μεγαλύτερες αιτίες των παιδικών και εφηβικών θανάτων από τραυματισμούς είναι τα τροχαία και ο πνιγμός. Τα παιδιά σε φτωχές οικογένειες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμού. Πολλοί τραυματισμοί συμβαίνουν στο σπίτι ή στο παιχνίδι. Τέλος οι περισσότεροι τραυματισμοί μπορούν να προληφθούν.¹⁰



Θνησιμότητα διεθνώς του Τραύματος ανά 100.000 κατοίκους.

Μεγαλύτερη θνησιμότητα παρατηρείται στην Αυστραλία, Αφρική και τη Νότια Ασία. Ακολουθεί Πρώην Σοβιετική Ένωση και η Βόρειος Ασία καθώς και η Νότια Αμερική. Σαφώς μικρότερη θνησιμότητα παρατηρείται στην Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη.

WHO Global Burden of Disease project for 2002, V5



Τροχαία Ατυχήματα: 26%
 Πνιγμοί: 20%
 Εγκαύματα: 10%
 Πτώσεις: 5%
 Δηλητηριάσεις: 5%
 Βία: 4%
 Αυτοτραυματισμοί: 2%
 Άλλα: 28%

WHO Global Burden of Disease project for 2002, V5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ :ΕΙΔΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

3.1 ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ(ΚΑΡΠΑ)

3.1.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η γνώση βασικών αρχών παροχής αναζωογόνησης σε παιδιά σε περίπτωση ανακοπής, έχει γίνει πλέον μέρος της διαδικασίας της βασικής εκπαίδευσης στο Δυτικό κόσμο. Έτσι ένας μη ειδικός θα μπορεί να υποστηρίξει τις ζωτικές, αναπνευστικές και κυκλοφορικές λειτουργίες ενός παιδιού χωρίς κάποιο ειδικό εξοπλισμό. Η φυσιολογία του παιδιού όσο και τα αίτια που προκαλούν ανακοπή στις μικρές ηλικίες έχουν σημαντικές διαφορές από κάποιον ενήλικα.

3.1.2 Μέθοδος προσέγγισης

- Πλησιάζουμε το παιδί με προσοχή και ασφάλεια
- Απομακρύνουμε το παιδί από τον κίνδυνο
- Εκτιμούμε την κατάσταση του
- Καλούμε βοήθεια

Αεραγωγός

Αρχικά πλησιάζουμε το αυτί μας πολύ κοντά στο στόμα του παιδιού και για 10 δευτερόλεπτα (μετράμε ως το 10). Στη συνέχεια προσπαθούμε να ΔΟΥΜΕ τον θώρακα να εκτύσσεται και να ΑΙΣΘΑΝΘΟΥΜΕ ή να ΑΚΟΥΣΟΥΜΕ εμπνεόμενο αέρα. Τέλος εάν δεν ΒΛΕΠΟΥΜΕ, ΑΚΟΥΜΕ ή ΑΙΣΘΑΝΟΜΑΣΤΕ, τότε προχωρούμε στο επόμενο βήμα.

Αναπνοή

Το επόμενο βήμα είναι το λεγόμενο «φιλί της ζωής», να εμφυσήσουμε δηλαδή αέρα στους πνεύμονες του παιδιού. Διατηρώντας πάντα την θέση διάνοιξης αεραγωγού και αφού έχουμε πάρει μια βαθιά αναπνοή, σφραγίζουμε τα χείλη μας γύρω από το στόμα του παιδιού κλείνοντας ταυτόχρονα τη μύτη του και φυσούμε αργά (1-1,5 δευτερόλεπτα) αέρα. Η διαδικασία των εμφυσήσεων επαναλαμβάνεται έως πέντε φορές. Είτε θεωρείται ότι ήταν επιτυχείς είτε όχι δεν θα πρέπει να είναι περισσότερες από πέντε.

Κυκλοφορικό

Στη συνέχεια η προσοχή στρέφεται στο κυκλοφορικό. Ανεπάρκεια του κυκλοφορικού θεωρούμε πως υφίσταται εάν κατά τη διάρκεια του προηγούμενου βήματος δεν παρατηρήθηκε καμία κινητικότητα, βήχας ή αναπνοή ή έλλειψη κεντρικού σφυγμού. Εφόσον διαπιστωθεί ανεπάρκεια του κυκλοφορικού συστήματος προχωρούμε σε καρδιακές συμπίεσεις. Ξεκινώντας λοιπόν κάνουμε 30 συμπίεσεις με ρυθμό 100/λεπτό. Αμέσως μετά γυρίζουμε στην αναπνοή και δίνουμε 2 εμφυσήσεις, μετά ξανά 30 συμπίεσεις. Θα πρέπει να επισημανθεί πως η εναλλαγή μεταξύ εμφυσήσεων και συμπίεσεων θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο γρήγορη. Μόλις συμπληρώσουμε 4 τέτοιους κύκλους 30:2, περίπου 1 λεπτό δηλαδή, εάν δεν έχει εμφανισθεί βοήθεια θα πρέπει να διακόψουμε την προσπάθειά μας και να αναζητήσουμε εκ νέου βοήθεια, αυτή τη φορά καλώντας το ΕΚΑΒ.

Η διαδικασία της ΚΑΡΠΑ είναι κάτι που δημιουργεί σημαντικό stress ακόμα και σε επαγγελματίες υγείας. Η αυτοματοποίηση λοιπόν των κινήσεων και η εξοικείωση με τον αλγόριθμο της είναι εξαιρετικά σημαντικές προκειμένου σε τέτοιες συνθήκες να μην διστάσουμε να εφαρμόσουμε ΚΑΡΠΑ και να είμαστε όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικοί.¹¹



3.2 ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ

3.2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ως αιμορραγία ορίζεται η οξεία απώλεια του κυκλοφορούντος όγκου αίματος. Ο φυσιολογικός όγκος αίματος στον ενήλικα είναι περίπου 7% του σωματικού βάρους. Για παράδειγμα, ο όγκος αίματος σε ένα παιδί υπολογίζεται στο 8% με 9% του βάρους σώματος (80-90 ml/kg).¹²

3.2.2 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- 1) Πιέστε σταθερά πάνω από την πληγή με μια γάζα ή μια γάζα ή με ένα καθαρό μαντήλι.
- 2) Ανασηκώστε το τραυματισμένο μέλος του παιδιού πάνω από το επίπεδο καρδιάς.
- 3) Ξαπλώστε κάτω το παιδί με το κεφάλι χαμηλά συνεχίζοντας να κρατάτε το μέλος πάνω από το επίπεδο της καρδιάς.
- 4) Συνεχίστε να πιέζετε για 10 λεπτά.
- 5) Καλύψτε την πληγή με φαρδύ επίδεσμο χωρίς να χαμηλώσετε το μέλος με κάποιας μορφής του παιδιού.
- 6) Όταν η αιμορραγία σταματήσει, στερεώστε το μέλος με κάποιας μορφής επίδεσμο (πχ επίδεσμο τύπου θηλιάς αν πρόκειται για χέρι).

Εάν η αιμορραγία δεν σταματά

- 1) Ξαπλώστε το παιδί με τα πόδια ανασηκωμένα υποστηρίζοντας τα με μαξιλάρια.
- 2) Καλέστε ασθενοφόρο.
- 3) Χαλαρώστε ότι το σφίγγει και σκεπαστέ το για να διατηρείται ζεστό.
- 4) Μην το αφήνετε να φάει ή να πιεί. Αν διψάει βρέξτε του τα χείλη με νερό.
- 5) Αν η αιμορραγία εξακολουθήσει ακολουθείστε την διαδικασία για κατάσταση σοκ.¹³⁻¹⁴



3.3ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

3.3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Είναι συχνά σε παιδιά, προφέρονται δε συνήθως από ζεστό νερό και από πυρακτωμένα αντικείμενα. Τα μωρά και τα μικρά παιδιά μπορεί να έχουν μια πιο σοβαρή αντίδραση σε ένα έγκαυμα από ότι ένας μεγαλύτερος άνθρωπος.¹² Περίπου το 80% όλων των εγκαυμάτων συμβαίνουν μέσα στο σπίτι, τα περισσότερα από έκθεση σε φωτιά ή κάψιμο από πολύ ζεστό νερό. Τα εκτεταμένα εγκαύματα δεν επηρεάζουν μόνο το δέρμα αλλά και άλλα συστήματα όπως το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το μυοσκελετικό.¹⁵

3.3.2 ΑΙΤΙΑ

Σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών και σε ποσοστό 70% το κυριότερο αίτιο είναι η ελλιπής επίβλεψη γονέων, ακολουθούν οι κακοποιήσεις σε ποσοστό 30% και σε μικρό ποσοστό παίζουνο ρολό και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Άλλα αίτια είναι : οι φλόγες, τα πυρακτωμένα μέταλλα, η ηλικιακή ακτινοβολία, η ηλεκτροπληξία, τα καυτά υγρά και οι ατμοί.¹⁶

3.3.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

1) Τρόποι άμεσης συμπεριφοράς για να μειωθεί η βαρύτητα του εγκαύματος

- Α) Χρησιμοποιήστε νερό αμέσως.
- -Μην χρησιμοποιείται νερό σε περίπτωση που τα ρούχα άναψαν από ηλεκτρική θερμάστρα και το παιδί βρίσκεται ακόμα κοντά της γιατί κινδυνεύετε να πάθετε ηλεκτροπληξία.
- -Αν δεν έχετε νερό σβηστε τις φλόγες σκεπάζοντας το παιδί με ένα σακάκι η κουβέρτα από μη εύφλεκτο υλικό.
- -Σαν τελευταίο καταφύγιο πέστε επάνω στο παιδί σας, φροντίστε όμως να εφάπτουν παντού το σώμα σας με το σώμα του παιδιού ώστε να μην σχηματίζονται κενά σημεία και αναρριπίζονται οι φλόγες.
- Β) Σκύψτε κάτω από τον καπνό: Η ασφυξία μπορεί να προκαλέσει περισσότερους θανάτους από τις θερμικές κακώσεις. Όλες οι οικογένειες θα πρέπει να έχουν ένα τρόπο διαφυγής ,περιλαμβανόμενου κι ενός τόπου συνάντησης που θα πρέπει να έχουν εξασκηθεί πάνω σε αυτό το θέμα.¹⁷⁻¹⁸

2) Βασικές αρχές επείγουσας αντιμετώπισης εγκαύματος

- -Μην βάζετε ποτέ λίπη ή αλοιφή πάνω σε ένα έγκαυμα.
- -Μην σπάτε ποτέ μια φουσκάλα που προκλήθηκε από έγκαυμα.

- -Για να καλύψετε ένα έγκαυμα μην χρησιμοποιείται λευκοπλάστη η βαμβάκι γιατί μπορεί να κολλήσει στη πληγή.
- -Να είστε πολύ προσεκτικοί όταν βουτάτε ένα μικρό παιδί σε κρύο νερό για πολύ ώρα γιατί μπορεί να πάθει υποθερμία

3)Εγκαύματα στο στόμα και το λαιμό

- Τέτοιου είδους εγκαύματα απαιτούν άμεση επέμβαση καθώς μπορούν να καταστούν ιδιαίτερα επικίνδυνα για τη ζωή. Εγκαύματα σε αυτές τις περιπτώσεις μπορούν να προκαλέσουν πρήξιμο και απόφραξη των αναπνευστικών οδών, προκαλώντας ασφυξία
- Δώστε στο παιδί νερό σε μικρές γουλιές και χαλαρώστε τα ενδύματα γύρω από το λαιμό πριν παρουσιαστεί αναπνευστική δυσχέρεια, ετοιμαστείτε για ΚΑΡΠΑ και καλείτε ασθενοφορο.¹⁹⁻²⁰

4) Εγκαύματα από ηλεκτρικό ρεύμα

- Το ηλεκτρικό ρεύμα μπορεί να προκαλέσει σταμάτημα της καρδιακής λειτουργίας και της αναπνοής. Εγκαύματα από μυϊκούς σπασμούς που μπορούν να εμποδίσουν το παιδί να αφήσει από τα χεριά του το ηλεκτρικό ρεύμα δεν πλησιάζετε το παιδί εκτός αν είστε σίγουροι ότι το ρεύμα έχει κοπεί ,αλλιώς θα εκτεθείτε και εσείς στον κίνδυνο .Σε περίπτωση τραυματισμού από ρεύμα χαμηλής τάσης , το πρώτο σας βήμα είναι να κλείσετε την ασφάλεια .Εάν αυτό δεν καταστεί δυνατό, σταθείτε σε μονωτικό υλικό και χρησιμοποιώντας ένα ξύλινο αντικείμενο προσπαθήστε να απομακρύνεται το παιδί από την πηγή, τυλίγοντας μια στεγνή πετσέτα στα πόδια του, το τραβάτε μακριά. Αφήστε το παιδί να ηρεμήσει, εφόσον δεν έχει χάσει τις αισθήσεις του, ρίξτε άφθονο νερό στην περιοχή του εγκαύματος για περίπου δέκα λεπτά και στη συνέχεια καλύψτε την με καθαρό ύφασμα. Εάν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του, αφού έλεγξε την αναπνοή και το σφυγμό , ετοιμαστείτε για ΚΑΡΠΑ.²¹

5) Χημικά, δερματικά εγκαύματα

- Το χημικό έγκαυμα θα παρουσιαστεί αργότερα από ότι τα εγκαύματα που οφείλονται στην θερμότητα.
- Αντιμετώπιση: κρατείστε την περιοχή του τραύματος κάτω από την βρύση και ρίξτε άφθονο νερό για να απομακρύνετε τα ίχνη της χημικής ουσίας. Τοποθετείστε στην περιοχή καθαρό, μη χνουδωτό ύφασμα το οποίο έχετε εμβαπτίσει σε νερό για να δροσιστεί το έγκαυμα. Σε περίπτωση που η χημική ουσία έρθει σε επαφή με ενδύματα κόψτε τα ενδύματα περιφερικά από την πληγή. Σημειώστε την χημική ουσία που προκάλεσε έγκαυμα και μεταφέρετε το παιδί στο νοσοκομείο.²²⁻²¹

6) Ηλιακό έγκαυμα

- Η πολύωρη παραμονή στον ήλιο μπορεί να προκαλέσει σημαντικές βλάβες στο δέρμα των παιδιών. Μεταφέρετε το παιδί σε δροσερό μέρος και ελλείψτε το δέρμα του με ειδική ενυδατική κρέμα. Δώστε στο παιδί σας λίγο κρύο νερό για να δροσιστεί. Προστατέψτε το παιδί από τον ήλιο με καπέλο και ενυδατική κρέμα, αν το παιδί παρουσιάσει πυρετό και πονοκέφαλο πιθανόν να είναι θερμοπληξία. Σε αυτήν την

περίπτωση αφαιρούμε ρούχα δροσίζουμε το παιδί με μια βρεγμένη πετσέτα την οποία τοποθετούμε σε διαφορετικά μέρη του σώματος. Εάν το παιδί έχει χάσει της αισθήσεις του ετοιμαστείτε για ΚΑΡΠΑ. Εάν αναπνέει τοποθετείστε το σε θέση ανάκτησης αισθήσεων και καλέστε ασθενοφορο.²¹

3.3.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης είναι η πρόληψη. Δεν επιτρέπουμε την ελεύθερη πρόσβαση των παιδιών στο χώρο της κουζίνας, ιδιαίτερα όταν αυτή βρίσκεται σε λειτουργία. Πολύ περισσότερο δεν μαγειρεύουμε ή φτιάχνουμε τον καφέ μας, το τσάι μας κτλ., με τα παιδιά στην αγκαλιά μας. Δεν πίνουμε τον καφέ μας, το τσάι μας κτλ. με τα παιδιά στην αγκαλιά μας. Δεν βάζουμε δοχεία με ζεστά υγρά στο πάτωμα ή σε τραπέζι με τραπεζομάντηλο που μπορούν τα παιδιά να τραβήξουν. Δοκιμάζουμε το νερό και το ρυθμίζουμε πριν βάλουμε τα παιδιά στην μπανιέρα. Δεν αφήνουμε το πιστολάκι ανοιχτό ακουμπισμένο ώστε να στοχεύει τα παιδιά. Αποκλείουμε ασφαλώς το τζάκι και δεν αφήνουμε εκτεθειμένα εύφλεκτα υλικά. Τέλος αποκλείουμε όλες τις πρίζες και δεν αφήνουμε φθαρμένα ή γυμνά ηλεκτροφόρα καλώδια.²³

3.4 ΘΛΑΣΤΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

3.4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι τραυματισμοί των μυών, των συνδέσμων και των τενόντων είναι πολύ συχνές στα παιδιά. Οι τραυματισμοί των μαλακών ιστών προέρχονται συνήθως από ατυχή περιστατικά την ώρα του παιχνιδιού. Η θλάση είναι μία βλάβη σε έναν μαλακό ιστό και σε μυς. Η ρήξη αυτών των ιστών και η φλεγμονώδης αντίδραση, οδηγούν σε αιμορραγία, οίδημα και πόνο όταν το παιδί προσπαθεί να κινήσει το τραυματισμένο μέρος. Η διαρροή αίματος στους ιστούς που παρατηρείται ονομάζεται εκχύμωση, μία μελανή αλλοίωση στον χρωματισμό του δέρματος.

Οι θλάσεις μεγάλου βαθμού προκαλούν πόνο και αδυναμία κίνησης. Όταν συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού φροντίζονται άμεσα από το ιατρικό προσωπικό που παρίσταται. Στους μικρούς τραυματισμούς δε δίνεται ιδιαίτερη σημασία και μπορεί να επιτραπεί στο παιδί να συνεχίσει το παιχνίδι.

3.4.2 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΘΛΑΣΤΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η άμεση φροντίδα περιλαμβάνει την εφαρμογή πάγου, για τη μείωση του οιδήματος όπως και στην αντιμετώπιση των διαστρεμμάτων.²⁴

Τυλίγουμε πάγο μέσα σε ένα πανί και το βάζουμε στο σημείο που πονάει. Αν υπάρχει ψυκτικό υγρό μπορεί να εφαρμοστεί και αυτό πάνω στο χτύπημα. Σκέτο πάγο δε βάζουμε ποτέ διότι όταν ο πάγος εφαρμόζεται πάνω στο δέρμα δημιουργεί έγκαυμα. Εφαρμόζουμε το πάγο για 5 με 10 λεπτά όσο το αντέχει ο ασθενής και έτσι μειώνεται το πρήξιμο και ανακουφίζεται από το πόνο. Επίσης εφόσον είναι δυνατόν θα πρέπει το σημείο που έχει υποστεί κάκωση να αναρτηθεί ψηλά για να μην πρηστεί παραπάνω.

Η επιστροφή στην άθληση επιτρέπεται όταν η δύναμη και το εύρος κίνησης του άκρου που έχει υποστεί τραυματισμό ισοδυναμούν με εκείνα του αντίστοιχου, μη προσβεβλημένου άκρου.

Τέλος αν είναι κοντά σε άρθρωση και πονάει πέραν του 24ωρου θα πρέπει να κάνουμε ακτινολογικό έλεγχο.²⁴⁻²⁵

3.5 ΛΟΙΜΩΔΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΑ, ΑΝΕΜΟΒΛΟΓΙΑ

3.5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Πολλές από τις λοιμώξεις εκδηλώνονται με πυρετό και εξανθήματα. Λοιμώδης νοσήματα είναι ιλαρά ,ανεμοβλογιά ,παρωτίτιδα ,οστρακιά ,στοματίτιδα από απλό έρπητα ,νόσος Kawasaki κλπ .Κατά τη γέννηση τα παιδιά έχουν ήδη αναπτύξει τους σημαντικούς μηχανισμούς του ανοσοποιητικού συστήματος , αν και είναι ακόμη ανώριμοι. Οι κυκλοφορούσες ανοσοσφαιρίνες προέρχονται από τη μητέρα μέσω διαπλακουντικής μεταφοράς και ελαττώνονται κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής, καθιστώντας τα βρέφη επιρρεπή στις κοινές λοιμώξεις. Συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στην ανεμοβλογιά.²⁶

3.5.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η ανεμοβλογιά είναι μια ιογενής λοίμωξη με πυρετό και εξανθήματα στο δέρμα.

3.5.3 ΑΙΤΙΑ

Η ανεμοβλογιά μπορεί να μεταδοθεί πολύ εύκολα σε άλλους. Μπορεί να κολλήσετε ανεμοβλογιά ακουμπώντας το υγρό από μια φλύκταινα ανεμοβλογιάς ή εάν κάποιος με ανεμοβλογιά βήξει ή φταρνιστεί κοντά σας. Το εμβόλιο συνήθως προλαμβάνει πλήρως την ανεμοβλογιά ή κάνει τη νόσο ήπια. Ακόμα και αυτοί με ήπια νόσο μπορεί να είναι μεταδοτικοί.

