

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΟΙ ΚΑΚΟΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΓΚΟΡΟΓΙΑ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	745 B'
----------------------	--------

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σελίδα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

- 1.1 Μία ανασκόπηση της επιδημιολογίας των κακώσεων. σελ.
- 1.2 Προσέγγιση στην πρόληψη των κακώσεων ανάλογα με το κίνητρο το επίπεδο ανάπτυξης, την ικανότητα, την ιδιοσυγκρασία, το κίνητρο. σελ.
- 1.3 Τα παιδιά της προσχολικής ηλικίας σελ.
- 1.4 Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας σελ.
- 1.5 Οι κακώσεις στους εφήβους και τους νέους σελ.
- 1.6 Παιδί και κοινωνία σελ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

" ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ "

- II.1 Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις .
- II.2 Δηλητηριάσεις
- II.3 Κατάγματα
- II.4 Αναγνώριση των κακοποιημένων παιδιών.
- II.5 Ηλεκτροπληξία
- II.6 Ηλεκτροικά έγκαύματα
- II.7 Ηλιακό έγκαυμα
- II.8 Εγκαύματα- Νοσηλευτική αντιμετώπιση εγκαυματία.
- II.9 Πνιγμοί- Αντιμετώπιση .
- II.10 Οδική ασφάλεια στα παιδιά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

" ΑΣΦΑΛΕΙΑ "

- III. 1. ΠΡΟΛΗΨΗ
- III. 2. Ασφάλεια στο σπίτι
- III. 3. Ασφάλεια στον κήπο
- III. 4. Ασφάλεια στο δρόμο
- III. 5. Ασφάλεια στο παιχνίδι
- III. 6. Ασφάλεια στην παιδική χαρά
- III. 7. Ασφάλεια στο αυτοκίνητο
- III. 8. Γενικές οδηγίες ασφάλειας.

Ε Ι Δ Ι Κ Ο Μ Ε Ρ Ο Σ

ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΑΙ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ
ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΡΓΑΣΙΑΣ.

1η Περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας.

2η Περίπτωση Νοσηλευτικής Διεργασίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Τα ατυχήματα έχουν αναγνωρισθεί σαν η πρώτη αιτία θανάτου των παιδιών εδώ και 10ετίες παγκόσμια. Ο αριθμός των παιδιών που πεθαίνουν από ατύχημα είναι περίπου τετραπλάσιος από τα παιδιά που πεθαίνουν από άλλη νόσο. Για κάθε παιδί που πεθαίνει 45 παιδιά φτάνουν ν'αντιμετωπιστούν στο νοσοκομείο σύμφωνα με αμερικανικές επίσημες στατιστικές. Το παιδικό ατύχημα είναι πολύ σημαντικό για την κοινωνία όταν συνδιαστεί με την παγκόσμια παρατηρούμενη υπογεννητικότητα.

Με βάση τη σκέψη ότι όσα περισσότερα και βαθύτερα ένα πρόβλημα τόσο καλύτερα οδηγούμεθα στη λύση, με βάση αυτό αποφάσισα να κανω μια αναδρομική μελέτη για τις κακώσεις στην παιδική ηλικία.

Θεωρούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που είναι μοχλός στην λειτουργία του συστήματος υγείας, πρέπει να είναι ενημερωμένο για τους παραπάνω χαρακτήρες μιας και όλος ο χρόνος εργασίας καταναλώνεται σε άμεση επαφή με τους γονείς και αυτή η εμπειρία της πληροφόρησης μπορεί να συμβάλει στην ενημέρωσή τους. Εξάλλου ένας απ'τους κυριότερους σκοπούς της Νοσηλευτικής είναι η πρόληψη και όχι η ασθένεια.

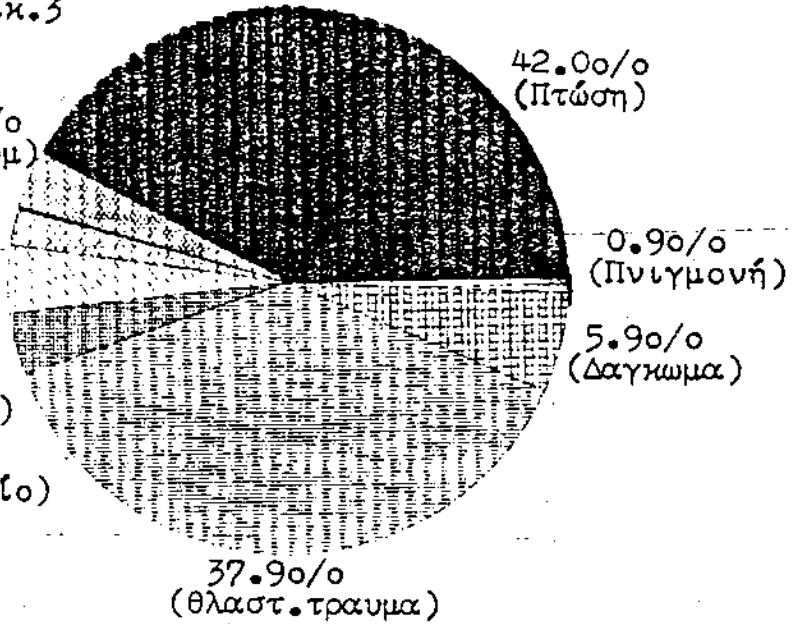
Μια πρόσφατη επιδημιολογική μελέτη έχει ερευνήσει το θέμα (Εφίλογκαράκης Θ, Μυρίλλας Π, Μάμαλλης Ηλ, Λουκά Μαγδ, Αναστασόπουλος Αθ.: "Ατυχήματα στην παιδική ηλικία- Συχνότητα- Πρόληψη" Πρακτ. 28ου Πανελλ. Συνεδρ. Παιδ. Θεσσαλ/κης, Πάτρα 1990) η οποία μου είναι πολύ χρήσιμη, διότι αναφέρεται σε επιδημιολογικά στοιχεία που καλύπτουν το παιδικό Καραμανδάνειο Νοσοκομείο της περιοχής.

Συνάγονται λοιπόν συμπεράσματα για τη σοβαρότητα και την συχνότητα των κακώσεων στην εργασία μου αυτή, έτσι απρουσιάζω τα λόγια που συνοψίζονται απο την ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ:

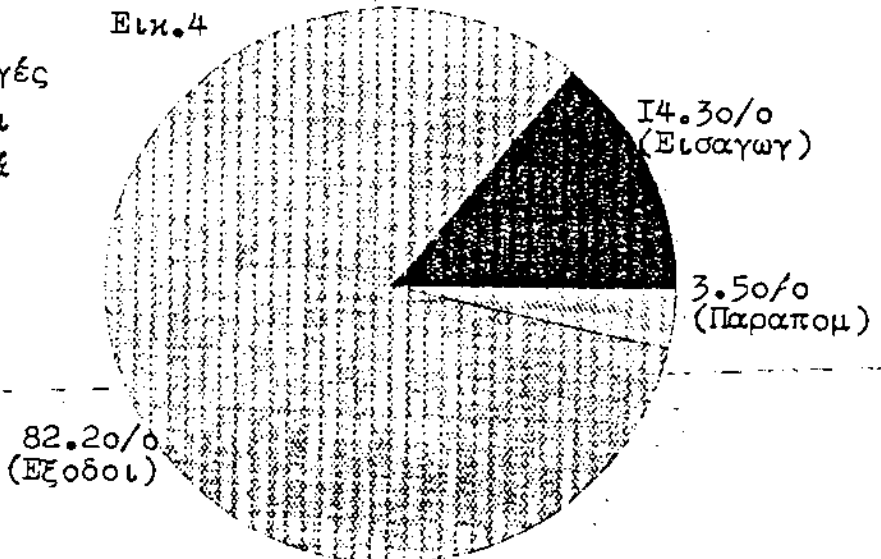
" Αυτό που η ανθρωπότητα οφείλει στο παιδί είναι να προσφέρει το άριστο θα πρέπει να μεγαλώσει και να αναπτυχθεί με υγεία γι' αυτό το σκοπό πρέπει να δοθεί ειδική προστασία και φροντίδα ".

Τα είδη των ατυχημάτων που συνέβησαν (Εικ.3) φαίνεται ότι η αιτία ατυχημάτων στα Ε.Ι. είναι η Πτώση, ακολουθούν το θλαστικό τραύμα, το Δάγκωμα, Ξένο σώμα, Εγκαυμα, Δηλητηριάσεις, κ.τ.λ.

Εικ.3
 3.30/o (Εγκαυμ)
 0.20/o (Ηλεκτ)
 2.00/o (Δηλητ)
 4.00/o (Ξεν.σωμ)
 3.70/o (Τροχαλο)



Απο τα προαναφερόμενα ατυχήματα έγιναν εισαγωγές 545 ποσοστό 14.30/o και παραπέμπτικαν 132 παιδιά ποσοστό 3.50/o.



Πίνακας

		ΠΑΝΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ		ΠΑΝΘΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΦΥΛΛΟ	ΑΓΟΡΙΑ	2481	100,0%	ΚΟΡΙΤΣΙΑ	1324	100,0%
ΗΛΙΚΙΑ (μήνες)	0-12	106	4,3%	0-12	73	5,5%
	12-60	770	31,9%	12-60	473	35,7%
	60-120	938	37,8%	60-120	448	33,8%
	120-	667	26,9%	120-	330	24,9%
ΕΙΔΟΣ	ΠΤΩΣΗ	1053	42,4%	ΠΤΩΣΗ	546	41,2%
	ΕΓΚΑΥΜΑ	70	2,8%	ΕΓΚΑΥΜΑ	56	4,2%
	ΗΛΕΚΤΡΟΠΛ.	5	0,2%	ΗΛΕΚΤΡΟΠΛ.	3	0,2%
	ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣ.	41	1,7%	ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣ.	37	2,8%
	ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ	101	4,1%	ΞΕΝΟ ΣΩΜΑ	51	3,9%
	ΤΡΟΧΑΙΟ	87	3,5%	ΤΡΟΧΑΙΟ	53	4,0%
	ΘΛ. ΤΡΑΥΜΑ	972	39,2%	ΘΛ. ΤΡΑΥΜΑ	471	35,6%
	ΔΑΓΚΩΜΑ	132	5,3%	ΔΑΓΚΩΜΑ	94	7,1%
ΠΝΙΓΜΟΝΗ	20	0,8%	ΠΝΙΓΜΟΝΗ	13	1,0%	
ΑΝΤΙΜΕ- ΤΩΠΙΣΗ	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	360	14,5%	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	185	14,0%
	ΕΞΟΔΟΙ	2031	81,9%	ΕΞΟΔΟΙ	1097	82,9%
	ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	90	3,6%	ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ	42	3,2%

ΟΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Μία ανασκόπηση της επιδημιολογίας των κακώσεων -
θνησιμότητα.

Σχεδόν 22.000 θάνατοι από κακώσεις συμβαίνουν σε
παιδιά και νέους από 0 έως 19 ετών, κάθε χρόνο στις Η.Π.Α.

Πίνακας: 1 θάνατοι από κακώσεις στις Η.Π.Α. το 1980:

Τύπος- κακώσεων	μικρότερα του 1 έτους	1-4	5-14	5-19	Σύνολο
Μηχανοκίνητα					
Κάτοχος	218	493	1122	7246	79079
πεζός	13	435	1005	757	2210
Μοτοσυκλέτα	1	8	120	788	917
Ποδήλατο	0	16	387	159	562
Άλλα	20	264	285	480	1049
Σύνολο	252	1216	2919	9430	13817
Ποδήλατο	0	4	25	10	39
Εγκάυματα	177	735	535	348	1795
Πνιγμός σε νερό	91	693	795	1012	2591
Ασφυξία/πνιγμός	439	214	205	131	989
Ξένος σώμα	1	4	2	2	9
Δηλητήρια	22	83	52	293	450
Πτώση	44	111	89	209	453
Άλλα	140	253	602	824	1819
Σύνολο	1166	3313	5224	12.259	21.962

Πηγή: National Center for Health Statistics.

Προσέγγιση στην πρόληψη των κακώσεων ανάλογα με το επίπεδο ανάπτυξης.

Μια αναπτυξιακή προσέγγιση που δίνει έμφαση στις διαφορετικές, γνωστικές, νοητικές, κινητικές και λεκτικές ικανότητες των παιδιών, μπορεί να παρέχει μια καλύτερη κατανόηση για τη συμμετοχή του παιδιού στο γεγονός της κακώσης χρησιμοποιώντας την έννοια ξενιστής, παράγοντας, περιβάλλον, αυτή η προσέγγιση χαρακτηρίζει τον ξενιστή (παιδιά) με την έννοια του "πώς", του "γιατί" και του "τί" της συμπεριφοράς τους. Το "πώς" της συμπεριφοράς των παιδιών, αντανακλά το στύλ (τύπο) της συμπεριφοράς ή την ιδιοσυγκρασία. Το "γιατί", το κίνητρο του παιδιού για να πετύχει μια δουλειά.

ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑ : ΤΟ "ΠΩΣ" ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.

Η ιδιοσυγκρασία ορίζεται σαν ο τύπος συμπεριφοράς του ατόμου όταν συνδιαλέγεται με το περιβάλλον. Αυτοί οι ερευνητές περιέγραψαν 9 χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας: την δραστηριότητα, τη ρυθμικότητα των βιολογικών λειτουργιών, την αρχική προσέγγιση και την απόσυρση, την προσαρμογή, την ένταση, την διάθεση, την επιμονή, τη διάσπαση της προσοχής και των αισθητηρίων οργάνων (πίνακας 1). Τα 9 χαρακτηριστικά έχουν ομαδοποιηθεί σε 3 ιδιοσυγκρασιακούς τύπους: 1) το δύσκολο παιδί (ανώμαλοι ρυθμοί, υψηλή ένταση, αρνητική διάθεση, χαμηλή προσέγγιση και προσαρμογή), 2) το εύκολο παιδί (έχει ακριβώς τα αντίθετα χαρακτηριστικά

του δύσκολου) και 3) το αργά κινητοποιημένο παιδί (χαμηλή δραστηριότητα, θετική προσεγγίση, υψηλή προσαρμογή και ήπια ένταση).

Τα παιδιά με υψηλή δραστηριότητα, όχι απαραίτητα τα υπερκινητικά παιδιά, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να τραυματισθούν, από τα μη δραστήρια παιδιά που ξεδεύουν περισσότερο χρόνο, παραμένοντας ήσυχα. Η έρευνα απέδειξε ότι η αλληλεπίδραση ιδιοσυγκρασίας περιβάλλοντος φαίνεται να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη γένεση διαταραχών της συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία.

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι τα παιδιά που ανήκουν στον επίμονο τύπο ιδιοσυγκρασίας, με διαταραχές της προσοχής, μέ ή χωρίς υπερδραστηριότητα, έχουν πιο πολλά ατυχήματα.

ΤΟ ΚΙΝΗΤΡΟ: ΤΟ "ΓΙΑΤΙ" ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.

Μερικές κακώσεις μπορεί να συσχετιστούν με τη φυσική τάση των παιδιών για αυτονομία, την τάση τους να μιμούνται συμπεριφορές ή την έλλειψη φροντίδας για το άτομό τους λόγω μιας χαμηλής αυτοεκτίμησης. Το μεγαλύτερο μέρος της αναπτυξιακής προόδου των παιδιών ενεργοποιείται από το ενδιαφέρον τους να πετύχουν σκοπούς. Το ενδιαφέρον των παιδιών να μιμούνται τρόπους συμπεριφοράς άλλων ατόμων είναι ένα δεύτερο ελατήριο για ενεργοποίηση. Η τηλεόραση είναι μια ειδική φροντίδα γιατί τα παιδιά έχουν την τάση να μιμούνται επιθετικούς και επικίνδυνους τρόπους συμπεριφοράς που περιγράφονται στις εκπομπές.

Το κίνητρο των παιδιών να μιμούνται συμπεριφορές, μπορεί να είναι ένας παράγοντας που συμμετέχει στις κακώσεις.

Μια τελική άποψη για το κίνητρο περιγράφει την έκθεση σε κίνδυνο και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Τα παιδιά μπορεί να ενεργοποιούνται να τραυματίσουν τους εαυτούς τους σαν συνέπεια μιας οικογενειακής κατάστασης ή κάποιου Ο Μαίσιονε Περιέγραψε εύγλωττα πως τα παιδιά από φτωχές συναισθηματικά οικογένειες, αισθάνονται μειωμένα, στερημένα και σαν συνέπεια δείχνουν μιά γενική έλλειψη ενδιαφέροντος για τους εαυτούς τους.

ΙΚΑΝΟΤΗΣΕΙΣ: ΤΟ "ΤΙ" ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.

Οι λειτουργίες ή οι ικανότητες του παιδιού μπορούν να επιγραφούν καλύτερα σε αναπτυξιακές γραμμές. Η κινητικότητα (αδρή και λεπτομερής), οι γνώσεις, η γλώσσα και οι κοινωνικό- συναισθηματικές λειτουργίες προχωρούν και αλλάζουν με την ηλικία.

ΤΑ ΒΡΕΦΗ

Τα παιδιά μπορεί να ψάχνουν για να βρουν κρυμμένα επικίνδυνα αντικείμενα, όπως κουτιά με χρώματα, υγρά καθαρισμού, αιχμηρά αντικείμενα κ.λ.π. και τα οποία είχαν κρύψει οι γονείς πίσω από κλειστές πόρτες. Κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τα παιδιά μαθαίνουν επίσης για τις σχέσεις της αίτιας και του αποτελέσματος. Τα παιδιά αρχίζουν να κατανοούν ότι φαινομενικά μη συσχετιζόμενοι τρόποι συμπεριφοράς

μπορούν να συνδυαστούν για να δημιουργήσουν ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, στην ηλικία των δύο χρόνων τα παιδιά θα διαλύσουν αυθόρμητα ένα παιχνίδι προκειμένου να το κάνουν να κινηθεί.

Επειδή σ' αυτή την ηλικία τα παιδιά έχουν μια τάση να βάζουν όλα τ' αντικείμενα στο στόμα, με την έννοια της διερεύνησης, μπορεί να πάρουν μικρά αντικείμενα και να τα καταπιούν.

Τα παιδιά με αυξημένη δραστηριότητα βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κακώσεων κατά τον πρώτο χρόνο της βάδισης που οφείλεται στην αυξημένη έκθεση. Τα βρέφη ενδιαφέρονται να εξερευνήσουν τον κόσμο τους και έχουν το κίνητρο να κάνουν τα πάντα από μόνα τους (αυτονομία).

Αυτή η τάση, ο μη καλά ανεπτυγμένος κινητικός συντονισμός τους, η ανικανότητά τους να αντιλαμβάνονται επαρκώς τον κίνδυνο, να ελέγχουν τις παρορμήσεις τους ή να καταλαβαίνουν τις συνέπειες των πράξεών τους, εξηγεί γιατί τα παιδιά αυτού του αναπτυξιακού σταδίου έχουν τον υψηλότερο ρυθμό κακώσεων της παιδικής ηλικίας.

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Ο κόσμος των παιδιών της προσχολικής ηλικίας αλλάζει από την εξάρτηση από τα αισθητήρια όργανα. Ο Piaget χαρακτηρίζει αυτό το στάδιο σαν προλειτουργική σκέψη. Τα παιδιά έχουν την ικανότητα να σκέπτονται συμβολικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά της παράλογης και εγωκεντρικής σκέψης μπορούν, να μπλέκονται στις κακώσεις και στην πρόληψη των κακώσεων.

Εγωκεντρική σκέψη σημαίνει ότι τα παιδιά βλέπουν τον κόσμο από τη δική τους άποψη. Η γνώμη τους και οι επιθυμίες τους ασκούν μια δυνατή επίδραση στη συμπεριφορά τους. Γιατί όταν δεν έχουν πρόθεση να σπάσουν κάτι ή να κτυπήσουν κάποιον, πιστεύουν ότι αυτό δεν θα συμβεί.

Αυτή η εγωκεντρική σκέψη των παιδιών τα εμποδίζει να μπουν στην θέση κάποιου άλλου, με τις δυσάρεστες ίσως συνθήκες της θέσης αυτού του άλλου ατόμου. Έτσι μια γονεϊκή εξήγηση, όταν κτυπούν άλλα παιδιά, του τύπου "μην το κτυπάς γιατί το πονάς", μπορεί να μην είναι η καλύτερη στρατηγική. Σ' αυτή την ηλικία, η έννοια, πριν την λογική σκέψη σημαίνει ότι δεν καταλαβαίνουν πλήρως τη σχέση μεταξύ αιτίας και αποτελέσματος και δεν μπορούν να την γενικεύσουν από συγκεκριμένες εμπειρίες.

Ο απαγορευμένος τρόπος συμπεριφοράς θα πρέπει να εξειδικεύεται, "μην πετάς πέτρες", αντί του "μην το κάνεις" και η προειδοποίηση να συνοδεύεται από κάποια αποδοκιμασία. Όμως αν ένας από τους γονείς είναι υπερπροστατευτικός και λέει πολλά "όχι" σε πολλές δραστηριότητες, τότε το "όχι" χάνει την αποτελεσματικότητά του. Τα παιδιά αυτής της ηλικίας, που παρουσιάζουν αυξημένη δραστηριότητα ή διάσπαση της προσοχής, μπορεί να χρειάζονται μεγαλύτερη επίβλεψη και επίμονους περιορισμούς ασφάλειας.

ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΗΣ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.

Η βασική προτεραιότητα για τα παιδιά της σχολικής

ηλικίας είναι η κοινωνική αποδοχή. Η Είσοδος σε μια ομάδα είναι πιο σημαντική απ' την αυτονομία και την υπακοή στις επιθυμίες των γονιών. Το παιδί τείνει στο να τολμά και μπαίνει σε περιπέτειες. Η σκέψη των παιδιών της σχολικής ηλικίας δεν είναι καλά οργανωμένη ακόμα.

Η ικανότητα των παιδιών να διατυπώνουν ηθικές κρίσεις και να ακολουθούν κανόνες, αναπτύσσεται βαθμιαία απ' την ηλικία των πέντε-12 ετών. Δεν καταλαβαίνουν το σκοπό των κανόνων και δεν είναι ικανά να τους ακολουθήσουν επειδή οι κανόνες προέρχονται απ' τους ενήλικους των οποίων η εξουσία δεν αξιμαίνεται και επειδή τα παιδιά είναι πεπεισμένα για την ανωτερότητά τους, θεωρούν τους κανόνες σαν πρόκληση στη δική τους εξουσία και προσπαθούν να τους σπάσουν. Τα παιδιά από 6-9 ετών, δεν μπορούν να καταλάβουν πολλούς όρους της κυκλοφορίας και τα σήματα των δρόμων επίσης. Οι έννοιες του αριστερά, δεξιά δεν είναι πλήρως κατανοητές. Επιπρόσθετα έχουν μειωμένη ικανότητα να εντοπίσουν ήχους καθώς και μειωμένη αντίληψη των κινήσεων, αναικανότητα να εκτιμήσουν την ταχύτητα και τον κίνδυνο. Οι κανόνες ασφαλείας ορίζουν ότι τα παιδιά θα πρέπει να συνοδεύονται στις διασταυρώσεις.

Επιπρόσθετα τα παιδιά πολύ συχνά, οδηγούν ποδήλατα που είναι μεγάλα να τα κυβερνήσουν και έχουν έλλειψη δύναμης και συντονισμού, ώστε να πατήσουν φρένο. Τα παιδιά χρειάζεται να διδαχτούν το ποδήλατο σε επιτηρούμενους χώρους. Τα παιδιά χρειάζεται να διδαχτούν το ποδήλατο σε επιτηρούμενους

χώρους. Τα παιδιά της σχολικής ηλικίας βρίσκονται στη διαδικασία του να αποκτήσουν τον έλεγχο πάνω στις ομάδες των μυών τους, πρώτα των μεγάλων και κατόπιν των μικροτέρων. Για αυτό οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι οι γονείς θέλουν και χρειάζονται να ξέρουν γιατί ένας ειδικός τρόπος συμπεριφοράς είναι φυσιολογικός.

Οι κακώσεις στους εφήβους και στους νέους ενήλικους.

Τα Εθνικά δεδομένα για τη θνησιμότητα:

Πίνακας . Θάνατοι από αιτίες ατυχημάτων στις ηλικίες 15-24, το 1981.

ΤΥΠΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ
Μηχανοκίνητα	17.500
Πτώσεις	450
Πνιγμοί	1.700
Φωτιά/εγκαύματα	500
Ασφυξία	200
Δηλητηριάσεις	1
Στερά/υγρά	350
αέρια/σπρέϋ	500
πυροβόλα όπλα	600
<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>	<u>21.800</u>

Πηγή: Accident Facts, 1982 Edition, National

Οι κακώσεις στους νέους έχουν σημαντική κοινωνική και οικονομική σημασία σ'ότι αφορά το κόστος για τη φροντίδα της υγείας, την απώλεια σχολικού χρόνου, την απώλεια του χρόνου εργασίας για τους γονείς, το κόστος για την αποκατάσταση και το κόστος για των μόνιμων ανικανοτήτων. Σχετίζεται όχι μόνο με τη θνησιμότητα αλλά και με τη νοσηρότητα. Ένας τρόπος να προσεγγίσουμε το πρόβλημα, είναι να κατευθυνθούν οι εκπαιδευτικές προσπάθειες στα παιδιά του δημοτικού σχολείου, που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο συναισθηματικής και αναπτυξιακής αστάθειας και είναι σε καλύτερη ηλικία να υιοθετήσουν συνήθειες ασφάλειας.

Για τους έφηβους η μόνη ελπίδα πρόληψης των κακώσεων παραμένει η νομοθετική και με κανονισμούς προσέγγιση προς την πλευρά των περιβαλλοντικών συνθηκών. Τα κέντρα για την μείωση των κακώσεων με αυτοκίνητο, περιλαμβάνουν και εγκατάσταση αερόσακων, τα χαμηλότερα όρια ταχύτητας, τα υψηλότερα όρια ηλικίας για τους οδηγούς και το ποτό και την υποχρεωτική χρήση των ζωνών ασφαλείας, ειδικά κατά το χρόνο εκπαίδευσης του οδηγού, όπου ένας τέτοιος νόμος μπορεί να ασκήσει πίεση. Για τα σπόρ, προτείνεται μια πλατειά ποικιλία συστάσεων ασφαλείας, που ενσωματώνονται στους κανόνες αθλητικών οργανισμών.

Οι κακώσεις στους εφήβους και στους νέους ενηλίκους αντιπροσωπεύουν το βασικότερο δημόσιο πρόβλημα υγείας. Καθορίζοντας το προφίλ των κακώσεων στους έφηβους μπορούν να τονιστούν ορισμένα σημεία: 1) Οι μεγαλύτεροι έφηβοι έχουν υψηλότερο ρυθμό επίπτωσης και θανάτου από κακώσεις.

- 2) Τα αγόρια έχουν υψηλότερη επίπτωση απ'τα κορίτσια.
 - 3) Ο εθισμός σε ουσίες είναι ένας παράγοντας σε πολλές κακώσεις.
-

Παιδί και Κοινωνία

Η κηδεμονία και η προστασία του παιδιού θεωρούνται ουσιαστικό καθήκον της οικογένειας, η οποία φροντίζει για την ενηλικίωσή τους. Παντού ωστόσο αναγνωρίζεται τώρα η ανάγκη μέσης παρέμβασης των κρατικών αρχών στη διαφύλαξη των δικαιωμάτων του παιδιού όχι μόνο όταν δεν υπάρχει οικογένεια όταν η οικογένεια εγκαταλείπει με τη θέλησή της τη φροντίδα των παιδιών βρεφικής ηλικίας (ορφανά, νόθα, εγκαταλειμένα), αλλά και για να συμπληρώνεται και να βελτιώνεται ο ρόλος της οικογένειας, που εθωρείται ανεπαρκής για τους σκοπούς της σύγχρονης κοινωνικής ζωής. Οι κρατικές αρχές επεμβαίνουν και αναλαμβάνουν την οργάνωση της εκπαίδευσης του επαγγελματικού προσανατολισμού, τη διάδοση των κανόνων υγιεινής και προφύλαξης, την προστασία από την πρόωπη εκμετάλευση της εργασίας των ανηλίκων και κυρίως, τη φροντίδα της σωματικής και νοητικής τους υγείας. Η σχέση παιδιού -κοινωνίας είναι συνεπώς ευρύτατη και περίπλοκη και αποκτά διαρκώς μεγαλύτερη σημασία με την εξέλιξη του βιομηχανικού πολιτισμού, που οδηγεί στη μεταμόρφωση της οικογένειας παραδοσιακού τύπου και στην είσοδο της γυναίκας στον κόσμο της εργασίας. Η κοινωνία μπορεί να επέμβει προς υπεράσπιση του παιδιού, με τη δημιουργία ιδιωτικών φιλανθρωπικών οργανισμών ή με κρατικά ιδρύματα, επαρχιακά και κοινοτικά, και με την κατάλληλη νομοθεσία. Ο πρώτος τύπος κοινωνικής επέμβασης χαρακτηρίζει τους περασμένους

αιώνες, ενώ στη σύγχρονη εποχή η παλιά χριστιανική αντίληψη της βοήθειας υπό τύπο ελεημοσύνης κυρίως προς

υποχρεωτική σε όλες τις

φτάσαμε κατόπιν στην αντίληψη που επικράτησε στον αιώνα μας σχετικά με το δικαίωμα του παιδιού να κηδεμονεύεται και με το καθήκον του κράτους να εκτελεί σειρά πράξεων για να του εξασφαλίζει αυτή την κηδεμονία. Η εξέλιξη αυτή δεν πραγματοποιήθηκε χωρίς αντιδράσεις, αλλά την επέβαλε η ανάγκη να μετριαστούν τα αποτελέσματα της βιομηχανικής επανάστασης, που οδήγησε στην διάλυση του πατριαρχικού τύπου οικογένειας εξ' αιτίας της εργασίας της γυναίκας έξω από το σπίτι και στην εκμετάλλευση του παιδιού, ακόμη και της πιο τρυφερής ηλικίας, στα ορυχεία και στα υφαντουργεία. Στα πρώτα χρόνια του 19ου αιώνα ο Άγγλος βιομήχανος και φιλόanthρωπος Ρόμπερτ Ουεν, άρχισε ένα σκληρό αγώνα για να επιτύχει να απαγορευτεί δια νόμου να εργάζονται τα παιδιά πριν γίνουν 9 ετών, και στη βιομηχανία του, στο Νιού Λάναρκ είχε υιοθετήσει σύστημα με βάρδιες εργασίας που επέτρεπε στα παιδιά να παρακολουθούν μαθήματα στα εργοστασιακά σχολεία που ο ίδιος είχε ιδρύσει. Στην Αγγλία επίσης ιδρύθηκε η CHILDREN'S EMPLOYMENT COMMISSION (Επιτροπή Εργασίας Παιδιών) που δημοσίευσε πολλές εκθέσεις σχετικά με την εκμετάλλευση των παιδιών στα εργοστάσια και συνέτεινε στην ψήφιση σειράς νόμων για την προστασία της εργασίας των ανηλίκων ο πρώτος νόμος, του 1848, περιόριζε την εργασία των παιδιών σε 10 ώρες την ημέρα. Σήμερα σε όλες σχεδόν τις χώρες οι συνθήκες εργασίας των παιδιών

Οι Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν ο φυσιολογικός ύπνος μπορεί να μεταπέσει σε παθολογικό (απώλεια συνείδησης) λόγω αύξησης ενδοκρανιακής πίεσης. Γενικά πρέπει να έχουμε υπόψη ότι ασθενείς με κρανιακές κακώσεις ενώ φαίνονται τη μια στιγμή καλά μπορεί να παρουσιάσουν επιδείνωση πολύ γρήγορα.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟΣ Ο ΣΥΧΝΟΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΑ 2 ΠΡΩΤΑ 24 ΩΡΑ.

ΠΡΩΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: Εξασφάλιση ελεύθερης αναπνευστικής οδού, γίνεται καθαρισμός στόματος και φάρυγγα από ξένα σώματα, αίμα, υπολείματα εμέτου, ο άρρωστος τοποθετείται σε πλάγια θέση. Κατά την μετακίνησή ο άξονας κεφαλή-αυχένα -σώμα παραμένει σταθερός και ακίνητος για την αποφυγή ενδεχόμενης πίεσης νωτιαίου μυελού από τυχόν κάταγμα ή παρεκτόπιση σπονδύλου.

Αμέσως φροντίζουμε να ελέγχουμε τυχόν μεγάλη αιμορραγία και να αποκαταστήσουμε ενδεχόμενο shock. Σε περίπτωση εξόδου αίματος από αυτί, μύτη, τοποθετείται αποστειρωμένη γάζα εξωτερικά.

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΜΥΔΡΙΑΤΙΚΩΝ Η ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΩΝ φαρμάκων για να μην συγκαλήσουν τυχόν μυδρίαση ή επιδείνωση επιπέδου συνείδησης. Η χρήση κορτιζόνης είναι ευεργετική γιατί εκτός από καταπολέμηση shock συμβάλει στη μείωση

μετατραυματικού εγκεφαλικού οιδήματος.

Τίποτε δεν είναι πιο σημαντικό από τις πρώτες ώρες μετά τον τραυματισμό, από την εκάστοτε σύγκριση του επιπέδου συνείδησης και των άλλων νευρολογικών σημείων.

ΔΙΟΤΙ Η ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΤΑΙ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΚΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ που θέλει επείγουσα χειρουργική επέμβαση) **ΕΙΝΑΙ ΠΟΛΥ ΜΕΓΑΛΗ, ΟΤΑΝ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΔΟΧΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΔΙΑΒΙΣΤΩΘΕΙ** ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ **ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ**, ανισοκορία, ημιπάρεση, ή θετικό Babinski.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Επίπεδο συνείδησης (επιδείνωση;).

Μέγεθος κορών οφθαλμού (ανισοκορία;).

σημείο Babinski (θετικό;).

Μυϊκή ισχύ άνω και κάτω άκρων (ημιπάρεση;).

Αναπνευστικές κινήσεις (ελάττωση;) - θερμοκρασία (αύξηση;).

Αρτηρ. πίεση (αύξηση) — Σφύξεις (ελάττωση;)

1. ΠΩΣ ΕΛΕΓΧΟΥΜΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ.

- Ο ασθενής βρίσκεται προσανατολισμένος σε τόπο, χρόνο, απαντά με ακρίβεια σε δύσκολες ερωτήσεις.
- Ο ασθενής βρίσκεται σε ελαφρά σύγχυση, απαντά σε απλές ερωτήσεις.
- Ο ασθενής μετά από εντολή ανοίγει τα μάτια, ομιλεί, κινεί τα άκρα.
- Ο ασθενής μετά από ακουστικό ερέθισμα ελαφρό ή ισχυρό ανοίγει τα μάτια απαντά, κινεί τα άκρα.

2. ΜΕΓΕΘΟΣ ΚΟΡΩΝ ΟΦΘΑΛΜΟΥ. (ανισοκορία δηλαδή διεύρυνση

της μιας οφθαλμικής κόρης).

Η ωφισοκορία σύμπτωμα αναπτυσσόμενης ενδοκρανιακής αιμο-
ραγίας παρουσιάζεται απο την πλευρά αιματώματος και
οφείλεται σε πίεση του κοινού κινητικού νεύρου πάνω
στη βάση του κρανίου. Χαρακτηριστικό αυτό του συμπτώ-
ματος αυξάνει η ενδοκρανιακή πίεση και χειροτερεύει η
κατάσταση του αρρώστου.

3. ΣΥΜΕΙΟ Babinski: Σημαντικό για τη διάγνωση παρουσιάζ-
ζεται ετερόπλευρα, εκτελείται με ερεθισμό της έξω επιφά-
νειας του πέλματος με κάποιο αιχμηρό αντικείμενο (π.χ.
παραμάνα). Είναι θετικό όταν το μεγάλο δάκτυλο κατά την
διάρκεια του ερεθισμού παρουσιάζει ένταση (καμψη προς
τα κάτω).

4. ΜΥΪΚΗ ΙΣΧΥΣ ΤΩΝ ΑΝΩ ΚΑΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ.

Η εξέταση είναι δυνατή όταν ο άρρωστος είναι σε φυσιο-
λογικό επίπεδο συνεννόησης παραγγέλνουμε να ανασηκώσει
και να κρατήσει παράλληλα πρώτα τα άνω και μετά τα κάτω
άκρα. Η πλευρά που έχει ημιπάρεση χάνει αργά ή γρήγορα
ύψος.

5. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ-ΣΦΥΣΕΙΣ-ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΚΙΝΗΣΕΙΣ-ΘΕΡΜΟ- ΚΡΑΣΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ.

Σε απουσία shock ή Αρτηριακή πίεση του αρρώστου με
κρανιακές κατώσεις είναι φυσιολογική. Αύξηση της Αρτηρια-
κής πίεσης σε συνδυασμό με βραδυκαρδία, βραδύπνοια αποτελεί
σημείο αύξησης ενδοκρανιακής πίεσης.

Σφύξεις - Αναπνευστικές κινήσεις- Θερμοκρασία: Σε περίπτωση ενδοκρανιακής πίεσης ο αριθμός σφύξεων ελαττώνεται, ο αριθμός αναπνευστικών κινήσεων και θερμοκρασίας ανεβαίνει.

Η ακτινογραφία κρανίου, η υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου και η καρωτιδική και σπονδυλική αγγειογραφία, βοηθούν και συμπληρώνουν την κλινική αξιολόγηση.

ΘΛΑΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Παθολογανατομικά χαρακτηρίζεται από τοπική καταστροφή εγκεφαλικής ουσίας που περιλαμβάνει τόσο τα κύτταρα όσο και τα αγγεία της περιοχής με συνέπεια την εμφάνιση παθολογικών νευρολογικών ευρημάτων.

Για την αντιμετώπιση θλάσης του εγκεφάλου σημασία έχουν:

- α) στενή παρακολούθηση λειτουργιών της αναπνοής και της κυκλοφορίας, γενικά η άριστη νοσηλεία αρρώστου σε αίθουσα εντατικής παρακολούθησης .
- β) η συχνή νευρολογική εξέταση και παρακολούθηση για τυχόν επιδείνωση κατάστασης.

Ψυχολογικές διαταραχές παρουσιάζονται σαν διαταραχές της προσωπικότητας αφ' ενός στη δυσλειτουργία μετωπιαίου και κροταφικού λοβού, αφ' ετέρου στο άγχος μήπως τα μετατραυματικά ενοχλήματα μείνουν για πάντα. Για τα συμπτώματα αυτά χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη.

ΚΑΚΟΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΕΦΑΛΗΣ

Το τράβηγμα των μαλλιών, συνηθισμένη πειθαρχική κίνηση, μπορεί να ευθύνεται τόσο για την αλωπεκία όσο και για τη δη-

δημιουργία υποδόριων αιματωμάτων.

Ο Caffey επέμενε στην επικέντρωση της προσοχής στα υποσκληρίδια αιματώματα σαν π.χ. μη αναγνωρίσιμης κάκωσης, λόγω σπανιότητας εξωτερικών ευρημάτων τα υποσκληρίδια αιματώματα, σχεδόν πάντοτε τραυματικής αιτιολογίας είναι πιο συχνά στην ηλικία κάτω των 24 μηνών. Τα σημεία και συμπτώματα μπορεί να είναι μη ειδικά: ευρεθιστότητα, λήθαργος και άρνηση τροφής και μπορεί να υπάρχουν πιο κλασσικά σημεία, αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης (έμμετοι, επιληπτικοί παροξυσμοί, ατονία και κώμα).

Το υποσκληρίδιο αιμάτωμα που συνοδεύεται από κάταγμα του κρανίου, οφείλεται συνήθως σε απευθείας χτύπημα του κεφαλιού και κανονικά αφήνει εξωτερικά σημάδια. Είναι αδύνατο να εκτιμηθεί το ποσοστό πνευματικής καθυστέρησης που θα πρέπει να αποδοθεί σε κακοποίηση του παιδιού.

ΤΡΟΦΙΚΗ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ

Η τροφική δηλητηρίαση είναι μια μορφή γαστρεντερίτιδας που προκαλείται από την κατανάλωση τροφής μολυσμένης με δηλητήρια, συνήθως βακτηρίδια. Μέσα σε 3 ώς 24 ώρες, ανάλογα με το δηλητήριο, τα συμπτώματα κοιλιακής κράμπας, πυρετού, εμετού, διάρροιας επέρχονται σε δυσάρεστη αγριότητα. Αν η τροφή είχε μολυνθεί με βακτηρίδια, αυτά ελευθερώνουν το δηλητήριό τους, γνωστό ως τοξιφλόγωση. Υπάρχουν πολλοί τύποι βακτηριδίων που προκαλούν τροφική δηλητηρίαση, αλλά το πιο κοινό είναι η σαλμονέλα, η σιγκέλα, ο σταφυλόκοκκος και ο Ε. Κόλι (κολοβακτηρίδιο), που είναι ο συνηθέστερος υπεύθυνος για τις τροφικές δηλητηριάσεις.

ΠΙΘΑΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Έμετος, πυρετός, κράμπες στην κοιλιά.

Συχνές, υδαρείς κενώσεις, που μπορεί να περιέχουν αίμα, πύον ή βλέννα.

Μυϊκή εξασθένηση και ρίγη.

Ανορεξία.

Τί πρέπει να κάνω πρώτα;

Αν το παιδί σας κάνει εμετό και έχει διάρροια, θερμομετρήστε το για να δείτε αν έχει πυρετό.

Ελέγξτε τις κενώσεις του για να δείτε αν έχουν αίμα ή βλέννες. Βάλτε το παιδί στο κρεβάτι και σταματήστε κάθε τροφή, αλλά διατηρήστε το επίπεδο των υγρών του δίνοντας του συχνά μικρές δόσεις νερού με μια πρέζα αλάτι και ένα κουταλάκι γλυκόζη. Προσπαθήστε να εξακριβώσετε τι μπορεί να έφαγε το παιδί σας και του προηάλεσε αυτά τα συμπτώματα.

Πρέπει να συμβουλευτώ το γιατρό;

Συμβουλευτείτε αμέσως τον γιατρό σας μεταφέρετε το παιδί στον πλησιέστερο Σταθμό Πρώτων Βοηθειών, ανα κάνει εμετό και έχει συνεχή διάρροια πάνω από έξι μέρες και αδυνατείτε να την ελέγξετε μόνο μια υγρή δίαιτα. Συμβουλευτείτε αμέσως το γιατρό σας, αν η κατάσταση του παιδιού δεν έχει βελτιωθεί μέσα σε 24 ώρες.

Τι πρέπει να κάνω;

1. Ρωτήστε αμέσως να σας πεί, ή κοιτάξτε να δείτε τι πήρε, γιατί μπορεί να κείτεται αναίσθητο.
2. Κρατήστε δείγμα αυτού που νομίζεται ότι έχει πάρει το παιδί, π. χ. μερικά φύλλα ή καρπούς, ή το άδειο μπουκάλι ή

κουτί. Αν έχει καταπιεί κάπια, κρατήστε το δοχείο άς είναι και άδειο, γιατί αυτό θα βοηθήσει το γιατρό ν'αποφασίσει τι θεραπεία θα εφαρμόσει.

3. Αν το παιδί έχει πάρει κάποιο διαβρωτικό δηλητήριο, όπως είναι τα λευκαντικά, η καυστική σόδα, τα ζιζανιοκτόνα κ. ά., μην προσπαθήσετε ΠΟΤΕ να του προκαλέσετε εμετό. Καθετί που καίει το φάρυγγα και τον οισοφάγο όταν κατεβαίνει θα προκαλέσει εγκαύματα και όταν ανεβεί. Δώστε στο παιδί να πιει λίγο λίγο κρύο νερό ή γάλα και μεταφέρετέ το συντομότερο σε νοσοκομείο.

4. Αν είστε απόλυτα βέβαιοι ότι το παιδί ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΠΑΡΕΙ ΔΙΑΒΡΩΤΙΚΟ ΔΗΛΗΤΗΡΙΟ, προσπαθήστε να του προκαλέσετε εμετό γαρφαλώντας τη βάση της γλώσσας με το δαχτυλό σας.

ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ

Γενικά:

Χαρακτηριστικό των οστών των παιδιών είναι η παρουσία του συζευτικού χόνδρου.

Τύποι ατυχημάτων που προκαλούν κατάγματα στα παιδιά:

α) Όπως και στους ενήλικες: πτώση, ατύχημα στην άθληση, τροχαίο ατύχημα κ.λ.π.

β) Ειδικότερα για τα νεογνά: μακευτικοί τραυματισμοί.

Ιδιαιτερότητες των καταγμάτων στα παιδιά σε σχέση με την αυτονομία των παιδιών.

Υφή των χόνδρων, συζευτικοί χόνδροι, μεταφύσεις, ευλυγξία του οστού, περίοστεο σχετικά παχύ, τένοντες και μύες πιο ισχυροί από τα οστά.

Κάταγμα απο συμπίεση της μετάφυσης: Παράγεται από δράση της δύναμης κατά μήκος του άξονα του οστού (κάταγμα από συμπίεση), κυρίως στα βρέφη και τα μικρά παιδιά. Κάταγμα της σπογγώδους ουσίας, φλοιός, ελαφρά διογκωμένος. Στα παιδιά όσον αφορά τις βασικές αρχές θεραπείας, 95% των καταγμάτων της διάφυσης μπορούν να θεραπευτούν συντηρητικά (όρια ηλικίας = ήβη).

Κατάγματα άνω-άκρων - κατάγματα κλειδός.

Το κάταγμα κλειδός απο μαιευτικό τραυματισμό είναι το πιο συχνό αυτόματα (ογκώδεις πόροι). Συχνή συνύπαρξη με μαιευτική παράλυση του αυχενικού ή του βραχιονίου πλέγματος. Επίσης πιο συχνά στα μικρά παιδιά και στα παιδιά της σχολικής ηλικίας.