Όταν κάποιος μολυνθεί, η ανεμοβλογιά εμφανίζεται συνήθως 10 με 21 ημέρες αργότερα. Οι άνθρωποι γίνονται μεταδοτικοί 1 με 2 ημέρες πριν την εκδήλωση της ανεμοβλογιάς. Παραμένουν μεταδοτικοί για όσο υπάρχουν φλύκταινες που δεν έχουν εφελκιδιοποιηθεί.

Τα περισσότερα περιστατικά ανεμοβλογιάς εκδηλώνονται σε παιδιά μικρότερα των 10 ετών. Η νόσος συνήθως είναι ήπια, παρόλο που σοβαρές επιπλοκές μπορεί να αναπτυχθούν σε κάποιες περιπτώσεις. Οι ενήλικες και τα μεγαλύτερα παιδιά συνήθως αρρωσταίνουν βαρύτερα από ότι τα μικρότερα παιδιά.

3.5.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα περισσότερα παιδιά με ανεμοβλογιά αρρωσταίνουν, με συμπτώματα όπως πυρετό, κεφαλαλγία, κοιλιακό άλγος ή απώλεια της όρεξης, μία ή δύο ημέρες πριν την εκδήλωση των κλασικών εξανθημάτων της νόσου. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν 2 με 4 ημέρες μετά την εκδήλωση.

Ένα μέσο παιδί αναπτύσσει 250 με 500 μικρές, κνησμώνειες, γεμάτες υγρό φλύκταινες επί ερυθρών κηλίδων στο δέρμα.

- Οι φλύκταινες εμφανίζονται αρχικά στο πρόσωπο, τον κορμό ή το τριχωτό της κεφαλής και εξαπλώνονται στη συνέχεια. Η εμφάνιση των μικρών φλυκταινών στο τριχωτό της κεφαλής επιβεβαιώνει συνήθως τη διάγνωση.

- Μετά από μία ή δύο ημέρες, οι φλύκταινες γίνονται θολές και εφελκιδοδοποιούνται. Στο μεταξύ, νέες φλύκταινες αναπτύσσονται σε ομάδες. Η ανεμοβλογιά συχνά εμφανίζεται στο πρόσωπο, στον κόλπο και στα βλέφαρα.
- Τα παιδιά με δερματοπάθειες όπως έκζεμα μπορεί να εκδηλώσουν περισσότερες από 1.500 φλύκταινες.

3.5.5 ΠΡΟΛΗΨΗ

Καθώς η ανεμοβλογιά είναι αερομεταφερόμενη και ιδιαίτερος μεταδοτική πριν την εμφάνιση του εξανθήματος, είναι δύσκολο να αποφευχθεί. Είναι δυνατό να κολλήσετε ανεμοβλογιά από κάποιον στο σούπερ μάρκετ που βρίσκετε σε διαφορετικό διάδρομο, ο οποίος δεν γνωρίζει καν ότι έχει ανεμοβλογιά!

Το εμβόλιο έναντι της ανεμοβλογιάς είναι μέρος του τυπικού προγράμματος εμβολιασμών.

- Τα παιδιά λαμβάνουν δύο δόσεις του παραδοσιακού εμβολίου έναντι της ανεμοβλογιάς. Η πρώτη δίνεται όταν το παιδί είναι 12 - 15 μηνών. Τα παιδιά θα πρέπει να λαμβάνουν τη δεύτερη δόση όταν είναι 4 -6 ετών.
- Άτομα ηλικίας άνω των 13 ετών που δεν έχουν λάβει το εμβόλιο και δεν έχουν περάσει ανεμοβλογιά θα πρέπει να λάβουν δύο δόσεις σε μεσοδιάστημα 4 -8 εβδομάδων.

Σχεδόν κανένας που έχει εμβολιαστεί δεν θα αναπτύξει μέτρια ή σοβαρή ανεμοβλογιά. Ο μικρός αριθμός παιδιών που αναπτύσσει ανεμοβλογιά μετά τον εμβολιασμό, αποτελούν μόνο ήπια περιστατικά.

3.5.6 ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΩΑΣΗΣ

Ο χρόνος που χρειάζεται για να εκδηλώσει την αρρώστια ένα παιδί που ήρθε σε επαφή με τον ιό είναι 7-21 μέρες.²⁷

3.6 ΕΙΣΡΟΦΗΣΗ ΞΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ



2.6.1 ΓΕΝΙΚΑ

Λέγοντας εισρόφηση ξένου σώματος εννοούμε, την είσοδο ενός μικρού αντικειμένου στην τραχεία ή στους βρόγχους. Η τραχεία και οι βρόγχοι είναι οι κεντρικοί σωλήνες που μεταφέρουν τον αέρα στους πνεύμονες. Καταλαβαίνετε λοιπόν, πόσο επικίνδυνο είναι για τη ζωή του παιδιού η είσοδος ενός ξένου αντικειμένου στην τραχεία ή τους βρόγχους. Αν είναι μεγάλο και δεν μπορεί να περάσει μέσα στους βρόγχους, τότε υπάρχει περίπτωση να κλείσει

εντελώς την τραχεία και το παιδί να πεθάνει από ασφυξία. Αν το μέγεθος του είναι τόσο ,που να μπορεί να περάσει σε έναν από τους βρόγχους τότε δεν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του παιδιού, αλλά η πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών είναι μεγάλη.

Επίσης μεγάλη σημασία έχει το είδος του αντικειμένου που θα μπει στους πνεύμονες. Υπάρχουν αντικείμενα (πχ ξηροί καρποί, όσπρια, ρύζι) που μπαίνοντας στους πνεύμονες απορροφούν υγρά από το περιβάλλον και φουσκώνουν. Οπότε μπορεί στην αρχή να μην κλείνει εντελώς τη δίοδο, αλλά στη συνέχεια με την αύξηση του μεγέθους του να δυσκολεύει ή και να εμποδίζει τελείως την κυκλοφορία του αέρα μέσα στους πνεύμονες.

2.6.2 ΑΙΤΙΑ

Η ηλικία κατά την οποία συμβαίνουν τέτοια ατυχήματα εισόρμησης ξένου σώματος είναι συνήθως μεταξύ 8 μηνών με 3 χρονών. Στην πλειοψηφία τους ατυχήματα συμβαίνουν μεταξύ 12-24 μηνών. Υπάρχουν δυο κυρίως λόγοι:

1. Από την ηλικία των 9 μηνών το παιδί έχει την ικανότητα να συλλαμβάνει μικρά αντικείμενα με το δείκτη και τον **αντίχειρα**.
2. Τα παιδιά στις πιο πάνω ηλικίες είναι πολύ περιεργα και οτιδήποτε βρουν το βάζουν στο στόμα.

Τα πιο συχνά αντικείμενα είναι:

- Ξηροί καρποί. Φιστίκια, pop- corn, πασατέμπο.
- Μικρά πλαστικά αντικείμενα που συνήθως είναι μέρος κάποιου παιχνιδιού. Για αυτό πρέπει να είστε ιδιαίτερα προσεχτικοί στην επιλογή των παιχνιδιών. ΠΟΤΕ δεν αγοράζουμε στο παιδί κάτω των 4 χρόνων, παιχνίδια που περιέχουν μικρά αντικείμενα.
- Τσόφλι από αβγό. Για αυτό προσοχή όταν καθαρίζουμε το αβγό του παιδιού μας.
- Υγρά (γάλα, νερό, τσάι) είναι πολύ πιθανόν, στα πολύ μικρά παιδιά, να εισέλθουν στους βρόγχους και να προκαλέσουν έντονη συμπτωματολογία. Για αυτό ποτέ μην αφήνετε το βρέφος σας ανάσκελα γιατί αν κάνει εμετό η πιθανότητα τα εμέσματα να πάνε προς τους πνεύμονες, είναι μεγάλη.

3.6.3 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Με το που μπαίνει το ξένο σώμα στο λάρυγγα και στην τραχεία, προκαλείται αμέσως βήχας σε μια προσπάθεια του οργανισμού να το αποβάλει. Αν δεν αποβληθεί τότε υπάρχουν οι εξής πιθανότητες:

1. Αν είναι πολύ μεγάλο και κλείσει την τραχεία το παιδί θα παρουσιάσει έντονο βήχα, δύσπνοια, κυάνωση (θα μελανιάσει) και θα πεθάνει από ασφυξία.
2. Αν κολλήσει στην τραχεία, αλλά αφήνει χώρο στον αέρα να μπει να βγει, τότε το παιδί θα παρουσιάζει δυσκολία στην αναπνοή και έντονο συριγμό.
3. Αν είναι τόσο μικρό που να μπορεί να περάσει στους βρόγχους, τότε πιθανότατα να προωθηθεί σε ένα από τους δυο βρόγχους. Το πιο πιθανόν είναι το παιδί να μην παρουσιάζει κανένα οφθαλμοφανές σύμπτωμα μέχρι τη στιγμή που θα παρουσιάσει κάποια επιπλοκή. Πολλές φορές όμως τα παιδιά δίνουν την εντύπωση ότι έχουν κρίση άσθματος, η οποία όμως δεν υποχωρεί εύκολα με την αντιαρματική θεραπεία. Η πιο συχνή επιπλοκή είναι η πνευμονία, η

οποία όμως συμβαίνει μέρες μετά την εισρόφηση. Έτσι λοιπόν ο άρρωστος θα παρουσιάσει ψηλό πυρετό και βήχα.²⁸

3.6.4 ANTIMETΩΠΙΣΗ ΒΡΕΦΟΣ

Με αισθήσεις

Γυρίζουμε το βρέφος μπρούμυτα με θέση του κεφαλιού χαμηλότερα από το σώμα και εφαρμόζουμε 5 χτυπήματα ανάμεσα στις ωμοπλάτες με την παλάμη. Εάν δεν αποφραχθεί το αναπνευστικό σύστημα του ασθενή, γυρίζουμε το βρέφος ανάσκελα και με τα δύο μας δάκτυλα (δείκτης και μέσος), εφαρμόζουμε 5 συμπίεσεις στο κατώτερο τμήμα του στέρνου σε βάθος περίπου ίσο με το 1/3 της προσθοπίσθιας διαμέτρου του θώρακα.

Εάν συνεχίσει να υπάρχει το πρόβλημα, επανεκτιμούμε το στόμα και συνεχίζουμε τους κύκλους πλήξεων/συμπιέσεων έως ότου είτε λυθεί η απόφραξη ή το βρέφος χάσει τις αισθήσεις του, οπότε αρχίζουμε την εφαρμογή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΑ).

Χωρίς αισθήσεις

Εφαρμόζουμε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ), όπως περιγράφεται σε άλλο κεφάλαιο, με τη μόνη διαφορά την επανεκτίμηση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε κύκλο θωρακικών συμπιέσεων.

ΝΗΠΙΟ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΠΑΙΔΙ

Με αισθήσεις:

Στα μεγαλύτερα παιδιά εξακολουθούμε να χρησιμοποιούμε τις 5 πλήξεις στην πλάτη, μπρούμυτα στα γόνατά μας ή στα μεγαλύτερα παιδιά υποβαστάζοντάς τα σε καθιστή ή όρθια θέση, με ελαφρά κάμψη προς τα εμπρός.

Εφόσον το πρόβλημα παραμένει εφαρμόζουμε το χειρισμό Heimlich, (κοιλιακές συμπιέσεις). Ο διάσωσης παίρνει θέση πίσω από το παιδί και εφόσον η διαφορά ύψους το επιβάλλει είτε γονατίζει με το παιδί όρθιο ή στέκεται όρθιος με το παιδί πάνω σε καρέκλα ή απλά ανασηκώνει το παιδί. Το ένα χέρι σχηματίζει γροθιά και τοποθετείται ανάμεσα στον ομφαλό και το στέρνο και το άλλο πάνω στη γροθιά. Ακολουθώς εφαρμόζονται 5 απότομες πιέσεις(ώσεις) προς τα μέσα και άνω. Εάν το παιδί δε μπορεί να υποστηριχθεί σε όρθια θέση τότε τοποθετείται ανάσκελα, ο διάσωσης παίρνει θέση ιπαστί, τοποθετεί την παλάμη του χεριού μεταξύ ομφαλού και στέρνου και την παλάμη του άλλου χεριού πάνω από την πρώτη και εφαρμόζει τις ώσεις.

Ακολουθεί επανεκτίμηση και συνέχιση των κύκλων έως ότου είτε λυθεί η απόφραξη ή το παιδί χάσει τις αισθήσεις του.

Χωρίς αισθήσεις:

Εφαρμόζουμε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση (ΚΑΡΠΑ) για παιδιά, με μόνη διαφορά την επανεκτίμηση της στοματικής κοιλότητας μετά από κάθε κύκλο θωρακικών συμπιέσεων.

Εφόσον το παιδί αναπνέει πλέον αποτελεσματικά τοποθετείται σε θέση ανάνηψης στο πλάι και παρακολουθείται.²⁹⁻³⁰

3.6.5 ΠΡΟΛΗΨΗ

Η εισρόφηση ξένου σώματος όπως καταλαβαίνετε είναι πάρα πολύ επικίνδυνη για το παιδί. Για αυτό το καλύτερο που έχουμε να κάνουμε είναι να προλάβουμε την κατάσταση αυτή. Έχετε λοιπόν στο μυαλό σας τα ακόλουθα για τα παιδιά κάτω των 5 χρόνων: Φυλάξτε όλα τα μικρά αντικείμενα μακριά από τα μικρά παιδιά σας(<5 χρόνων).

- Μη δίνετε στα μικρά παιδιά ξηρούς καρπούς. Αποτελούν το 50% των ξένων σωμάτων στους πνεύμονες.
- Μην τους δίνετε ποτέ παιχνίδια που περιέχουν μικρά αντικείμενα

- Μην τους δίνετε ποτέ κουμπιά, μικρά κέρματα. Δεν είναι παιχνίδια
- Τα παιδιά θα πρέπει πάντα να τρώνε με την επίβλεψη ενηλίκου και να καθοδηγούνται, ώστε να αποφεύγουν παράλληλες δραστηριότητες την ώρα του φαγητού «όταν τρώμε δεν μιλάμε». Πρέπει να ελέγχεται η καταλληλότητα των παιδιών για κάθε ηλικία.²⁸⁻³¹

3.7 Επιληψία

3.7.1 Γενικά

Η επιληψία προσβάλλει περίπου πέντε ανά χίλια παιδιά σχολικής ηλικίας και το 10% αυτών παρουσιάζουν σοβαρή νόσο. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι ιδιοπαθείς αλλά υπάρχουν και άλλα αίτια επιληψίας.

3.7.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΕΠΙΛΗΨΙΑΣ

1.Γενικευμένες Επιληψίες

Στις Γενικευμένες Επιληψίες Υπάρχει:

- Πάντα απώλεια συνείδησης
- Καμία προειδοποίηση
- Συμμετρικοί σπασμοί
- Αμφοτερόπλευρα συντονισμένες εκφορτίσεις ΗΕΓ

2.Επιληψίες Σχετιζόμενες Με Ειδική Εντόπιση (Εστιακού Τύπου)

Απλοί Εστιακοί Σπασμοί:

- Το παιδί διατηρείται σε κατάσταση εγρήγορσης με ανέπαφο επίπεδο συνείδησης.

Σύνθετοι Εστιακοί Σπασμοί:

- Διαταραχή επιπέδου συνείδησης ή σύγχυση λόγω της επέκτασης της ανώμαλης ηλεκτρικής διέγερσης από την περιοχή προέλευσης.

Εστιακοί σπασμοί με δευτερογενή γενίκευση:

- Οι εστιακοί σπασμοί εκδηλώνονται κλινικά ή σε ΗΕΓ μετακριτικής φάσης μετά ένα επεισόδιο γενικευμένο τονικοκλωνικών σπασμών.

2.7.3 Διάγνωση Επιληψίας

Η διάγνωση επιληψίας βασίζεται στο λεπτομερές ιστορικό ,κατά προτίμηση και από τους πιθανούς μάρτυρες που βρίσκονται κατά το επεισόδιο των σπασμών καθώς και από το ίδιο το παιδί και στην κλινική εξέταση και τα ΗΕΓγραφικά ευρήματα. Εάν είναι διαθέσιμη η βιντεοσκόπηση θα βοηθήσει πολύ σε ένα επεισόδιο σπασμού ή πιθανού σπασμού. Τέλος η επιληψία θα πρέπει να διαγνωσθεί από άλλες παροξυσμικές διαταραχές.²⁶

3.8 ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ

Η λιποθυμία, είναι η προσωρινή απώλεια της συνείδησης που ακολουθείται από την επαναφορά στην πλήρη εγρήγορση. Η απώλεια της συνείδησης, ακολουθείται από απώλεια του μυϊκού τόνου με αποτέλεσμα την πτώση.

Στην λιποθυμία συνυπάρχει εφίδρωση, ωχρότητα, δύσπνοια και ψυχρότητα των άκρων. Είναι συχνή μετά από ισχυρό πόνο καθώς και από μειωμένη παροχή αίματος.

Αντιμετώπιση

Αρκεί η ανύψωση των κάτω άκρων του θύματος και σε λίγα λεπτά οι αισθήσεις του επανέρχονται.

Η αναιμία μπορεί επίσης να προκαλέσει λιποθυμία (λόγω απώλειας αίματος). Η αντιμετώπιση της όμως απαιτεί την παρέμβαση ειδικού.³²

3.9 ΚΡΥΟΠΑΓΗΜΑΤΑ

3.9.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Τα κρυοπαγήματα είναι κακώσεις που προκαλούνται στο δέρμα από το έντονο κρύο. Μειώνουν την ευαισθησία της περιοχής η οποία μάλιστα κοκκινίζει. Τα μέρη που κυρίως επηρεάζονται είναι η μύτη, τα αυτιά, τα μάγουλα, το πηγούνι, τα δάκτυλα και οι πατούσες. Ένα κρυοπάγημα μπορεί να επιφέρει μόνιμες σωματικές βλάβες ή ακόμα να οδηγήσει και σε ακρωτηριασμό. Πιο επικίνδυνο είναι να προσβληθούν άτομα με κακή κυκλοφορία αίματος.

Όταν μια περιοχή του δέρματος, η οποία είναι εκτεθειμένη σε πολύ κρύο περιβάλλον, εμφανίσει έντονη κοκκινίλα ή πόνο, απομακρυνόμαστε από την εστία ψύχους ή προσπαθούμε να προστατέψουμε το εκτεθειμένο δέρμα από αυτήν και να αποτρέψουμε την αρχή ενός κρυοπαγήματος.

3.9.2 ANΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Εάν έχουμε σημάδια κρυοπαγήματος και δεν είναι εύκολη η πρόσβασή μας σε γιατρό άμεσα, ακολουθούμε τα παρακάτω:

- Μπαίνουμε σε ζεστό δωμάτιο το συντομότερο δυνατό.
- Εκτός και αν είναι απόλυτη ανάγκη, δεν περπατάμε με πόδια ή δάκτυλα τα οποία έχουν πάθει κρυοπαγήματα – αυτό μπορεί να αυξήσει τη ζημιά που ήδη υπάρχει.
- Βυθίζουμε το πάσχον σημείο σε ζεστό αλλά όχι καυτό νερό (η θερμοκρασία του πρέπει να είναι τέτοια που να είναι ανεκτή από υγιές δέρμα) ή αν αυτό δεν είναι δυνατό τότε
- Ζεσταίνουμε το πάσχον μέλος με το σώμα μας (για παράδειγμα με το κάτω μέρος του γονάτου μας ή το μέσα μέρος του αγκώνα μας. Σημεία δηλαδή που πάντα είναι πιο ζεστά.).
- Δεν πρέπει να κάνουμε μασάζ με χιόνι ή οτιδήποτε άλλο στη περιοχή .
- Δεν πρέπει να χρησιμοποιούμε τεχνητούς τρόπους θέρμανσης, όπως εστίες φωτιάς ή θερμαινόμενα σκεπάσματα, γιατί μπορεί να δημιουργηθεί έγκαυμα στη περιοχή εκτός από το κρυοπάγημα.