Θεραπεία: Διόρθωση με τα χέρια όταν υπάρχει εμφανής

Επίδεση σαν οκτώ (8), (= σαν σακίδιο ορειβάτη), ή νάρθηκας *Velpeau*.

Κατάγματα του άνω άκρου του βραχιονίου.

- Νεογνά : Μαιευτικός τραυματισμός. Εκδηλώνεται με ψευδοπαράλυση. Μετά από μερικές ημέρες, ψηλαφητός πάρος. Ακτινογραφικά : Κάταγμα γενικά μη ορατό, γιατί βρίσκεται ολότελα μέσα στο χόνδρο. Θεραπεία : ακινητοποίηση του βραχίονα στο θώρακα.

ΠΙΘΑΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Πρήξιμο γύρω από την περιοχή του τραύματος.

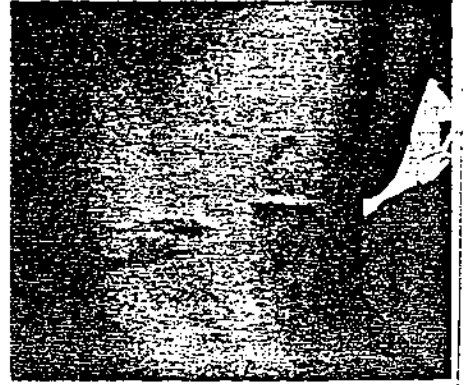
Μελάνιασμα γύρω από την περιοχή τραύματος πιθανή παραμόρφωση της τραυματισμένης περιοχής. Ανικανότητα να κινηθεί φυσιολογικά και χωρίς πόνο.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ ΠΡΩΤΑ

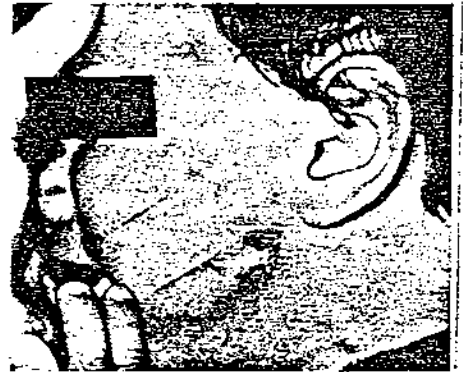
1. Καλέστε ασθενοφόρο ή πηγαίνετε στο πλησιέστερο νοσοκομείο.
2. Αν το σπασμένο άκρο φαίνεται λυγισμένο ή κυρτωμένο μην προσπαθήσετε να το ισιώσετε. Μην μετακινείται το παιδί, κάθε κίνηση μπορεί να προκαλέσει εσωτερική βλάβη ή μεγαλύτερο πόνο. Μην προσπαθείτε να καθαρίσετε ή να αγγίξετε το τραύμα αλλά απλώστε μια αποστειρωμένη γάζα πάνω από το τραύμα.
3. Αν δεν μπορεί να κινήσει την τραυματισμένη περιοχή χωρίς να πονά, ακινητοποιήστε τις αρθρώσεις ψηλότερα και χαμηλότερα από το κάταγμα για να προλάβετε επιδείνωση της βλάβης: για το βραχίονα χρησιμοποιήστε μια εσάρπα για την κνήμη, δέστε μαζί τα γόνατα και τους αστραγάλους.
4. Μη δώσετε στο παιδί να φάει ή να πιεί, γιατί μπορεί να χρειασθεί γενική αναισθησία, που μπορεί να καθυστερήσει αν το στομάχι του δεν είναι άδειο.
5. Κρατάτε το παιδί ζεστό και όσο μπορείτε πιο ήρεμο ώση ώρα θα του παρέχεται ιατρική βοήθεια.

Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΜΗ ΤΥΧΑΙΩΝ ΚΑΚΩΣΕΩΝ

Εικόνα 3. Εκχυμώσεις που προκλήθη-
καν από τραύματα με ζώνη και αγκράφα.



Εικόνα 4. Εκχυμώσεις του προσώπου
που προκλήθηκαν από χαστούκι με
ανοικτό χέρι.



Εικόνα 5. Κυκλικές εκχυμώσεις του
κορμού που προκλήθηκαν απο τη με-
τακαρποφαλαγγική άρθρωση της παλά-
μης.



Πίνακας . . Η εντόπιση των μη τυχαίων κακώσεων

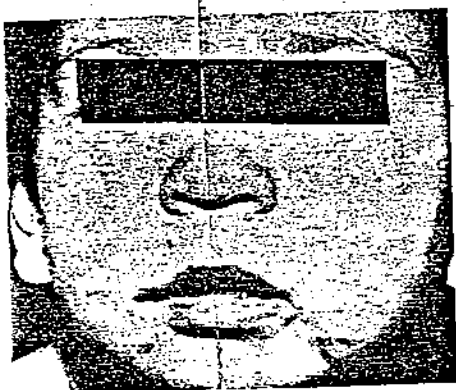
ΕΣΚΕΜΜΕΝΕΣ	ΤΥΧΑΙΕΣ
Ψηλά στους βραχίονες	Κνήμες
Κορμός	Ισχία (λαγόνιες ακρολοφίες)
Ανω πρόσθια επιφάνεια των κνημών	Χαμηλά στους βραχίονες
Πλάγια του προσώπου	Προεξοχές σπονδυλικής στήλης
Αυτιά και ραιμόσ	Μέτωπο
Γεννητικά όργανα	Χαμηλά στο πηγούνι
Γλουτοί	

Στο ανυποψίαστο μυαλό, το σημάδι μπορεί να φανεί σαν τυχαίο, αλλά αν δεν αποκλειστεί η πιθανότητα της μη τυχαίας κάκωσης, το σχήμα ενός επιπολής σημαδιού μπορεί να υποδηλώσει την ταυτότητα του αντικειμένου που χρησιμοποιήθηκε. Έτσι, το τυπικό σημάδι που έμεινε από ένα καλώδιο είναι ελλειπτικό (Εικόνα) μια ζώνη ή η αγκράφα της ζώνης αφήνει μια ειχύμωση ανάλογα με το σχήμα της (Εικόνας). Αν χρησιμοποιήθηκαν ανθρώπινα χέρια, υπάρχουν χαρακτηριστικά παράλληλα σημάδια δίπλα-δίπλα, που αντιπροσωπεύουν τα διαστήματα μεταξύ των δακτύλων και ένα χτενιοειδές σημάδι, που υποδηλώνει τη συνένωση των μετακαρπίων με τις φάλαγγες στην παλαμιαία επιφάνεια του χεριού (Εικόνες και). Η εφαρμογή φίμωτρου, αφήνει σημάδια στραμμένα προς τα κάτω, στις γωνίες του στόματος (Εικόνα). Το έγκλημα από καλώδιο είναι εμφανές γύρω από το λαιμό στην απόπειρα

στραγγαλισμού (Εικόνα). Όταν εφαρμοστεί δέσιμο, στους καρπούς και τους αγκώνες, παράγονται εγκαύματα από το σκοινί ή το κορδόνι (Εικόνα 8). Τα σημάδια από ανθρώπινο δάγκωμα είναι εύκολο να προσδιοριστούν και το σχήμα τέτοιων σημαδιών βοηθά στον προσδιορισμό της ηλικίας του ατόμου που δάγκωσε (Εικόνα). Ελλειπτικά σημάδια πίεσης ψηλά στους βραχίονες και τον κορμό καθώς και τα κυκλικά σημάδια υποδηλώνουν ότι ασκήθηκε ισχυρή πίεση από ανθρώπινα χέρια (Εικόνα),



Εικόνα 6. Ελλειπτικές κακώσεις που προκλήθηκαν από θηλειά ηλεκτρικού καλωδίου.



Εικόνα 7. Εγκυμώσεις δευτεροπαθείς, φυμώματος.

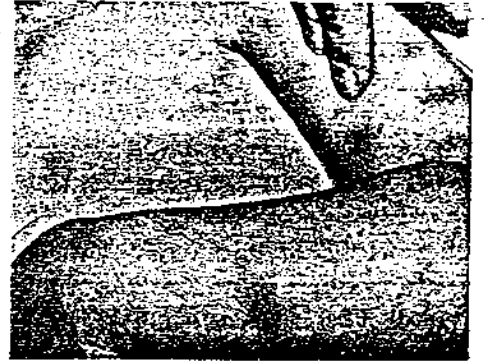


Εικόνα 8. Εγκυμώσεις από απόπειρα στραγγαλισμού.

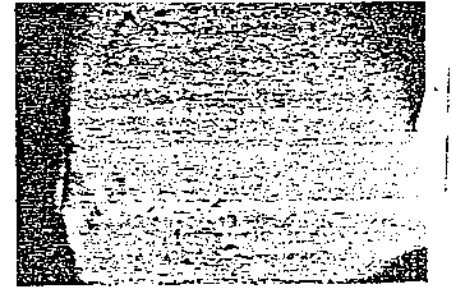
Εικόνα 9. Σημάδια που έγιναν από σφιχτό δέσιμο γύρω από τους αστραγάλους.



Εικόνα 10. Σημάδια από δάγκωμα στην πλάτη.



Εικόνα 11. Εκχυμώσεις που έγιναν από σφιχτό κράτημα στο χέρι του παιδιού.



ΗΛΕΚΤΡΟΠΛΗΞΙΑ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ

Η επαφή με το ηλεκτρικό ρεύμα μπορεί να προκαλέσει σοκ, το οποίο επιφέρει απώλεια των αισθήσεων ή και σταμάτημα της αναπνοής και της καρδιάς. Αν το παιδί είναι ακόμη σε επαφή με το ηλεκτρικό ρεύμα, πρέπει να κλείσετε αμέσως το γενικό διακόπτη, γιατί αλλιώς θα πάθετε ηλεκτροπληξία και εσείς.

Η επαφή με τον ηλεκτρισμό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα εγκαύματα. Μολονότι αυτά τα εγκαύματα φαίνονται μικρά, είναι συχνά βαθιά.

ΔΙΑΚΟΨΤΕ ΤΗΝ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗ ΕΠΑΦΗ

Βρείτε κάτι που να μη μεταδίδει τον ηλεκτρισμό, όπως μια σκούπα ένας πλαστικός σώληνας και σπρώξτε πέρα το μέλος,

του παιδιού. Προσέξτε ώστε τα χέρια σας και οτιδήποτε χρησιμοποιείται να είναι στεγνό και να μην πατάτε σε υγρό μέρος ή σε μέταλλο.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ ;

1. Αφού θα έχετε διακόψει την επαφή εξετάστε το παιδί προσεκτικά ανα βρείτε έγκαυμα κοιτάξτε μήπως υπάρχει έγκαυμα και στην άλλη πλευρά του μέλους.
2. Κρυώστε το έγκαυμα βάλοντας την καμένη περιοχή κάτω από τρεχούμενο νερό για 10-15'. Καλύψτε τα εγκαύματα με επιδέσμους και μεταφέρετε το παιδί στο πλησιέστερο Νοσοκομείο.
3. Περιποιηθείτε το παιδί για σας ενώ θα περιμένετε το ασθενοφόρο.

Οι ανιχνευτές του καπνού

Ο ανιχνευτής καπνού είναι μια επινόηση πρώιμης προειδοποίησης, για πυρκαγιά, με παθητικές και ενεργητικές ιδιότητες. Θα συνεχίσει να ελέγχει την σύνθεση του αέρα που τον περιβάλλει, όσο έχει επαρκή ισχύ και μπορεί να ηχεί. Όμως, κάνουν μόνο προειδοποίηση. Οι ένοικοι πρέπει να βγούν έξω από το κτίριο. Τα παιδιά που δεν επιβλέπονται πιθανό να μη μπουρουν ή να μη θέλουν να βγούν έξω και όταν ακούν το συναγερμό. Όμως αν είναι παρόντες ενήλικοι, ο ανιχνευτής θα τους επιτρέψει να σώσουν τα παιδιά πριν πάθουν βλάβες.

Τρία στοιχεία των θανατηφόρων πυρκαγιών, πείθουν ότι η πρώιμη ανίχνευση, μειώνει τους θανάτους από φωτιές.

- 1) Οι περισσότερες θανατηφόρες πυρκαγιές συμβαίνουν όταν οι ένοικοι κοιμούνται.
- 2) Οι θανατηφόρες φωτιές καίνε πολλή ώρα, πριν ανακαλυφθούν.
- 3) Οι περισσότεροι θάνατοι προέρχονται από την εισπνοή καπνού παρά από τα εγκαύματα.

Πυροσβεστήρες στον τόπο διαμονής.

Τα άτομα που βρίσκονται στο μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου σ'ένα φλεγόμενο σπίτι, είναι τα μικρά παιδιά, οι πολύ ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι και αυτό που δεν είναι ικανοί να αντιδράσουν σωστά σε μια έγκαιρη προειδοποίηση.

Οι πυροσβεστήρες που αυτόματα καταβρέχουν τη φωτιά είναι μια ιδανική παθητική προστασία, γι'αυτούς τους πληθυσμούς. Σε 1648 πυρκαγιές σε κτίρια στη Ν. Υόρκη από το 1969-1978, αποδείχτηκε ότι οι πυροσβεστήρες είχαν αποτελεσματικότητα παραπάνω από 98%, στην καταστολή και στο σβήσιμο της φωτιάς.

ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ ΜΕ ΤΑ ΣΠΙΡΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΑΝΙΚΟΙ ΕΜΠΡΗΜΟΙ.

Τα δύο από τα περιστατικά που αναφέρθηκαν παραπάνω, ανέφεραν ότι το παιχνίδι με τα σπέρτα από τα παιδιά ηρωσολικής ηλικίας. Η ευχαρίστηση από τη φωτιά φαίνεται να είναι ένα φυσιολογικό γνώρισμα, και η φυσική περιέργεια μπορεί να οδηγήσει τα πολύ μικρά παιδιά να πειραματιστούν, με τα σπέρτα. Τα σπέρτα είναι εργαλεία και τα παιδιά θα πρέπει να διδαχτούν τα ίδια πράγματα σ'ότι αφορά τα σπέρτα, με εκείνα που αφορούν, τα μαχαίρια, τα πριόνια και τα σφυριά.

ΤΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΚΑΙ ΟΙ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΕΣ ΠΥΡΚΑΓΙΕΣ.

Η Υπηρεσία για τις πυρκαγιές των Η.Π.Α αιτιολόγησε ότι,

το 22% των πυρκαγιών που συμβαίνουν στον τόπο διαμονής, οφείλονται σε καπνίζοντα υλικά. Η επόμενη μελέτη από το *National Bureau of Standards* έδειξε ότι δεν έχουν όλα τα τσιγάρα την ίδια ικανότητα να σιγοκαίουν τα δερμάτινα έπιπλα. Παρατηρήθηκε ότι πολλά προσχεδιασμένα χαρτικά και προσθήκες, διατηρούν ένα σταθερό κάψιμο, του τυποποιημένου εμπορικού τσιγάρου, κατά μέσο όρο 25-40 λεπτά, ακόμα και όταν δεν καπνίζονται. Οι πίπες, τα πούρα και τα τσιγάρα που τα τυλίγουν οι καπνιστές τους έχουν μικρότερη πιθανότητα να ξεκινήσουν μια πυρκαγιά, γιατί σβήνουν όταν δεν καπνίζονται.

ΕΥΦΛΕΚΤΑ ΥΓΡΑ.

Τα διαποτισμένα με βενζίνη ρούχα ή άλλο εύφλεκτο υγρό. Θα καούν πολύ έντονα. Αυτές οι κακώσεις είναι από τις πιο θανατηφόρες, με ρυθμό θανάτων κοντά στο 10%. Η βενζίνη ευθύνεται για τις περισσότερες εισαγωγές στις μονάδες εγκαυμάτων, για εγκαύματα από φλόγα που συνέβησαν έξω από το σπίτι σε αγόρια ηλικίας από 6-16 ετών. Δύο τύποι σεναρίων εγκαυμάτων αναφέρονται, ο πρώτος προκαλεί συχνά εγκαύματα και σε κάποιον παρευρισκόμενο. Και είναι η χρήση της βενζίνης για την ενδυνάμωση της φωτιάς σ' ένα grill με ξυλοκάρβουνα, της φωτιάς του camping ή της σόμπας ξύλων. Ο άλλος τύπος σεναρίου, συμβαίνει συχνά σ' ένα υπόγειο ή σ' ένα γκαράζ, όπου η βενζίνη χρησιμοποιείται για καθαρισμό των εξαρτημάτων του ποδηλάτου ή για τις βούρτσες βαψίματος. Ελάχιστοι ενήλικες και ακόμα πιο λίγα παιδιά

γνωρίζουν ότι οι ατμοί της βενζίνης έχουν βάρος και προχωρούν κατά μήκος του πατώματος, όπου και αναφλέγονται από τον πιο μικρό σπινθήρα μιας μηχανής ή από ένα τσιγάρο. Οι κακώσεις σ' αυτή την περίπτωση είναι συνδυασμός τραυμάτων από έκρηξη και εγκαύματα.

Τρόποι προσέγγισης για την πρόληψη των κακώσεων που σχετίζονται με την βενζίνη, είναι η αποθήκευση να γίνεται σε μικρές ποσότητες και σε κλειδωμένο χώρο έξω από το σπίτι. Στο σχολείο πρέπει να γίνονται μαθήματα για τους κινδύνους από τη βενζίνη και για την ύπαρξη άλλων υποκατάστατων λιγότερο επικίνδυνων.

Οι φωτιές μετά από τα αυτοκινητιστικά δυστυχήματα έχουν ένα μεγάλο βαθμό συμμετοχής στις κακώσεις από εγκαύματα. Τα παιδιά καθώς και το ντεπόζιτο της βενζίνης βρίσκονται στο πίσω τμήμα του αυτοκινήτου και είναι ιδιαίτερα ευάλωτα όταν το αυτοκίνητο υποστεί σύγκρουση στο πίσω τμήμα. Οι κανόνες ασφαλείας υπαγορεύουν, μικρότερα, καλύτερα προστατευόμενα ντεπόζιτα βενζίνης.

ΖΗΜΑΤΙΣΜΑ

Εγκαύματα από καυτό νερό.

Οι Bap^tiste και Ofesck μελέτησαν ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για εγκαύματα σε μια περίοδο 2 ετών, στο Upper New York state. Βρήκαν ότι τα εγκαύματα από καυτό νερό αντιπροσωπεύουν το 25%. Το 50% των εγκαυμάτων από καυτό νερό συνέβησαν σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών και ο μέσος χρόνος νοσηλείας για όλα τα εγκαύματα καυτού νερού, ήταν 17 μέρες. Ο μέσος όρος των

πληγών ολικού πάχους ήταν το 12% της ολικής επιφάνειας του σώματος. Η στατιστική δείχνει ότι η θνησιμότητα και η νουσηρότητα είναι μεγαλύτερες στα εγκαύματα καυτού νερού που συμβαίνουν στο μπάνιο, από εκείνα της κουζίνας όπου τα υγρά σε δοχεία και κατσαρόλες είνγι οι υπεύθυνοι παράγοντες.

Η πρόληψη για τα εγκαύματα με καυτό νερό συμπεριλαμβάνει μείωση της θερμοκρασίας του νερού. Μείωση της θερμοκρασίας μπορεί να επιτευχθεί με την τοποθέτηση θερμοστατών στους βραστήρες νερού όταν κατασκευάζονται.

Τα εγκαύματα που συμβαίνουν στην κουζίνα.

Το πιο συνηθισμένο έγκαυμα στα μικρά παιδιά είναι εκείνο που γίνεται όταν ένα δοχείο που περιέχει κάποιο καυτό υγρό ανατραπεί στην κουζίνα. Μια περιεκτική μελέτη πάνω στα οικιακά ατυχήματα στη Ν. Ζηλανδία το '70, δείχνει ότι τα καυτά υγρά (νερό, καφές, τσαί, βούτυρο) ευθύνονται για το 78% των εγκαυμάτων σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών.

Η πρόληψη των εγκαυμάτων της κουζίνας εξαρτάται από την ακριβή πληροφόρηση για τις ειδικές συνθήκες που γίνονται από τα υλικά που συμμετέχουν και για τις δυνατότητες αλλαγής. Μια διαφημιστική εκστρατεία, που πρότεινε τον επανασχεδιασμό και την εμπορεία πιο σταθερών συσκευών ώστε να μειωθεί η πιθανότητα ανατροπής τους.

Πολλά από τα εγκαύματα γίνονται όταν τα παιδιά βρίσκονται στην κουζίνα, την ώρα που ετοιμάζεται το φαγητό. Τα μικρά που χρησιμοποιούν σπάτουλες, δεν πρέπει να βρίσκονται στην κουζίνα όπου τα διάφορα καλώδια είναι πόλος έλξης γι' αυτά.

Μια λύση είναι ν' απομακρύνονται τα παιδιά απο την κουζίνα, τη στιγμή του μαγειρέματος. Όμως οι απαιτήσεις για συντροφιά, επιτήρηση και ταυτόχρονα παρασκευή φαγητού, μαζί με το γεγονός ότι η κουζίνα θεωρείται προσφιλήs χώρος συγκέντρωσης κάνουν την στρατηγική αυτή για πρόληψη, δύσκολη ν' εφαρμοστεί.

ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

Τα ηλεκτρικά εγναύματα που συμβαίνουν στο σπίτι.

Κάθε χρόνο συμβαίνουν περισσότερες απο 4.000 εκτεταμένες κακώσεις από καλώδια αρκετά σοβαρές ώστε να απαιτούν άμεση νοσοκομειακή αντιμετώπιση. Οι πλειονότητα συμβαίνει σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών και οι κακώσεις εντοπίζονται κυρίως στα χέρια και το πρόσωπο. Οι περισσότερες προκλήθηκαν απο τοποθέτηση του φίς στο στόμα, παρά απο μάσημα του σύρματος. Ο Cνικελαιη καθόρισε ότι συμβαίνουν κακώσεις, όταν υπάρχει σάλιο στις τρύπες του θηλυκού φίς ενός επεκτατικού καλωδίου ή πάνω στις εκτεθειμένες μεταλλικές προεξοχές του αρσενικού φίς οπότε μεταφέρεται το απαιτούμενο ρεύμα, ώστε να προκληθεί η κάκωση. Επινόησε ένα καθαρό πλαστικό, που είναι κακός αγωγός του ρεύματος, θα προστατέψει τα παιδιά απο το να βάλουν διάφορα αντικείμενα στις πρίζες. Η κακή λειτουργία των ηλεκτρικών κυκλωμάτων του σπιτιού, που οφείλεται σε υπερφόρτιση, είναι η συχνότερη αιτία ανάφλεξης πυρκαγιών στα σπίτια.

Ο ηλεκτρισμός υψηλής τάσης.

Ο ηλεκτρισμός υψηλής τάσης είναι υπεύθυνος για ένα σχε-

τικά μικρό αριθμό κακώσεων από εγκαύματα σε παιδιά. Η ανάληψη κινδύνων από τους εφήβους ευθύνεται για όλα σχεδόν αυγά τα περιστατικά, σε τέτοιο βαθμό, ώστε να γίνουν μελέτες αυτών των κακώσεων.