Η λήψη προληπτικών μέτρων είναι η καλύτερη αντιμετώπιση ενάντια στο ψύχος και τα κρυοπαγήματα που δημιουργούνται από αυτό. Τα χοντρά ρούχα και τα κατάλληλα παπούτσια για αυτές τις καταστάσεις είναι η ενδεδειγμένη λύση για να μην μπούμε ποτέ στη διαδικασία της ίασης των κρυοπαγήματων.³³



3.10 ΡΙΝΟΡΡΑΓΙΑ

3.10.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η ρινορραγία ή επίσταξη είναι η αιμορραγία από τη μύτη. Πρόκειται για μία εξαιρετικά συχνή κατάσταση , η οποία συνήθως δεν οφείλεται σε σοβαρά αίτια και μπορεί τις περισσότερες φορές αντιμετωπισθεί χωρίς τη βοήθεια ιατρού.³⁴

3.10.2 ΑΙΤΙΑ

Μπορεί να είναι αποτέλεσμα τραυματισμού του ρινικού βλεννογόνου ή να συνοδεύει κάποια νόσο ,όπως το κοινό κρυολόγημα και η υπερτασική και να εμφανίζει μετά από έντονη σωματική κόπωση ή από απότομη έκθεση το κρύο. Συνήθως θορύβει τον άρρωστο αλλά δεν είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη.¹⁹

3.10.3 ANΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- 1)Τοποθετείστε το παιδί καθιστό με γερμένο μπροστά το κεφάλι. Πρέπει να αναπνέει από το στόμα
- 2)Κλείστε με τα δάκτυλα σφιχτά τη μύτη του.
- 3)Πείτε στο παιδί να αποβάλλει ότι περιττό υγρό αισθάνεται στο στόμα του.

- 4)Χαλαρώστε το σφίξιμο και αν η αιμορραγία δεν έχει σταματήσει επαναλάβετε την διαδικασία.
- 5)Μόλις σταματήσει η αιμορραγία χρησιμοποιείτε βαμβάκι με χλιαρό νερό για να καθαρίσετε μύτη και στόμα .³⁵⁻³⁶

3.11 ΖΩΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Τα ζωτικά σημεία είναι μετρήσεις που παρέχουν φυσικά στοιχεία που δείχνουν την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου, δείχνοντας τη λειτουργία και τις αλλαγές στη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Κύριος στόχος τους είναι να βοηθήσουν στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου, καθώς και να «εξοπλίσουν» τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που σχετίζεται με συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Τα σημαντικότερα και πιο εύκολα να μετρηθούν από μη επαγγελματία υγείας είναι: **συστολική αρτηριακή πίεση, διαστολική αρτηριακή πίεση, αναπνευστικός ρυθμός, θερμοκρασία σώματος**

Αρτηριακή Πίεση: Η πίεση ή η ένταση του αίματος μέσα στις συστηματικές αρτηρίες, που δημιουργείται από τη συστολή της αριστερής κοιλίας, την αντίσταση των αρτηριδίων και των τριχοειδών αγγείων, την ελαστικότητα των αρτηριακών τοιχωμάτων, καθώς και το ιξώδες και τον όγκο του αίματος. **Καρδιακή συχνότητα:** Ένα μέτρο του ρυθμού της καρδιάς, το οποίο καταγράφεται με τον αριθμό των σφίξεων ανά λεπτό

Θερμοκρασία: Ο βαθμός της θερμοκρασίας είναι ένδειξη της παρουσίας νόσου ή μίας απειλής για την υγεία ανεξάρτητα από τις άλλες ενδείξεις που συγκεντρώθηκαν από την απλή φυσική διάγνωση.

Αναπνευστική συχνότητα: ο ρυθμός της αναπνοής, ο οποίος καταγράφεται ως ο αριθμός των αναπνοών ανά λεπτό.

Σημασία Ζωτικών Σημείων

Τα ζωτικά σημεία είναι μεταβλητά και οι μετρήσεις τους εξαρτώνται από το άτομο που τις κάνει. Ακόμη και υπό τις καλύτερες συνθήκες, τα ζωτικά σημεία δεν είναι πάντα αξιόπιστα ή ακριβή. Η μέτρησή τους έχει δείξει ότι επηρεάζεται από την εκπαίδευση του ατόμου που τα μετράει. Η ικανότητα να αναγνωρίσει κανείς έναν ασθενή που βρίσκεται σε επείγουσα κατάσταση είναι πρωταρχικής σημασίας για να γίνουν όλες οι απαραίτητες ενέργειες για τη βελτίωση της έκβασής τους³⁷

3.12 ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

3.12.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Κάταγμα ονομάζετε κάθε λύση της συνεχείας ενός οστού. Κλειστά λέγονται τα κατάγματα, που δεν έχουν σχέση με ανοιχτές κακώσεις της αντίστοιχης περιοχής. Αντίθετα, ανοιχτά λέγονται τα κατάγματα που σχετίζονται άμεσα με κάποιο τραύμα. Ανάλογα με την εικόνα, που παρουσιάζουν, τα κατάγματα διακρίνονται σε ρωγμή, εγκάρσια, λοξά, συντριπτικά, εμπλεκόμενα, σπειροειδή κ.α¹⁹

Τα κατάγματα που προκαλούνται μετά από τραυματισμό αποτελούν το 23% του συνόλου των ατυχημάτων συχνότητα των καταγμάτων είναι διπλάσια στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια 57% των καταγμάτων συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των αθλημάτων με μπάλα ενώ η πτώση από ύψος αποτελεί επικείμενο μηχανισμό στο 1/2 των περιπτώσεων.³⁸

3.12.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η ύπαρξη ενός κατάγματος υποδηλώνεται από τη παρουσία κάποιων από τα παρακάτω συμπτώματα και σημεία:

- 1) Πόνος. Είναι το κύριο σύμπτωμα του κατάγματος και εντοπίζεται αυστηρά στο σημείο της βλάβης.
- 2) Οίδημα και εκχύμωση.
- 3) Παραμόρφωση ή και βράχυνση του μέλους.
- 4) Παθολογική κινητικότητα και πνιγμός
- 5) Δυσχρηστία και αποφυγή των κινήσεων του μελους.¹⁹

3.12.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Τυχόν μεγάλη αιμορραγία ή δυσκολία στην αναπνοή αντιμετωπίζεται κατά προτεραιότητα. Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει τα κατάγματα με το παιδί στη θέση που βρέθηκε εκτός βεβαία αν κινδυνεύει άμεσα η ζωή του .Σταθεροποιεί το πιθανό κάταγμα ακινητοποιώντας τις δυο εκατέρωθεν αρθρώσεις .Στη συνέχεια ταχτοποιεί το παιδί ώστε να νιώθει κατά το δυνατόν ανάταση ψύξη της περιοχής βοηθά στην αντιμετώπιση του οιδήματος .Οι επίδεσμοι που χρησιμοποιεί για την ακινητοποίηση πρέπει να είναι αρκετά σταθεροί για να εμποδίσουν την κίνηση ,αλλά όχι τόσο σφιχτοί που να παρεμποδίζουν την κυκλοφορία του αίματος .Σε ανοιχτά κατάγματα αποφεύγει ο νοσηλευτής να δώσει στον τραυματία να πει ,γιατί πιθανόν να χρειαστεί να χειρουργηθεί επείγοντως οπότε αποτελεί αντένδειξη για την αναισθησία.³⁹

3.14 ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΙΣ



3.14.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι δηλητηριάσεις στα μικρά παιδιά είναι αρκετά συχνές εφόσον, μετά την ηλικία των 6 μηνών, αρέσκονται να τοποθετούν κάθε αντικείμενο στο στόμα ή να γεύονται κάθε πράγμα ,που είναι σε θέση να πιάσουν. Οι ουσίες , που μπορούν να προκαλέσουν δηλητηρίαση, ανήκουν σε τέσσερις ομάδες:

- 1)Φάρμακα
- 2)Οικιακά αντικείμενα

3)Γεωργικά αντικείμενα

4)Φυτά

Η επαφή με φαρμακευτικό υλικό ,μικροβιοκτόνα οικιακής χρήσης, χημικά, καλλυντικά, ή φυτά μπορεί να κάνει τα παιδιά να αρρωστήσουν πολύ άσχημα. Αυτό είναι κάτι που μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία και μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αντιδράσεις. Παρ'όλα αυτά, στην πλειονότητα των παιδιών, η επαφή με κάποιο δηλητήριο δεν προκαλεί μόνιμη βλάβη εφόσον αντιμετωπιστεί άμεσα.⁴⁰

3.14.2ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια των δηλητηριάσεων είναι:

- Ελλιπής επίβλεψη των γονέων.
- Έλλειψη σωστής ενημέρωσης και εκπαίδευσης των παιδιών.
- Αφθονία χημικών ουσιών και φαρμάκων σε εκτεταμένους χώρους.¹⁷

3.14.3ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η διάγνωση πηγάζει από τα κλινικά συμπτώματα. Σε δηλητηριάσεις από το πεπτικό στην πρώτη φάση είναι:

- Πυρετός
- Ωχρότητα
- Ζάλη
- Έμετος
- Ναυτία
- Διάρροια
- Πόνος στο στομάχι
- Πληγές και εγκαύματα στα χείλη και στο στόμα
- Αίσθημα καύσου
- Οίδημα γλωττίδας

Και στη δεύτερη φάση: Shock, σπασμοί και κώμα. Ενώ σε δηλητηριάσεις από το αναπνευστικό σύστημα τα συμπτώματα είναι:

- Περιορισμός της αναπνοής
- Δύσπνοια
- Αίσθημα καύσου
- Κυάνωση¹⁹

3.14.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

Τα παιδιά είναι τα πιο συχνά θύματα δηλητηρίασης και τα φάρμακα είναι υπεύθυνα για τα μισά όλων των ατυχημάτων δηλητηρίασης των παιδιών κάτω των 5 ετών.⁴¹

3.14.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Εάν έχετε την υποψία ότι το παιδί σας έχει καταπιεί κάποια δηλητηριώδη ουσία βρείτε το δοχείο που περιέχει την ουσία και διαβάστε τα ουσιαστικά. Κατόπιν τηλεφωνήστε στο κέντρο δηλητηριάσεων ή στο γιατρό σας και ενημερώστε.²²⁻²¹

Κατάποση χημικών ουσιών

Ενημερώστε αμέσως γιατί ή χημική ουσία θα προκαλέσει μεγαλύτερη βλάβη .Δώστε στο παιδί σας να πιεί νερό ή κρύο γάλα. Τηλεφωνήστε στο γιατρό σας ώστε να προσδιοριστεί η ακριβή ιατρική φροντίδα. Εάν το παιδί χάσει τις αισθήσεις του ελέγξτε το σφυγμό και την αναπνοή και ετοιμαστείτε για ΚΑΡΠΑ.

ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ ΑΠΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ

Παρακολουθήστε το παιδί για συμπτώματα δηλητηρίασης όπως :αναποκοκκινισμένο πρόσωπο , ναυτία , τρίκλισμα , έντονη μυρωδιά οινόπνευματος και παροτρύνετε το να κάνει εμετό

Αν χάσει τις αισθήσεις του ελέγξτε αναπνοή και σφυγμό και ετοιμαστείτε για ΚΑΡΠΑ. Εάν αναπνέει τοποθετήστε το στην θέση ανάκτησης των αισθήσεων και προσπαθήστε να το κρατήστε ζεστό, καθώς το οινόπνευμα μπορεί να προκαλέσει υποθερμία αφού διαστέλλει τα αιμοφόρα αγγεία .Παραμείνετε κοντά στο παιδί μέχρι την άφιξη βοήθειας.²¹⁻⁴²

3.14.6 ΠΡΟΛΗΨΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ

Το βασικότερο και το πιο αποτελεσματικό μέτρο πρόληψης των δηλητηριάσεων για παιδιά κάτω από πέντε ετών είναι η σωστή και η συνεχής επίβλεψη των γονέων .Στα μεγαλύτερα παιδιά είναι απαραίτητη η διαπαιδαγώγηση και πρέπει να μάθουν μόνα τους να αποφεύγουν τους κινδύνους .

Οι γονείς θα πρέπει να προσέχουν τα εξής:

- Αποθήκευση των προϊόντων του νοικοκυριού και των φαρμάκων σε χώρους μη προσιτούς από τα παιδιά
- Προμήθεια ασφαλών φιαλιδίων για τα φάρμακα
- Για δηλητηριώδη φυτά που μπορεί να βρεθούν στο σπίτι
- Καταστροφή όλων των φαρμάκων που δεν χρησιμοποιούνται, η υπερβολική δοσολογία μπορεί να είναι θανατηφόρα ειδικά για ένα παιδί.
- Να μην μεταφέρονται δηλητηριώδης ουσίες από την αρχική τους συσκευασία σε άλλη χωρίς ετικέτα.
- Να μην αναφέρεται ποτέ σε ένα παιδί ότι το φάρμακο που λαμβάνει είναι ζαχαρωτό ,αλλά ότι είναι φάρμακο για να το κάνει καλά και ότι πρέπει να λαμβάνεται μόνο με τις οδηγίες του γιατρού.⁴¹⁻⁴²

3.15 ΤΡΑΥΜΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΣ

3.15.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι μικρής σημασίας τραυματισμοί της κεφαλής είναι συνηθισμένοι κατά την παιδική ηλικία και η μεγάλη πλειονότητα των παιδιών ανακύπτει χωρίς να υποφέρει από κάποια επιπλοκή. Ο σκοπός της αντιμετώπισης των τραυμάτων της κεφαλής είναι να αναγνωριστούν τα παιδιά που χρήζουν θεραπείας και να αποφευχθούν οι δευτερογενείς βλάβες του εγκεφάλου λόγω επάξιας ή φτωχής εγκεφαλικής αιματώσης.²⁶

ΤΥΠΟΙ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Πρωτοπαθής κάκωση που περιλαμβάνει την καταστροφή του εγκεφαλικού ιστού τη στιγμή της προσβολής.

Δευτεροπαθής κάκωση που περιλαμβάνει την καταστροφή του ζωτικού, τραυματισμένου εγκεφαλικού ιστού από απόξεια, υπόταση και εγκεφαλικό οίδημα αφού έχει συμβεί η πρωτοπαθής κάκωση. Ο στόχος της θεραπείας είναι η πρόληψη ή ο περιορισμός της δευτεροπαθούς κακώσεως. Οι πιο συχνές κακώσεις της κεφαλής σε νεογνά, παιδιά και σε ενήλικες είναι κλειστοί ή αφορούν κλειστό τραύμα.

Αν αντιμετωπισθεί κατάλληλα, η πλειοψηφία των κακώσεων στην κεφαλή παιδιών αναμένεται να έχουν καλή έκβαση. Ακόμη και τα παιδιά με σημαντική κάκωση της κεφαλής μπορεί να επιστρέψουν σε φυσιολογική λειτουργία.⁴³

3.15.2 ΑΙΤΙΑ

Τα συνήθη αίτια τραυματισμού της κεφαλής περιλαμβάνουν, τα τροχαία ατυχήματα, τις πτώσεις, τη σωματική επίθεση και τα ατυχήματα στο σπίτι, στην εργασία, στην ύπαιθρο ή στη διάρκεια αθλημάτων.

3.15.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Α)Για ένα μέτριο έως σοβαρό τραυματισμό στο κεφάλι, ακολουθήστε τα ακόλουθα βήματα:

1) Καλέστε το 166.

2)Ελέγξτε τον αεραγωγό, την αναπνοή και την κυκλοφορία του ατόμου

3)Σταθεροποιήστε το κεφάλι και τον αυχένα, τοποθετώντας τα χέρια σας και στις δύο πλευρές του κεφαλιού του ατόμου, κρατώντας το κεφάλι σε ευθυγράμμιση με τη σπονδυλική στήλη και αποτρέποντας την κίνηση. Περιμένετε να φτάσει ιατρική βοήθεια.

4)Σταματήστε την όποια αιμορραγία, εφαρμόζοντας σταθερή πίεση με ένα καθαρό πανί στην πληγή.

5)Εάν το άτομο κάνει έμετο, γυρίστε κεφάλι, αυχένα και σώμα ως μία μονάδα, για να αποτρέψετε τον πνιγμό. Ο χειρισμός αυτός προστατεύει τη σπονδυλική στήλη, που θα πρέπει να θεωρείται ότι έχει τραυματιστεί σε όλα τα περιστατικά τραυματισμού στο κεφάλι.

Β) Για ήπιους τραυματισμούς στο κεφάλι, δεν απαιτείται κάποια συγκεκριμένη αντιμετώπιση. Ωστόσο, παρακολουθήστε το άτομο στενά για ανησυχητικά συμπτώματα για το επόμενο 24ωρο. Τα συμπτώματα ενός σοβαρού τραυματισμού στο κεφάλι μπορεί να καθυστερήσουν να εμφανιστούν. Ενώ το άτομο κοιμάται, να το ξυπνάτε κάθε 2 με 3 ώρες και κάντε απλές ερωτήσεις για να ελέγξετε την εγρήγορση, όπως "Πως σε λένε;"⁴⁴

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η είσοδος των νοσηλευτών στα ελληνικά σχολεία και η έναρξη υποτυπώδους σχολικής νοσηλευτικής έγινε το 1985 (νόμος 1566 , άρθρο 35, παράγραφος 2) με την εισαγωγή του κλάδου των επιμελητών ως ειδικό προσωπικό στα σχολεία ειδικής αγωγής. Στην παράγραφο 8 του ίδιου άρθρου ορίζονταν κατά κλάδους τα ειδικά τυπικά προσόντα διορισμού του ειδικού προσωπικού, τα οποία για τον κλάδο των επιμελητών ήταν πτυχίο νοσοκόμων ή βρεφονηπιοκόμων ιδρύματος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής. Σήμερα ισχύουν οι διατάξεις του νόμου 3172/2003 , ενώ ο πρόσφατος νόμος 3370/2005 για την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας δεν προβλέπει κάτι νέο για τις υπηρεσίες σχολικής υγείας.

Σήμερα όσον αφορά στα δημόσια ελληνικά σχολεία, υποτυπώδης σχολική νοσηλευτική λειτουργεί μόνο στα σχολεία ειδικής αγωγής όπου εργάζονται περίπου 45 σχολικοί νοσηλευτές (έως το Μάρτιο 2005) και οι οποίοι υπάγονται στο ΥΠΕΠΘ. Στα σχολεία αυτά εξυπηρετούνται μαθητές ηλικίας 4-22 ετών. Η ύπαρξη σχολικού νοσηλευτή στα ιδιωτικά σχολεία έγκειται στην ευχέρεια των ιδρυμάτων καθώς δεν υπάρχει νόμος που να υποχρεώνει για την παρουσία ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Σκοπός, της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι είναι να διερευνηθεί η γνώση και η ικανότητα των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του Νομού Αχαΐας στην παροχή πρώτων Βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

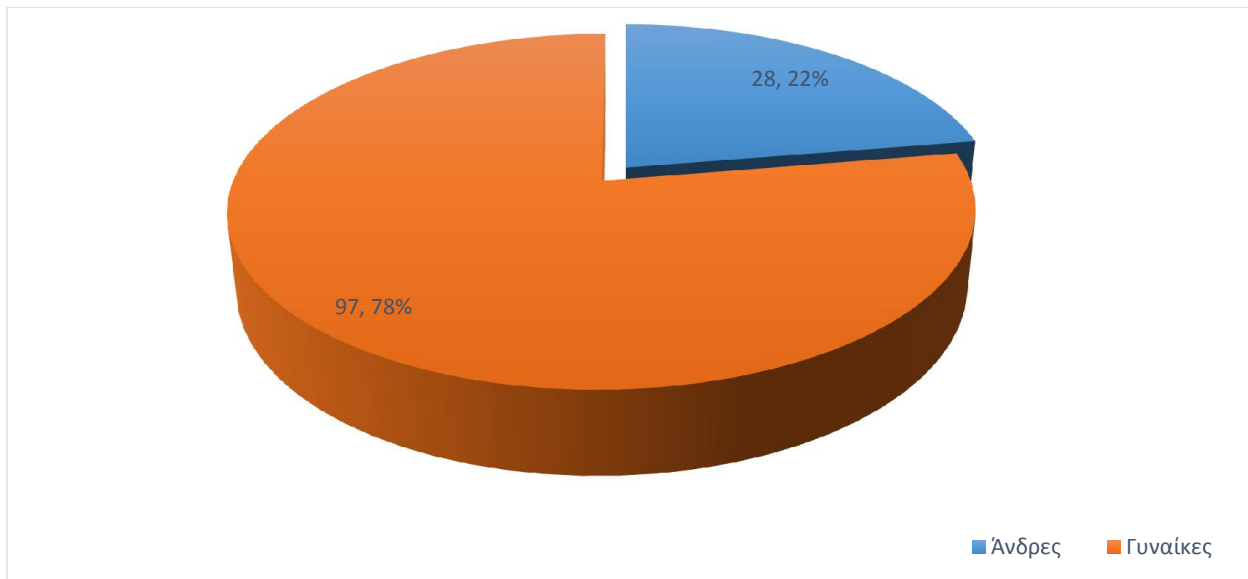
Η παρούσα προοπτική ερευνητική εργασία αποτελεί μέρος της ευρύτερης μελέτης που πραγματοποιήθηκε από το τμήμα νοσηλευτικής του Τει Δυτικής Ελλάδος για την διερεύνηση της γνώσης και της ικανότητας των εκπαιδευτικών της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης του Νομού Αχαΐας στην παροχή πρώτων βοηθειών στο σχολικό περιβάλλον. Πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα από το Νοέμβριο του 2013 μέχρι τον Ιανουάριο του 2014. Μοιράστηκαν 168 ερωτηματολόγια σε 11 από τα 30 σχολεία του νομού Αχαΐας και συλλέχθηκαν ορθά συμπληρωμένα 125. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 2 μέρη όπου το πρώτο περιελάμβανε δημογραφικά στοιχεία και γενικές ερωτήσεις ανοιχτού τύπου ενώ το δεύτερο μέρος αποτελείται από 15 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αναφέρονταν σε βασικές γνώσεις πρώτων βοηθειών.

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων με το Microsoft Excel ενώ οι συσχετίσεις υπολογίστηκαν με το στατιστικό πακέτο GraphPad Prism V6.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

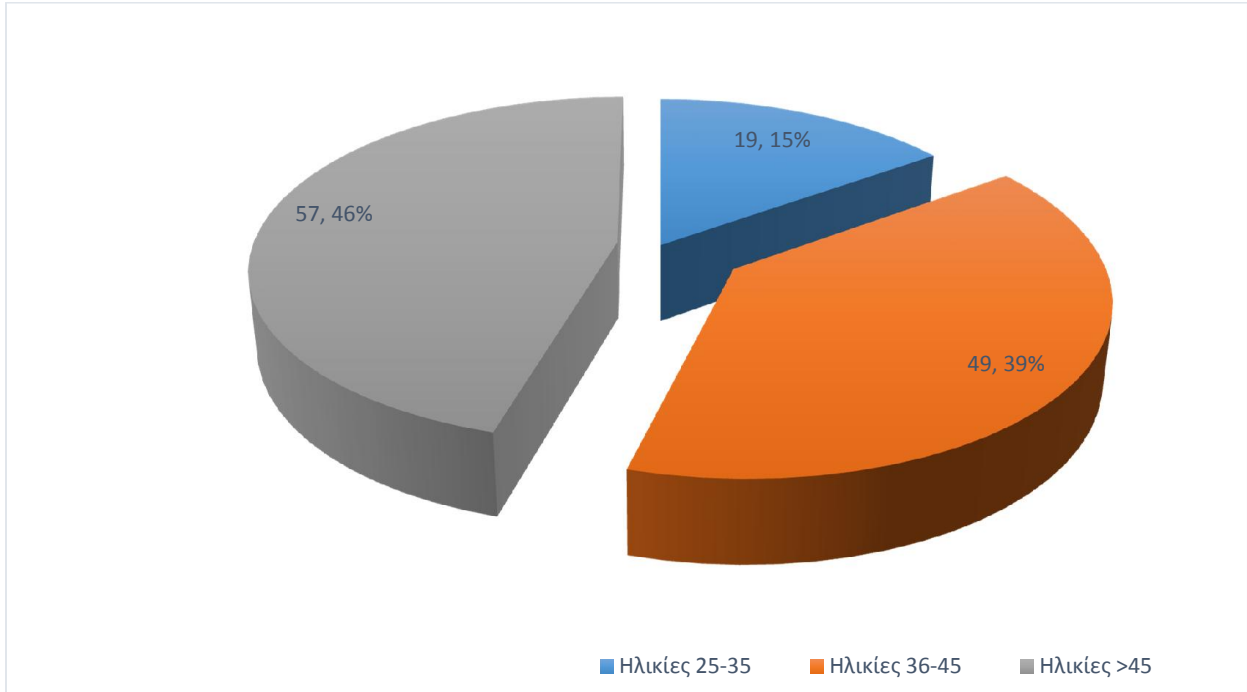
Δημογραφικά στοιχεία:

- Άνδρας ____ Γυναίκα ____



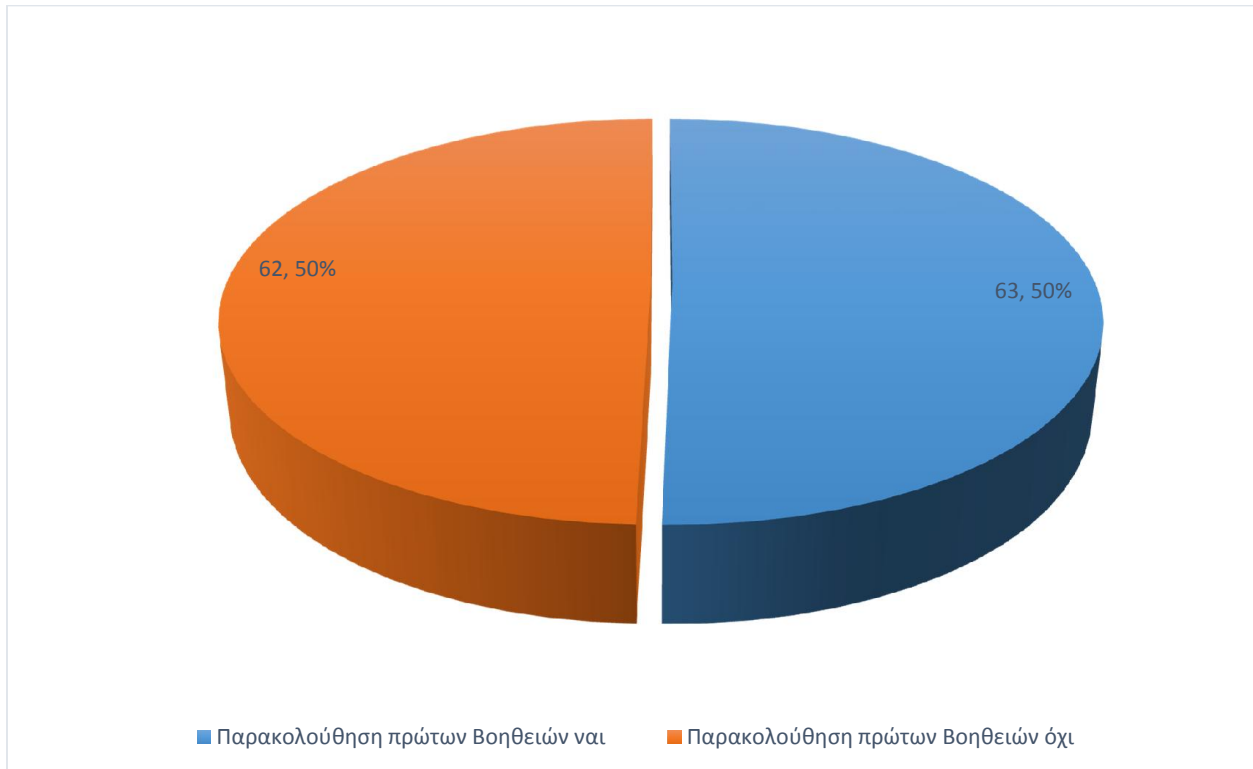
Οι 28 είναι άνδρες (ποσοστό 22%) και οι 97 (ποσοστό 78%) είναι γυναίκες!!!!!!!

- **Ηλικία:** 25 – 35 _____, 36 – 45 _____, > 45 _____



Οι 19 (ποσοστό 15%) είναι ηλικίας από 25-35, οι 49 (ποσοστό 39%) είναι ηλικίας 36-45 και οι 57(ποσοστό 46%) είναι ηλικίας >45!!!!!!

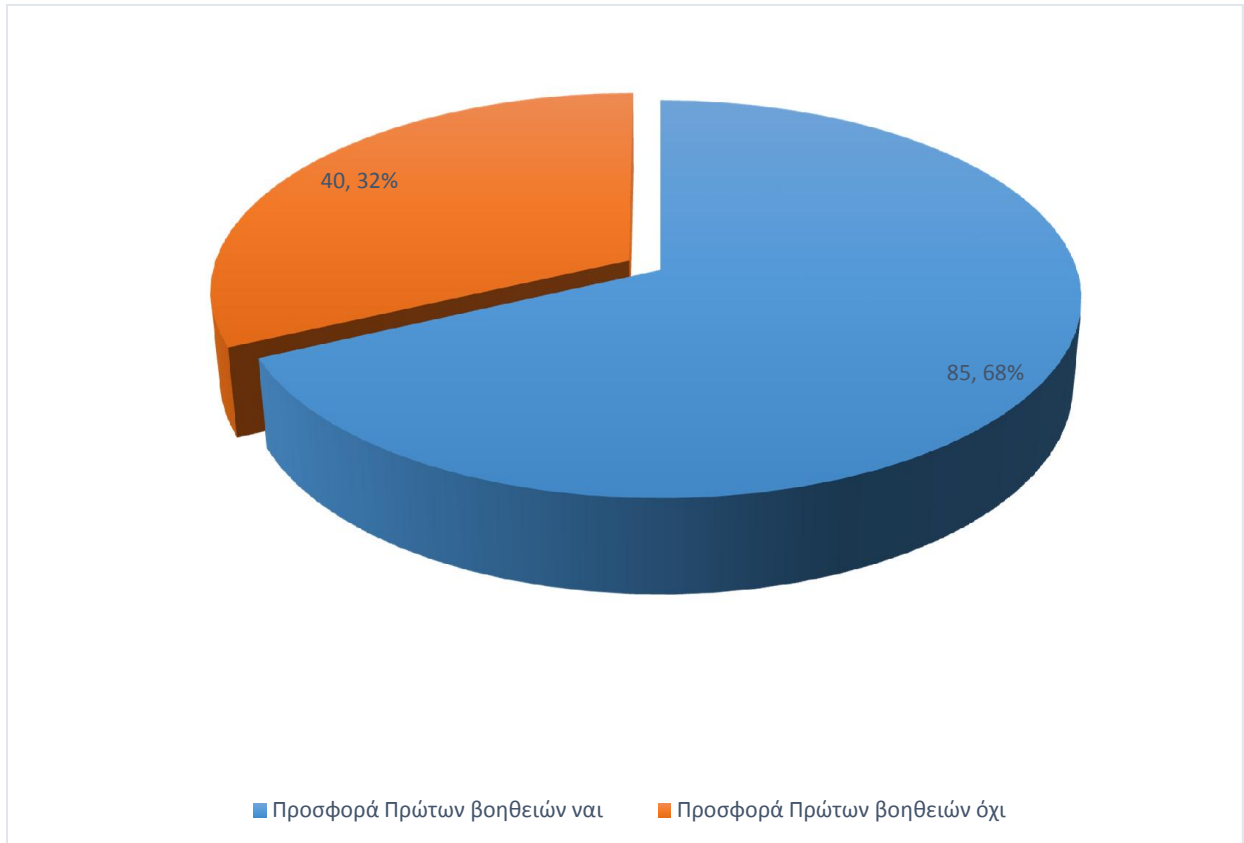
- Έχετε παρακολουθήσει ποτέ κάποιο εκπαιδευτικό σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών:
Ναι____, Όχι____



Οι 63 (ποσοστό 50%) έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών και οι 62 (ποσοστό 50%) δεν έχουν παρακολουθήσει σεμινάριο πρώτων βοηθειών!!!

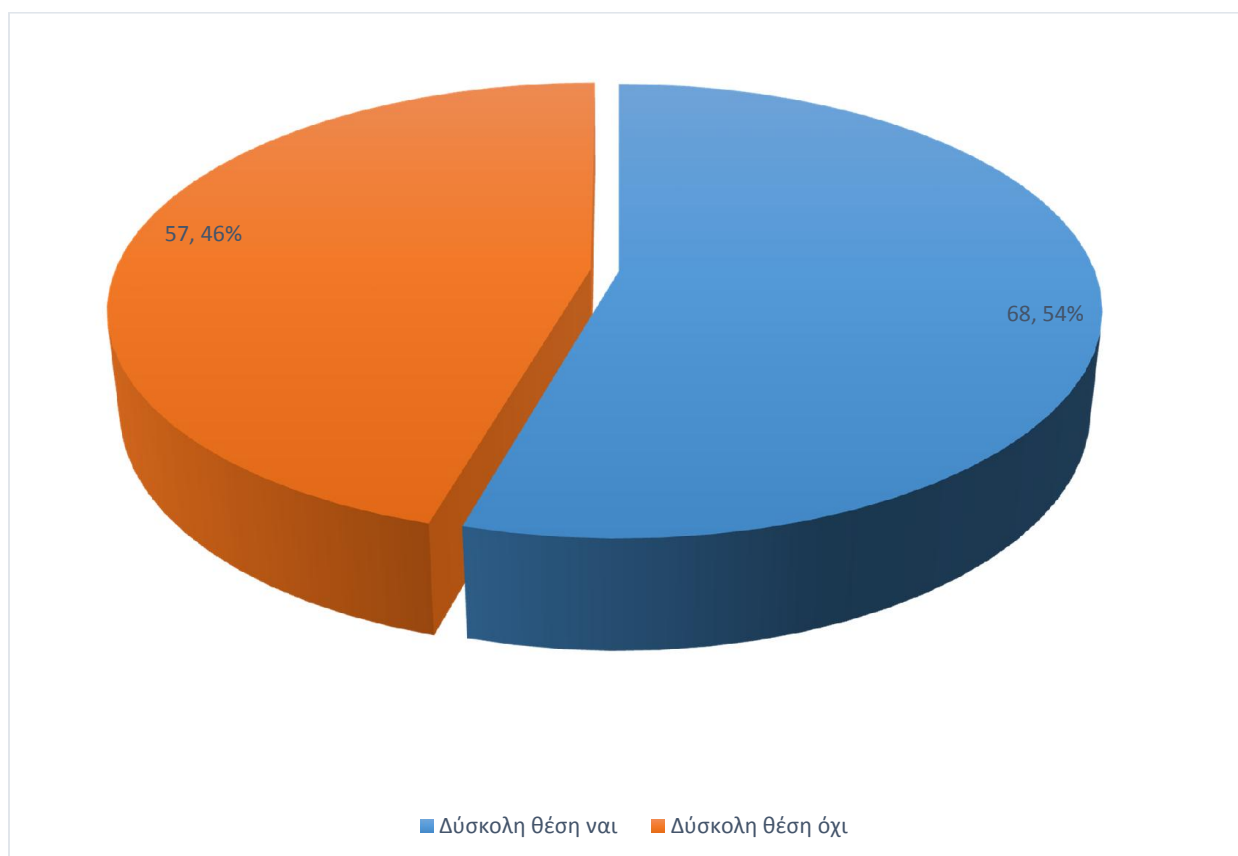
- Έχετε προσφέρει Πρώτες Βοήθειες σε παιδιά στο σχολείο:

Ναι____, Όχι____



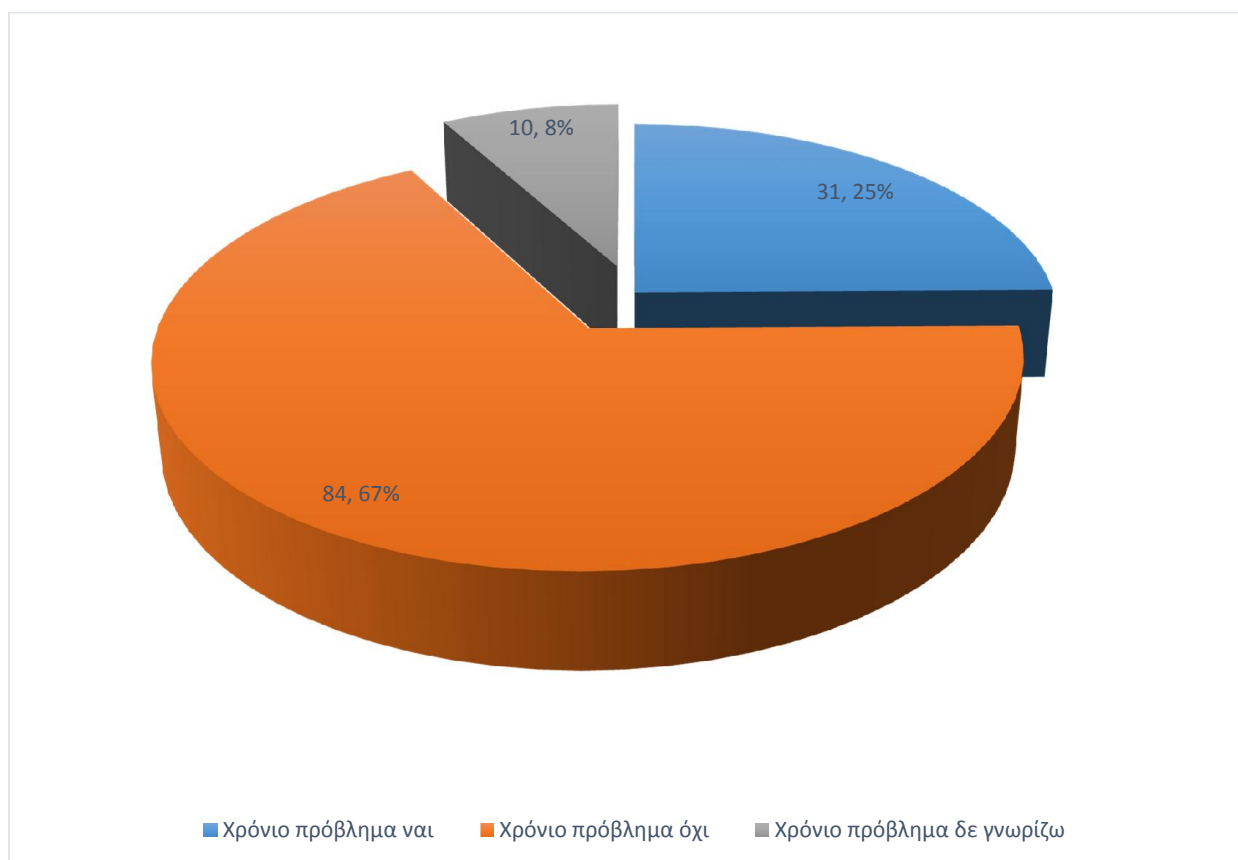
Οι 85(ποσοστό 68%) έχουν προσφέρει πρώτες βοήθειες σε παιδιά στο σχολείο και οι 40 (ποσοστό 32%) δεν έχουν προσφέρει πρώτες βοήθειες σε παιδιά στο σχολείο!!!!

- Έχετε έρθει σε δύσκολη θέση διότι δεν γνωρίζετε να προσφέρετε Πρώτες Βοήθειες:
Ναι____, Όχι__



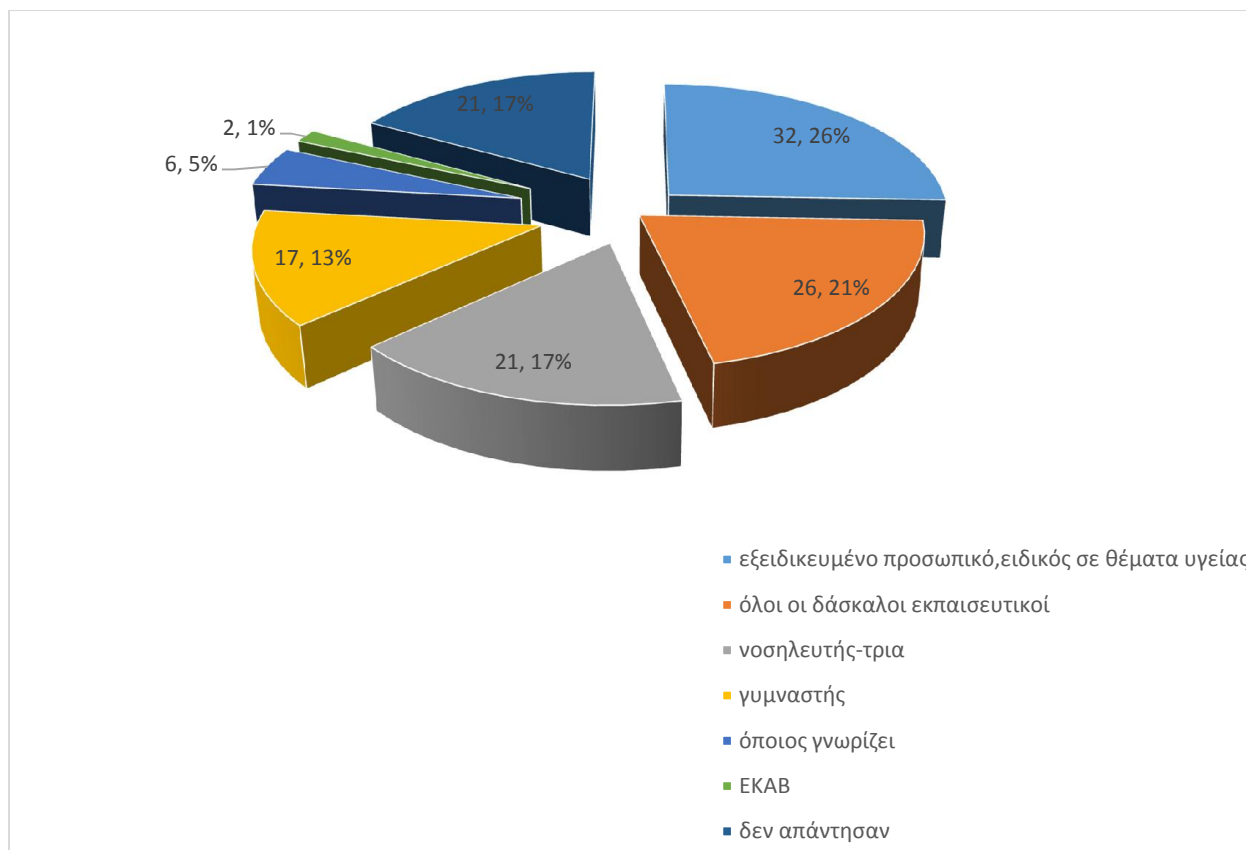
Οι 68 (ποσοστό 54%) έχουν έρθει σε δύσκολη θέση διότι δε γνώριζαν να προσφέρουν πρώτες βοήθειες και οι 57 (ποσοστό 46%) δεν έχουν έρθει σε δύσκολη θέση !!!!!