Εγκαύματα από επαφή

Οι καυτές επιφάνειες αφθονούν στο σπίτι, όπου τα πολύ μικρά παιδιά ξοδεύουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους. Δύο πρόσφατα άρθρα που δημοσιεύτηκαν θεωρούν ότι οι κίνδυνοι για εγκαύματα επαφής, σχετίζονται με τη θέρμανση του σπιτιού: τους ρυθμιστές των κλιβάνων και τις σόμπες ξύλων.

Τα πυροτεχνήματα

Τα πυροτεχνήματα προκαλούν κακώσεις και από έκρηξη και από εγκαύματα στα πιο πολύτιμα τμήματα του σώματος-μάτια, πρόσωπο, χέρια. Τα τελευταία χρόνια θεσμοθετήθηκαν νόμοι στις περισσότερες πολιτείες που περιορίζουν τις πωλήσεις των πυροτεχνημάτων και επιτρέπεται να περιέχουν 50 mg εκρηκτικά ύλη και λιγότερα. Παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό των κακώσεων.

ΤΡΟΠΟΙ ΑΜΕΣΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΓΙΑ ΝΑ ΜΕΙΩΘΕΙ Η ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΓΚΑΥΜΑΤΟΣ.

Απομακρύνω και τυλίγω! Η σπουδαιότητά του να διδαχτούν τα παιδιά αυτό τον τρόπο συμπεριφοράς, δεν μπορεί να μην υπερτονιστεί. Το τρέξιμο όταν τα ρούχα φλέγονται, δυναμώνει απλά τη φωτιά και μετατρέπει ένα πιθανό μικρό έγκαυμα σε

έγκαυμα ολικού πάχους. Χρησιμοποίηση νερού αμέσως. Η απομάκρυνση της θερμότητας από την περιοχή που προβλήθηκε θα παρεμποδίσει να συνεχιστεί το κάψιμο και να βαθύνει η καταστροφή των ιστών.

Σκύψιμο κάτω από τον καπνό! Η ασφυξία προκαλεί περισσότερους θανάτους από ότι οι θερμικές κακώσεις.

ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ

1. Γενικά

Συχνότητα: Αποτελούν περίπου τα 10-15% των ατυχημάτων.

Τα εγκαύματα από υγρά είναι πιο συχνά πριν από την ηλικία των 5 χρόνων ενώ οι άλλοι τύποι των εγκαυμάτων (φωτιά, εκρήξεις, κλπ) είναι πιο συχνοί στη σχολική ηλικία.

Αίτια: Πιο συχνά ζεματιστά υγρά (περίπου 90%), πιο σπάνια φωτιά (8%), ηλεκτρισμός (1%) και χημικά προϊόντα (1%).

Τύπος ατυχήματος

- α) κατσαρόλα, φλυτζάνι, κλπ. αναποδογυρισμένα.
- β) πτώση σε λεκάνη με ζεματιστό νερό.
- γ) παιχνίδια με τη φωτιά.
- δ) παιχνίδια με ηλεκτρικά καλώδια.
- ε) θερμοφόρα στα νεογνά και τους παράλυτους.

Επίδραση της θερμοκρασίας: Το ύψος της θερμοκρασίας έχει μικρότερη σημασία από τη διάρκεια της επαφής.

2. Τοπικές βλάβες

Βάθος του εγκαύματος

Έχει σημασία για την πρόγνωση.

1ου βαθμού: έρυσθημα

2ου βαθμού: δημιουργία φλυκταινών

επιφανειακή βλάβη (α-
κανθοκυτταρική στιβάδα
της επιδερμίδας)

2ου βαθμού: δημιουργία φλυκταινών εν τω βάθει βλάβη (καταστροφή της βασιικής στιβάδας αλλά διατήρηση των εξαρτημάτων του δέρματος).

3ου βαθμού: ολική νέκρωση του δέρματος.

Αύξηση της διαπερατότητας των τριχοειδών: οδηγεί σε δημιουργία οιδήματος, εξίδρωση και στάση ή απώλεια νερού, ηλεκτρολυτών και πρωτεϊνών.

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

Ειχ. Καρόνας των "q"
για να εκτιμήσουμε την
έκταση ενός εγκαύματος.

βρέφη και μικρά

παιδιά μέχρι 2

περίπου χρόνων

παιδιά σχολικής ηλικίας

και ενήλικες

μικρό παιδί: 700
cm²/kg β.σ.

ενήλικας: 200 cm²/kg β.σ.

Τί πρέπει να κάνω πρώτα;

Για μικρά επιφανειακά εγκαύματα:

1. Δροσίστε την προσβλημένη περιοχή κάτω απο τρεχούμενο νερό για 10-15' ή βάλτε επάνω παγάκια αν η καμένη περιοχή είναι μικρή.
2. Καλύψτε το έγκαυμα με αποστειρωμένη γάζα και επίδεσμο η με καθαρό, σιδερωμένο μαντίλι ο επίδεσμος θα πρέπει να απλώνεται πέρα απ'την περιοχή του εγκαύματος. Μη βάζετε αλοιφή ή λοσιόν.
3. Δώστε στο παιδί παιδική ασπιρίνη ή άλλο παυσίπονο για την ανακούφιση του πόνου.
4. Ανυψώστε λίγο το προσβλημένο μέρος για να μπορεί το αίμα να ρέει. Αυτό θα ελαφρύνει τον πόνο.

Για τα μεγαλύτερα, βαθιά ή ηλεκτρικά εγκαύματα:

1. Αν τα εγκαύματα έχουν προκληθεί από καυτά υγρά, όπως βραστό νερό, λάδι ή από χημικά προϊόντα, φορέστε λαστιχένια γάντια, να μην έρθουν σ'επαφή τα καμένα ρούχα με το δέρμα σας κ'αφαιρέστε τα ρούχα του παιδιού. Τα ρούχα θα εξακολουθήσουν να το καίνε μέχρι που να αφαιρεθούν. Μην βγάζετε ρούχο που να είναι κολλημένο στο δέρμα.
2. Αν το παιδί έχει πάθει ηλεκτροπληξία, διακόψτε την επαφή του με το ηλεκτρικό ρεύμα είτε κατεβάζοντας το γενικό διακόπτη είτε σπρώχνοντάς το πέρα με κάποιο αντικείμενο που είναι κακός αγωγός του ηλεκτρισμού (ξύλο, κ.λ.π.).

3. Δροσίστε την περιοχή του εγκαύματος με τρεχούμενο κρύο νερό για όση ώρα μπορεί να ανεχθεί το παιδί. Αν τα εγκαύματα καλύπτουν μεγάλη περιοχή, κάντε του κρύο μπάνιο.
4. Καλύψτε την προσβλημένη περιοχή με αποστειρωμένη γάζα και επίδεσμο ή οτιδήποτε καθαρό, όχι χνουδωτό ύφασμα.

Μη βάλετε κανενός είδους αλοιφή ή λωσιόν.

5. Ξαπλώστε το παιδί κάτω με τα πόδια του ανυψωμένα και υποστηριχμένα και με το κεφάλι γυρισμένο στο πλαί. Αυτό εμποδίζει το σόκ και επιτρέπει στο αίμα να φτάνει στα ζωτικά όργανα. Τυλίξτε το σε ένα καθαρό σεντόνι για να ελαττώσετε τον κίνδυνο μόλυνσης.

6. Μεταφέρετε το παιδί στο πλησιέστερο σταθμό πρώτων βοηθειών με ασθενοφόρο ή με αυτοκίνητο.

ΠΡΟΣΟΧΗ : ΜΑΘΕΤΕ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΤΗΣ ΦΩΤΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΠΟΥ ΘΑ ΑΡΧΙΣΕΙ ΝΑ ΚΑΤΑΛΑΒΑΙΝΕΙ.

Τί πρέπει να κάνετε, αν έχουν πάρει φωτιά τα ρούχα του.

Αν πάρουν φωτιά τα ρούχα του παιδιού σας σταματήστε το να μην τρέχει πανικόβλητο, γιατί έτσι η φωτιά θα φουντώσει περισσότερο. Έπειτα ξαπλώστε το κάτω, με τη φλεγόμενη μεριά από πάνω. Μόλις όμως σβήσουν οι φλόγες, περιποιηθείτε αμέσως τα εγκαύματα.

1) Αν υπάρχει δοχείο με νερό, χύστε το επάνω στις φλόγες.

Μη χρησιμοποιήσετε νερό αν τα ρούχα άναψαν από ηλεκτρικό ρεύμα, πρέπει να διακόψετε αμέσως την επαφή. Βρείτε κάτι που να μην μεταδίδει τον ηλεκτρισμό, όπως είναι μια σκούπα ή ένας πλαστικός σωλήνας, και σπρώξτε πέρα το μέλος του παιδιού. Προσέξτε ώστε τα χέρια σας και οτιδήποτε χρησιμο-

ποιείτε να είναι στεγνό και να μην πατάτε σε υγρό μέρος ή σε μέταλλο.

Τί πρέπει να κάνω:

1. Αφού θα έχετε διακόψει την επαφή, εξετάστε το παιδί προσεκτικά αν βρείτε έγκαυμα, κοιτάξτε μήπως υπάρχει έγκαυμα και στην άλλη πλευρά του μέλους.
2. Κρυώστε το έγκαυμα βάζοντας την καμένη περιοχή κάτω από τρεχούμενο νερό για 10-15 λεπτά. Καλύψτε τα εγκαύματα με επιδέσμους και μεταφέρετε το παιδί στο πλησιέστερο νοσοκομείο.
3. Περιποιηθείτε το παιδί για σοκ ενώ θα περιμένετε το ασθενοφόρο.

Αν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του:

Αφού θα έχετε διακόψει την επαφή με το ρεύμα, ελέγξτε την αναπνοή του παιδιού και αρχίστε αμέσως τεχνητή αναπνοή αν χρειάζεται. Αν το παιδί έχει χάσει τις αισθήσεις του, αλλ'αναπνέει, γυρίστε το στη στάση ανάνηψης.

Shock και "ασθένεια των εγκαυμάτων".

Στην εξέλιξη του εγκαύματος διακρίνουμε:

- α) φάση ερεθισμού.
- β) πρωτογενές shock.
- γ) οίδημα και εξίδρωση.
- δ) δηλητηρίαση (δευτερογενές shock)
- ε) ίαση και αποκατάσταση.

Φάση ερεθισμού: Ο ερεθισμός διαρκεί λίγο αλλά οι πόνοι είναι ανυπόφοροι (μορφίνη!).

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

Δηλητηρίαση: Η απορρόφηση των οιδημάτων μετά την 3η ή 4η ημέρα οδηγεί σε πολυουρία. Στη συνέχεια, η απορρόφηση των τοξικών προϊόντων που προέρχονται από τις λιποπρωτεΐνες που καταστράφηκαν προκαλούν:

πυρετό

ναυτία

διάρροιες

έλκη στον ηεπτικό σωλήνα

σπασμούς

απώλεια της συνείδησης

οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ανουρία).

ηπατική ανεπάρκεια

βλάβες του μυελού των οστών

καρδιακή ανεπάρκεια.

Λοίμωξη: Εμφανίζεται 7-10 ημέρες μετά το ατύχημα με μορφή ουφαιμίας ή προσβολής της λειτουργίας των ζωτικών οργάνων. Η συμπτωματολογία είναι όμοια με της φάσης της δηλητηρίασης.

Ίαση και αποκατάσταση

- α) εγκαύματα 1ου βαθμού και επιπόλης εγκαύματα 2ου βαθμού αποκαθίστανται πλήρως σε 14-18 ημέρες ενδεχόμενα καταλείπουν μελαγχρωματικές διαταραχές.
- β) βαθιά εγκαύματα 2ου βαθμού και εγκαύματα 3ου βαθμού καταλείπουν δύσμορφες ουλές, κηλοειδή ριχνώσεις.

4. Θεραπεία

Επείγουσα θεραπεία στον τόπο του ατυχήματος: Πρόχειρη εκτίμηση της εγκαυματικής επιφάνειας. Εάν είναι μεγαλύτερη από 10% εισαγωγή στο νοσοκομείο. Κρυώνουμε με κρύο νερό τα ρούχα του ασθενή που έχουν βραχεί με ζεματισμό νερό ή αφαιρούμε τα βρεγμένα ρούχα για να μειωθεί η διάρκεια δράσης του θερμικού παράγοντα. Σ' άλλες περιπτώσεις τα ρούχα δεν αφαιρούνται (κίνδυνος μόλυνσης). Αντιμετωπίστε τον ασθενή με προσοχή. Όχι τοπική θεραπεία στον τόπο του ατυχήματος.

Καταστολή των πόνων με : Πεθιδίνη $1\text{mg}/\text{kg}$ Β.Σ ή μορφίνη $1\text{mg}/$ χρόνο ηλικίας.

Μεταφορά: Γίνεται προσεκτικά με τον άρρωστο σε κατακειμένη θέση και όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Πρέπει να αποφεύγεται η απώλεια θερμότητας (φύλλο αλουμινίου, κ.λ.).

Εάν η προβλεπόμενη μεταφορά πρόκειται να διαρκέσει πολύ, η αγωγή για το shock (πλασμά, αίμα, κ.λ.π.) πρέπει να αρχίζει πριν από τη μεταφορά.

Προφύλαξη και θεραπεία του

- α) γλυκόζη 5% NaCl 0,9% NaHCO_3 8,4%
- β) PPL (διάλυμα παστεριωμένων ανθρωπίνων πρωτεϊνών του Ελβετικού Ερυθρού Σταυρού).
- γ) αίμα

Χορήγηση ικανοποιητικής ποσότητας υγρών για τη διατήρηση καλής διούρησης.

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

Ανοικτή θεραπεία: έκθεση στον αέρα χωρίς γάζες.

πήξη: αφαίρεση των φλυκταινών και διαδοχική τοποθέτηση:

1. υδατικού διαλύματος *πεγκυποχλωρη* 2%

2. νιτρικού αργύρου- AgNO_3 10%!

νιτρικός άργυρος 0,5% σε κομπρέσες (= απολύμανση αλλά όχι πήξη).

άλοιφή Betadine.

πρόωρη αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών (εγκαύματος 3ου βαθμού) και άμεση μεταμόσχευση δέρματος.

Συμπληρωματική θεραπεία: Σε περίπτωση κυκλικών εγκαυμάτων (θώρακας, άκρα) γίνονται ανακουφιστικές δερματικές διατομές για ν'αποφύγουμε κυκλοφοριακές διαταραχές και ακολουθεί μεταμόσχευση δέρματος αργότερα.

Αντιφλεγμονώδης θεραπεία: Αντιβιοτικά, γ-σφαιρίνη, αντιτετανική προφύλαξη.

θεραπεία της τοξικής φάσης: Σε εγκαύματα που ξεπερνούν το 50% της επιφάνειας του σώματος, μπορεί να είναι χρήσιμες μία ή περισσότερες αφαιμαξομεταγγίσεις και ενδεχόμενα η χορήγηση κορτικοστεροειδών.

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Περίπτωση Α: Richmond.

Ένα κορίτσι 9 ετών, μαζί με το μικρότερο αδελφό του, μόνοι τους στο φλεγόμενο σπίτι, τηλεφώνησαν δίνοντας πληροφορίες δια τη διεύθυνσή τους, 50 λεπτά πριν φτάσουν οι πυροσβέστες που τα βρήκαν νεκρά, όπως αναφέρεται σε αντίγραφο, απο τη αρμόδια τοπική αρχή. Το τηλεφώνημα, ακολούθησε μια σειρά συζητήσεων που άρχισαν 11.45 μ.μ. στην 24 Ιανουαρίου συμπληρώθηκαν σχεδόν τα μεσάνυχτα, που ήταν η τελευταία φορά που ακούστηκε ο συναγερμός καπνού. Τα παιδιά βρέθηκαν νεκρά, λόγω εισπνοής καπνού στις 12:45 π.μ., λίγο μετά που έφτασαν οι πυροσβέστες. Απο το αντίγραφο φαίνεται ότι καμιά φορά, κατά τη διάρκεια, των συζητήσεων, δεν δόθηκε εντολή στα παιδιά να εγκαταλείψουν το σπίτι.

Περίπτωση Β. Βαλτιμορε.

Δύο παιδιά ανασύρθηκαν απο ένα διαμέρισμα γεμάτο καπνούς, και πέθαναν χθές. Το γεγονός ξεκίνησε όταν ένα απο τα δύο θύματα (ένα αγόρι 4 ετών και 1 κορίτσι 13 μηνών) έβαλε φωτιά στο κρεβάτι, καθώς έπαιζε με τα σπέρτα.

Το μισοκαμμένο κουτί σπέρτων βρέθηκε δίπλα σ'ένα από τα δύο παιδιά. Η μητέρα τα είχε αφήσει μόνα στο διαμέρισμα του δεύτερου ορόφου και επισκέφτηκε κάποιον στον πρώτο όροφο του κτιρίου. Περισσότεροι απο 12 άνθρωποι, μαζί με άλλα παιδιά, διασώθηκαν απο την οροφή και τους πάνω ορόφους

του τετραόροφου κτιρίου, γιατί ο πυκνός καπνός τους εμπόδιζε να κατέβουν τις σκάλες. Οι πυροσβέστες είπαν ότι το κτίριο ήταν εφοδιασμένο με ανιχνευτές καπνού και όπως είπαν: "βομβούσαν". Προφανώς η φωτιά εξαπλώθηκε τόσο γρήγορα που ακόμα και όταν ειδοποιήθηκαν οι ένοικοι του κτιρίου από τους ανιχνευτές καπνού δεν μπορούσαν να προσεγγίσουν τον δεύτερο όροφο που ήταν η πηγή της φωτιάς.

Και στις δύο περιπτώσεις τα παιδιά είχαν αφεθεί χωρίς επιτήρηση. Τα στοιχεία αυτών των περιπτώσεων θέτουν το ερώτημα αν τα παιδιά είναι προστατευμένα από πυρκαγιές στον τόπο διαμονής.

Ηλιακό τραύμα

Το ηλιακό έγκαυμα είναι φλεγμονή του δέρματος από υπερβολική έκθεση στις υπεριώδεις ακτίνες του ηλιακού φωτός, και οφείλεται πάντα σε άγνοια ή σε αμέλεια των γονέων. Η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη. Ακόμη και οι ενήλικοι θα πρέπει να δίνουν την ευκαιρία στο δέρμα τους να εγκλιματιστεί στον ήλιο. Αυτό πρέπει να γίνει βαθμηδόν κι είναι απαραίτητο να είμαστε αυστηροί με τα παιδιά που δεν εκτιμούν ίσως, τους κινδύνους. Το κάψιμο από τον ήλιο μπορεί να έχει αποτέλεσμα να γίνει το δέρμα του παιδιού σας τρυφερό ή να βγάλει φουσκάλες και να ξελεπίζεται. Ακόμη και σε περίπτωση που το κάψιμο από τον ήλιο είναι ελαφρύ, η επίδραση του ήλιου μπορεί να είναι αυξημένη αν βρίσκετε κοντά σε νερό, χιόνι ή άμμο, όπου οι ακτίνες αντανακλώνται πάνω στη λαμπρή επιφάνεια.

Το ηλιακό έγκαυμα μπορεί να είναι σοβαρό αν έχει απλωθεί σε μεγάλη περιοχή του δέρματος. Το δέρμα μπορεί τότε να χάσει την ικανότητά του να ρυθμίζει τη θερμοκρασία του σώματος με αποτέλεσμα ν' ανεβεί αυτή υπερβολικά και το παιδί να πάθει θερμοπληξία.

Πιθανά συμπτώματα

- α) Κόκκινο, ζεστό, ευαίσθητο δέρμα.
- β) Φουσκάλες.
- γ) Φαγούρα, πριν την απολέπιση του δέρματος.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ ΠΡΩΤΑ

1. Επαλείψτε το έγκαυμα με μια καταπραϋντική λοσιόν, όπου είναι η καλαμίνα, επιθέστε κρύες κομπρέσες για να δροσίσετε και να ελαττώσετε τον ερεθισμό του.
2. Όταν είστε μέσα στο σπίτι μη βάλετε κανένα ρούχο πάνω στις ηλιοκαμένες περιοχές αφήστε τις εκτεθειμένες στον αέρα. Αντίθετα όταν είστε έξω πρέπει να καλύπτετε τα εγκαύματα.
3. Αν εμφανισθούν φουσκάλες και το παιδί πονάει δώστε του ανάλογο παιδικό φάρμακο.
4. Θερμομετρήστε το παιδί για να δείτε μήπως έχει πυρετό. Αν είναι πάνω από 39°C συμβουλευτείται αμέσως το γιατρό, και προσπαθήστε να ελαττώσετε τον πυρετό βρέχοντας το σώμα του με σφουγγάρι και χλιαρό νερό.
5. Κρατήστε το παιδί μακριά απ' τον ήλιο για 48 τουλάχιστον ώρες.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η θεραπεία των παιδιών που έχουν πάθει σοβαρά εγκαύματα συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την άμεση μέριμνα που συντέλεσε στην επούλωση των τραυμάτων.

Μελέτες έχουν δείξει μεγάλο ποσοστό αποδιοργάνωσης και συναισθηματικών διαταραχών, στις οικογένειες με παιδιά που έχουν πάθει εγκαύματα. Ο ουλώδης ιστός συρρικνούται, γίνεται υπερτροφικός, δημιουργεί παραμορφώσεις και παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα. Συναισθηματικές ουλές μπορούν ν' αναπτυχθούν επίσης αν η εμπειρία του παιδιού από τη κοινωνία είναι απορριπτική. Έτσι η επιτυχία της αποκατάστασης του παιδιού εξαρτάται από την αντίδραση των ενηλίκων.

Το σχολείο και η κοινότητα θα πρέπει να βοηθηθούν να καταλάβουν ότι το παιδί που έχει δύσμορφες ουλές έχει την ίδια ικανότητα μάθησης και προσφοράς. Με την εξαιρετική υπομονή και με την πάροδο των χρόνων της φυσικής επούλωσης υποβοηθούμενης από την πλαστική χειρουργική, οι ουλές εγκαυμάτων γίνονται πιο άχρωμες, πιο απαλές. Το άτομο που έπαθε τα εγκαύματα θα έχει την άριστη αποκατάσταση, αν είναι ικανό να ζήσει με τη φυσιολογική του δυναμικότητα μέσα στην κοινωνία.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

1. Κατά την παραλαβή στο τμήμα επειγουσών περιπτώσεων.

α. Αρχική εκτίμηση της κατάστασής του εγκαυματία.

Είναι περιττό να δώσει κανείς έμφαση στη σημασία που έχει η αρχική εκτίμηση του εγκαυματία στην έκβαση της κατάστασής του. Από την πληρότητά της θα εξαρτηθεί η εφαρμογή της έγκαιρης και σωστής θεραπείας και η διαπίστωση και λύση όλων των ιατρικών και νοσηλευτικών προβλημάτων.