- Στην τάξη σας υπάρχουν παιδιά με χρόνια πρόβλημα Υγείας;
Ναι____, Όχι____, Δεν Γνωρίζω____



Οι 31 (ποσοστό 25%) έχουν παιδιά με χρόνια πρόβλημα υγείας στη τάξη τους, οι 84 (ποσοστό 67%) δεν έχουν παιδιά με χρόνια πρόβλημα υγείας στη τάξη τους και οι 10 (ποσοστό 8%) δε γνωρίζουν αν έχουν παιδιά με χρόνια πρόβλημα υγείας στη τάξη τους!!!!!!

- Ποιος κατά την γνώμη σας θα πρέπει να ασχολείται με θέματα και επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο:



Οι 32 (ποσοστό 26%) απάντησαν ότι με θέματα και επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο θα πρέπει να υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό ή ειδικός σε θέματα υγείας!

Οι 26 (ποσοστό 21%) απάντησαν ότι με θέματα και επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο θα πρέπει να ασχολούνται όλοι οι δάσκαλοι/εκπαιδευτικοί!

Οι 21 (ποσοστό 17%) απάντησαν ότι για τα θέματα και τα επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο θα πρέπει να υπάρχει νοσηλεύτης-τρια!

Οι 17 (ποσοστό 13%) απάντησαν ότι με θέματα και επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο θα πρέπει να ασχολείται ο γυμναστής-τρια!

Οι 6 (ποσοστό 5%) απάντησαν ότι με θέματα και επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο θα πρέπει να ασχολείται όποιος γνωρίζει!

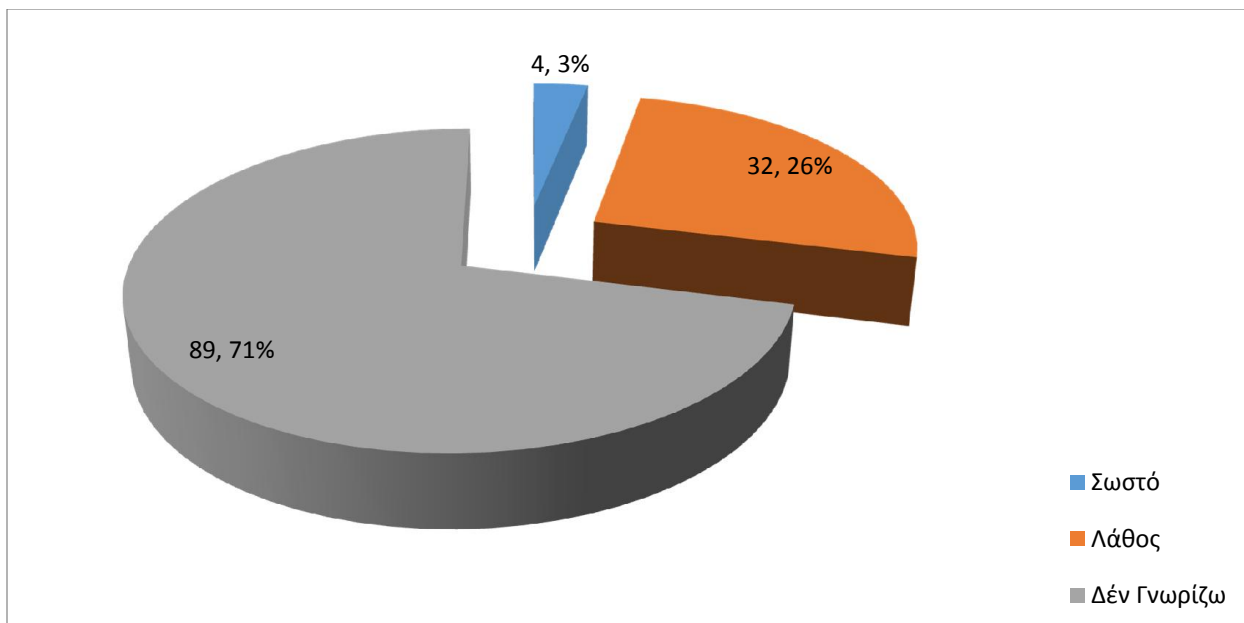
Οι 2 (ποσοστό 1%) απάντησαν ότι με θέματα και επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο θα πρέπει να ασχολείται το 166!

Οι 21 (ποσοστό 17%) δεν απάντησαν !

Ειδικό Μέρος Ερωτηματολογίου:

Ερώτηση1: Ο σωστός αλγόριθμος συμπίεσεων αναπνοών σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση παιδιού ηλικίας κάτω των οκτώ ετών είναι...

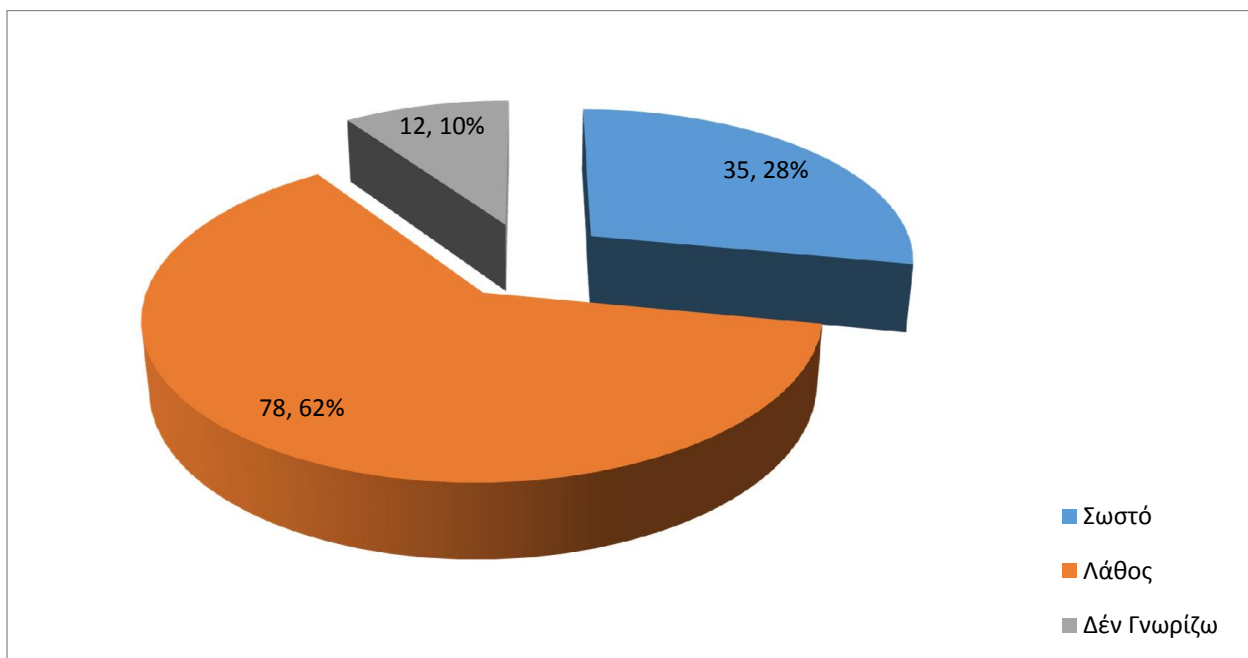
- 5:1
- 10:2
- 15:2
- 30:2
- Δεν γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση οι 4(ποσοστό 3%) απάντησαν σωστά, οι 32(ποσοστό 26%) απάντησαν λάθος και οι 89(ποσοστό 71%) απάντησαν δεν γνωρίζω!

Ερώτηση 2: Σε περίπτωση αιμορραγίας η διαδικασία πήξης του αίματος μπορεί να βοηθηθεί...

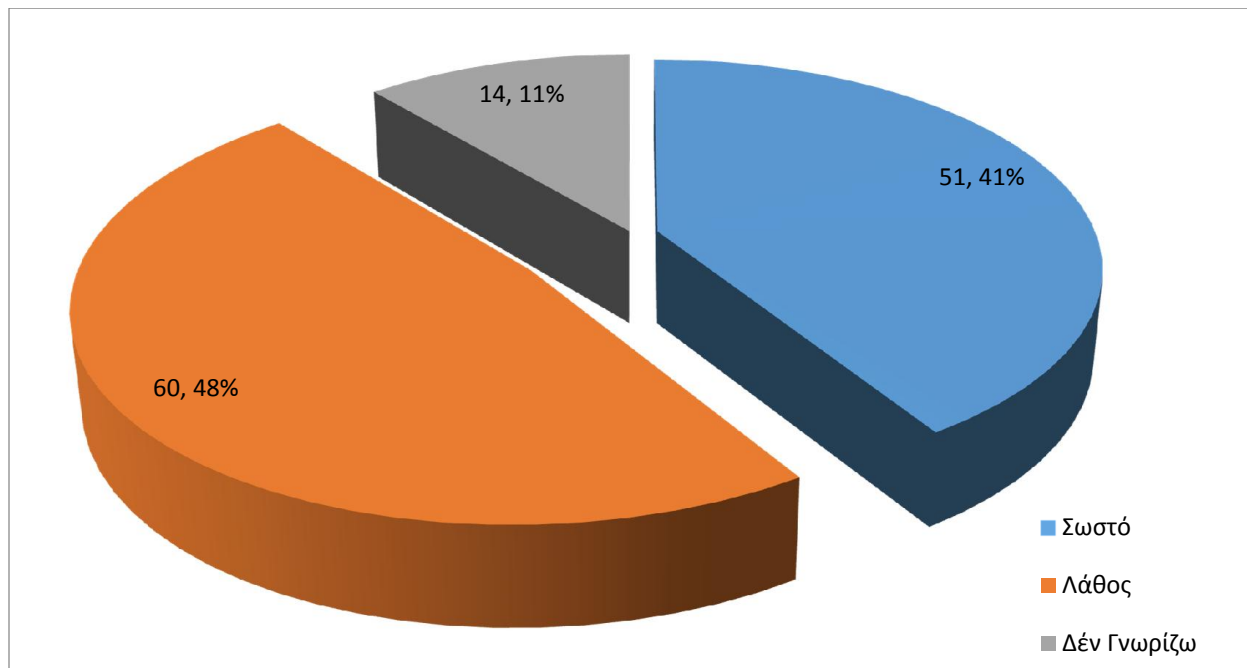
- Ασκώντας απευθείας πίεση στη πληγή
- Ανυψώνοντας το τραυματισμένο άκρο
- Κανένα από τα παραπάνω
- Και τα δύο από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση οι 35(ποσοστό 28%) απάντησαν σωστά, οι 78(ποσοστό 62%) απάντησαν λάθος και οι 12(ποσοστό 10%) απάντησαν δεν γνωρίζω!

Ερώτηση 3: Πόσο συχνά αντικαθιστούμε τη γάζα από τη πληγή όταν συνεχίζεται η αιμορραγία;

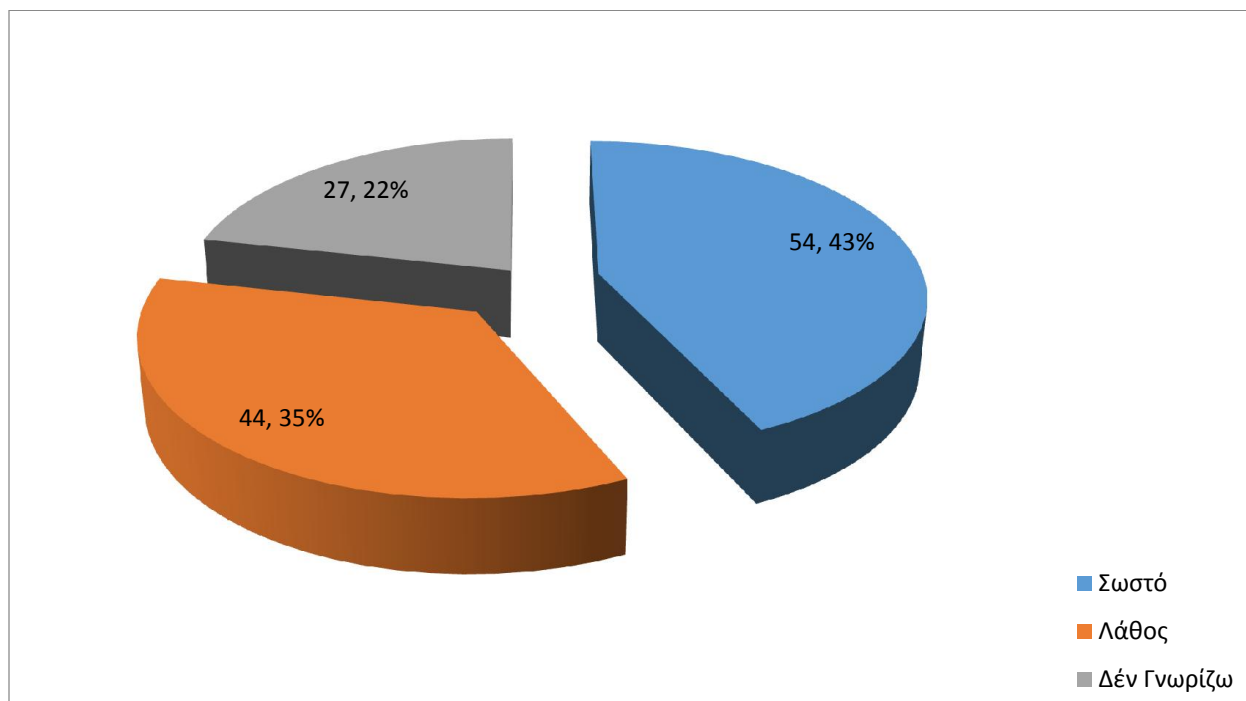
- Όσο συχνά νομίζουμε ότι χρειάζεται
- Όταν η γάζα είναι γεμάτη με αίματα
- Κάθε δύο λεπτά
- Δεν πρέπει να την αντικαθιστούμε αλλά να τοποθετούμε καινούρια γάζα πάνω από την παλιά
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση οι 51(ποσοστό41%) απάντησαν σωστά, οι 60(ποσοστό 48%) απάντησαν λάθος και οι 14(ποσοστό 11%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 4: Σε ύπαρξη φυσαλίδας από έγκαυμα θα πρέπει...

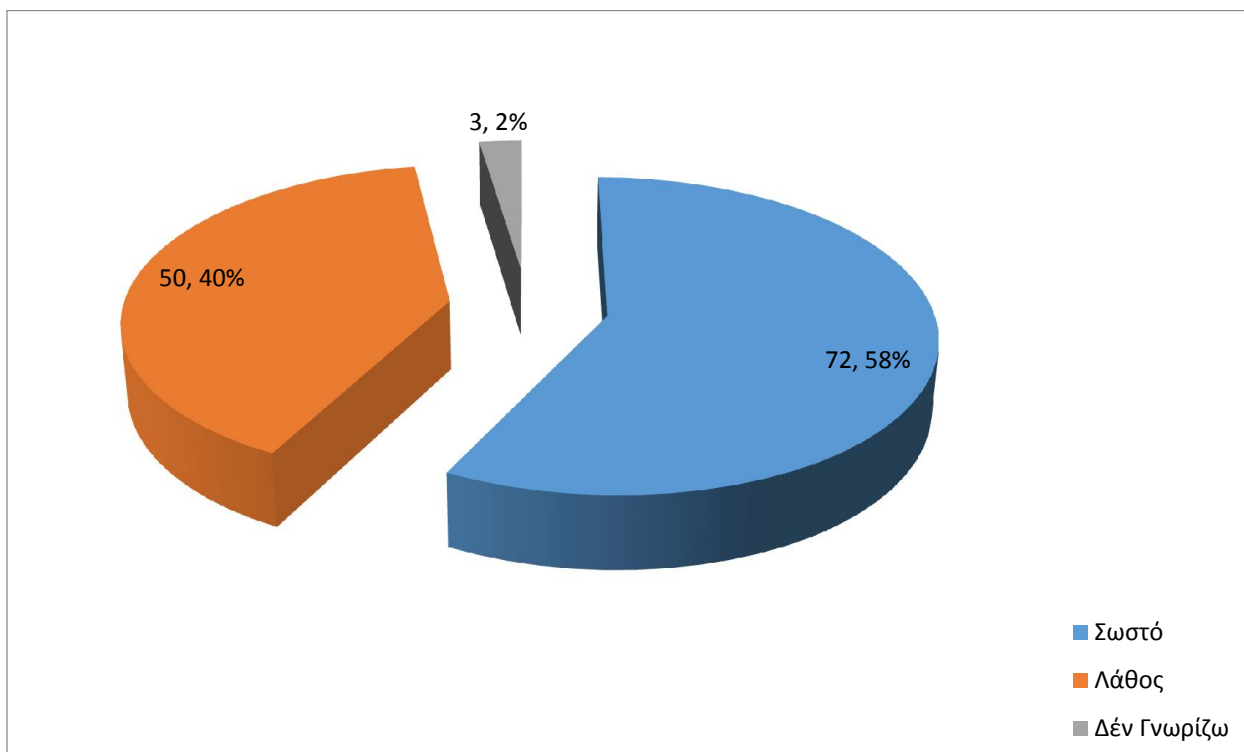
- Να εκθέτουμε το καμένο μέρος στον αέρα όσο το δυνατόν περισσότερο
- Να το επιδέσουμε μέχρι να επουλωθεί
- Να αφαιρούμε την καμένη επιδερμίδα χρησιμοποιώντας ψαλίδι
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση οι 54(ποσοστό 43%) απάντησαν σωστά, οι 44(ποσοστό 35%) απάντησαν λάθος και οι 27(ποσοστό 22%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 5: Σε περίπτωση μώλωπα θα πρέπει να τοποθετούμε κρύο επίθεμα προκειμένου...

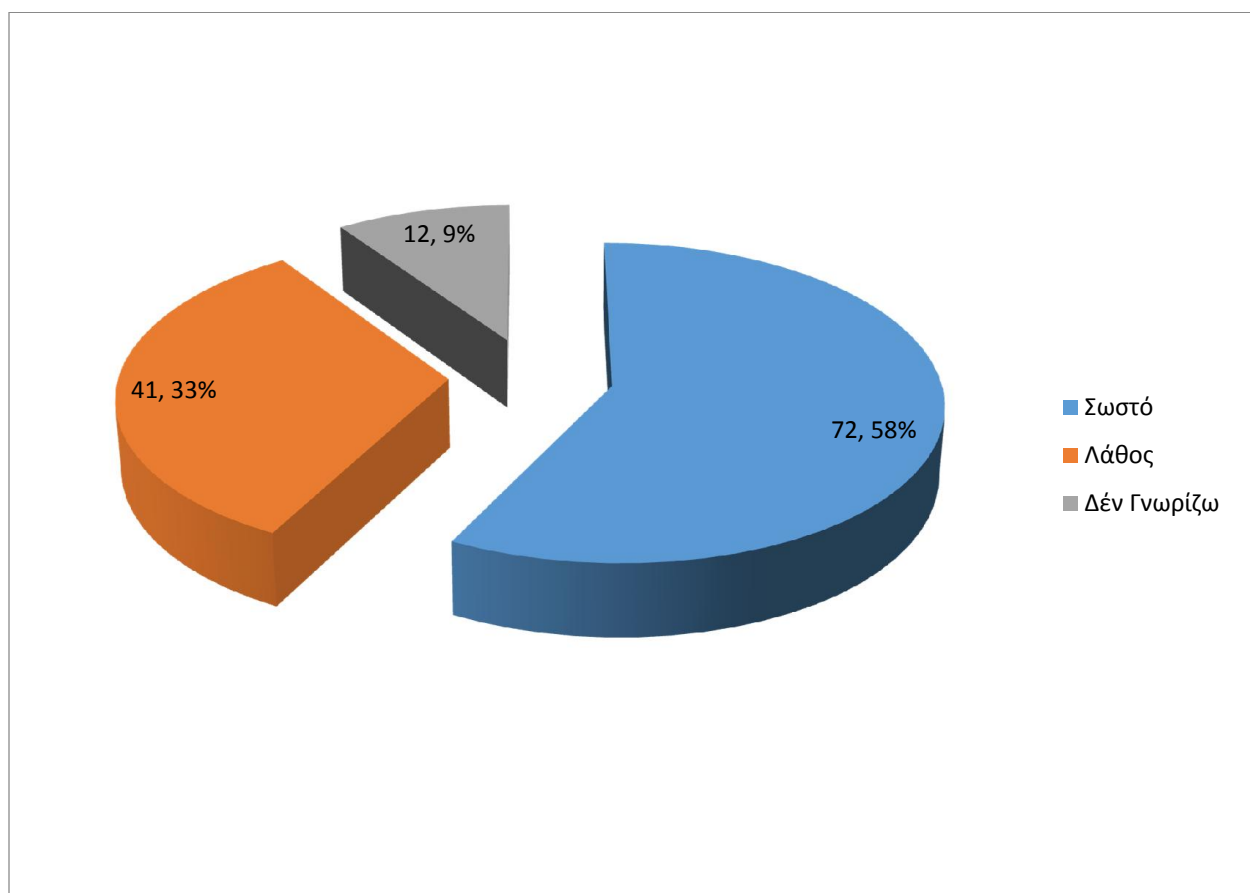
- Να μειώσουμε το μελάνιασμα
- Να μειώσουμε το πόνο
- Να μειώσουμε το οίδημα
- Όλα τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση οι 72(ποσοστό58%) απάντησαν σωστά, οι 50(ποσοστό40%) απάντησαν λάθος και οι 3(ποσοστό2%) δε γνωρίζω!

Ερώτηση 6: Σε περίπτωση ήπιου εγκαύματος...

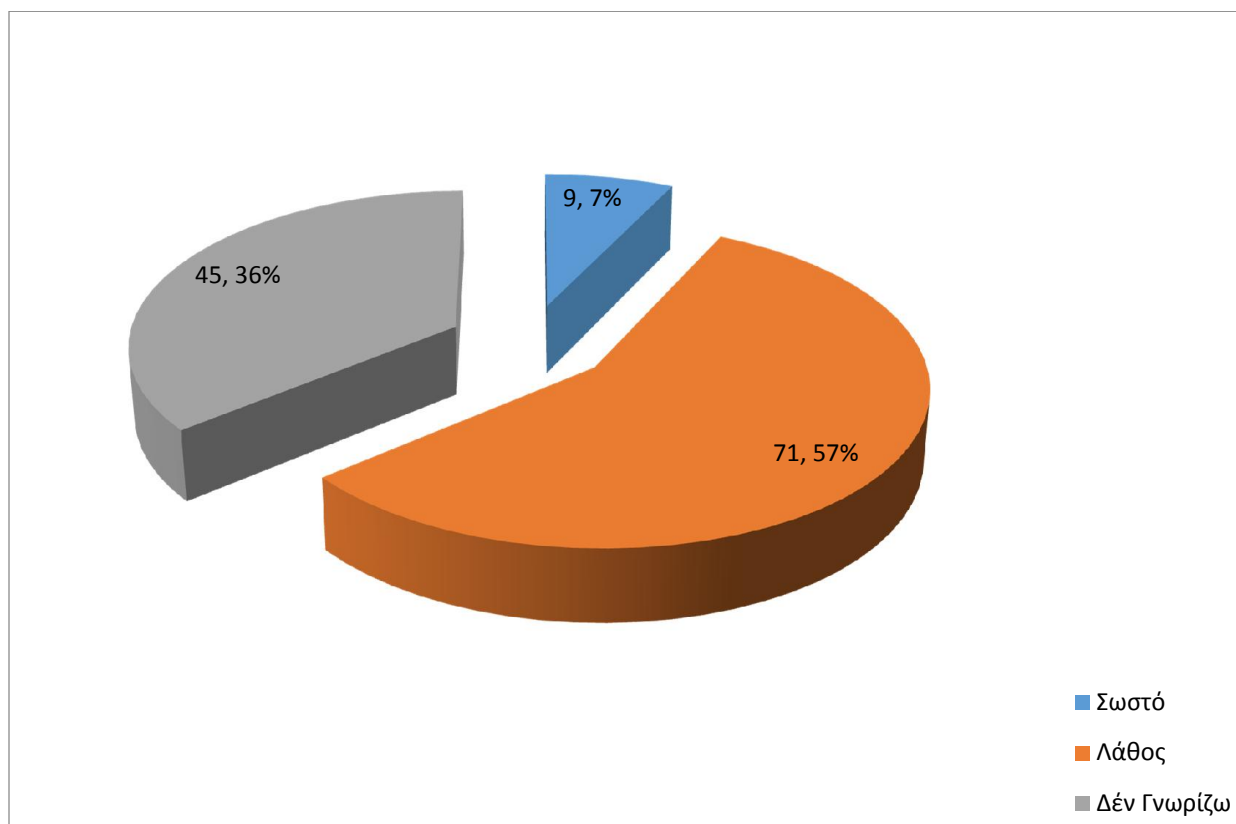
- Τοποθετούμε αναλγητική αλοιφή
- Τοποθετούμε πάγο
- Καλύπτουμε με επίδεσμο
- Τοποθετούμε το καμένο μέρος κάτω από κρύο νερό
- Δε γνωρίζω



Στη παραπάνω ερώτηση οι 72(ποσοστό 58%) απάντησαν σωστά, οι 41(ποσοστό 33%) απάντησαν λάθος και οι 12(ποσοστό 9%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 7: Παιδί με ανεμοβλογιά μπορεί να μεταδώσει τη νόσο...

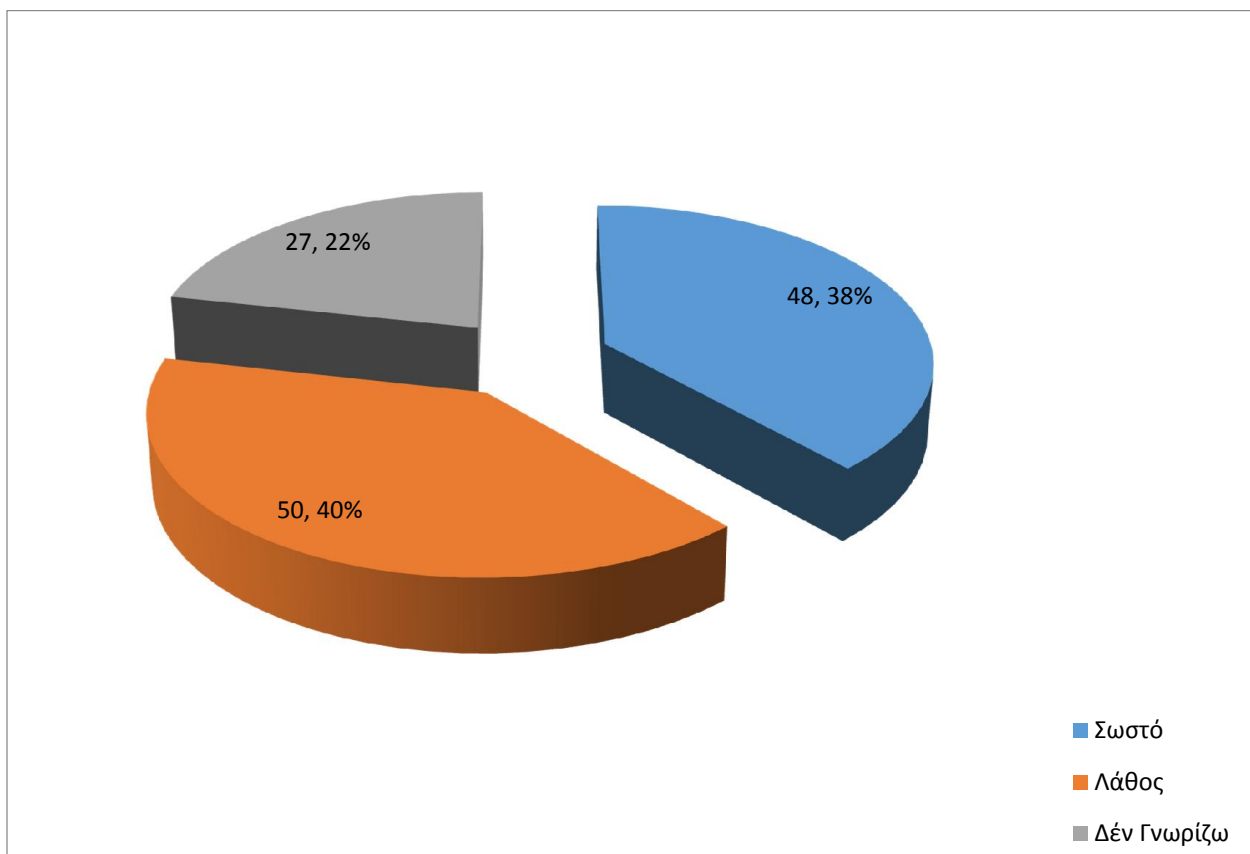
- Για μία ολόκληρη εβδομάδα πριν την εμφάνιση των φυσαλίδων
- Για μία εβδομάδα πριν το αρχικό εξάνθημα εμφανιστεί έως και μία εβδομάδα αφού εμφανιστεί
- Τέσσερις μέρες πριν εμφανιστεί το αρχικό εξάνθημα μέχρι οι φυσαλίδες να έχουν εξασθενήσει
- Για δύο ολόκληρες εβδομάδες αφού εμφανιστεί το εξάνθημα
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 9(ποσοστό 7%) απάντησαν σωστά, οι 71(ποσοστό 57%) απάντησαν λάθος και οι 45(ποσοστό 36%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 8: Σε περίπτωση απόφραξης του αεραγωγού του παιδιού με ξένο σώμα δεν κάνουμε τίποτα εάν...

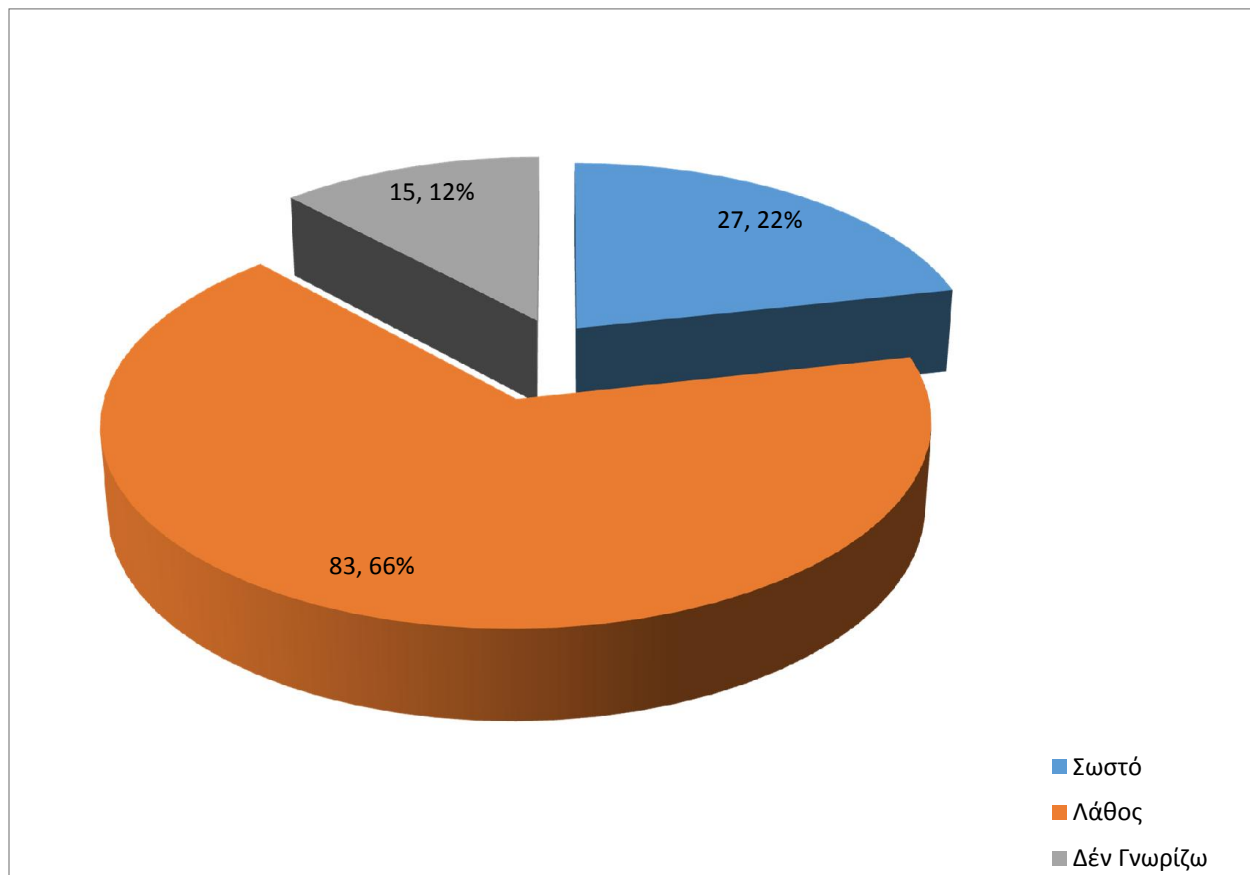
- Μπορεί ακόμα να αναπνέει
- Έχει ακόμα τις αισθήσεις του
- Το πρόσωπό του δεν έχει μπλε χρώμα
- Όλα τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 48(ποσοστό 38%) απάντησαν σωστά, οι 50(ποσοστό 40%) απάντησαν λάθος και οι 27(ποσοστό 22%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 9: . Σε περίπτωση που παιδί με ιστορικό επιληψίας βρίσκεται σε κρίση...

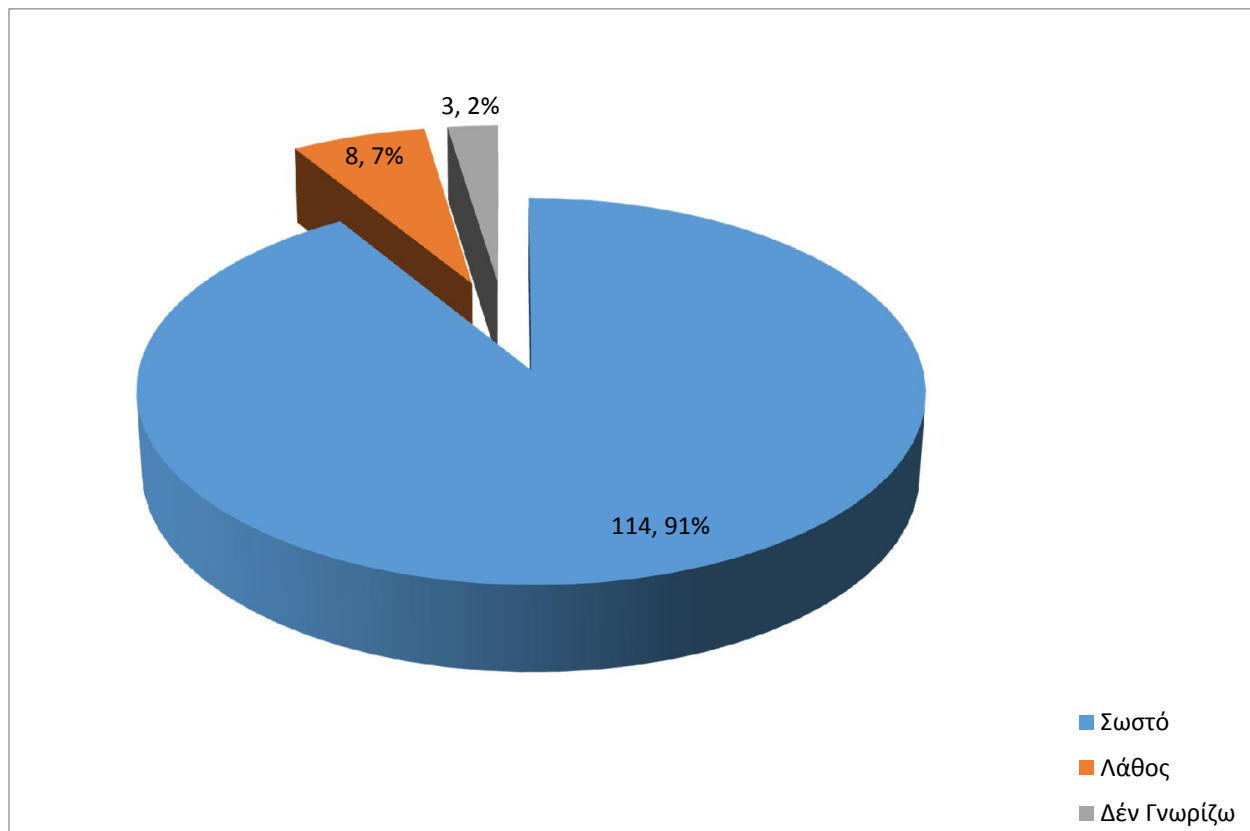
- Τον ακινητοποιούμε ώστε να μη βλάψει τον εαυτό του
- Καλούμε ασθενοφόρο
- Τοποθετούμε ένα μαξιλάρι κάτω από τα πόδια του
- Απομακρύνουμε έπιπλα και άλλα αντικείμενα από γύρω του
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 27(ποσοστό 22%) απάντησαν σωστά, οι 83(ποσοστό 66%) απάντησαν λάθος και οι 15(ποσοστό 12%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 10: Σε περίπτωση λιποθυμίας τι είναι το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουμε;

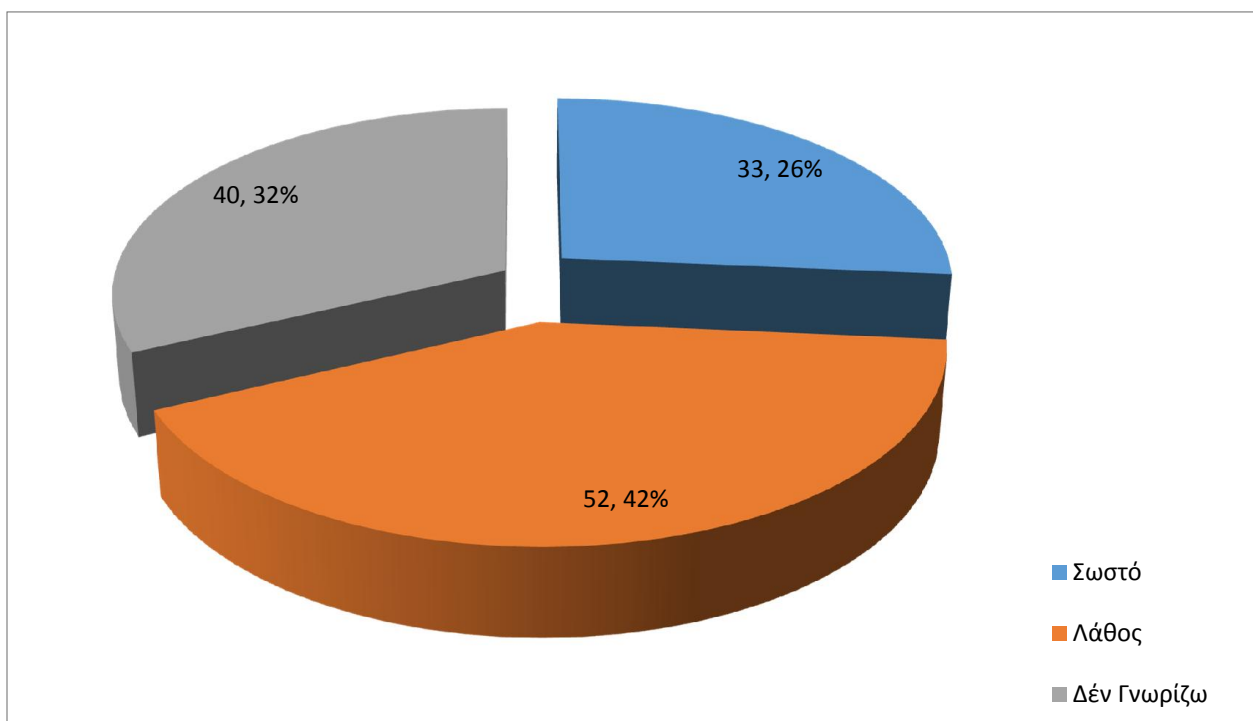
- Ανυψώνουμε τα πόδια
- Δίνουμε ένα ποτήρι κρύο νερό
- Δίνουμε ένα ήπιο χαστούκι
- Τοποθετούμε κρύα επιθέματα
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 114(ποσοστό 91%) απάντησαν σωστά, οι 8(ποσοστό 7%) απάντησαν λάθος και οι 3(ποσοστό 2%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 11: Σε περίπτωση κρυοπαγήματος πώς ζεσταίνουμε το παγωμένο μέλος;