- (1) Περιγραφή πηγής ενέργειας που προκάλεσε το έγκαυμα.
- (2) Χρόνος έκθεσης σε αυτήν.
- (3) Πότε και σε τί χώρο έγινε.
- (4) Περιγραφή των γεγονότων που έχουν σχέση με το ατύχημα.
- (5) Δημιουργία στο χώρο του ατυχήματος τυχόν βλαβερών αερίων τα οποία εισέπνευσε ο άρρωστος.
- (6) Άλλη, εκτός από το έγκαυμα βλάβη (κιάταγμα, κ.λ.π.).
- (7) Αν πήρε κάποιο φάρμακο για το έγκαυμα προτού έρθει στο νοσοκομείο και αν του έγινε αντιτετανικός ορός.
- (8) Αν του δόθηκε πρώτη βοήθεια και ποιά.
- (9) Αν παίρνει άλλα φάρμακα και αν παρουσίασε ποτέ αλλεργία σε φάρμακο.
- (10) Αν πάσχει από άλλο νόσημα, όπως καρδιοπάθεια, νεφροπάθεια, ή διαβήτη που χρειάζεται ταυτόχρονη με το έγκαυμα θεραπεία. Ακόμα ύπαρξη ψυχικής νό-

σου, αλκοολισμού ή επιληψίας.

- (11) Ηλικία και προεγκαυματικό βάρος του αρρώστου.
 - (12) Περιγραφή όψης εγκαυματικής επιφάνειας, εκτίμηση βαθμού εγκαύματος, ερύθημα, φυσαλίδες, πηκτική νέκρωση, βαθμός οιδήματος.
 - (13) Βαθμός πόνου και αισθητικότητας. Κινητικότητα μελών.
 - (14) Υπολογισμός έιτασης εγκαυματικής επιφάνειας.
 - (15) Σημεία, από το αναπνευστικό. Ρόγχοι, βήχας, πτύελα, δύσπνοια, καμμένες τρίχες μύτης.
 - (16) Ψυχική κατάσταση του αρρώστου.
 - (17) Αποστολή στο εργαστήριο δειγμάτων ούρων για μυοσφαιρίνη και κυλίνδρους.
 - (18) Αίμα για γενική, αιμοσφαιρίνη, αιματοκρίτη, ηλεκτρολύτες, ουρία, κρεατινίνη, λευκωματίνη, σφαιρίνη, σάκχαρο, χολυρυθρίνη, αλκαλική φωσφατάση, ασβέστιο και φώσφορο.
 - (19) Αέρια, αρτηριακού αίματος.
 - (20) Ομάδα και διαστάυρωση αίματος.
- β. Οι αντικειμενικοί σκοποί κατά την παραλαβή του εγκαυματία είναι:
- (1) Εξασφάλιση ελεύθερου αεραγωγού.
 - (2) Μείωση πόνου.
 - (3) Ελάττωση μετακίνησης και απωλειών υγρών.
 - (4) Αποφυγή μόλυνσης.
 - (5) Αποφυγή πρόκλησης περισσότερης βλάβης των ιστών.

- (6) Πρόληψη και έναρξη αντι-θεραπείας.
- (7) Εξασφάλιση συγκινησιακής υποστήριξης για τον άρρωστο και την οικογένειά του.

γ. Παρέμβαση.

- (1) Εισαγωγή ενδοτραχειακού και διατήρηση αναπνευστικής υποστήριξης για όλα τα εγκαύματα που εντοπίζονται στο πρόσωπο, λαιμό, κεφάλι, τα μαζικά του κορμού και τα εγκαύματα που έγιναν σε κλειστό χώρο.
- (2) Χορήγηση οξυγόνου.
- (3) Χορήγηση υγρών με βάση υπολογισμό που στηρίζεται στην εγκαυματική επιφάνεια και το προεγκαυματικό βάρος.
- (4) Εφαρμογή μόνιμου καθετήρα και σύνδεση του με κλειστό σύστημα παροχέτευσης.
- (5) Χορήγηση προφυλακτικού για τέτανο όπως 0,5 ml ανατοξίνη τετάνου ή ανθρώπινα ανοσοσποιοητική σφαιρίνη, με βάση το βάρος του σώματος.
- (6) Χορήγηση αναλγητικών 4mg μορφίνη 1.V. ή meperidine 20mg, να μην περάσει τα 14mg σε περίοδο 3-4 h.
- (7) Αφαίρεση όλων των κοσμημάτων πρότού σχηματιστεί το οίδημα.
- (8) Αφαίρεση χαλαρών ενδυμάτων για να μην κολλήσουν στην εγκαυματική επιφάνεια.
- (9) Πλύσιμο εγκαυματικής επιφάνειας με άφθονο ψυχρό αποστειρωμένο νερό ή διάλυμα NaCl ή ιωδινη φόρο

σαπούνι.

- (10) Απομάκρυνση πίσσας από την εγκαυματική επιφάνεια με χρησιμοποίηση ορυκτών λαδιών.
- (11) Αφαίρεση νεκρωμένων ιστών και εφαρμογή αλοιφών ή κρεμών για τις οποίες θα μιλήσουμε και πιο κάτω.
- (12) Επίδεση και τοποθέτηση νάρθηκα στα καμμένα σκέλη, εκτός από χέρια.
- (13) Στα επιφανειακά εγκαύματα βλάβης και πονού με τοποθέτηση της επιφάνειας σε ψυχρό διάλυμα NaCl ή με εφαρμογή ψυχρών κομπρεσών επί 20'.
- (14) Αν ο αρρώστος δεν κάνει έμετο, χορήγηση από το στόμα διαλύματος NaCl , νερού με ζάχαρη χυμών φρούτων.
- (15) Αν έχει έμετους εισαγωγή ρινογαστρικού σωλήνα.
- (16) Διατήρηση θερμοκρασίας του σώματος με κάλυψη του με αποσπειρωμένο σινδόνι και ελαφριά ζεστή κουβέρτα.

2. Κατά τις τρεις φάσεις του εγκαύματος. Φάση συλλογής υγρών ή *Shock* (πρώτες 36-48 ώρες), φάση διούρησης και φάση ανάρρωσης.

α. Συμπλήρωση εκτίμησης της κατάστασης του αρρώστου.

- (1) Επάγγελμα του αρρώστου και αν το ατύχημα έχει σχέση με αυτό.
- (2) Τρόπος ζωής και συνήθειες του αρρώστου πριν από το ατύχημα.
- (3) Προηγούμενες νοσοκομειακές εμπειρίες, ατομικές

και οικογενειακές ανάγκες.

- (4) Εκτίμηση οικονομικής κατάστασης και ευεργετημάτων ασφάλισης.
- (5) Αντιλήψεις και θέσεις του αρρώστου σε θέματα υγείας.
- (6) Πλήρης φυσική εξέταση του αρρώστου.
 - (α) Σημείωση μεταβολών στο επίπεδο συνείδησης.
 - (β) Δέρμα: Μεταβολές στη θερμοκρασία (ψυχρά μέρη) περιφερειακή κυκλοφορία άλλων από την εγκαυματική επιφάνεια σημείων.
 - (γ) Καρδιά: Πίεση αίματος, σφυγμός (αρρυθμίες, σημεία ανεπάρκειας), μεταβολές στην κυκλοφορία εξαιτίας μετακίνησης υγρού, κυάνωση, τριχοειδή επαναπλήρωση.
 - (δ) Μυοσκελετικό: Μειωμένη κινητικότητα, παρακολούθηση για παραμόρφωση δευτεροπαθή προς την ακινησία.
 - (ε) Ουροποιητικό: Μειωμένη νεφρική απέκκριση στη φάση Shock, αύξηση μετά 36 ώρες εξαιτίας μετακίνησης υγρού στον αγγειακό χώρο. Αιματοουρία: δείχνει νεφρικό shock. Συμβαίνει σε πολύ βαρύ έγκαυμα.
 - (στ) Γαστρεντερικό: Βλάβες στόματος, έλεγχος για οίδημα, ναυτία, παρακολούθηση περιεχομένου στομάχου για αίμα: ενδεικτικό έλκους απο shock. Εκτίμηση εντερικών ήχων και τυμπανισμού

κοιλιάς. Συνήθως εισάγεται ρινογαστρικός καθετήρας στο τμήμα εκτάκτων. Παρακολούθηση για παραλυτικό ειλεό και αιμορραγία εσωτερικών οργάνων.

- (7) Παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης όπως αύξηση-υγρού παροχέτευσης από εγκαυματική επιφάνεια της θερμοκρασίας.
- (8) Πλήρης εκτίμηση πόνου ή απουσίας του. Η ακριβής διάρκεια έντασης, ποιότητας και εντόπισης του πόνου είναι μεγάλης σημασίας σε όλη τη διάρκεια της φροντίδας του εγκαυματία.
- (9) Εκτίμηση συμπεριφοράς που εκδηλώνεται με κάθε τρόπο. Μεγάλης σημασίας παράμετροι είναι: εκτίμηση μνήμης, κρίσης, επιπέδου συνείδησης και προσανατολισμός στο χρόνο και χώρο.
- (10) Διαγνωστικές δοκιμασίες.
 - (α) Ηλεκτρολύτες ορού για εκτίμηση απώλειας υγρών.
 - (β) Αέρια αρτηριακού αίματος.
 - (γ) Hct, Hb: Για εκτίμηση απώλειας πλήρους αίματος και νερού.
 - (δ) Ουρία και κρεατινίνη για εκτίμηση της ελιτοουργίας των νεφρών.
 - (ε) Ωριαία ούρα για ποσό, πρωτεΐνη, σάκχαρο, οξύνη, ειδικό βάρος, αίμα.
 - (στ) Λευκά, ταχύτητα καθίζησης ερυθρών για ανίχνευση φλεγμονής και καλλιέργεια αίματος.
 - (ζ) Συχνή λήψη υγρού εγκαυματικής επιφάνειας για

καλλιέργεια.

β. Προβλήματα αρρώστου.

- (1) Πλημελής οξυγώνωση ιστών (ελάττωση πίεσης, αύξηση γλοιότητας αίματος, έγκαυμα αναπνευστικών οδών, αναιμία).
- (2) Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών.
- (3) Διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας.
- (4) Θρεπτικό ανισοζύγιο.
- (5) Ενεργειακό ανισοζύγιο (απώλεια θερμότητας από ανοικτή επιφάνεια δέρματος, πυρετός).
- (6) Περιορισμός στις δραστηριότητες, δυσκολία στην αυτοφροντίδα.
- (7) Μείωση άνεσης (πόνος, ανοικτό δέρμα κ.λ.π.).
- (8) Δυνητικοί κίνδυνοι επιπλοκών.
- (9) Ψυχικά προβλήματα (πόνος, αγωνία, μεταβολή σωματικού ειδώλου).
- (10) Διαταραχή στις κοινωνικές σχέσεις, εξαιτίας της αλλαγής του σωματικού ειδώλου.

γ. Σκοποί της φροντίδας.

(1) Άμεσοι

- (α) Σταθεροποίηση της κατάστασης του αρρώστου.
- (β) Πρόληψη μολύνσεων και .
- (γ) Απαλλαγή από τον πόνο.
- (δ) Μείωση Stress και συνεπειών του.
- (ε) Αποκατάσταση ακεραιότητας δέρματος.
- (στ) Μείωση ψυχικών και συγκινησιακών συνεπειών.

(2) Μακροπρόθεσμοι

- (α) Πλήρης επούλωση της εγκαυματικής επιφάνειας.
- (β) Πρόληψη μονίμων συσπάσεων.
- (γ) Διατήρηση ακεραιότητας του σώματος.
- (δ) Πρόληψη νέου ατυχήματος.
- (ε) Βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει τις φυσικές μεταβολές.
- (στ) Βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει τη μακροχρόνια και κουραστική αποκατάσταση.

δ. Παρέμβαση.

(1) Προσεκτική αντικατάσταση υγρών.

Τα ενδοφλέβια υγρά που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι:

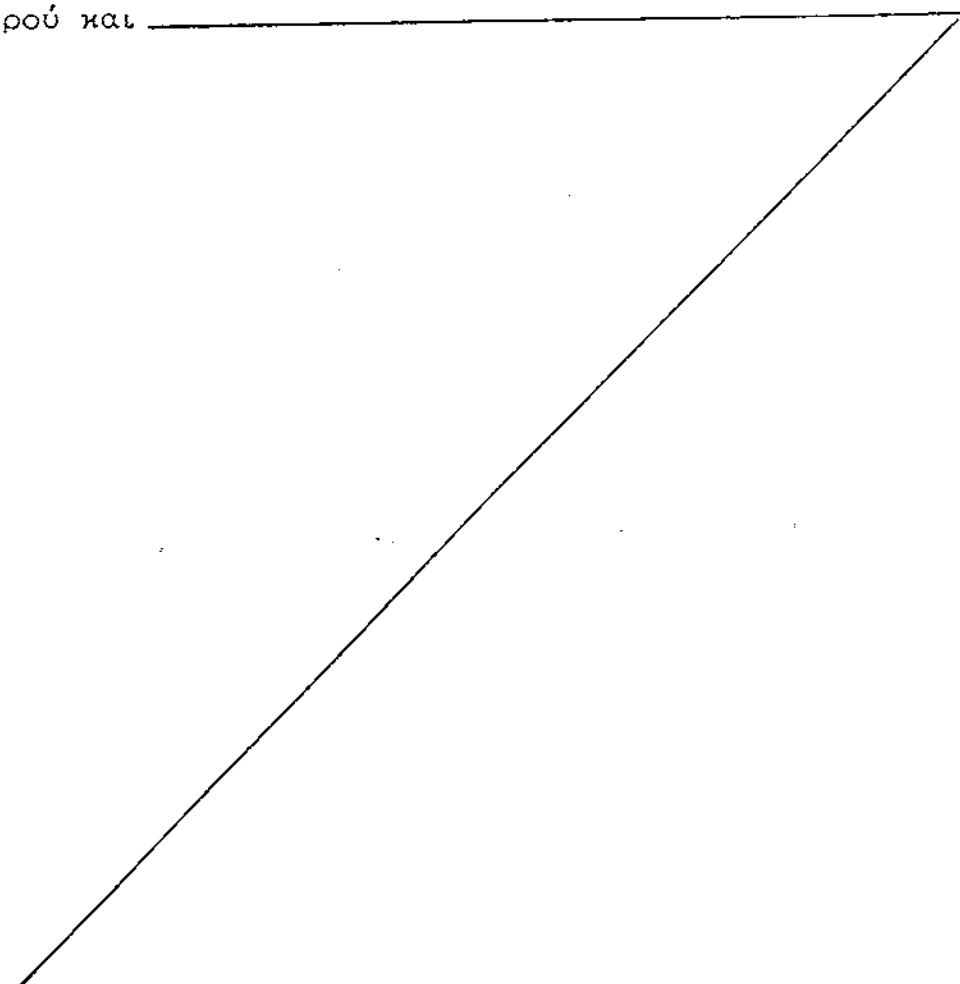
- (α) Lactated Ringers. Είναι υπότονο, με pH 6-7,5. Περιέχει Na^+ 130 mEq/l, K^+ 4 mEq/l, Ca^{++} 3 mEq/l, Cl^- 109 mEq/l και γαλακτική ρίζα 28 mEq/l.
- (β) Διάλυμα όξινου ανθρακικού νατρίου.
- (γ) Ισότονο διάλυμα .
- (δ) Πλάσμα.
- (ε) Δεξτράνη.
- (στ) Αίμα.
- (ζ) Διάλυμα δεξτρόνης D/W ή D/S.

Για τον υπολογισμό των υγρών που χορηγούνται το πρώτο 24ωρο, χρησιμοποιούνται διάφοροι τύποι (Πίνακας).

Όπως φαίνεται από τον πίνακα η συνολική ποσότητα υγρών στους τύπους ΕΥαη και Β7αακ είναι η ίδια. Η διαφορά υπάρχει στο λόγο μεταξύ ηλεκτρολυτών και κολλοειδών διαλυμάτων.

Το δεύτερο 24ωρο, η ποσότητα των ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων μειώνεται στο μισό ενώ των μη ηλεκτρολυτικών μένει η ίδια. Ο περισσότερο χρησιμοποιούμενος τύπος είναι του Βρασκ. Όμως, η αμφισβήτηση για ανάγκη κολλοειδών διαλυμάτων το πρώτο 24ωρο συνεχώς μεγαλώνει.

Ο νόμος *Stawling*, που διέπει την τριχοειδική ανταλλαγή διαταράσσεται τόσο πολύ το πρώτο 24ωρο ώστε τα τοιχώματα των τριχοειδών νε είναι διαπερατά ακόμα και από τα μηκύλλια των κολλοειδών ουσιών. Μετά τις πρώτες 24ωρες, όταν δηλαδή η ακεραιότητα του τοιχώματος των τριχοειδών αποκατασταθεί, οι κολλοειδείς ουσίες μπορούν να εξασκήσουν θεραπευτικό αποτέλεσμα, την κατακράτηση δηλαδή νερού και



κρυσταλλοειδών ουσιών στον ενδοαγγειακό χώρο.

Το διάλυμα *lactated Ringer's* είναι υπότονο. Έτσι η απώλεια πλάσματος σε συνδυασμό με τη χορήγησή του κάνει το πλάσμα υπότονο. Σαν συνέπεια νερό μετακινείται στο διαμεσοκυττάριο χώρο του οποίου το υγρό, κάνει επίσης υπότονο, με αποτέλεσμα την μετακίνηση του νερού και νατρίου μέσα στα κύτταρα τόσο των υγρών όσο και των εγκαυματικών ιστών. Για τον παραπάνω λόγο πολλοί χειρουργοί προσθέτουν μέσα σε κάθε λίτρο του διαλύματος 20 mEq NaHCO_3 για να το κάνουν ισότονο.

Το αίμα γενικά δεν είναι απαραίτητο στην πρώτη φάση του εγκαύματος διότι υπάρχει αιμοσυμπύκνωση. Στη δεύτερη όμως φάση, που ο αιματοκρίτης μπορεί να φτάσει στο 30%, είναι απαραίτητο.

Όταν τα εγκαύματα καλύπτουν πάνω από το 50% της επιφάνειας του σώματος ο υπολογισμός των υγρών γίνεται με βάση το 50%. Η μέγιστη ποσότητα υγρών που μπορεί να χορηγηθεί το πρώτο 24ωρο είναι 10 Lt .

(2) Έλεγχος της αποτελεσματικότητας της θεραπείας με: μέτρηση ποσού, ειδικού βάρους ούρων, ζωτικών σημείων, κεντρικής φλεβικής πίεσης, και Na^+ αίματος, και με παρακολούθηση διανοητικής κατάστασης και περιφερικής κυκλοφορίας. Αν ο άρρωστος παίρνει αίμα παρακολούθηση για αντιδράσεις και επιπλοκές.

(3) Διατήρηση του ποσού των ούρων μεταξύ 30-50 στους άνδρες και 25-45 ml/ηστις γυναίκες.

- (4) Διατήρηση του pH των ούρων στην τιμή 7 κατά το χρόνο μέγιστης απώλειας μυοσφαιρίνης (αιμοσφαιρίνης μυών) γιατί είναι πιο διαλυτή σε αλκαλικά ούρα. Επειδή όμως τα αλκαλικά ούρα ευνοούν την ανάπτυξη ουρολοιμώξεων, προσοχή σε σημεία που δείχνουν ουρολοιμώξεις.
- (5) Με την αύξηση του ποσού των ούρων προσοχή για: φλεβική διάταση, δύσπνοια, υγρούς ρόγχους, αύξηση αρτηριακής και φλεβικής πίεσης που δείχνουν υπερφόρτωση.
Αντιμετώπιση με μείωση των κολλοειδών.
- (6) Η ολιγουρία εκτός από την ανεπαρκή αναπλήρωση μπορεί να οφείλεται και σε γαστροπληγία, απόφραξη καθετήρα ή νεφρική ανεπάρκεια.
- (7) Σε διαπίστωση ανεπαρκούς αναπλήρωσης χορηγείται μεγαλύτερη ποσότητα ηλεκτρολυτικών διαλυμάτων.
- (8) Φροντίδα ρουτίνας του μόνιμου καθετήρα.
- (9) Υγιεινή φροντίδα στόματος, ρινογαστρικού καθετήρα ή ρινοεντερικού καθετήρα και παρακολούθηση φύσης υγρού.
- (10) Αναρρόφηση εξιδρωματικού υγρού από το αναπνευστικό δένδρο εφύγραση εκκρίσεων, χορήγηση οξυγόνου και αντιβίωση όταν υπάρχουν εγκαύματα αναπνευστικών οδών. Ακόμα τα ενδοφλέβια υγρά χορηγούνται με πολύ μεγαλύτερη προσοχή εδώ για αποφυγή οξέος πνευμονικού οιδήματος.
- (11) Για μείωση του αποβαλλόμενου από την εγκαυματική

επιφάνεια θερμαντικού ή θερμοκρασία δωματίου διατηρείται 24,4 C, η υγρασία ψηλή 40-50% και χρησιμοποιείται επίδεση.

- (12) Για τον έννετονο πόνο χορήγηση μορφίνης με βάση το βάρος του σώματος. Προσεκτική παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία αναπνευστικής καταστολής. Προσοχή για εθισμό. Εξασφάλιση φυσικής άνεσης.
- (13) Στη δεύτερη φάση συνήθως οι σε νερό και ηλεκτρολύτες ανάγκες καλύπτονται με τα από το στόμα λαμβανόμενα σιτάρια και υγρά. Δίαιτα υπερθερμιδική, υπερπρωτεϊνούχος, γεύματα συχνά μικρά, βιταμίνες C και B άφθονες. Τεχνητή διατροφή αν η από το στόμα χορήγηση αδύνατη. Αποφυγή επώδυνων θεραπειών γύρω από την ώρα του φαγητού. Προσοχή για σημείο ελκών *curling*.
- (14) Η φροντίδα του τραύματος αρχίζει αμέσως μετά την εφαρμογή της θεραπείας αντι-SHOCK, με τον άρρωστο σε απομόνωση. Τα πιο πολλά πρόσφατα εγκαύματα απαιτούν άσηπτη φροντίδα. Μετά 48 ως 72 ώρες αρχίζουν να αναπτύσσονται Gram θετικοί και αρνητικοί μικροοργανισμοί. Ο πιο κοινός τύπος είναι ο χρυσίζων σταφυλόκοκκος. Ο νεκρωτικός ιστός αποτελεί πηγή μόλυνσης και πρέπει να αφαιρείται πριν από την εφαρμογή τοπικής θεραπείας.
- (15) Η τοπική φροντίδα γίνεται με ανοικτή ή κλειστή μέθοδο.

Στην ανοικτή χρησιμοποιείται ένα αντιμικροβιακό μέσο και η εγκαυματική επιφάνεια μένει ανοικτή στον αέρα. Εφαρμόζεται σε μέρη που δε μπορούν να επιδεθούν (πρόσωπο, λαιμός, περίνεο, κορμός).