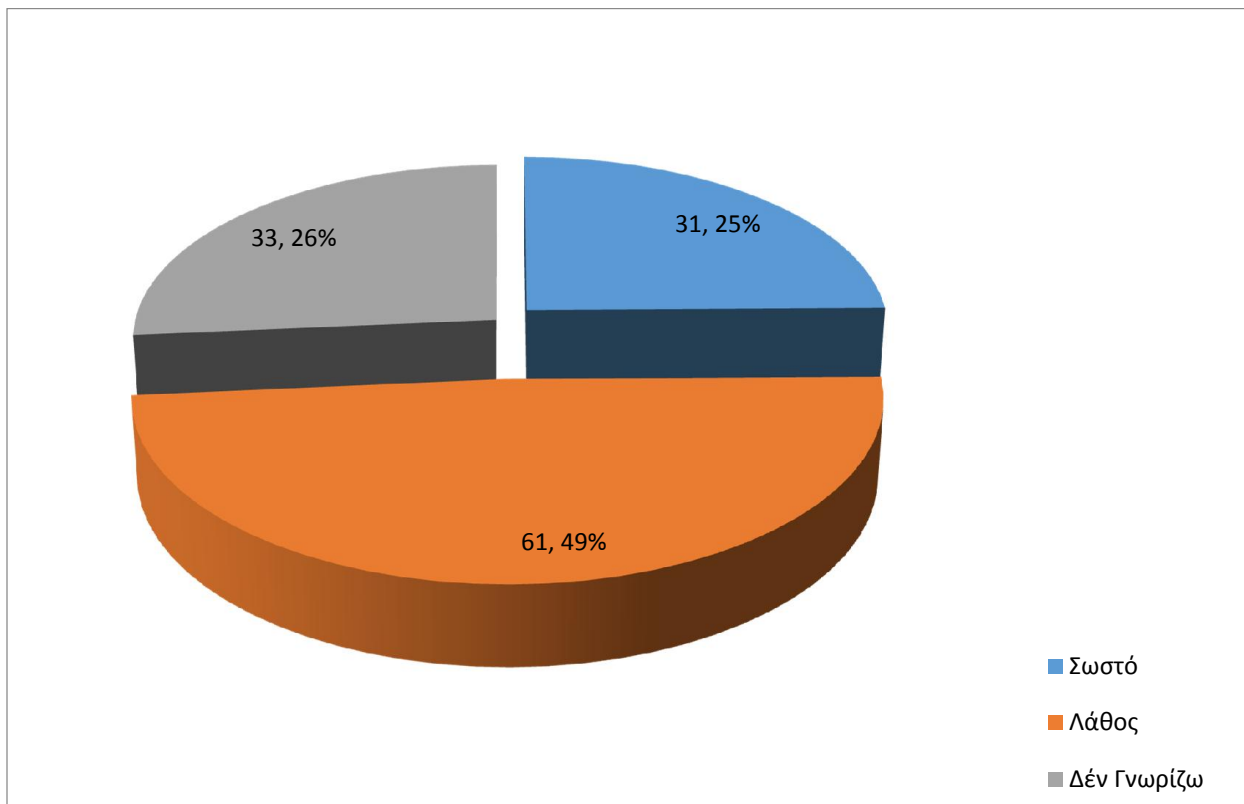
- Εμβύθιση του παγωμένου μέλους σε ζεστό νερό
- Χρησιμοποιούμε τη θερμοκρασία του δικού μας σώματος για να ζεστάνουμε το παγωμένο μέλος
- Χρησιμοποιούμε αερόθερμο
- Τυλίγουμε το παγωμένο μέλος σε μία πετσέτα
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 33(ποσοστό 26%) απάντησαν σωστά, οι 52(ποσοστό 42%) απάντησαν λάθος και οι 40(ποσοστό 32%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 12: Ποιο από τα παρακάτω έχει επιστημονική βάση για την αντιμετώπιση του λόξυγγα...

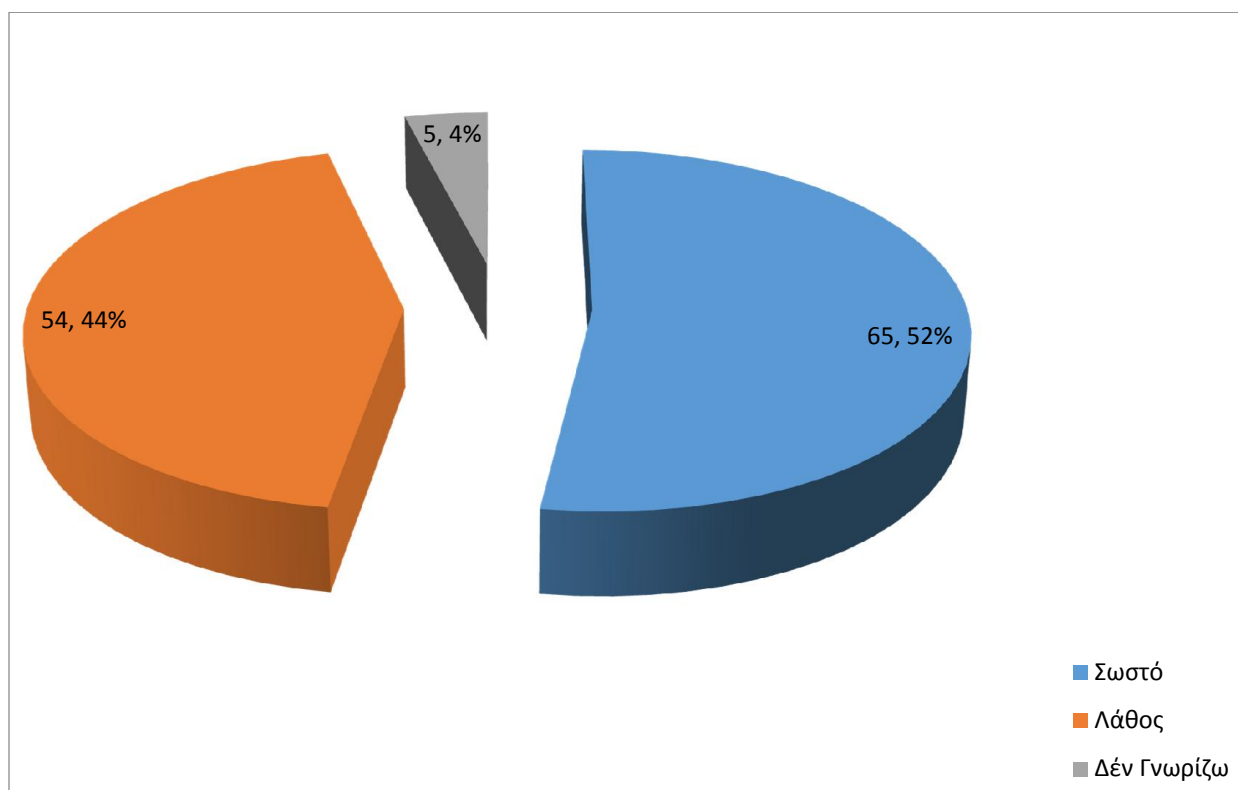
- Καταπίνουμε μία κουταλιά μέλι
- Πίνουμε γρήγορα ένα μεγάλο ποτήρι νερό
- Χοροπηδάμε για ένα λεπτό
- Αναπνέουμε μέσα σε μία χάρτινη σακούλα
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 31(ποσοστό 25%) απάντησαν σωστά, οι 61(ποσοστό 49%) απάντησαν λάθος και οι 33 (ποσοστό 26%) δε γνωρίζω

Ερώτηση 13: Για να σταματήσουμε μία ρινορραγία πρέπει...

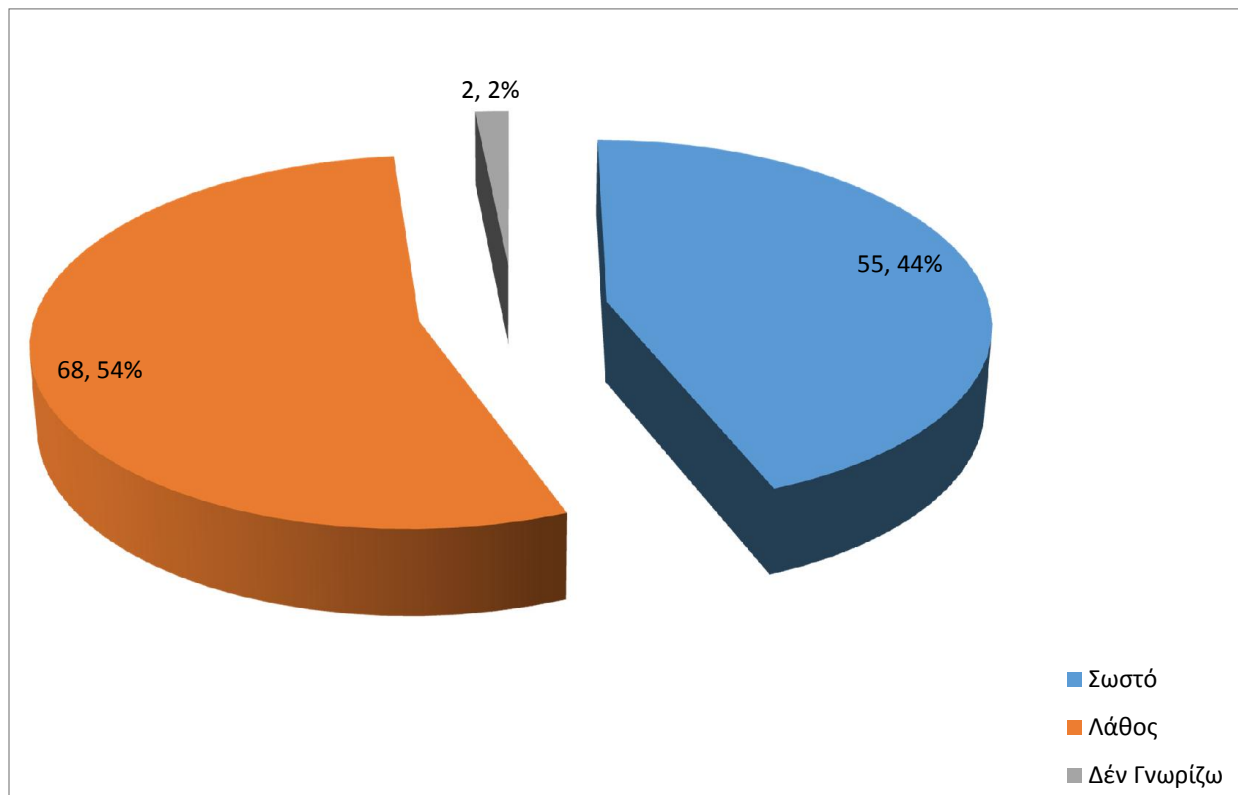
- Να γύρουμε το παιδί μπροστά και να πιέσουμε τα ρουθούνια
- Να τοποθετήσουμε το κεφάλι του παιδιού ψηλά και να πιέσουμε με μία πετσέτα τη μύτη
- Να γύρουμε το παιδί μπροστά και να πιέσουμε τα ρουθούνια μεταξύ τους
- Δεν κάνουμε τίποτα και περιμένουμε να σταματήσει από μόνη της
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 65(ποσοστό 52%) απάντησαν σωστά, οι 54(ποσοστό 44%) απάντησαν λάθος και οι 5(ποσοστό 4%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 14: Σε ποιο σημείο του σώματος ο σφυγμός εντοπίζεται πιο εύκολα;

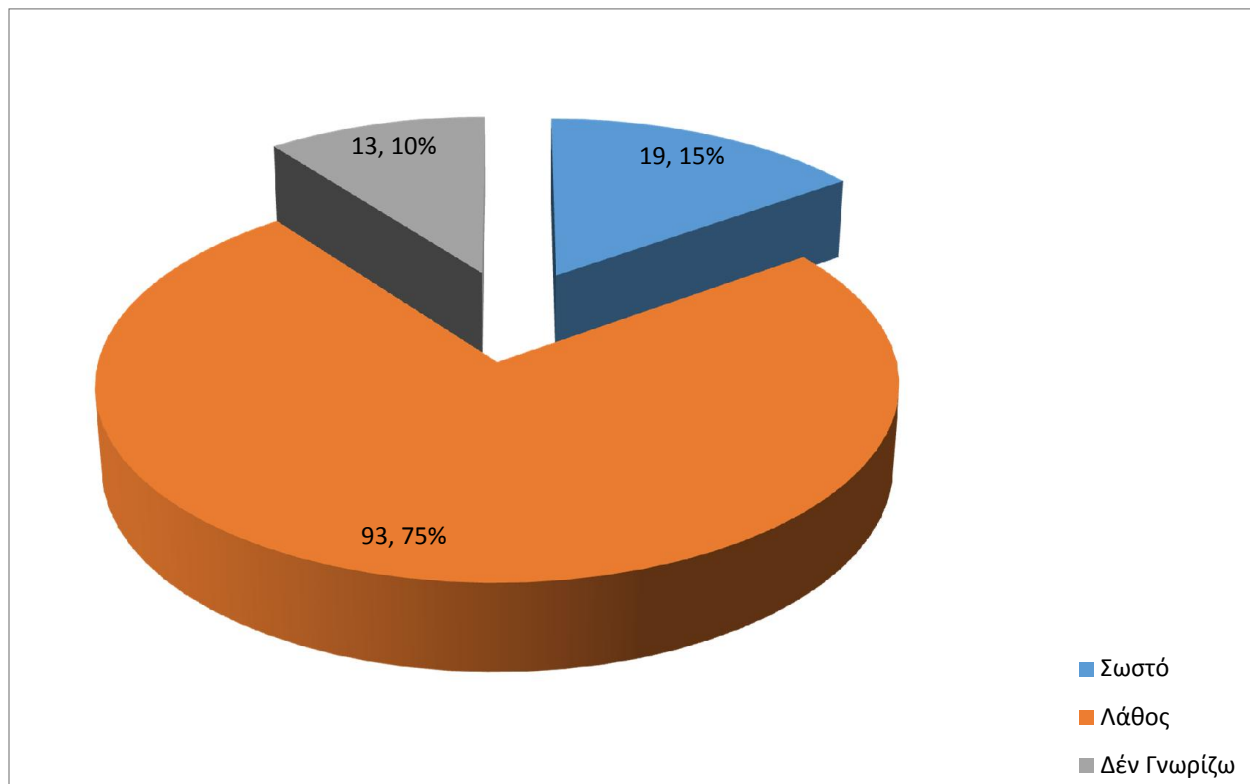
- Στο καρπό
- Στο λαιμό
- Και τα δύο από τα παραπάνω
- Κανένα από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση, οι 55(ποσοστό 44%) απάντησαν σωστά, οι 68(ποσοστό 54%) και οι 2(ποσοστό 2%) απάντησαν δε γνωρίζω!

Ερώτηση 15: Για να ακινητοποιήσουμε ένα σπασμένο μέλος χρησιμοποιούμε...

- Έναν ή περισσότερους νάρθηκες
- Μία διπλωμένη πετσέτα
- Ένα υγιές μέλος του σώματος
- Οτιδήποτε από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω



Στην παραπάνω ερώτηση οι 19(ποσοστό 15%) απάντησαν σωστά, οι 93(ποσοστό 75%) απάντησαν λάθος και οι 13(ποσοστό 10%) απάντησαν δε γνωρίζω!

ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

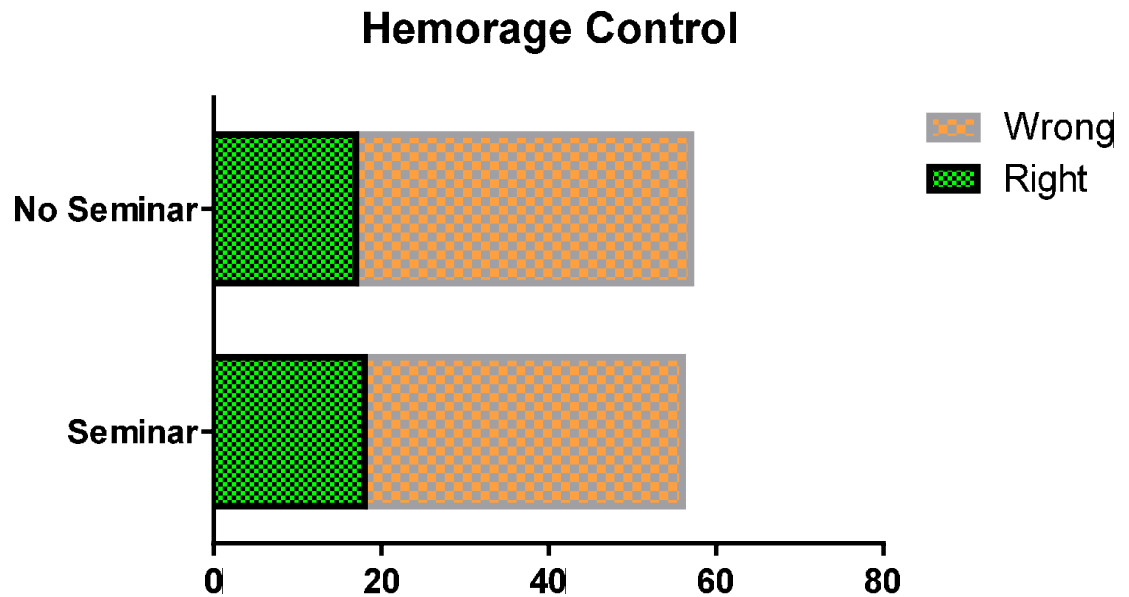


Table Analyzed	Hemorage Control		
Fisher's exact test			
P value	0.8405		
P value summary	ns		
One- or two-sided	Two-sided		
Statistically significant? (alpha<0.05)	No		
Data analyzed	Right	Wrong	Total
Seminar	18	38	56
No Seminar	17	40	57
Total	35	78	113

ΣΥΖΗΤΗΣΗ:

Το τραύμα είναι από τις πιο συχνές αιτίες υψηλής θνησιμότητας και θνητότητας στα παιδιά διεθνώς και η άμεση παροχή πρώτων βοηθειών μπορεί να συμβάλει στην ελάττωση τους. Η παρουσία σχολικού νοσηλευτή στα δημοτικά σχολεία της Ελλάδας είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Επειδή τα παιδιά ξοδεύουν το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας τους στο σχολείο και η παροχή πρώτων βοηθειών είναι τόσο σημαντική για την ελάττωση της θνητότητας, οι δάσκαλοι θα πρέπει να είναι ενήμεροι σε δεξιότητες παροχής βασικών πρώτων βοηθειών. Στη παρούσα μελέτη αυτή, διαπιστώθηκε ότι περίπου οι μισοί από τους δασκάλους δεν έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο πρώτων βοηθειών και όσοι από αυτούς έχουν, δεν έχουν κάποια σχετική πιστοποίηση. Επίσης παρατηρήθηκε ότι μεταξύ των δασκάλων οι οποίοι έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο και όσων δεν έχουν, δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά που να δείχνει ότι έχουν βελτιώσει τις γνώσεις τους. ($p > 0,05\%$).

Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου υπάρχει στα σχολεία, σχολικός νοσηλευτής όπου είναι σε θέση να αντιμετωπίσει επείγουσες καταστάσεις όταν αυτές συμβούν. Αντίθετα σε χώρες που δεν έχει θεσμοθετηθεί ο σχολικός νοσηλευτής, όπως η Τουρκία, οι γνώσεις των δασκάλων στην παροχή πρώτων βοηθειών κρίνονται και εκεί ανεπαρκής, άλλα ποσοστά μικρότερα από αυτά που βρήκαμε εμείς στην έρευνα μας⁴⁵.