- (α) Παρακολούθηση για σχηματισμό εσχάρας, οίδημα και σημεία μόλυνσης.
- (β) Πλύση της επιφάνειας με αντισηπτικό διάλυμα και αφαίρεση εσχάρας.
- (γ) Αυστηρή απομόνωση, νοσηλεία αρρώστου μέσα σε αποστειρωμένα σινδόνια, και τα σκεπάσματα υποστειρωμένα σινδόνια, και τα σκεπάσματα υποστηριγμένα σε στεφάνη. Στην κλειστή μέθοδο (πίεσης) χρησιμοποιείται αποστειρωμένο επιδεσμικό υλικό που προστατεύει την εγκαυματική επιφάνεια από μολύνσεις, εμποδίζει τη μεγάλη απώλεια θερμότητας, εξασφαλίζει ακινητοποίηση αρθρώσεων και άκρων και, τέλος βοηθά στην παραχέτευση του τραύματος.
 - (α) Μετά τον καθαρισμό, τοποθέτηση σε αποστειρωμένη λεκάνη με θερμό διάλυμα νιτρικού αργύρου 0,5%.
 - (β) Κάλυψη εγκαύματος με γάζες χαλαρής ύφανσης εμποτισμένες στο ίδιο διάλυμα.
 - (γ) Τοποθέτηση γαζών πάχους 2,5 cm.
 - (δ) Συγκράτηση με ελαστικό επίδεσμο.
 - (ε) Επανασυγκράτηση γαζών κάθε 2 ώρες για πρόληψη συμπύκνωσης του διαλύματος $AgNO_3$ και δια-

τήρησης υγρών των εσχάρων για εύκολη αφαίρεσή τους.

(στ) Αλλαγή μια φορά το 24ωρο τις πρώτες 7 ημέρες. Μετά 3-4 φορές τη μέρα όταν η εσχάρα αρχίζει να αποχωρίζεται.

(ζ) Χορήγηση παυσίπνου πριν από την αλλαγή.

(η) Οι αλλαγές:

- . Γίνονται αρκετές ώρες πριν από το φαγητό.
- . Σε ξεχωριστό δωμάτιο.
- . Χρησιμοποιούνται αποσμητικά.

(16) Η παρεντερική χορήγηση πενικιλίνης, προφυλακτικά, δεν ενδείκνυται και μάλλον είναι επικίνδυνη. Στις περιοχές εγκαύματος όλου του πάχους του δέρματος υπάρχει πλήρης απόφραξη αγγείων ως τρεις εβδομάδες μετά το έγκαυμα. Η ασυστηματική επομένως, αντιβίωση δε μπορεί να φτάσει την εγκαυματική περιοχή ενώ αντίθετα ευνοεί την ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών. Αντί αυτής χρησιμοποιείται τοπική αντιβίωση.

(17) Ο τύπος του τοπικού φαρμάκου εξαρτάται από την έκταση της βλάβης και το είδος του οργανισμού που καλλιεργήθηκε στο έγκριμα (Πίνακας).

- (18) Συγκινησιακή υποστήριξη του αρρώστου. Παρακολούθηση των αντιδράσεών του για τηβν κατάστασή του. Συζήτηση μαζί του ανοικτά για τους φόβους του.
- (19) Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει όλα του τα αισθήματα. Προθυμία για απάντηση στις ερωτήσεις του.
- (20) Βοήθεια να προληφθεί η κοινωνική του απομόνωση.
- (21) Προαγωγή αυτοεκτίμησης δίνοντας ευκαιρία στον άρρωστο να πάρει μέρος στην φορντίδα του.
- (22) Επικοινωνία με την οικογένεια. Παραπομπή αρρώστου και οικογένειας σε συμβουλευτικές υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες.
- (23) Εξασφάλιση περιβάλλοντος που βοηθά τον άρρωστο να μείνει προσανατολισμένος στο χώρο και το χρόνο για αντίπραξη προς την αισθησιακή αποστέρηση και τους διαταραγμένους σωματικούς ρυθμούς. Χρησιμοποίηση χρωμάτων, ωρολογιών, εικόνων, τηλεόρασης, ραδιοφώνου.
- (24) Έλεγχος του οιδήματος και πρόληψη κατακλίσεων, τοποθέτηση αρρώστου σε ύπτια ημι-Φον/εχ θέση, συχνή αλλαγή. Ταχύτερη δυνατή έγερση.
- (25) Κάτω άκρα εκτεταμένα και ανυψωμένα ελαφρά απαγωγή και έξω στροφή των ισχίων και με τις φτέρνες έξω από το στρώμα. Τα άνω άκρα αναυψωμένα και σε απαγωγή, με πρηνισμό των άκρων χεριών και έξω στροφή του βραχίονα. Η θέση αυτή διευκολύνει την αναπνοή, μειώνει τον κίνδυνο των μονίμων συσπάσεων, όμως ελαττώνει την κινητικότητα του αρρώστου. Ανένδοτο υποστήριγμα στα πέλματα, αυτοσίτιση του αρρώστου, τοποθέτηση χεριών σε νάρθηκα μόνο τη νύκτα.

(26) Στα εγκαύματα που η καταστροφή του δέρματος είναι πλήρης, μετά την αφαίρεση της εσχάρας, κάλυψη ανοίχτου τραύματος με μοσχεύματα σκοπός: (α)

προφύλαξη από μόλυνση, -(β)- μείωση απώλειας υγρών,

(γ) αποκατάσταση λειτουργικότητας εγκαυματικού μέρους.

Μοσχεύματα: Παροδικά, μόνιμα.

Ανάλογα με τη προέλευσή τους διακρίνονται σε:

- . Αυτομοσχεύματα (του ίδιου ατόμου) για μόνιμη κάλυψη.
- . Ισομοσχεύματα (μονοζυγωγικό δίδυμο) για μόνιμη κάλυψη.
- . Ομοιομοσχεύματα ή αλλομοσχεύματα (πτώμα ανθρώπου) για παροδική κάλυψη.
- . Ετερομοσχεύματα ή ξενομοσχεύματα (άλλο ζώο ή συνθετικά) για παροδική κάλυψη.

(27) Αλλαγή παροδικών κάθε 48 ώρες.

(28) Ετοιμασία αρρώστου για μεταμόσχευση δέρματος.

(α) Δέρμα υγιές για επιτυχή μεταμόσχευση.

(β) Χορήγηση επαρκών πρωτεϊνών, βιταμινών, και υγρών.

(γ) Αντιβίωση για πρόληψη μόλυνσης.

(δ) Εφαρμογή υγρών περιτυλίξεων για διευκόλυνση απομάκρυνσης των νεκρωμένων ιστών και ελάττωσης του οιδήματος του κοκκιώδους ιστού.

(ε) Χλιαρά μπάνια με φυσιολογικό διάλυμα NaCl. Πλύση της εγκαυματικής επιφάνειας με ήπιους χειρισμούς.

Η νοσοκόμος φορά ρόμπα, σκουφιά, μάσκα και αποστει-

ρωμένα γάντια.

(στ) Εξήγηση της επέμβασης στον άρρωστο από το γιατρό, απάντηση τυχόν ερωτήσεων από το νοσοκόμο.

(ζ) Σχολαστικός καθαρισμός της δότριας περιοχής.

(29) Μετεγχειρητική φροντίδα

Δότρια περιοχή

(α) Θεραπεύεται με ανοικτή ή κλειστή μέθοδο ανάλογα με την ηλικία του αρρώστου και την εντόπισή της (σε μικρά παιδιά: κλειστή μέθοδος).

(β) Φωτόλουτρα επιταχύνουν την επούλωση της δότριας περιοχής. Επούλωση μέσα σε 7-10 μέρες.

(γ) Ανύψωση του μέρους τους σώματος που περιέχει τη δότρια περιοχή για αποφυγή παθητικής συμφόρησης και μείωσης του οιδήματος.

(δ) Συχνά, χρησιμοποίηση πρεστικού επιδέσμου για τη μείωση συμφόρησης και οιδήματος.

(ε) Χρησιμοποίηση παγοκύστεων για μείωση αιμορραγίας.

Περιοχή πλαστικής

(α) Πόνος στην περιοχή πλαστικής μπορεί να δείχνει σχηματισμό αιματώματος.

(β) Ανύψωση θερμοκρασίας αναφέρεται αμέσως.

(γ) Φροντίδα να μένει ακινητοποιημένο το μόσχευμα για ανάπτυξη τριχοειδικής κυκλοφορίας. Αν η πλαστική έγινε στο πρόσωπο ο άρρωστος δεν πρέπει να μιλά. Εξασφάλιση άλλων μέσων επικοινωνίας.

(δ) Παρακολούθηση περιοχής πλαστικής για σημεία κακής κυκλοφορίας.

(ε) Αποφυγή να πιέζει ο άρρωστος το μόσχευμα με το βάρος του σώματός του.

(στ) Πρόληψη αναγκών του αρρώστου.

(ζ) Γυρισμά του με ειδικό ειτεσέλερτζις άταγο μόσχευμα είναι στον κορμό.

(η) Αυστηρή άσηπτη τεχνική κατά την αλλαγή.

(θ) Οδηγίες στον άρρωστο για το πως να διατηρεί υγρή την περιοχή με χρήση λοσιόν.

(30) Αποκατάσταση.

(α) Έναρξη φυσικοθεραπείας όταν φυσικά ο άρρωστος είναι έτοιμος.

Σκοποί της:

. Πρόληψη μόνιμων συσπάσεων.

. Διατήρηση κινητικότητας αρθρώσεων.

. Διατήρηση μυϊκού τόνου.

(β) Επαγγελματική αναπροσαρμογή άν έχουν μείνει μεγάλες αναπηρίες.

(γ) Παραπομπή του αρρώστου στις ανάλογες κοινοτικές υπηρεσίες.

(δ) Ενθάρρυνση αρρώστου να πάρει την παλιά του θέση μέσα στην οικογένεια και την κοινότητα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΝΙΓΜΟΝΗΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Συστάσεις για το χειρισμό του παιδιού που βρίσκεται σε κατάσταση ασφυξίας.

1. Μην επεμβαίνετε αν ο ασθενής μπορεί να βήξει, να αναπνεύσει ή να μιλήσει. Ο φυσιολογικός βήχας του αρρώστου μπορεί να καθαρίσει πιο αποτελεσματικά την αεροφόρα οδό από οποιοδήποτε ξένο σώμα. Η μερική απόφραξη με χαμηλή αναταλλαγή αέρα ή κυάνωση και η πλήρης απόφραξη αποκτούν άμεση απελευθέρωση.

2. Τοποθετήστε το βρέφος ή το παιδί με το κεφάλι χαμηλότερα από τον κορμό, με το πρόσωπο ανεστραμμένος προς τα κάτω και εφαρμόστε τέσσερα ταχύτατα χτυπήματα στην πλάτη με τη γωνία του χεριού, μεταξύ των πτερυγίων της ωμικής ζώνης. Το βρέφος μπορεί να τοποθετηθεί με το πρόσωπο προς τα κάτω και το κεφάλι χαμηλότερα από τον κορμό, ο οποίος στηρίζεται στο χέρι του ατόμου που κάνει το χειρισμό.

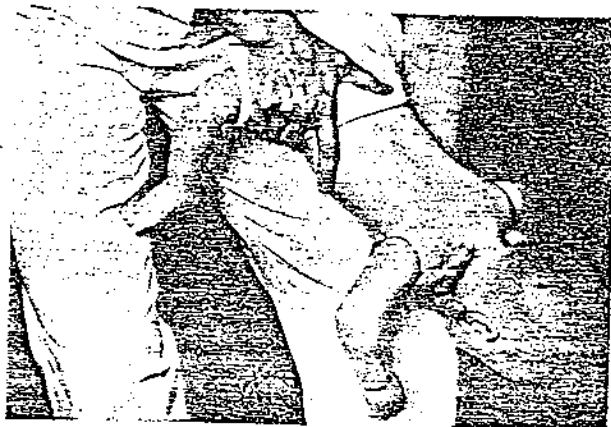
(Για επιπρόσθετη στήριξη μπορεί να εφάπτεται σταθερά με το σώμα του ατόμου που κάνει το χειρισμό). Εικόνες και Ένα μεγαλύτερο παιδί μπορεί να τοποθετηθεί στα γόνατα του ατόμου που εφαρμόζει το χειρισμό. Αυτό το άτομο μπορεί να κάθεται ή να γονατίσει και να τοποθετήσει το θύμα ανάμεσα στους μηρούς του με το κεφάλι και το πρόσωπο προς τα κάτω σε χαμηλότερη θέση από τον κορμό και να εφαρμόσει τα τέσσερα χτυπήματα στην πλάτη, όπως περιγράφονται παραπάνω.

3. Αν οι παραπάνω χειρισμοί δεν αποκαταστήσουν την αναπνοή, στρίψτε τον ασθενή και εφαρμόστε τέσσερις ταχύτα-

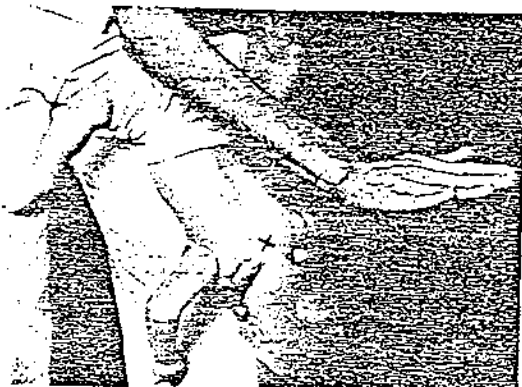
τες θωρακικές ώσεις παρόμοιες με το χειρισμό της καρδιακής μάλαξης (Εικόνα 1). (Για να πετύχει αυτός ο χειρισμός, ο ασθενής θα πρέπει να ξαπλώνει πάνω στην πλάτη του σε ύπτια θέση). Ποτέ δεν πρέπει να τοποθετούνται τα χέρια στην ξιφοειδή απόφυση ή στην κατώτερη παρυφή των πλευρών.

4. Αν η αναπνοή δεν αποκαθίσταται η αεροφόρα οδός θα πρέπει να ανοιχθεί με την τεχνική της πίεσης της γνάθου, και να ελεγχθεί οπτικά η ύπαρξη ξένου σώματος. Αν διαπιστωθεί η ύπαρξη ξένου σώματος θα πρέπει αυτό ν'απομακρυνθεί.

Εικόνα 1. Το βρέφος θα πρέπει να κρατιέται στον πήχυ του ατόμου που εφαρμόζει το χειρισμό με το κεφάλι σε κλίση 60ο έχοντας σταθεροποιήσει το κεφάλι και τον αυχένα.



Εικόνα 2. Τα χτυπήματα στην πλάτη πρέπει να εφαρμόζονται με την άκρη του χεριού, πάνω από την σπονδυλική στήλη ψηλά στα πτερύγια των ώμων.



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

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

Αν το άτομο που προσπαθεί να σώσει παιδί, μπορεί να εφαρμόσει ανετότερα τις κοιλιακές ώσεις από τις προτεινόμενες θωρακικές, αυτός είναι ένας αποδεκτός χειρισμός. Όμως, κατά τη γνώμη μας, τα χτυπήματα στην πλάτη δεν βοηθούν όταν το ξένο σώμα δημιουργεί πλήρη απόφραξη, και δεν πρέπει να δοκιμάζονται.

Πρόληψη των ατυχημάτων εισρόφησης.

1. Τα μικρά τμήματα των παιχνιδιών που κατασκευάζονται για παιδιά ηλικίας κάτω των τριών ετών, με κυβερνητική ρύθμιση, πρέπει να έχουν μεγαλύτερη διάμετρο.

2. Η τροφή θα πρέπει να τεμαχίζεται σε μέγεθος "μπουκιάς" και τα παιδιά θα πρέπει να μάθουν να τη μασούν με επιμέλεια. Πρέπει να αποθαρρύνεται η ομιλία κατά τη διάρκεια του φαγητού, καθώς και όταν τρέχουν ή παίζουν ή κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων που μπορούν να προκαλέσουν εισρόφηση.

3. Οι παραμάνες σήμερα δεν αντιπροσωπεύουν έναν πολύ μεγάλο κίνδυνο, αλλά όπου χρησιμοποιούνται θα πρέπει να

βρίσκονται μακριά από τα παιδιά και κλειστές.

4. Τα παιδιά πρέπει να διδαχθούν να μη βάζουν αντικείμενα στο στόμα τους.

5. Δεν πρέπει να χαρίζονται στα παιδιά κέρματα ή μικρά ζυγικείμενα σαν ένδειξη επιβράβευσης.

6. Οι σκληροί, λείοι ξηροί καρποί, όπως τα φιστίκια ή οι τροφές που επίεχουν ξηρούς καρπούς και απαιτούν έντονο και καλό μάσημα, δεν θα πρέπει να δίνονται στα πολύ μικρά παιδιά. Η ικανότητα μάσησης δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένη μέχρι την ηλικία των 5 ετών. Τα φιστικια δεν θα πρέπει να δίνονται στα παιδιά ως ότου φτάσουν την ηλικία των επτά ετών. Τα χάπια για τους ενήλικους εντάσσονται στην ίδια κατηγορία.

7. Χάπια για παιδιά που μπορούν να μασήθούν πρέπει να δίνονται μόνο μετά την ηλικία των τριών ετών.

8. Μην επιτρέπετε την ύπαρξη ξεφούσκωτων μπαλονιών κοντα στα πολύ μικρά παιδιά. Αυτά μπορεί να ενσφηνωθούν στον οπίσθιο φάρυγγα, τον λάρυγγα ή την τραχεία.

9. Μη βάζετε το δάκτυλο για να τραβήξετε το ξένο σώμα.

10. Τα παιδιά που έχουν καταστολή των προστατευτικών αντανακλαστικών των αεροφόρων οδών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εισφόησης ξένου σώματος. Γι' αυτό θα πρέπει να υπάρχει ειδική φροντίδα σε ασθενείς με νευρολογικές καταστάσεις (διαταραχές) ή που παίρνουν κατασταλτική εθραπεία που μπορεί να επιρεάζει τα αντανακλαστικά των αεροφόρων οδών.



Εικόνα 3 Για τις θωρακικές ώσεις, το βρέφος πρέπει να τοποθετηθεί σε ύπτια θέση, και χρησιμοποιούνται τα δύο δάκτυλα για να ασκηθεί πίεση πάνω στο στήρνο.

ΟΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΙΧΝΙΔΙ

Εκρήξεις και δηλητηριάσεις

Οι επιστημονικές εξερευνήσεις των παιδιών απαιτούν επιτήρηση. Τα χημικά σερτ και τα παιχνίδια με ρουκέτες απαιτούν γενικά την ωριμότητα παιδιών ηλικίας πάνω από 12 ετών.

Ο ξηρός πάγος σε κλειστή φιάλη, τα σπέρτα μέσα σε ένα σωλήνα ή μια φιάλη και τα ζιζανιοκτόνα αναμεμιγμένα με ζάχαρη, είναι γνωστό όρτι μπορούν να εκραγούν.

Κοψίματα

Οι εκτεθειμένες κοφτερές αιχμές, τα γυαλιά και τα συμπαγή τμήματα των παλαστικών παιχνιδιών που μπορούν να θραυματίζονται, ευθύνονται για κοψίματα ποικίλης βαρύτητας.

Ο θόρυβος

Τα επίπεδα θορύβου που ξεπερνούν τα 100 decibels , μπορούν να καταστρέψουν την ακοή. Οι ετικέτες πάνω στα καλύμματα φέρουν οδηγίες όρτι δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται (τα παιχνίδια) μέσα στο σπίτι ή σε απόσταση μικρότερη από 12 ίντσες, απ'το αυτί.

Διεισδυτικές κακώσεις (τρυπήματα)

Τα αιχμηρά σημεία έχεουν προκαλέσει πολλές από τις κακώσεις που σχετίζονται με τα παιχνίδια. Για αυτό το λόγο, τα προστατευτικά καλύμματα θα πρέπει να μην μπορούν να αφαιρεθούν. Οι πτώσεις των παιδιών σε λαστιχένια ή πλαστικά παιχνίδια που έχουν μεταλλικούς άξονες, προκαλούν διατρητι-

κά τραύματα του κρανίου.

Κακώσεις απο βλητικά παιχνίδια

Οι πιο σοβαρές κακώσεις απο βλητικά παιχνίδια, προσβάλλουν τα μάτια. Η επιτήρηση από την πλευρά των γονιών ή απο κάποιον ενήλικο είναι πρωταρχικής σημασίας όταν χρησιμοποιούνται βλητικά παιχνίδια (όπλα, τόξα και μπούμεραγκι), για να αποφευχθούν οι σοβαρές κακώσεις. ΟΙ μικροί πύραυλοι που εκτοξεύονται από παιχνίδια, μπορούν επίσης να προκαλέσουν εισφύρηση αν εκτοξευθούν σε ανοικτό στόμα. Τα βλητικά όπλα που είναι ιδιαίτερα επικίνδυνα για τα μικρά αγόρια, παραμένουν χωρίς νομοθετική ρύθμιση.

Οι βασισμένες στην κοινότητα προσπάθειες των γονιών, των δασκάλων, των ατόμων που ασχολούνται με την αναψυχή και των απιδιάτρων μπορούν να συντελέσουν στο σχεδιασμό σωστών χώρων αναψυχής, κατάλληλης επίβλεψης, και στη σωστή χρήση του εξοπλισμού. Οι τοπικοί δάσκαλοι της φυσικής αγωγής, οι ειδικές επιτροπές αναψυχής και οι ακτασκευαστές των εξοπλισμών μπορούν να συμβάλουν με τη γνώμη τους σ'ότι αφορά τις προφυλάξεις ασφάλειας. Στο επίπεδο της πολιτείας, υπάρχουν σύμβουλοι που μπορούν να αξιολογήσουν την ασφάλεια των χώρων παιχνιδιού, στα σχολεία και στις συνοικίες.

Γενικές οδηγίες ασφάλειας

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

- Ελέγξτε όλα τα ηλεκτρικά σας καλώδια: αν έχουν ξεφτίσει ή σχιστεί είναι επικίνδυνα και πρέπει ν' αντικατασταθούν αμέσως.

- Μάθετε στο παιδί ότι τα καλοριφέρ, οι θερμάστρες και τα διάφορα θερμαντικά σώματα καίνε όταν τα εγγίζει. Καλύψτε τα με πετσέτες ή, στην ανάγκη κρύψτε τα πίσω από έπιπλα.

- Αν έχετε όπλο στο σπίτι, μην το αφήνετε ποτέ γεμάτο. Κλειδώστε το καίτοι και κλειδώστε επίσης σε χωριστό ντουλάπι τις σφαίρες.

ΟΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Ανασκοπήσεις

Περίληψη: Οι μηχανικές, θερμικές και χημικές κακώσεις στα παιδιά συνεχίζουν να αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτων. 331 Ελληνόπουλα, κατά μέσο όρο, σκοτώνονταν κάθε χρόνο στην πενταετία 1979-1983, από κάποια κακωση. Δηλαδή ένα, κατά προσέγγιση, παιδί σκοτώνεται κάθε μέρα από κάποιο τραυματισμό. 20% περίπου του παιδικού πληθυσμού της Ελλάδος τραυματίζεται μια φορά κάθε χρόνο από διάφορα αίτια κακώσεων και μεταφέρεται στα νοσοκομεία για νοσηλεία ή, έστω, απλή συρραφή τραύματος ή εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία. Από 331 παιδιά, τα 132 (40%) σκοτώθηκαν στους δρόμους από μεταφορικά μέσα. Στο σοβαρό πρόβλημα της οδικής ανασφάλειας φαίνεται πως μπορεί να δοθεί θεί κάποια λύση από τη μελέτη των τροχαίων κακώσεων, σαν πολυπαραγοντικού συνδρόμου ή επιδημικής νόσου. Το αυτόκινητο και κυρίως ο οδηγός του παριστάνουν το βασικό αιτιολογικό παράγοντα των κακώσεων. Τα παιδιά, που διασχίζουν ή παίζουν στους δρόμους, που επιβαίνουν οχημάτων ή οδηγούν ποδήλατα, είναι τα θύματα των τροχαίων συγκρούσεων. Η συμπεριφορά των παιδιών, που επηρεάζεται από οικογενειακούς παράγοντες, συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόκληση τροχαίων κακώσεων σε πεζούς. Το φυσικό και κοινωνικό-μορφωτικό περιβάλλον συμμετέχουν ενεργητικά στην πραγματοποίηση κακώσεως. Ελληνικές και ξένες πηγές χρησιμοποιούνται για την ανασκόπηση του προτύπου των κακώσεων

με στόχο την οδική ασφάλεια στα παιδιά.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οδική ανασφάλεια στα παιδιά συγκινεί, αναστατώνει και προβληματίζει κάθε υπεύθυνο άνθρωπο και κυρίως τον εργαζόμενο στον χώρο της υγείας. Θάνατοι και αναπηρίες παιδιών, που παρασύρονται από τροχοφόρα οχήματα στους δρόμους ή που τραυματίζονται, τη στιγμή της σύγκρουσης, μέσα στα αυτοκίνητα που επιβαίνουν ή που κακοποιούνται καθώς πεφτούν από ποδήλατο ή μοτοσυκλέτα αποτελούν συνηθισμένα καθημερινά γεγονότα. Η συχνότητα των γεγονότων αυτών αυξάνει χρόνο με το χρόνο, αγγίζει τα όρια ενδημίας στις πολιτισμένες χώρες με τα μηχανοκίνητα μεταφορικά μέσα και δημιουργεί εθνικά προβλήματα.

2. ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Η ενδημία των κακώσεων οφείλεται ενδεχομένως και στην αντίληψη πως το ατύχημα, όπως τουλάχιστον υπονοεί η λέξη (α-τύχημα), οφείλεται στην έλλειψη τύχης, στη μοίρα, στο απρόβλεπτο και τυχαίο γεγονός, για το οποίο δεν μπορούν να ληφθούν προφυλακτικά μέτρα. Η αντίληψη αυτή κρίνεται αντιεπιστημονική, από την εποχή τουλάχιστον που οι κακώσεις θεωρούνται προβλήματα ιατρικής οικολογίας, δηλαδή σχέσεων ατόμου και περιβάλλοντος (Gordon 1949). Κάθε άτομο έχει την ίδια πιθανότητα να υποστεί κακώση, ανάλογα με την ομάδα κινδύνου που ανήκει. Κατά συνέπεια οι κακώσεις

δεν είναι τυχαία γεγονότα (Doerge 1978, Rivalta 1982). Με βάση αυτό το συλλογισμό, ο όρος "ατύχημα" πρέπει να αντικατασταθεί με τον όρο "κάκωση" λόγω ακριβώς του βλαπτικού αποτελέσματος κάθε τύπου ενέργειας (μηχανική, θερμική, χημική, ηλεκτρική, ιονίζουσα) στον ανθρώπινο οργανισμό.

Η πιθανότητα να τραυματισθεί ένα παιδί είναι ανάλογη με το ενδεχόμενο να νοσήσει (Gunter and Gallagher 1985). Για παράδειγμα, η πιθανότητα να τραυματισθεί ένα παιδί, που διασχίζει το δρόμο, είναι ανάλογη με το ενδεχόμενο να νοσήσει από φυματίωση ή άλλη μεταδοτική νόσο. Τα στοιχεία βεβαίως, που συνθέτουν την ομάδα κινδύνου των παιδιών που θα τραυματισθούν διασχίζοντας το δρόμο, είναι χαρακτηριστικά και ανάλογα εκείνων που κινδυνεύουν να πάθουν φυματίωση ή άλλο νόσημα. Κατά συνέπεια, τόσο οι κακώσεις όσο και τα μεταδοτικά νοσήματα έχουν ανάλογες επιδημιολογικές αρχές, που μπορούν να περιγραφούν και να μελετηθούν (Gordon 1949). Η μελέτη των επιδημιολογικών στοιχείων των κακώσεων από κάθε πλευρά θα οδηγήσει στη λήψη προφυλακτικών μέτρων και στην ανάλογη μείωση των δεικτών μετατραυματικής θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Από τα παραπάνω στοιχεία νοσηρότητας διαφαίνονται η οικονομική διάσταση του προβλήματος, που περιλαμβάνει τις τεράστιες δαπάνες και έξοδα νοσηλείας, αποκαταστά-

σεως και άλλα, η κοινωνική διάσταση, που προκαλείται από τη διάσπαση της οικογένειας για συνοδεία στο νοσοκομείο του τραυματισμένου παιδιού, η μακρόχρονη αποχή από το σχολείο και κυρίως η ψυχοσωματική διάσταση, που περιλαμβάνει τις μετατραυματικές αναπηρίες και ανικανότητες. Οι βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, συνηθισμένες στις συγκρούσεις τροχοφόρων, συνοδεύονται από κατάλοιπα σωματικών αναπηριών, διαταραχών συμπεριφοράς, ψυχοσωματικών μεταβολών και δυσκολιών στο σχολείο.

3. Ο ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ

Το αυτοκίνητο, οι μοτοσυκλέτες, τα ποδήλατα και τα άλλα μηχανοκίνητα τροχοφόρα οχήματα, που κινούνται στους δρόμους, θεωρούνται αρχικά οι βασικότεροι αιτιολογικοί παράγοντες της οδικής ανασφάλειας, όπως ο ανωφελής κώνωπας είναι η αιτία της ελονοσίας. Τα μεταφορικά μέσα με τη μορφή της μηχανικής ενέργειας, που αυξάνεται γεωμετρικά σε σχέση με τη γραμμική επιτάχυνσή τους, τραυματίζουν ιστούς και όργανα παιδιών και ενηλίκων, που επιβαίνουν σ'αυτά ή που βρίσκονται πεζοί μέσα στους δρόμους. Βασικοί συντελεστές των κακώσεων στην προκειμένη περίπτωση είναι τόσο οι οδηγοί όσο και τα τροχοφόρα οχήματα.

3.1. ΟΙ ΟΔΗΓΟΙ.

Τα οχήματα κινούνται σύμφωνα με τη βούληση των οδηγών τους. Η σωματική λοιπόν και ψυχική υγεία των οδηγών, η

ηλικία, το διανοητικό επίπεδο, η ετοιμότητα και δεξιότητες σε δύσκολες περιστάσεις, καθώς και η γνώση και ο σεβασμός των κανόνων σωστής οδικής κυκλοφορίας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην επέλευση ή αποφυγή τροχαίων κακώσεων. Για την ψυχοπαθολογία του οδηγού, που στοχεύει στην περιγραφή της συμπεριφοράς και του χαρακτήρα του, του εγωκεντρισμού και της υπεροπτικότητάς του, καθώς και της έλλειψης αυτοκριτικής για βέβαιες παραβάσεις κανόνων οδικής κυκλοφορίας έχουν γραφεί πάμπολλα άρθρα. Οι οδηγοί αυτοί είναι συνήθως εκείνοι που προκαλούν διαδοχικές τροχαίες κακώσεις. Η κατανάλωση οινοπνεύματος από τους οδηγούς είναι υπεύθυνη τροχαίων κακώσεων. Η νεαρή επίσης ηλικία του οδηγού βαρύνεται με αυξημένο ειδικό δείκτη θανάτων από τροχοφόρα.

4. ΤΑ ΘΥΜΑΤΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ Ετήσιος μέσος όρος τραυματιών και νεκρών οδηγών, επιβατών και πεζών παιδιών 0-14 ετών, στην πενταετία 1980-1984.

Ομάδες	Τραυματίες		Νεκροί	
	αριθμός	%	αριθμός	%
Οδηγοί	236	1,7	12	1,8
Επιβάτες	1.099	10,7	39	9,3
Πεζοί	1.224	20,2	46	11,1
Σύνολο	2.559	8,5	97	6,5

4.1. Πεζοί

Ο χαρακτήρας του παιδιού συμμετέχει πράγματι στο βαθμό κινδύνου για τραυματική κακώση. Το αφηρημένο και απρόσεκτο παιδί διασχίζει το δρόμο χωρίς να υπολογίσει την απόσταση και την ταχύτητα του επερχόμενου οχήματος με αποτέλεσμα τον τραυματισμό του. Ανάλογα προβλήματα συμπεριφοράς στο δρόμο μπορεί αν δημιουργήσουν παιδιά με παρορμητικό, υπερκινητικό, ανήσυχο, βίαιο και απείθαρκο χαρακτήρα. Η προβληματική αυτή συμπεριφορά, που χαρακτηρίζει το δύσκολο παιδί, οφείλεται σε γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η ψυχική διάθεση του παιδιού στο δρόμο αντανακλά την ψυχική γαλήνη ή τρικυμία στην οικογένεια. Το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον συμμετέχει σημαντικά στην ψυχοκοινωνική διάπλαση του χαρακτήρα του παιδιού ανάλογα με την ηλικία του. (Zuckerman από Ruby 85).

5. Κοινωνικο-μορφωτικό περιβάλλον .

Κοινωνικοί και μορφωτικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση τροχαίων κακώσεων στα παιδιά. Η φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση, η οικογενειακή διάσπαση, η χαλαρή γονική επίβλεψη και το οικογενειακό stress επηρεάζουν δυσμενώς το χαρακτήρα και τη συμπεριφορά των παιδιών και δημιουργούν συχνά ομάδες μεγαλύτερων κινδύνου και υψηλούς δείκτες τροχαίων κακώσεων. Τα παιδιά αυτά διασχίζουν τους δρόμους αφηρημένα, υπερκινητικά ή βίαια με αποτέλεσμα τραυματικές κακώσεις ποικίλης βαρύτητας

(Read et al 1963, Velecek et al 1977) Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγουν τα παιδιά με ατίθασο χαρακτήρα, που δημιουργήθηκε από έλλειψη γονικής φροντίδας και πειθαρχίας. Αυτά εκτρέπονται σε βίαιες ριψοκίνδυνες ασκήσεις με το ποδήλατο ή τη μοτοσυκλέτα, μιμούμενα και τους ήρωες της τηλεόρασης (Riγαστα — 1982). Τέλος, η ηλικία και η μόρφωση της μητέρας αποδείχθηκαν πως είναι αντιστρόφως ανάλογα με τη μετατραυματική βρεφική θνησιμότητα, ενώ η γεννητικότητα της μητέρας είναι κατ'ευθείαν ανάλογη (Wicklund et al 1984).

ΥΠΟΜΟΝΕΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ένα από τα κύρια καθήκοντα του παιδιάτρου στα πλαίσια της φροντίδας των παιδιών είναι και η διατήρηση της υγείας τους με προληπτικά μέσα. Δεν είναι απόλυτο εφίητό το να ενσωματώσει την πρόληψη των τραυματισμών σ' αυτό το καθήκον, αλλά τώρα είναι πια αποδεκτή και αποτελεί κι αυτή μια από τις ασχολίες τους. Λέει η δήλωση της Αμερικάνικης Ακαδημίας Παιδιατρικής.

Όλα τα παιδιά πρέπει να μεγαλώνουν σε ασφαλές περιβάλλον. Η προληπτική καθοδήγηση για την αποφυγή των τραυματισμών θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ιατρικής φροντίδας για όλα τα βρέφη και τα μωρά. Όλοι οι γιατροί που ασχολούνται με παιδιά θα πρέπει να συμβουλεύουν τους γονείς να έχουν για την ασφάλεια των παιδιών τους:

1. Ζώνες αυτοκινήτου.
2. Ανιχνευτές καπνού στο σπίτι για να προφυλάσσουν τους

χώρους στους οποίους κοιμούνται τα παιδιά.

3. Ασφαλείς εγκαταστάσεις ζεστού νερού.

4. Προφυλακτικά στά παράθυρα και στα μπαλκόνια για να αποφεύγονται οι πτώσεις.

5. Ένα μπουκάλι σιρόπι ιπεκακουάνας.

Επιπλέον, οι γιατροί που ασχολούνται με παιδιά θα πρέπει να συμβουλεύουν τους γονείς για τα προληπτικά μέτρα ανάλογα με την ηλικία, την εποχή ή το περιβάλλον, και τους κοινούς τραυματισμούς που συναντώνται σ'αυτά. Αυτές οι συμβουλές θα πρέπει να πηγάζουν από τα ιατρικά αρχεία.

Η σχέση της ανάπτυξης και της εξέλιξης ενός παιδιού με τους κινδύνους να τραυματιστεί είναι γνωστή στους παιδίατρος, οι οποίοι της δίνουν και ιδιαίτερη σημασία. Ο παιδίατρος μπορεί να μεταφέρει αυτή τη γνώση στους γονείς κατά τη διάρκεια των συνηθισμένων επισκέψεών του, όταν τα παιδιά είναι πολύ μικρά ή στα ίδια τα παιδιά αργότερα. Οι παιδίατροι βρίσκονται στην ιδανικότερη θέση για την πραγματοποίηση αυτού του έργου, γιατί έχουν στενή επαφή με τους γονείς και μπορούν να τους μεταφέρουν συγκεκριμένα μηνύματα. Διάφορες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν καθαρά ότι για να υπάρξει μια αλλαγή στη συμπεριφορά των ατόμων, πρέπει να επαναλαμβάνεται η προσπάθεια επανειλημμένα. Για να γίνει η προληπτική συμπεριφορά καθημερινή συνήθεια, απαιτείται γνώση, κίνηση και εξάσκηση. Κανένας δεν μπορεί να προσφέρει αυ-

τήτη γνώση και το κίνητρο στους γονείς καλύτερα απο
τον παιδίατρο.

Γενικές οδηγίες ασφάλειας

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

- Ελέγξτε όλα τα ηλεκτρικά σας καλώδια: αν έχουν ξεφτίσει ή σχιστεί είναι επικίνδυνα και πρέπει ν'αντικατασταθούν αμέσως.

- Μάθετε στο παιδί ότι τα καλοριφέρ, οι θερμάστρες και τα διάφορα θερμαντικά σώματα καίνε όταν τα εγγίζει. Καλύψτε τα με πετσέτες ή, στην ανάγκη, κρύψτε τα πίσω από έπιπλα.

- Αν έχετε όπλο στο σπίτι, μην το αφήνετε ποτέ γεμάτο. Κλειδώστε το κάπου και κλειδώστε επίσης σε χωριστό ντουλάπι τις σφαίρες.

- Κολλήστε μεμβράνες ασφαλείας στα μεγάλα τζάμια (τζαμαρίες, βιτρίνες, πόρτες κ.λ.π.) ώστε να μην μπορεί να πέσει επάνω το παιδί.

- Αν έχετε λεία πλακόστρωτα ή ξύλινα δάπεδα, χρησιμοποιήστε ειδικά στιλβωτικά που δεν τα κάνουν γλιστερά. Μην αφήνετε το παιδί να τριγυρίζει με τις κάλτσες.

- Καλύψτε όλες τις ηλεκτρικές πρίζες που δεν χρησιμοποιείτε (υπάρχουν στην αγορά ειδικά καπάκια).

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

- Όταν επισκέπτεστε τους παπούδες ή φίλους που δεν έχουν παιδιά, ελέγξτε το σπίτι για πιθανά προβλήματα, ιδίως αν δεν πηγαίνουν εκεί συχνά παιδιά. Εύθραυστα σκεύη ή κοφτερά αντικείμενα μπορεί να είναι αφημένα σε προσιτά μέρη καθώς και απορρυπαντικά, φυτοφάρμακα κλπ. Ποτέ μην επαναπέστε: το παιδί όλο και κάποιο πρόβλημα μπορεί να δημιουργήσει...

Προγράμματα που προτείνονται για την πρόληψη των κακώσεων της παιδικής ηλικίας.

Εγίναν ανακοινώσεις για ροπεινόμενα προγράμματα για την πρόληψη των κακώσεων στην παιδική ηλικία απο το τμήμα Μητρότητας και Υγείας του Παιδιού, DHHS σπό το 1978-το 1982. Αυτοί τα τρία προγράμματα περιγράφηκαν και συνοψίζονται εδώ σαν μία άμεση αναφορά

Καλιφόρνια: Το πρόγραμμα του San Diego για την πρόληψη των κακώσεων στην παιδική ηλικία.

Οι Υπηρεσία για παιδιά της Καλιφόρνιας συνεργάστηκαν για ν'αναπτύξουν ένα μοντέλο που θα επικεντρώνεται σε πρόγραμμα πρόληψης και αθ εστιάζεται σε 3 βασικές αιτίες κακώσεων: τα εγκαύματα, τα δηλητήρια και τις κακώσεις της κεφαλής. Το πρόγραμμα αυτό εντοπίστηκε, γιατί προσφέρονταν λόγω των καλά αναπτυγμένων τμημάτων. Άμεση Βοήθειας. Οι σκοποί ήταν να μειώσουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η ομάδα ηλικιών που ήταν πιο εκτεθειμένη ήταν κάτω των 4.

Οι παρεμβάσεις παρείχαν μια εκπαιδευτική στρατηγική και εφαρμόστηκαν απο τις υπάρχουσες τοπικές υπηρεσίες και τις ομάδες που ασχολούνται με την κοινωνική πρόνοια του παιδιού, συμπεριλαμβάνοντας τις κλινικές υγείας τους εκπαιδευτικούς της γέννησης των παιδιών τους φαρμακοποιούς, τις υπηρεσίες που χορηγούν άδειες για φροντίδα ημέρας τους ιδιωτικούς παιδίατρος και τα κέντρα ημερήσια φροντίδας.

Το προσωπικό του προγράμματος έδωσε: υλικό, που είχε απλά μηνύματα για την πρόληψη, οι εκπαιδευτές υγείας του προσωπικού συνεργάστηκαν με προμηθευτές για να παρέχονται οδηγίες ασφάλειας στις μητέρες. ειδικά κατά τις επισκέψεις ρουτίνας. Η Παιδιατρική Ακαδημία, οι δημόσιες κλινικές υγείας και το ομοσπονδιακό ταμείο Υγιεινής, ενοποίησαν τα μηνύματα και το υλικό πρόβλημα στο πρόγραμμα παιδικής μέριμνας. Η αιτιολόγηση έδειξε ότι διάφορα απο τα στοιχεία του προγράμματος ήταν επιτυχή και εφαρμόσιμα.

Μασσαχουσέτη: το πολιτειακό πρόγραμμα για την πρόληψη των κακώσεων στην παιδική ηλικία.

Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να μειώσει το γεγονός των κακώσεων στα παιδιά και στους νέους από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των 19 χρόνων. Πέντε διαφορετικά προγράμματα εφαρμόστηκαν σε 9 κοινότητες.

Οι παρεμβάσεις επριλαμβάνουν τα εξής:

1. Πρόγραμμα πρόληψης εγκαυμάτων: Το κέντρο ανάπτυξης της εκπαίδευσης, Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης και το Ινστιτούτο εγκαυμάτων *Shelton* δοκιμαστικά κατεύθηκαν ένα ειδικό πρόγραμμα για τα εγκαύματα για χρήση μέσα στην τάξη. Γραπτό υλικό αυτού του εκπαιδευτικού προγράμματος διανεμήθη στους καθηγητές, στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και εκπαιδεύτηκαν να το εφαρμόσουν στις αίθουσες διδασκαλίας.
2. Πρόληψη των δηλητηριάσεων: Ένα πολιτειακό σύστημα ελέγχουν των δηλητηριάσεων έκανε μια καμπάνια για την πρόληψη των δηλητηριάσεων και περιέλαβε φαρμακοποιούς και άλλους

εμπόρους και εκπαιδευμένους επιστήμονες της υγείας, κάνοντας περιοδείες στα νοσοκομεία.

3. Πρόληψη των παιδιατρικών ατυχημάτων: Από το Εταιρικό Μπύρο εφαρμόστηκε ένα ερωτηματολόγιο στους κινδύνους κακώσεων της παιδικής ηλικίας και χρησιμοποιήθηκε για παροχή οδηγιών στα παιδιατρικά γραφεία και κλινικές. Κατά τη διάρκεια επισκέψεων όπου το παιδί είναι καλά, οι γονείς των παιδιών προσχολικής ηλικίας συμπληρώνουν παρατηρήσεις ασφαλείας που χρησιμοποιούνται από τους παιδίατρος, για να συζητηθούν έμεσοι τρόποι συμπεριφοράς για την πρόληψη, πρόσφεραν επίσης ένα συμβουλευτικό εγχειρίδιο και διάφορα ροπτερινόμενα τεχνάσματα ασφαλείας.

4. Πρόληψη των οικιακών κακώσεων: Έγιναν επιθεωρήσεις ασφαλείας στα σπίτια που υπήρχαν μικρά παιδιά από τους εκπαιδευμένους επιθεωρητές υγείας, ώστε να εμειωθούν παράγοντες κινδύνου, επιβαλλοντάς τους πολιτειακό κώδικα υγείας, συζητώντας τρι επικίνδυνες ενέργειες με τους γονείς και συμμετέχοντας σε τεχνικές ασφάλειες.

5. Η ασφάλεια του παιδιού σαν επιβάτη αυτοκινήτου:

Το προσωπικό του νοσοκομείου μητρότητας εκπαιδεύτηκε στο να διδάσκει στους νέους γονείς τη χρήση σταθεροποιητικών μέσων ασφαλείας, δόθηκε έμφαση στη συμμόρφωση του κοινού και την επιβολή του νόμου από την αστυνομία.

Virginia : Το πρόγραμμα της Virginia για την πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων βασίστηκε σε δύο τοπικά κέντρα ελέγχου των δη-

λητηριάσεων του Πανεπιστημίου της Βιργίνια . Παρουσιάστηκαν πρωτόκολλο έρευνας, τονίστηκαν 5 ειδών κακώσεις:

οι δηλητηριάσεις, οι πτώσεις που οδήγησαν σε χτύπημα της κεφαλής, τα εγκαύματα, οι κακώσεις από βούτηγμα, νερό και οι κακώσεις απο μηχανοκίνητα (πατίνια, ποδήλατα) .