Η αιμορραγία μπορεί να αποδειχθεί απειλητική για την ζωή και στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να αντιμετωπιστεί και να σταματήσει με άμεση πίεση και ανύψωση του μέλους μέσα σε 6 με 10 λεπτά. Παρόλα αυτά το μεγαλύτερο μέρος των δασκάλων δεν απάντησαν ορθά στην αντίστοιχη ερώτηση.

Πολύ πιο απογοητευτικά ήταν τα αποτελέσματα σε περίπτωση καρδιοπνευμονικής ανακοπής σε παιδί όπου μόλις σε ποσοστό 3% οι δάσκαλοι γνώριζαν τον αλγόριθμο συμπίεσεων-αναπνοών της καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης. Το ίδιο απογοητευτικά ήταν και τα αποτελέσματα στην μελέτη των Anastasia Patsaki, Ioannis Pantazopoulos et. al. που διαπίστωσαν ανεπαρκή θεωρητική γνώση⁴⁶.

Τόσο στην μελέτη μας και σε αντίστοιχη που έχει πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα⁴⁷ και στο εξωτερικό^{48,49} οι γνώσεις για την αναγνώριση και την αντιμετώπιση κρίσης επιληψίας είναι ανεπαρκής.

Η μόνη ερώτηση που έδειξαν ορθή γνώση σε μεγάλο ποσοστό ήταν αυτή της αντιμετώπισης της λιποθυμίας, η οποία στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν είναι απειλητική για τη ζωή.

Ένα εύρημα που θεωρούμαι σημαντικό είναι ότι παρόλο που οι γνώσεις των δασκάλων σε σχολεία στη παροχή πρώτων βοηθειών είναι εξαιρετικά ανεπαρκής, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό από αυτούς 68% έχει χρειαστεί να προσφέρουν τις πρώτες βοήθειες σε μαθητές τους.

Εξαιρετικά αρνητικό δε, κρίνεται το γεγονός ότι πολύ μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησαν σε ερώτηση για το ποιος πιστεύουν ότι πρέπει να δίνει τις πρώτες βοήθειες στα σχολεία: "ο νοσηλευτής".

Συμπεράσματα:

- Οι γνώσεις των περισσότερων δασκάλων που συμμετείχαν στην μελέτη για παροχή σωστών πρώτων βοηθειών ήταν ανεπαρκής.
- Η παρακολούθηση σεμιναρίων Πρώτων Βοηθειών δεν τους έχει βελτιώσει τις γνώσεις τους

Επειδή οι δάσκαλοι είμαι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με επείγουσες καταστάσεις που αφορούν τα παιδιά-μαθητές τους θα πρέπει να εκπαιδευτούν τόσο στη παροχή πρώτων βοηθειών όσο και στη βασική υποστήριξη της ζωής.

Προτείνεται:

να οργανωθούν πιστοποιημένα σεμινάρια πρώτων βοηθειών εφόσον τα ήδη υπάρχοντα που έχουν παρακολουθήσει οι μισοί. από τους ερωτηθέντες δεν έχουν συμβάλει στη σωστή εκπαίδευση τους.

Επίσης σημαντικό είναι να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν για το θεσμό και το ρόλο του σχολικού νοσηλευτή και να συμβάλλουν με τη θετική στάση τους στη καθιέρωσή του στην Ελλάδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Κυριακίδου Ελένη Θ. Κοινωνική Νοσηλευτική, έκδοση 6η, Αθήνα 2005,σελ: 249-266
- 2) Μαριάνθη Αλεξανδροπούλου, Αθηνά Καλοκαιρινού, Σχολικές Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, Η θέση του σχολικού νοσηλευτή, τόμος 45, τεύχος 3, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2006,διαθέσιμο στην : <http://www.hjn.gr/index.php?page=issue&id=12>
- 3) National Association of School nurses, Role of the school nurse, 2011
- 4) UK ministry of health, school Nurse. Job description Role-Qualifications, fact sheet, 2010
- 5) Λανάρα , Β.Α. (1996), Ηρωισμός και Νοσηλευτική. Φιλοσοφική Διάσταση. Β΄ έκδοση. Βελτιωμένη, Αθήνα : Αυτοέκδοση
- 6) Καρασαββίδης , Σ.Θ. (2003) Νοσηλευτική Υποστήριξη Οργανισμού Πρόνοιας (Μελέτη Υπό δημοσίευση) .« Διοίκηση και Οικονομική Διαχείριση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας » , Θεσσαλονίκη, Μάιος 2007
- 7) National association of school nurses, School Nursing in the United States Quantitative Study, Prepared by Burkhardt Research Services
January 2007
- Lightfoot J. Bines W. (2000): Working to keep school children healthy: the complementary roles of school staff and school nurses. J. Public Health Med 2000
- 8) Healthy Environments for children Alliance, διαθέσιμο στο www.who.int/heca/
- 9) Companion to the world Report on child Injury Prevention, Have fun be safe, World Health organization, (Unisef), United Nations Children’s Fund, December 2008
- 10) Child and adolescent injury prevention, UNISEF, Worldhealth organization, 2005
- 11) Jerry P. Nolan, Jasmeet Soar, et. al., European Resuscitation Council Guide lines for Resuscitation 2010. Resuscitation 81 2010, p: 1219-1276
- 12)Στάθη Χρύσα, Γενικός Ιατρός, «Αιμορραγία», διαθέσιμο στην <http://www.genikos-iatros.gr/aimoragia.html>
- 13) Ζαχαρούλα Μανωλίδου, Δρ. Πάνος Ευσταθίου ορθοπαιδικός χειρουργός,2011, διαθέσιμο στην <http://www.iatropedia.gr/index/subsection/11>
- 14) Jackbson A. «Helping students at Risk» επιμέλεια , Φυτράκης, Αθήνα, 1992
- 15) Λαγός Δημήτριος, «Παιδιατρική Νοσηλευτική, Σχεδιασμός Νοσηλευτικής Φροντίδας», Ιατρικές Εκδόσεις, 3^η έκδοση, σελίδα:296

- 16) Α γάθωνος-Γεωργοπούλου Ε., Σταθακοπούλου Μ., Νάκου Σ. κ.α <<Κακοποίηση-παραμέληση παιδιών. Ιατροκοινωνικά χαρακτηριστικά 30 περιπτώσεων>>Αθήνα, 1994
- 17) David .Gandy Ross(Μετάφραση: Ανδρέας Κωσταντόπουλος)»Κλινική Παιδιατρική και Υγεία Παιδιού» Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε Αθήνα 2002
- 18) Dr. Miriam Stoppard (Μετάφραση: Γιάννης Θωμόπουλος) Εκδόσεις: Ακμή Αθήνα 1988
- 19) Δρ. Τάσος Γερμένης Παθολόγος «Πρώτες βοήθειες για επαγγέλματα υγείας» Γ΄ έκδοση Εκδόσεις: Βήτα Αθήνα 2004 (ανατύπωση 2007)
- 20) Keir L. Wise B. Krebs S. (Μετάφραση: Γαλαντοπούλου Μ.)<<Βοήθεια και φροντίδα-Πρώτες Βοήθειες>>Γ έκδοση Εκδόσεις: Έλλην Αθήνα 1996
- 21) Σερ Μόφφατ Κ. Βρετανικός Ερυθρός Σταυρός «Πρώτες Βοήθειες για παιδιά-Γρήγορες» Εκδόσεις: Δομική Αθήνα 1996
- 22) Δρ. Τσόχας Κ. και Δρ. Πετρίδης Α. «Πρώτες βοήθειες-Βασικές γνώσεις» Εκδόσεις: Λύχνος Αθήνα 1994
- 23) Γεώργιος Σπυρίδης, 11 Αυγούστου 2013, διαθέσιμο στην: <http://www.kidsweb.gr>
- 24) Marilyn J. Hockenberry, David Wilson, «Παιδιατρική Νοσηλευτική, Θεμελιώδεις γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης», εκδόσεις ΒΗΤΑ, όγδοη έκδοση, Αθήνα 2011
- 25) Σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, 19 Μαρτίου 2013, διαθέσιμο στην: <http://www.letsfamily.gr/el/sections/246/articles/ti-kanete-se-periptosi-thlasis>
- 26) Dr Lissauer ,Dr Clayden «Σύγχρονη Παιδιατρική», Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, μετάφραση Δέσποινα Μπερή, Παιδίατρος, Τόμος Α, Αθήνα, 2008
- 27) διαθέσιμο στην : <http://www.iatronet.gr/symptom-checker/anemovlogia.html>
- 28) Αδάμος Χατζηπαναγής, Παιδίατρος, άρθρο, διαθέσιμο στην <http://www.paidiatros.com/children/Foreign-body-aspiration-Choking>
- 29) Γεώργιος Σπυρίδης Παιδο-χειρουργός ,άρθρο, Ιούλιος 2011 διαθέσιμο στην: http://www.paidiatriki.gr/index.php?option=com_zoo&task=item&item_id=203&Itemid=1
- 30) Can by D. Davies G. Rosse «Κλινική παιδιατρική και υγεία παιδιού» Επιμέλεια Ανδρέας Κωσταντόπουλος Παρισιάνος, Αθήνα, 2000
- 31) Μαλαπίνα Μαρία , «παιδικά ατυχήματα», «Νέα Παιδιατρικά Χρονικά» Απρίλιος-Ιούνιος 2004 εκδότης εκδόσεις Μ. Μαλαπίνα ΑΘΗΝΑ 2004,σελ 78,83
- 32) Γεώργιος Ι. Μπαλτόπουλος, «Πρώτες Βοήθειες και Πρακτική Θεραπευτική Συνήθων Καταστάσεων», εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2η έκδοση, Αθήνα 2009,σελ:575

- 33) Capital Health, Κρυσπαγήματα και η αντιμετώπισή τους, άρθρο, Τετάρτη 28/1/2009, διαθέσιμο στην: <http://www.capitalhealth.gr/Article.aspx?id=664613>
- 34) Καλαμπαλίκης Ευθύμιος, Ωτορινολαρυγγολόγος malady/231 Μανωλίδου Ζαχαρούλα, 2011, διαθέσιμο στην: <http://www.iatropedia.gr/medical/34>)
- 35) Φωτεινή Πανουργιά(2005), <<Πρώτες βοήθειες για ενήλικες και παιδιά>> <<Υγεία και Ευεξία>>, τεύχος 22, Επιμέλεια Εκδόσεις Πορφυρά, Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2005, ΑΘΗΝΑ
- 36) Σαχίνη Α. «Παθολογική και χειρουργική Νοσηλευτική» Τόμος 3, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2004
- 37) DeVita M, Bellomo R, Hillman K, Kellum J, Rotondi A, Teres D, et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. Crit Care Med 2006;34(9),2463–78.
- 38) Λαριουμ Μουστακ Μ. Κιοσε Σ. Πετρίδου Ε. «Κατάγματα στον ελληνικό πληθυσμό προοπτικές πρόληψης». 12^ο Πανελλήνιο συνέδριο:078, Αθήνα 2000
- 39) Πάνου Μ. «Παιδιατρική Νοσηλευτική», εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2005
- 40) Ε. Πουλάκου, Ε. Πετρίδου, Ελληνική Παιδιατρική Εταιρία, Τόμος 68, Τεύχος 5, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος, 2005, διαθέσιμο στο: <http://www.e-child.gr/publications/paediatrici-magazine/item/36-paediatrici-magazine-68-5-2005>
- 41) SUSAN C.DEWIT, Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική Έννοιες και πρακτική, Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, τόμος 2, Αθήνα 2009, σελ:1512
- 42) Βλάχος Π. Αλουπογιάννης Γ. «Επιδημιολογικά στοιχεία δηλητηριάσεων στην Ελλάδα- Παιδιατρική», Αθήνα 1987
- 43) Γεώργιος Χρούσος, Ιωάννης Ανδρουλάκης κ.α. «Εγχειρίδιο για την εξελιγμένη Υποστήριξη Ζωής σε παιδιά», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2008
- 44) Διαθέσιμο στην: <http://www.iatronet.gr/symptom-checker/travma-kefalis.html>
- 45) Mürüvvet Başer, Sibel Çoban, Sultan Taşci, Gönül Sungur, Meral Bayat Evaluating First-aid Knowledge and Attitudes of a Sample of Turkish Primary School Teachers Journal of Emergency Nursing, Volume 33, Issue 5, October 2007, Pages 428-432
- 46) Anastasia Patsaki, Ioannis Pantazopoulos, Ismene Dontas, Christina Passali, Lila Papadimitriou, Theodoros Xanthos Evaluation of Greek High School Teachers' Knowledge in Basic Life Support, Automated External Defibrillation, and Foreign Body Airway Obstruction: Implications for Nursing Interventions Original Research Journal of Emergency Nursing, Volume 38, Issue 2, March 2012, Pages 176-181
- 47) Theodora Toli, Panagiota Sourtzi, Konstantinos Tsoumakas, Athena Kalokerinou-Anagnostopoulou Association between knowledge and attitudes of educators towards epilepsy and the risk of accidents in Greek schools Epilepsy & Behavior, Volume 27, Issue 1, April 2013, Pages 200-203

48) Sonu Goel, Navpreet Singh, Vivek Lal, Amarjeet Singh Evaluating the impact of comprehensive epilepsy education programme for school teachers in Chandigarh city, India Seizure, Volume 23, Issue 1, January 2014, Pages 41-46

49) Ghaydaa A. Shehata, Dalia G. Mahran Knowledge, attitude and practice with respect to epilepsy among school teachers in Assiut city, Egypt Epilepsy Research, Volume 92, Issues 2–3, December 2010, Pages 191-200

Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ευαγγελινέλη Ιωάννα

Τσιρογιάννη Ελένη

Φειδάκη Αρχοντούλα

Το παρόν ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί για την πτυχιακή μας εργασία με θέμα «Παιδικά Ατυχήματα και επείγοντα περιστατικά στο σπίτι και στο σχολείο» που διαμορφώθηκε σε συνεργασία με τον επίκουρο καθηγητή κ. Στεφανόπουλο Νικόλαο. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!!!!

Γενικό Μέρος - Δημογραφικά

- Άνδρας ____ Γυναίκα ____
- Ηλικία: 25 – 35____, 36 – 45____, > 45____
- Έχετε παρακολουθήσει ποτέ κάποιο εκπαιδευτικό σεμινάριο Πρώτων Βοηθειών:
Ναι____, Όχι____
- Έχετε προσφέρει Πρώτες Βοήθειες σε παιδί στο σχολείο:
Ναι____, Όχι____
- Έχετε έρθει σε δύσκολη θέση διότι δεν γνωρίζατε να προσφέρετε Πρώτες Βοήθειες:
Ναι____, Όχι____
- Στην τάξη σας υπάρχουν παιδιά με χρόνιο πρόβλημα Υγείας;
Ναι____, Όχι____, Δεν Γνωρίζω____
- Ποιος κατά την γνώμη σας θα πρέπει να ασχολείται με θέματα και επείγοντα περιστατικά υγείας των παιδιών στο σχολείο:

Ειδικό Μέρος Ερωτηματολογίου:

1.Ο σωστός αλγόριθμος συμπίεσεων αναπνοών σε καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση παιδιού ηλικίας κάτω των οκτώ ετών είναι...

- 5:1
- 10:2
- 15:2
- 30:2
- Δε γνωρίζω

2.Σε περίπτωση αιμορραγίας η διαδικασία πήξης του αίματος μπορεί να βοηθηθεί...

- Ασκώντας απευθείας πίεση στη πληγή
- Ανυψώνοντας το τραυματισμένο άκρο
- Κανένα από τα παραπάνω
- Και τα δύο από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω

3.Πόσο συχνά αντικαθιστούμε τη γάζα από τη πληγή όταν συνεχίζεται η αιμορραγία;

- Όσο συχνά νομίζουμε ότι χρειάζεται
- Όταν η γάζα είναι γεμάτη με αίματα
- Κάθε δύο λεπτά
- Δεν πρέπει να την αντικαθιστούμε αλλά να τοποθετούμε καινούρια γάζα πάνω από την παλιά
- Δε γνωρίζω

4.Σε ύπαρξη φυσαλίδας από έγκαυμα θα πρέπει...

- Να εκθέτουμε το καμένο μέρος στον αέρα όσο το δυνατόν περισσότερο
- Να το επιδέσουμε μέχρι να επουλωθεί
- Να αφαιρούμε την καμένη επιδερμίδα χρησιμοποιώντας ψαλίδι
- Τίποτα από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω

5. Σε περίπτωση μώλωπα θα πρέπει να τοποθετούμε κρύο επίθεμα προκειμένου...

- Να μειώσουμε το μελάνιασμα
- Να μειώσουμε το πόνο
- Να μειώσουμε το οίδημα
- Όλα τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω

6. Σε περίπτωση ήπιου εγκαύματος...

- Τοποθετούμε αναλγητική αλοιφή
- Τοποθετούμε πάγο
- Καλύπτουμε με επίδεσμο
- Τοποθετούμε το καμένο μέρος κάτω από κρύο νερό
- Δε γνωρίζω

7. Παιδί με ανεμοβλογιά μπορεί να μεταδώσει τη νόσο...

- Για μία ολόκληρη εβδομάδα πριν την εμφάνιση των φυσαλίδων
- Για μία εβδομάδα πριν το αρχικό εξάνθημα εμφανιστεί έως και μία εβδομάδα αφού εμφανιστεί
- Τέσσερις μέρες πριν εμφανιστεί το αρχικό εξάνθημα μέχρι οι φυσαλίδες να έχουν εξασθενήσει
- Για δύο ολόκληρες εβδομάδες αφού εμφανιστεί το εξάνθημα
- Δε γνωρίζω

8. Σε περίπτωση απόφραξης του αεραγωγού του παιδιού με ξένο σώμα δεν κάνουμε τίποτα εάν...

- Μπορεί ακόμα να αναπνέει
- Έχει ακόμα τις αισθήσεις του
- Το πρόσωπό του δεν έχει μπλε χρώμα
- Όλα τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω

9. Σε περίπτωση που παιδί με ιστορικό επιληψίας βρίσκεται σε κρίση...

- Τον ακινητοποιούμε ώστε να μη βλάψει τον εαυτό του
- Καλούμε ασθενοφόρο
- Τοποθετούμε ένα μαξιλάρι κάτω από τα πόδια του
- Απομακρύνουμε έπιπλα και άλλα αντικείμενα από γύρω του
- Δε γνωρίζω

10. Σε περίπτωση λιποθυμίας τι είναι το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουμε;

- Ανυψώνουμε τα πόδια
- Δίνουμε ένα ποτήρι κρύο νερό
- Δίνουμε ένα ήπιο χαστούκι
- Τοποθετούμε κρύα επιθέματα
- Δε γνωρίζω

11. Σε περίπτωση κρουπαγήματος πώς ζεσταίνουμε το παγωμένο μέλος;

- Εμβύθιση του παγωμένου μέλους σε ζεστό νερό
- Χρησιμοποιούμε τη θερμοκρασία του δικού μας σώματος για να ζεστάνουμε το παγωμένο μέλος
- Χρησιμοποιούμε αερόθερμο
- Τυλίγουμε το παγωμένο μέλος σε μία πετσέτα
- Δε γνωρίζω

12. Ποιο από τα παρακάτω έχει επιστημονική βάση για την αντιμετώπιση του λόξυγγα...

- Καταπίνουμε μία κουταλιά μέλι
- Πίνουμε γρήγορα ένα μεγάλο ποτήρι νερό
- Χοροπηδάμε για ένα λεπτό
- Αναπνέουμε μέσα σε μία χάρτινη σακούλα
- Δε γνωρίζω

13.Για να σταματήσουμε μία ρινορραγία πρέπει...

- Να γύρουμε το παιδί μπροστά και να πιέσουμε τα ρουθούνια
- Να τοποθετήσουμε το κεφάλι του παιδιού ψηλά και να πιέσουμε με μία πετσέτα τη μύτη
- Να γύρουμε το παιδί μπροστά και να πιέσουμε τα ρουθούνια μεταξύ τους
- Δεν κάνουμε τίποτα και περιμένουμε να σταματήσει από μόνη της
- Δε γνωρίζω

14.Σε ποιο σημείο του σώματος ο σφυγμός εντοπίζεται πιο εύκολα;

- Στο καρπό
- Στο λαιμό
- Και τα δύο από τα παραπάνω
- Κανένα από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω

15.Για να ακινητοποιήσουμε ένα σπασμένο μέλος χρησιμοποιούμε...

- Έναν ή περισσότερους νάρθηκες
- Μία διπλωμένη πετσέτα
- Ένα υγιές μέλος του σώματος
- Οτιδήποτε από τα παραπάνω
- Δε γνωρίζω