Χρησιμοποιήθηκαν δύο βασικές πηγές δεδομένων από τα δεδομένα των μονάδων επείγουσας βοήθειας, από νοσοκομεία που εξυπηρετούσαν δύο μεγάλες πόλεις, δύο πόλεις μεσαίου μεγέθους και δύο μικρότερες πόλεις. Κάθε ζευγάρι πόλεων, ήταν συγκρίσιμο σ'ότι αφορούσε τη φυλετική σύνθεση του πληθυσμού την κατανομή της ηλικίας, το εισόδημα, έτσι ώστε να μπορούν να συγκριθούν οι διερευνήσεις. Δημιουργήθηκε μια τηλεφωνική υπηρεσία που παρείχε γρήγορες και σωστές πρώτες βοήθειες και κατάλληλες συμβολυές στους γονείς των παιδιών που έπαθαν μικροατυχήματα.

Η ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη των κακώσεων από την κακοποίηση του παιδιού μπορεί να τοποθετηθεί σε 3 επίπεδα και 3 διαφορετικές σφαίρες. Η τριτογενής πρόληψη κατευθύνεται στην πρόληψη μελλοντικής κάκωσης και κακοποίησης στο θύμα.

Τρόποι αντιμετώπισης που σχεδιάστηκαν για να διακόψουν τον κύκλο της κακοποίησης και να αποτρέψουν τον επανατραυματισμό, περιλαμβάνουν ατομική θεραπεία για το παιδί και τους γονείς, ημερήσια μέριμνα, τροποποίηση συμπεριφοράς, εκπαίδευση γύρω απ'την ανάπτυξη του παιδιού, θεραπεία της οικογένειας και υποστηρικτικό σύστημα από τις κοινωνικές υπηρεσίες, μέσα στην κοινότητα.

Η δευτερογενής πρόληψη έχει σαν σκοπό να αποτρέψει την κακοποίηση και την αμέλεια, ο στόχος είναι ο πληθυσμός. Συγκεκριμένοι παράγοντες που εμφανίζονται συχνότερα σε οικογένειες που κακοποιούν (τα παιδιά τους). Οι ομάδες κινδύνου που θα προσδιορισθούν με επιδημιολογικά χαρακτηριστικά θα πρέπει να έχουν προνομιακή αντιμετώπιση από μορφωτικά προγράμματα, ημερήσια φροντίδα, συμπλήρωση του εισοδήματος, συμβουλευτική υποστήριξη και μέσω συζητήσεων για ρεαλιστικές προσδοκίες σχετικά με τους εαυτούς τους και τις οικογενειές τους. Η δευτερογενής πρόληψη δεν επικεντρώνεται στο άτομο αλλά έχει ευρύτερους κοινωνικούς και μορφωτικούς στόχους.

Τέλος η τριτογενής πρόληψη ασχολείται με ολόκληρη την κοινωνία και τον τόλο της στην κακοποίηση των παιδιών. Σ' αυτό το επίπεδο, η προαγωγή της υγείας και η ευημερία της οικογένειας, είναι μια μέθοδος πρόληψης. Η πρωτογενής πρόληψη επικεντρώνεται στην προαγωγή της ενότητας της οικογένειας, τη συνεικτικότητα της, την αρμονία και την ηθική ανταμοιβή σε αντίθεση με πολιτικές που τείνουν να διασπασούν και να διαλύσουν την ενότητα της οικογένειας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι δραματικές κακώσεις που είναι αποτέλεσμα οξείας τραυματικής κακοποίησης, περιλαμβάνουν τη διανοητική καθυστέρηση, τις κινητικές διαταραχές και το θάνατο. Εξίσου παθολογικές και λιγότερο δραματικές εκδηλώσεις είναι ακόμα, οι διαταραχές της ανάπτυξης τα προβλήματα στο λόγο και τη γλώσσα, οι διαταραχές της συμπεριφοράς και οι αλλαγές της προσωπικότητας.

Τα χαρακτηριστικά που βρέθηκαν μετά απο παρακολούθηση κακοποιηθέντων παιδιών συμπεριλαμβάνουν τη μειωμένη ικανότητα ευχαρίστησης, τα συμπτώματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, την απόσυρση, την αφαίρεση, την υπερβολική αϋπνία, την πιεστικότητα, αυθάδη συμπεριφορά και τα προβλήματα μάθησης στο σχολείο.

1η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην παιδιατρική χειρουργική κλινική του Καραμανδά-
νιου νοσοκομείου Πατρών, εισήχθη ασθενής 10 ετών έγκαυ-
ματίας. Ο ασθενής πριν το διάστημα μιας ώρας υπέστη κά-
ποιο σοβαρό ατύχημα. Μετά απο έκρηξη μεγάλης φιάλης αε-
ρίου που συνέβη στο σπίτι του έπαθε εκτεταμένο έγκαυμα,
της πρόσθιας επιφάνειας του κορμού και του προσώπου.

Μετά απο την εκτίμηση των παραπάνω δεδομένων βγαί-
νει το συμπέρασμα ότι το έγκαυμα- σύμφωνα με τον κανόνα
των "9"- λαμβάνει το 20% της επιφάνειας του σώματος.

Ο ασθενής εξετάσθηκε για σημεία , του κορηγήτ-
θηκε αμέσως υγροποιημένο οξυγόνο εξαιτίας μικρής δύσπνοιας-
ας- κυρίως απο το , έγινε αντιτετανική
εργαστηριακές εξετάσεις, και τοπική αγωγή του εγκαύμα-
τος. Συμπληρωματικά έγινε μέτρηση βάρους σώματος και
έμμεση χορήγηση υγρών.

Προβλήματα:

- Διαταραχή υγρών-ηλεκτρολυτών.
- Ενεργειακό ανισοζύγιο (απώλεια θερμότητας από ανοικτή
επιφάνεια δέρματος, πυρετός).
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (έμμετοι).
- Μείωση άνεσης (πόνος έντονος, ανοικτό δέρμα).
- Δυνητικοί κίνδυνοι επιπλοκών.
- Ψυχικά προβλήματα (αγωνία, μεταβολή σωματικού ειδώλου).

ΣΚΟΠΟΙ

- Σταθεροποίηση της κατάστασης του αρρώστου.
- Διατήρηση ισοζυγίου υγρών και επαρκούς θρέψης.
- Πρόβλημα μολύνσεων και
- Πλήρης επούλωση της εγκαυματικής επιφάνειας.
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1ης ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσ/κών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσ/κών ενεργειών
Μεγάλη απώλεια υγρών από την εγκαυμταική επιφάνεια. Αποτέλεσμα αυτού είναι η έναρξη κλινικών σημείων εγκαυματικού	-Άμεση αναπλήρωση σε σύντομο χρονικό διάστημα των υγρών που χάνει ο ασθενής με σκοπό την αντιμετώπιση του	-Χορήγηση υγρών παρεντερικώς αλλά και απο το στόμα. -Έλεγχος ζωτικών σημείων και ρύθμισή τους σύμφωνα με οδηγίες του ιατρού -Έλεγχος προσλαμβανόμενων υγρών. - Έλεγχος όλων των συστημάτων του ασθενή για τυχόν επιπλοκές -Παρακολούθηση εγκαυματικής επιφάνειας για σχηματισμοί οιδήματός και περιποιήσή -Απομόνωση του πάσχοντα και αυστηρή τήρηση κανόνων ασηψίας.	-Πραγματοποίηση χορήγησης υγρών κατά του τύπου του παρεντερικώς και απο το στόμα. -Ζωτικά σημεία σφ. 90/ι θ.300C, ΑΠ:90/50 -έγινε μέτρηση των υγρών που παίρνει και που αποβάλλει. - ελέγχθησαν όλα τα συστήματα για τυχόν επιπλοκές -Διαπιστώθηκε οίδημα έγινε καλός καθαρισμός με φυσιολογικό ορό και και πάνω απ' τ εγκαυματικής επιφάνεια τοποθετήθηκε στεφάνη- -Ο ασθενής οδηγήθηκε σε μοναχικό δωμάτιο.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσ/κών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσ/κών Ενεργειών
πυρετός	- πτώση πυρετού	- Αντιπυρετική αγωγή σύμφωνα με ιατρική οδηγία - Εφαρμογή δροσερών επιθεμάτων. - Διατήρηση περιβάλλοντος γύρω απο τον ασθενή ήρεμου και δρο- σερού. - Χορήγηση υγρών απο το στόμα.	- Α 1 : για την πτώση του πυρετού. - Τοποθετήθηκε κομπρέσα στο μέτωπο του ασθενή - Παραμονή μόνον ενός α- τόμου δίπλα στον ασθενή - Χορηγήθηκε άφθονο νερό από το στόμα.
έμετος	- Διατήρηση του ισοζυ- γίου υγρών και ηλεκ- τρολυτών και προσπά- θεια να σταματήσει ο έμετος.	- Αντικειμενική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία - Καθαρισμός στοματικής κοιλότη- τας. - χορήγηση τροφής της αρεσκείας του αρρώστου. - Χορήγηση πολλών υγρών από το στόμα	- έκανε 1 -έκανε πλύση στόματος με Η - Δόθηκε τροφή πλούσια σε λευκώματα και υδα- τάνθρακες. - Πήρε άφθονα υγρά από το στόμα.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσ/κών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσ/κών Ενεργειών
Έντονος πόνος στην περιοχή της εγκαυμ. επιφάνειας	Ανακούφιση του αρρώστου	<ul style="list-style-type: none"> - χορήγηση αναλγητικού μετά απο οδηγία ιατρού - ψυχολογική υποστήριξη - περιποίηση εγκαυμ. επιφάνειας - Διατήρηση περιβάλλοντος καθαρού κ' ήρεμου 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε σύμφωνα με την οδηγία ιατρού - Έγινε προσπάθεια για ενθάρρυνση με κάθε τρόπο, για να νιώσει καλύτερα. - Έγινε καθαρισμός εγκαυματος με φυσιολογικό κ' Β κ' εφαρμόσθηκε επιδεσμικό υλικό - Απομακρύνθηκαν οι επισκέπτες από το θάλαμο.
Κίνδυνος για εγκαυμ.	Ενίσχυση του οργανισμού του αρρώστου για αποφυγή προβλημάτων, ιδιαίτερα τις πρώτες 48 ώρες μετά το έγκαυμα.	<ul style="list-style-type: none"> - χορήγηση άφθονων υγρών παρεντερικώς κ' απο το στόμα - Υπολογισμός των προσλαμβανόμενων κ' αποβαλλόμενων υγρών. - Ακριβής μέτρηση ζωτικών σημείων - Παρακολούθηση της όψης του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> - Αρχισε χορήγηση υγρών παρεντερικώς (πλασμα, κ' απο το στόμα. - Αρχισε υπολογισμός προσλαμβανόμενων υγρών 24 ώρου - έγινε μέτρηση ζωτ. σημείων ΑΠ 90/5=, σφ. 90, θ 38°C - Διαπιστώθηκε ότι η όψη του ασθενούς είχε κάποια ωχρότητα.
Αίσθημα δυσφορίας στην περιοχή εγκαυμ.	Ανακούφιση του ασθενή	<ul style="list-style-type: none"> - Καθαρισμός και περιποίηση εγκαυμ. υπο άσηπτες συνθήκες 	<ul style="list-style-type: none"> - έγινε καθαρισμός εγκαυμ. με διαλυμένο κ' επάλειψη υπό άσηπτες συνθήκες

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ
 ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΗ

2η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΝΟΣΙΑΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην Παιδιατρική Χειρουργική κλινική του Καραμανδανείου Νοσοκομείου Πατρών, εισήχθη ο ασθενής Πέττας Φώτιος 6 ετών το παιδί ενώ βρισκόταν στο μπάνιο μαζί με την μητέρα του έπεσε μέσα σε λεκάνη που περιείχε καυτό νερό. Η πρώτη βοήθεια που το προσφέρθηκε ήταν η απομάκρυνσή του από την πηγή ενέργειας που προκάλεσε το έγκαυμα, η αφαίρεση των ενδυμάτων και η άμεση μεταφορά του στο Νοσοκομείο.

Σαν αρχική ενέργεια έγινε η πρώτη εκτίμηση της κατάστασώς του πάσχοντα. Το έγκαυμα, κρίθηκε εκτεταμένο και λαμβάνει χώρα στα άνω άκρα και την οπίσθια επιφάνεια του κορμιού.

Κατά την εξέταση του ασθενή έγινε παρακολούθηση ζωτικών σημείων, αγωγή για το shock, έγιναν εργαστηριακές εξετάσεις ομάδα και διασταύρωση αίματος και γενικά ούρων. Υπολογίσθηκε η χορήγηση υγρών για τη διατήρηση καλής διούρησης.

Ο ασθενής παραπονέθηκε για δυσφορία στην εγκαυματική περιοχή, έντονο πόνο, ψύχος, αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος και κακή ψυχολογική κατάσταση. Μετά την πρώτη εκτίμηση και τις αρχικές ενέργειες κρίθηκε αναγκαίο να μεταφερθεί αμέσως ο ασθενής στην χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου, θάλαμος 9, κρεβάτι 20.

Αντιμετώπιση αρρώστου

1η 2η 3η ημέρα Νοσηλείας

Άμεση τοποθέτηση ενδοφλέβιου καθετήρα, εφαρμογή καθετήρα κύστεως, χορήγηση υγρών κολλοειδών και κρυσταλλοειδών διαλυμάτων κατά τον τύπο Β

Την 2η μέρα προγραμματίζεται να χορηγηθεί το αίμα. Λήψη ζωτικών σημείων, έλεγχος αποβαλλόμενων ούρων, φαρμακευτική αγωγή, κάλυψη διαιτητικών αναγκών και παρακολούθηση για σημεία μόλυνσης.

Για διατήρηση της θερμοκρασίας του ασθενή έγινε κάλυψη με αποστειρωμένη κουβέρτα (πάνω απ'τη στεφάνη) έγινε καθαρισμός και διαλυμένο C

Την 3η ημέρα ετέθη R 1000 και D 1000. Παίρνει υγρά απο το στόμα.

4η, 5η, 6η ημέρα Νοσηλείας.

Ιδια αγωγή.

Ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο για αφαίρεση νεκρωμένων ιστών.

7η, 8η, 9η ημέρα Νοσηλείας

Αγωγή ίδια, διακοπή ορρών, περιποίηση εγκαύματος. Μετά τον έλεγχο των ιατρών κρίνεται έτοιμος για μεταμόσχευση.

13η ημέρα Νοσηλείας

Ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο για μεταμόσχευση . Πρίν γίνονται καλός καθαρισμός, ζωτικά σημεία, η γενική

κατάσταση καλή. Έγινε ψυχολογική ενθάρρυνση.

Μετά την πάροδο 4 ημερών.

Ο ασθενής παρουσιάζει καλή γενική κατάσταση. Γίνεται αλλαγή επιδεσμικού υλικού εφαρμόζονται βελελινούχες γάζες και αποστειρωμένο στρώμα γαζών.

Την επόμενη εβδομάδα παραμονής του ασθενή αρχίζει φυσιοθεραπεία, επριποίηση εγκαυματικής επιφάνειας η οποία αφήνεται χωρίς καμμία επίδεση. Το άγχος, η ανησυχία και η αβεβαιότητα για την εξέλιξη της κατάστασης έχουν υποχωρήσει.

Την 28η μέρα Νοσηλείας ο ασθενής παρουσιάζεται βελτιωμένος με πολύ καλή κατάσταση. Έτσι αφού του δόθηκαν οδηγίες για το πως να περιποιείται την περιοχή του επουλωμένου εγκαύματος, ετοιμάστηκε το εξιτήριό του και εξήλθε απ'το Νοσοκομείο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2ης ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσηλ/κών Ενεργειών	Εφαρμογή Νοσηλ/κών Ενεργειών
Αίσθημα δυσφορίας στην περιοχή του εγναύματος	Ανακούφιση του ασθενή	<ul style="list-style-type: none">- Χορήγηση αναλγητικού μετά από εντολή ιατρού- Ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενή- Διατήρηση ευχάριστου περιβάλλοντος με απομάκρυνση των επισκεπτών από γύρω του.	<ul style="list-style-type: none">- Χορηγείται 1 σαν πρώτη αντιμετώπιση- έγινε ευχάριστος διάλογος ώστε να νιώσει καλύτερα κ' διαβεβαιώθηκε ότι η υγειονομική ομάδα γνωρίζει τους φόβους και ότι το μέλλον του είναι για αυτούς μεγάλης σημασίας.- Απομακρύνθηκαν οι συνοδοί γύρω από τον ασθενή και μένουν ένας ή δύο για να νιώσει ψυχολογικά καλύτερα

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σιηοποί	Προγραμματισμός Νοσο/κών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσο/κών ενεργειών
πυρετός 38οC	πτώση του πυρετού	<ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων ενυδάτωση του αρρώστου με άφθονα υγρά - Αντιπυρετική αγωγή σύμφωνα με την οδηγία του ιατρού - Διατήρηση δροσερού περιβάλλοντος 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα. Ο ασθενής πήρε άφθονα υγρά απ' το στόμα. - χορηγήθηκε I - Έγινε αερισμός του θώρακου.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσ/ιών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσ/ιών ενεργειών
Αίσθημα ψύχους στον ασθενή	Διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας σώματος καθώς και του θαλάμου του ασθενή	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη μέτρων ώστε η θερμοκρασία θαλάμου να ρυθμιστεί σε ανεκτά για τον ασθενή και το Νοσηλευτικό προσωπικό επίπεδα. - Ρύθμιση θερμοκρασίας σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα 	<ul style="list-style-type: none"> - Η θερμοκρασία θαλάμου ρυθμίστηκε στους 30οC η υγρασία είναι 50. Η θερμοκρασία σώματος σταθεροποιήθηκε στους 37οC.

Προβλήματα ασθενή	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός Νοσ/κών ενεργειών	Εφαρμογή Νοσ/κών ενεργειών
Ασχημη ψυχολογική κατάσταση του ασθενή.	Περιορισμός τού άγχους και της απελπισίας του ασθενή.	- Ενθάρρυνση ασθενή με ευχάριστο διάλογο και με εκπλήρωση των επιθυμιών του.	- Εγινε διάλογος με τον ασθενή εξέφρασε τα παράπονα και τις επιθυμίες του.
Νειώθει μεγάλη αβεβαιότητα για την εξέλιξη της κατάστασέως του.	Ανετη προσαρμογή στο Νοσοκομείο,	- Δημιουργία ευχάριστου κ' ήρεμου περιβάλλοντος γύρω απο τον ασθενή.	- Εγινε σύσταση στους επισκέπτες να μην παραμένουν πολύ ώρα κοντά του.
Δεν μπορεί εύκολα να προσαρμοστεί στο περιβάλλον του Νοσοκομείου		- Επαφή του εγναυματία με άλλους ασθενείς.	- Ο ασθενής ήρθε σε επαφή με άλλους εγναυματίες κ' συζήτησε μαζί τους.
		- Ανετη θέση του ασθενή πάνω στην κλίνη του	- Τακτοποιήθηκε η κλίνη έτσι ώστε να νειώθει άνετα.
		- Σύσταση της οικογένειας του να συμπαρασταθεί με κάθε τρόπο στη δύσκολη αυτή στιγμή	- Εγινε συζήτηση με την οικογένεια του αρρώστου.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΛΙΤΣΑΣ Κ : "πρώτες Βοήθειες" (οδηγίες αντιμετώπισης
- ατυχημάτων στο σπίτι, την εργασία, τις
διακοπές).
Τόμος Ιος, έκδοση Ιη. Ιατρικές εκδόσεις
"Λίτσας", Αθήνα 1987.
- ΜΕΣΣΑΡΙΤΑΚΗΣ Ε: "Ατυχήματα στην παιδική ηλικία- δηλη-
τηριάσεις των παιδιών" 29ο Δελτ. Α'
Παιδ. Κλιν. Πανεπιστημίου Αθηνών τεύχος
2 : 81, Αθήνα 1982.
- ΓΙΟΓΚΑΡΑΚΗΣ Θ.- ΜΥΡΙΑΛΛΗΣ Π., ΜΑΜΑΛΗΣ ΗΛ. , ΛΟΥΚΑ ΜΑΓΔ.,
ΑΝΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘ. : " Ατυχήματα στην
παιδική ηλικία- Συχνότητα- Πρόληψη".
Πρακτ. 28ου Πανελλ. Συνεδ. Παιδ. Θεσσα-
λονίκης, Πάτρα 1990.
- ΓΙΟΒΑΝΗΣ ΧΡ. : "Γιοβάνη" (Εγκυκλοπέδεια). Τόμος 5ος,
έκδοση Ιη, εκδόσεις " Γιοβάνη" , Αθήνα 1978.
- STORPARD MIRIAM. : " Ιατρική εγκυκλοπέδεια για μικρά και
μεγάλα παιδιά" Μετάφραση: Θωμόπουλος
Ιωάννης. Τόμος 10ς , έκδοση Ιη, εκδό-
σεις "Ακμή" Αθήνα 1988.

THE PEDIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA ΤΟΜΟΣ 32/ ΤΕΥΧΟΣ
1 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 1985.

ΣΥΜΠΟΣΙΟ: " ΟΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥΣ:

N: B SANNPERS COMPANY

ΕΚΔΟΣΙΣ ANGLO HELLENIC AGENCY (Τάσος Ψαρόπουλος).

ΠΑΠΠΗΣ Κ. : " Ανασκοπήσεις" Α. Παιδοχειρουργικό τμήμα
Νοσοκομείου Πάιδων " Αγία Σοφία"
ΙΑΤΡΙΚΗ 50, 439, 448, 1986.

ΕΠΙΤΟΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ: " Διάγνωση - Ενδείξεις και
θεραπευτική αντιμετώπιση" ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ 1985.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ: ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΝΟΥ Τόμος 1ος Επανάδοση
Αθήνα 1985

ΓΕΟΧΑ Κ. : "ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ " ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΩΣ ΔΙΔΑΚ_
ΤΙΚΩΝ ΒΙΒΛΙΩΝ . ΑΘΗΝΑ 1983

ΤΣΙΚΟΥΛΑΣ Ι. , ΚΑΣΙΜΟΣ Χ. : "ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ για τα παι-
δικά ατυχήματα" 90 χρον. Παιδ. Κλιν. Πανεπιστημίου Θεσσα-
λονίκης, τεύχος 3: 324-327, Θεσσαλονίκης 1980.

ΓΙΟΥΛΙΑ ΕΙΡ: " Παιδιατρική Νοσηλευτική- Πρώτες Βοήθειες"
Τόμος 1ος, έκδοση 1η έκδόσεις Ιεραποστολι-
κής εκκλησίας αδελφών Νοσοκόμων" " Ταβιθά".
Αθήνα 1980

ΣΑΒΙΤΣΑΝΑΚΗΣ Α. ΛΙΟΛΙΟΣ Ν. ΤΡΥΦΩΝΑΣ Γ.

ΡΕΙΖΟΓΛΟΥ Μ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ,

ΜΑΡΚΑΝΤΩΝΑΤΟΣ Α. : " Το κατ'οίκον ατύχημα
στην βρεφική και παιδιατρική ηλικία".

Αρχ. 5ου Ιατρ. Ετ. Τεύχος Ι: 93-95,

Αθήνα 1979

ΒΛΑΧΟΣ Π. : " Μελέτη δηλητηριάσεων" (Δηλητηριάσεις 1983-
1984) Μελέτη επί Υψηλούς παν. Αθηνών,

Αθήνα 1985